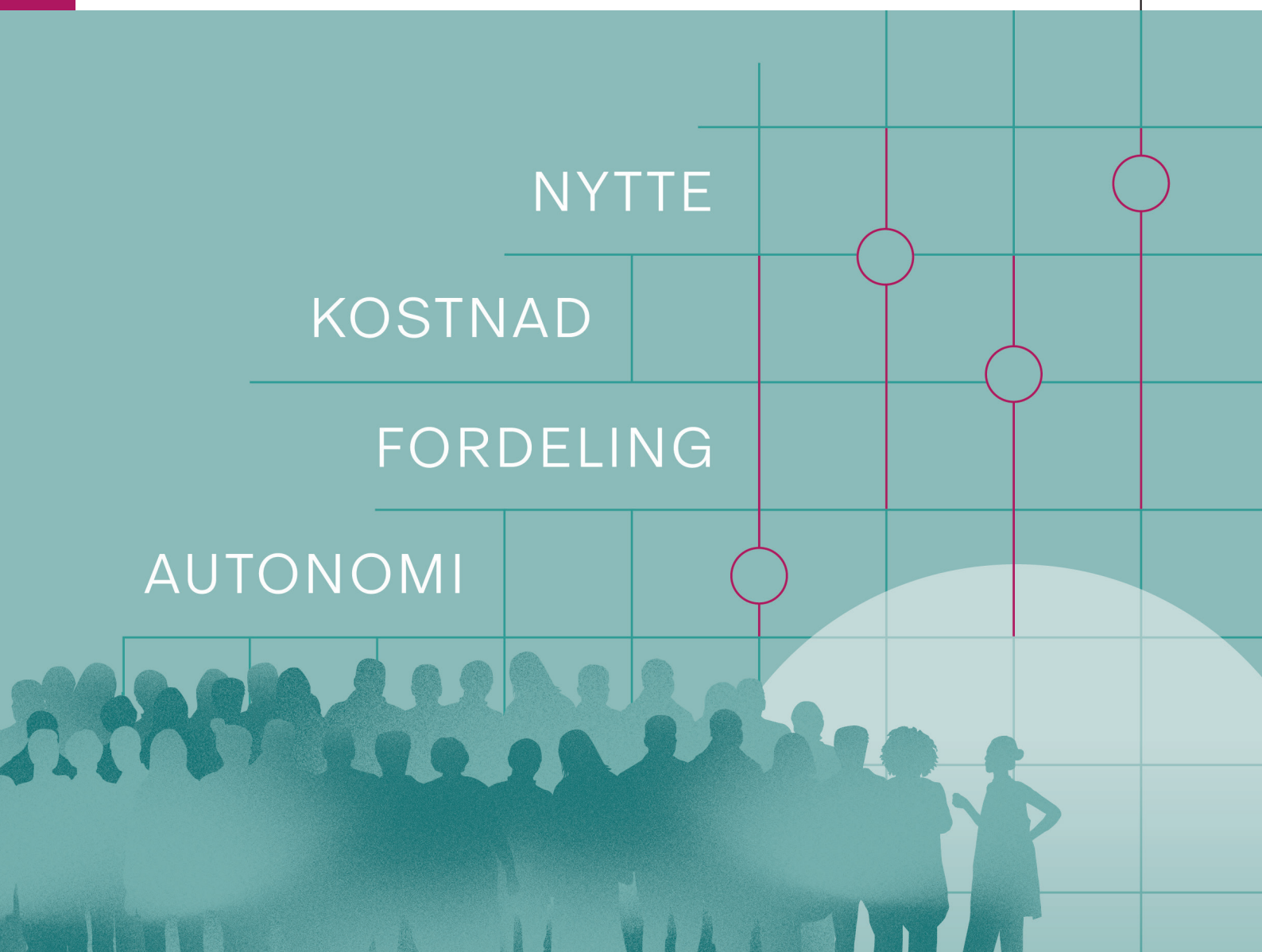


Folkehelse – verdier, kunnskap og prioritering



Norges offentlige utredninger 2025

Seriens redaksjon:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Teknisk redaksjon

- | | |
|--|--|
| 1. Felles ansvar, felles gevinst
<i>Kunnskapsdepartementet</i> | 5. Kvinners arbeidshelse
<i>Arbeids- og inkluderingsdepartementet</i> |
| 2. Samfunnsvern og omsorg
<i>Justis- og beredskapsdepartementet og
Helse- og omsorgsdepartementet</i> | 6. Samboerloven
<i>Justis- og beredskapsdepartementet</i> |
| 3. Ny kulturmiljølov
<i>Klima- og miljødepartementet</i> | 7. Musikklandet
<i>Kultur- og likestillingsdepartementet</i> |
| 4. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2025
<i>Arbeids- og inkluderingsdepartementet</i> | 8. Folkehelse – verdier, kunnskap og prioritering
<i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> |

Folkehelse – verdier, kunnskap og prioritering

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 14. juni 2024

Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 16. september 2025

ISSN 0806-2633 (online)
ISSN 0333-2306 (trykt utg.)

DepMedia

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Utvalget om prioritering av folkehelseiltak ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 14. juni 2024 for å utrede og gi råd om prioritering av og mellom folkehelseiltak. Utvalget avgir med dette sin utredning.

Oslo 16. september 2025

Jan Oddvar Skisland
Leder

Anne Toril Eriksen Balto	Lene Øistesø Winger Conradi	Ingrid Hjort
Guro Steine Letting	Hans Olav Melberg	Trygve Ottersen
Jorun Slettli	Lars Fredrik Händler Svendsen	Tone Poulsson Torgersen
Jan Vaage	Simon Øverland	

Marit Lie

Didrik Frimann
Vestrheim

Lars Fjell Hansson

Innhold

1	Innledning og sammendrag	7	5.2	Forebyggende tiltak i helsetjenesten	44
1.1	Hovedanbefalinger	8	5.3	Folkehelsetiltak – prioritering i et samfunnsperspektiv	47
1.2	Organisering av rapporten	8	5.4	Prioriteringsarbeid i andre land og internasjonale organisasjoner	49
2	Mandat, sammensetning og arbeid	10	5.4.1	Oversikt over kunnskapsstatus	49
2.1	Mandat	10	5.4.2	Eksempler fra ulike land	50
2.2	Sammensetning	11	5.4.3	Verktøy fra internasjonale organisasjoner	53
2.3	Tolkning av mandatet	11	5.4.4	Relevansen for det norske prioriteringsarbeidet	54
2.4	Utvalgets arbeid	13	6	Verdigrunnlaget for folkehelsetiltak	55
2.5	Sentrale begreper	14	6.1	Vurdering av behovet for et eget verdigrunnlag	56
2.5.1	Folkehelsearbeid og folkehelsetiltak	14	6.1.1	Kilder til verdigrunnlaget	56
2.5.2	Gråsonen mellom individrettet forebygging i helsetjenesten og det brede folkehelsearbeidet	16	6.1.2	Verdier og prinsipper for folkehelsearbeidet	57
2.5.3	Befolkningsbaserte strategier og tiltak	17	6.2	Nærmere om autonomi og folkehelsetiltak	59
3	Befolkningens helse – status og utviklingstrekk	18	6.2.1	Folkehelsetiltak er ikke alltid frivillig	59
3.1	Forhold som påvirker folkehelsen	18	6.2.2	Vektlegge konsekvenser eller prinsipper?	61
3.2	Levealder og sykdomsbyrde	19	6.2.3	Skillet mellom skade for andre og skade for den enkelte	62
3.3	Sosiale ulikheter i helse	22	6.2.4	Nærmere om å regulere skade for andre	63
3.4	Helse i ulike grupper i befolkningen	24	6.2.5	Nærmere om å regulere skade for den enkelte	66
3.4.1	Barn og unge	24	6.2.6	Utvalgets vurdering av autonomi	70
3.4.2	Eldre	24	6.3	Åpenhet og medvirkning	71
3.4.3	Den samiske befolkningen	24	6.4	Anbefaling om verdigrunnlaget for folkehelsetiltak	71
3.4.4	Innvandrerbefolkningen	25	7	Kunnskapsgrunnlaget for prioritering	73
3.5	Folkehelsen framover	26	7.1	Hvilken type kunnskap er det behov for?	73
4	Om folkehelsearbeidet	28	7.1.1	Kunnskap om folkehelseutfordringer	73
4.1	Historisk utvikling	28	7.1.2	Kunnskap om effekten av tiltak	75
4.2	Folkehelse som et tverrsektorielt ansvar	32	7.2	Krav til kunnskap og beslutningsgrunnlag i staten og kommune-sektoren	77
4.2.1	Hele kommunen får ansvar for folkehelsearbeidet	33	7.3	Videreutvikle det nasjonale kunnskapssystemet	79
4.2.2	Et nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken	34			
4.2.3	Det samiske perspektivet i folkehelsearbeidet	39			
4.3	Kunnskapssystemet for folkehelse	40			
5	Ulike perspektiver på prioritering	42			
5.1	Lang tradisjon for systematisk arbeid med prioritering i helsetjenesten	42			

7.3.1	Prioritere kunnskapsutvikling om effekt av folkehelse-tiltak	79	9.2	Folkehelsearbeid i kommunene ..	107
7.3.2	Bedre kunnskap om folkehelse-utfordringer	80	9.2.1	Kapasitet til å styrke folkehelse-arbeidet lokalt	107
7.4	Ta kunnskapen i bruk	81	9.2.2	Folkehelsearbeidets legitimitet i kommunene	110
7.5	Anbefaling om kunnskapsutvikling	82	9.2.3	Kritiske faktorer for prioritering ..	112
9.3				Anbefaling om forbedring av beslutningsprosessene	112
8	Kriterier for prioritering av folkehelse-tiltak	84	10	Bedre prioritering av folkehelse-tiltak	114
8.1	Prioritering av folkehelse-tiltak i dag	84	10.1	Nye kriterier for prioritering	114
8.1.1	System for prioritering av folkehelse-tiltak	85	10.2	Ny og bedre tilpasset kunnskap ...	115
8.1.2	Utredningsinstruksen for tiltak i staten	87	10.2.1	Prioritere utvikling av kunnskap om effekt av tiltak	115
8.1.3	Bruk av økonomiske analyser i beslutningssituasjoner	87	10.2.2	Utvide perspektivet på kunnskap om folkehelse-tiltak	116
8.2	Videreutvikling av prioriterings-verktøy	89	10.2.3	Styrke kunnskapen om årsaker og påvirkningsfaktorer	116
8.2.1	Kriterier for folkehelsearbeid	89	10.3	Operativ støtte til kommunene	116
8.2.2	Vurdering av behovet for kriterier	91	10.3.1	Operativ kunnskaps- og beslutningsstøtte	116
8.2.3	Nærmere om innholdet i kriteriene	92	10.3.2	Erstatte småle tilskuddsordninger med bredere programmer	117
8.2.4	Nærmere om hensynet til fordeling og bruk av fordelingsvekter	95	10.4	Bedre nasjonale beslutnings-prosesser	117
8.3	Anbefaling om kriterier for prioritering	97	10.4.1	Oppdatere modellen for det systematiske folkehelsearbeidet ..	118
9	Beslutningsprosesser for prioritering	99	10.4.2	Etterspørre tydeligere faglige anbefalinger	118
9.1	Det nasjonale folkehelsearbeidet	99	10.4.3	Forbedre det tverrsektorielle samarbeidet på nasjonalt nivå	119
9.1.1	Erfaringer med det nasjonale systematiske folkehelsearbeidet ...	99	11	Økonomiske og administrative konsekvenser	121
9.1.2	Evalueringsinnsatsen for å redusere sosiale helseforskjeller ...	102	Referanser		122
9.1.3	Nasjonale tiltak det siste tiåret	102	Vedlegg		
9.1.4	Tverrsektorielt samarbeid på nasjonalt nivå	105	1	Helse- og omsorgstjenesten versus folkehelsearbeid	133

Digitale vedlegg:

- 1) Implementering av folkehelseloven i kommuner
– Erfaringer med det systematiske folkehelsearbeidet fra 2012–2024.
- 2) Folkehelseloven, statlig folkehelsearbeid og prioritering av folkehelse-tiltak
- 3) Potensialet for prioritering av folkehelse i plan- og styringssystemet
– En analyse for Utvalg om prioritering av folkehelse-tiltak
- 4) Prioriteringer i folkehelse: En gjennomgang av kunnskap internasjonalt

Kapittel 1

Innledning og sammendrag

Dette er den første offentlige utredningen om problemstillinger knyttet til prioritering i folkehelsearbeidet. Folkehelsefeltet har fått sitt første prioriteringsutvalg – 40 år etter det første utvalget om prioritering i helsetjenesten. Ved å nedsette utvalget er det tatt et initiativ for å få på plass systemer for prioritering som i tillegg til å dekke spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, dekker det brede folkehelsearbeidet.

Utvalget mener at et forbedret system for prioritering bør bidra både til riktig prioritering av folkehelse tiltak og til bedre prioritering mellom ulike folkehelse tiltak. Det har skjedd en positiv utvikling på folkehelseområdet de siste par tiårene. Folkehelsearbeidet har fått en tydelig plass i helsepolitikken med faste stortingsmeldinger, krav i folkehelse loven, større grad av tverrsektoriell forankring av helsehensyn og mer systematisk tilnærming basert på et bedre kunnskapsgrunnlag.

På nasjonalt nivå er det likevel en svakhet at prioritering og ressursbruk i for stor grad styres av kortsiktige hensyn, og at det er krevende å oppnå felles prioriteringer på tvers av en sektorisert stat. I kommunene er det fortsatt en utfordring med kapasitet og kompetanse, og det kan være vanskelig å prioritere langsiktig folkehelsearbeid i konkurranse med det som oppleves som mer akutte behov. Dette får konsekvenser når kommunene skal prioritere knappe ressurser. Videre er det utvalgets vurdering at det fortsatt er manglende kunnskap, særlig når det gjelder effekten av tiltak, og hva som skal til for vellykket gjennomføring.

Utvalget anbefaler at det etableres et verdigrunnlag for folkehelse tiltak med utgangspunkt i det generelle verdigrunnlaget for offentlig politikk som er basert på Grunnloven og menneskerettighetskonvensjonene. Utvalget har vurdert prioritering av folkehelse tiltak opp mot prioriteringssystemet i helsetjenesten. Helsetjenestens system er i stor grad basert på faste budsjettammer, mens folkehelsearbeidet i større grad er underlagt direkte politiske beslutninger, knyttet til et bredt spekter av virkemidler på tvers av sektorer. Videre er folkehelsearbeidet kjennetegnet av tiltak på

befolkningsnivå, der selv en liten helsegevinst for den enkelte kan gi stor nytteverdi for befolkningen samlet. Mange folkehelse tiltak, som reguleringer, avgifter og krav om helsekonsekvensvurderinger, krever andre typer prioriteringer og avveininger enn prioriteringer som gjøres innenfor sektorspesifikke budsjettammer. Tiltak i helsetjenesten knyttes i hovedsak til behov for og ønske om helsehjelp, mens folkehelse tiltak også inkluderer tiltak som enkeltmennesket ikke har bedt om. Ved prioritering av folkehelse tiltak kan det derfor være behov for andre prioriteringsverktøy enn dem som benyttes i helsetjenesten.

Utvalget mener at det ikke er hensiktsmessig med en nærmere avgrensning av hva som regnes som folkehelse tiltak, ut over at tiltakene bør fremme helse, forebygge sykdom, bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller og være rettet mot hele befolkningen eller grupper av befolkningen. Utvalget understreker at denne avgrensningen *ikke* utelukker målrettede tiltak mot risikogrupper, eller folkehelse tiltak som gjennomføres av eller i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten.

Utvalget merker seg at det er en økende forventning til at helsefremmende og forebyggende tiltak kan bidra til å redusere belastningen på helsetjenesten. Utvalget vil understreke at hovedformålet med folkehelsearbeidet, i likhet med helsetjenesten, må være å bidra til bedre helse for den enkelte og for befolkningen som helhet. Det brede folkehelsearbeidet og helsetjenesten har felles mål – å bidra til bedre helse og reduserte helseforskjeller i befolkningen. Flere leveår og flere leveår med god helse gir ikke nødvendigvis færre leveår med helseproblemer og redusert behov for helse- og omsorgstjenester over livsløpet. I noen tilfeller vil tiltakene kunne bidra til en mer bærekraftig helsetjeneste, men det er usikkert i hvor stor grad forebyggende tiltak kan dempe belastningen på helsetjenesten. Forebyggende tiltak må begrunnes ut fra at det er den beste løsningen for å oppnå bedre helse – ikke primært for å sikre tjenestens bærekraft.

Utvalget vil også understreke at verdigrunnlaget for norsk helsepolitikk er forankret i utvik-

lingen av den moderne velferdsstaten, og bygger på prinsippet om like muligheter for alle, gjennom universelle velferdsordninger, utdanning og helse-tjenester.

1.1 Hovedanbefalinger

- 1) *Utvalget anbefaler fire kriterier for et forbedret system for prioritering – nytte, kostnad, fordeling og autonomi:*
 - bygge på det overordnede verdigrunnlaget for offentlig politikk
 - følge opp med råd og veiledning for å fremme bruk av kriteriene på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer
 - ivareta utjevning av sosial ulikhet i helse og autonomi som sentrale hensyn i folkehelsearbeidet
 - forankre kriteriene i folkehelseloven
- 2) *Utvalget anbefaler en satsing på ny og bedre tilpasset kunnskap om folkehelse tiltak:*
 - styrke kunnskap om effekt av folkehelse tiltak gjennom en strategisk forsknings-satsing og virkemidler for å bygge opp sterke forskningsmiljø
 - utvide perspektivet på kunnskap med større vekt på gjennomføring av forsøk og bruk av forskningsmetoder og effektmål tilpasset folkehelse tiltakenes karakter
 - forenkle tilgang til helsedata, bedre data-grunnlaget og sørge for forutsigbar finansiering av befolkningsundersøkelsene
- 3) *Utvalget anbefaler operativ støtte til kommunene:*
 - utvikle og prøve ut mer operativ kunnskaps- og beslutningsstøtte til kommunene
 - tilby prosessstøtte for å identifisere utfordringer, prioritere og gjennomføre folkehelse tiltak
 - erstatte smale tilskuddsordninger med bredere programmer, for eksempel rettet mot barn og unges oppvekstsvilkår
- 4) *Utvalget anbefaler bedre nasjonale beslutningsprosesser:*
 - videreutvikle det systematiske folkehelsearbeidet og prøve ut nye samarbeidsmodeller basert på erfaringer og nye krav til staten i folkehelseloven
 - mer strategisk innretning på stortingsmeldingene hvert fjerde år
 - etterspørre tydeligere faglige anbefalinger fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet

1.2 Organisering av rapporten

I kapittel 2 presenterer utvalget sin tolkning av mandatet, utvalgsarbeidet beskrives og sentrale begreper drøftes. Kapittel 3, 4 og 5 gir bakgrunnen for drøftingene av hovedproblemstillingene i mandatet. Kapittel 3 har en kort omtale av status og utviklingstrekk i befolkningens helse. I kapittel 4 beskrives den historiske utviklingen av folkehelsearbeidet, utviklingen av folkehelsearbeidet som et tverrsektorielt ansvar og kunnskapssystemet i korte trekk. Omtalen av folkehelsearbeidet som tverrsektorielt ansvar inkluderer folkehelsearbeidet i kommunene og etablering av modellen for det systematiske folkehelsearbeidet nasjonalt. I kapittel 5 drøfter utvalget prioritering innen folkehelse i lys av systemet for prioritering i helsetjenesten, prioriteringsarbeid i andre land og internasjonale organisasjoner.

I kapittel 6–9 drøfter utvalget hovedproblemstillingene i mandatet, og foreslår tiltak for å legge til rette for bedre prioritering av og mellom ulike folkehelse tiltak. Utvalgets anbefalinger for bedre prioritering av folkehelse tiltak oppsummeres i kapittel 10, og økonomiske og administrative konsekvenser er omtalt i kapittel 11.

Utvalgets vurderinger og anbefalinger for bedre prioritering av folkehelse tiltak:

Verdigrunnlaget for folkehelse tiltak

Utvalget drøfter hvordan verdigrunnlaget for folkehelse tiltak bør klargjøres og anvendes. Verdigrunnlaget drøftes opp mot Grunnloven og menneskerettighetskonvensjonene, som utgjør verdigrunnlaget for all offentlig politikk, og opp mot verdigrunnlaget for helsetjenesten.

Utvalget anbefaler at det legges til grunn et verdigrunnlag for folkehelse tiltak som er basert på det overordnede verdigrunnlaget for offentlig politikk. Med utgangspunkt i denne anbefalingen peker utvalget på et sett av prinsipper og hensyn som bør ligge til grunn for utvikling av kriterier og konkrete råd for prioriteringer:

- sammenlikning og prioritering på tvers av tiltak og sektorer
- åpenhet om begrunnelser
- vurdering av samlet nytte av tiltak opp mot de samlede kostnadene
- målet om å redusere sosiale helseforskjeller
- hensynet til autonomi

Utvalget legger vekt på at rammene for prioritering må ta hensyn til at prioritering skjer på tvers

av sektorer, og at åpenhet og offentlig debatt har stor betydning for å opprettholde tillit i befolkningen, legge grunnlaget for gode beslutninger og kontinuerlig utvikling av folkehelsearbeidet.

Kunnskapsgrunnlaget for prioritering

Utvalget drøfter på hvilke områder det er størst behov for å styrke kunnskapsutviklingen, hva som skal til for å bygge et bedre kunnskapsgrunnlag, og hva som kan gjøres for at kunnskapen i større grad tas i bruk i prioriteringsbeslutninger. Utvalget drøfter også kravene til kunnskapsgrunnlaget i ulike beslutningssituasjoner, og om det bør stilles særskilte krav til kunnskapsgrunnlag for folkehelseiltak.

God kunnskap om folkehelseutfordringer, årsakssammenhenger og effekten av ulike tiltak er avgjørende for å kunne prioritere riktig. Utvalget drøfter bredden av folkehelseiltak og mener at det særlig er behov for ny og bedre kunnskap om effekt av tiltak. Kunnskapen må være tilpasset de ulike tiltakenes karakter. Kunnskapsgrunnlaget må inkludere fordelingsvirkninger, gjennomførbarhet og forventet virkning av tiltaket i den aktuelle konteksten. Kunnskapens kvalitet bør også vurderes. Et bedre kunnskapssystem på folkehelseområdet vil også være et viktig bidrag for å styrke kunnskapsberedskap og helseberedskap i møte med framtidige kriser.

Prioriteringskriterier

Utvalget beskriver eksisterende krav og retningslinjer for vurdering av folkehelseiltak og helsekonsekvenser, og hvordan offentlige tiltak generelt vurderes og prioriteres. Videre drøfter utvalget behovet for å etablere egne kriterier for folkehelseiltak, og foreslår at følgende kriterier forankres i folkehelseloven:

- *Nytte*: Tiltakenes effekt på folkehelsen, faktorer som påvirker folkehelsen, og annen samfunnsnytte. Et tiltaks prioritet øker i tråd med forventet nytte av tiltaket.
- *Kostnader*: Tiltakenes ressursbruk og andre samfunnskostnader. Et tiltaks prioritet øker jo mindre kostnader og ressurser tiltaket krever.
- *Fordeling*: Fordeling av tiltakenes nytte og kostnad på ulike grupper. Et tiltaks prioritet øker i tråd med tiltakets utjevning av sosiale helseforskjeller.
- *Autonomi*: Begrensninger som tiltakene legger på den enkelte. Et tiltaks prioritet reduseres jo mer begrensende tiltaket er.

De fire kriteriene skal ses under ett og i forhold til hverandre når tiltak vurderes opp mot hverandre. Det skal gjøres en samlet vurdering, og det er ingen forhåndsdefinert vektning av enkeltkriterier.

Utvalget begrunner forslaget med behovet for å avklare hva som skal være styrende for prioritering for å fange opp de brede hensynene som bør ligge til grunn for folkehelsearbeid. Kriteriene skal bidra til at folkehelseiltak blir utredet bedre og mer enhetlig, og at vurderingene er åpne og transparente.

Beslutningsprosesser for prioritering

Utvalgets vurdering er at folkehelsearbeidet har fått en tydeligere plass i helsepolitikken med faste stortingsmeldinger, krav i folkehelseloven, større grad av tverrsektoriell forankring av helsehensyn og en mer systematisk tilnærming. På nasjonalt nivå er det imidlertid en utfordring at prioritering og ressursbruk i for stor grad er preget av kort-siktige hensyn, og at det er utfordrende å få til felles prioriteringer på tvers i en sektorisert stat. I kommunene er det fortsatt en utfordring med kapasitet og kompetanse, og det kan være vanskelig å prioritere langsiktig folkehelsearbeid i konkurranse med det som oppleves som mer akutte behov.

Utvalget anbefaler at det utvikles mer operativ kunnskaps- og beslutningstøtte for kommunene, som inkluderer støtte til prosessen med å identifisere, prioritere og gjennomføre folkehelseiltak. Utvalget anbefaler at det igangsettes et arbeid for å samordne eksisterende tilskuddsordninger rettet mot kommunene i større programmer. Et nærliggende eksempel er å samle tilskuddsordninger for barn og unge i et bredt program for bedre oppvekstvilkår. Slike programmer gir kommunene større mulighet for å prioritere ut fra lokale utfordringer og behov, og kan bidra til å styrke organiseringen av det lokale folkehelsearbeidet.

Utvalget anbefaler å videreføre og videreutvikle modellen for det systematiske folkehelsearbeidet, at Helse- og omsorgsdepartementet etterspør tydeligere faglige anbefalinger fra etatene, og at departementer og etater videreutvikler og prøver ut nye arbeidsformer for å forbedre det tverrsektorielle samarbeidet.

Sammen med anbefalingen om å etablere kriterier for prioritering av folkehelseiltak og utvikling av kunnskapsgrunnlaget, mener utvalget at en slik videreutvikling er nødvendig for å bidra til en mest mulig enhetlig behandling av folkehelseiltak på tvers av sektorer.

Kapittel 2

Mandat, sammensetning og arbeid

2.1 Mandat

Innledning

I Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* ble det varslet at regjeringen vil nedsette et offentlig utvalg som skal utrede og gi råd om prioritering av og mellom folkehelse tiltak.

I Norge er det lang tradisjon for å arbeide systematisk med prioriteringsspmå i helse tjenesten. Flere offentlige utredninger har vurdert verdigrunnlag og prinsipper for prioritering av helsehjelp. Utredningene har primært omhandlet prioriteringer i spesialisthelsetjenesten og refusjoner av legemidler over folketrygden, mens Blankholm utvalget utredet og vurderte prioriteringsprinsipp for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for tannhelsetjenesten. Utredningene lå til grunn for Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering* og Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*.

I Meld. St. 38 (2020–2021) om prioritering i helse- og omsorgstjenesten og i stortingsbehandlingen av denne ble prioritering av forebyggende tiltak i helse- og omsorgstjenestene diskutert. I kapittel 10.3 i denne meldingen gjøres det et eksplisitt skille mellom forebyggende tiltak som blir gjennomført i den kommunale helse- og omsorgstjenesten rettet mot definerte pasientgrupper eller enkeltpersoner, og kommunenes forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot hele eller deler av befolkningen. I meldingen blir det konkludert med at prioriteringskriteriene nytte, ressursbruk og alvorlighet kommer til anvendelse for tiltak i den første kategorien, men ikke på samme måte i den andre. Dette skillet er i tråd med drøftingene av forholdet mellom forebygging og prioritering i Meld. St. 34 (2015–2016). Denne stortingsmeldingen varslet samtidig at det skulle vurderes hvordan man kunne utvikle

metodikken for å prioritere mellom ulike folkehelse tiltak videre, og et behov for å avklare hva som skal være styrende ved valg av folkehelse tiltak og forebyggende og helsefremmende arbeid der målgruppen er befolkningen.

Det vises ellers generelt til Folkehelsemeldingen og omtalen i kapittel 9.2 (Meld. St. 15 (2022–2023)).

Utvalget skal utrede tre problemstillinger:

1. Verdigrunnlag og verdivurderinger

Utvalget skal utrede og klargjøre verdigrunnlag for folkehelsearbeidet. Utvalget skal klargjøre hvordan verdigrunnlaget skal brukes i vurderinger av folkehelse tiltak. Det vises blant annet til omtale i folkehelsemeldingen. Det legges til grunn at prioritering av folkehelse tiltak gjøres med utgangspunkt i et samfunnsperspektiv, og for statlige tiltak innenfor rammen av utredningsinstruksen. Utredningsarbeidet skal ikke vurdere individ- og grupperettede forebyggende tiltak innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Utvalget skal klargjøre prinsipielle spørsmål ved vurdering av folkehelse tiltak slik at disse blir utredet og anvendt bedre og mer enhetlig, samt at verdivurderinger er åpne og transparente i beslutningsprosesser. Forslagene skal både passe for prioritering på statlig nivå og for prioritering i kommuner og fylkeskommuner.

Utvalget bes om selv å operasjonalisere og avgrense begrepet folkehelse tiltak. Det vises generelt til folkehelseloven § 7.

2. Klargjøre kunnskapsgrunnlag for prioritering

Utvalget skal foreslå en standard for hva som kan anses som tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for folkehelse tiltak. Utvalget skal også foreslå tiltak for å øke kunnskapsutviklingen om effekten av folkehelse tiltak og tiltak for at kunnskap tas i bruk.

3. Behandle folkehelseiltak enhetlig på tvers av sektorer

Utvalget skal gjøre en analyse av beslutningsprosessene i dag, hvordan folkehelseiltak prioriteres i ulike sektorer, og hva som er barrierene for en enhetlig vurdering av folkehelseiltak og god implementering. Målet er bedre beslutningsprosesser med vurdering og prioritering av alternative tiltak uavhengig av samfunnssektor. Utvalget skal utrede og foreslå tiltak som kan bidra til at folkehelseiltak behandles mest mulig enhetlig på tvers av sektorer.

Rammer for utredningen

Utredningen skal forholde seg til tidligere utredninger om prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Det vises ellers til arbeidet med ny prioriteringsmelding, der spørsmål knyttet til perspektiv og åpenhet i beslutningsprosesser i helse- og omsorgstjenesten behandles.

Utredningsarbeidet må ses i sammenheng med temaveileder til utredningsinstruksen om virkninger på helse og livskvalitet i utredninger. Videre pågår det et utredningsarbeid om verdsetting av helse og livskvalitet i samfunnsøkonomiske analyser.

Utvalget skal avgi sin innstilling i form av en offentlig utredning (NOU). Utvalget skal følge utredningsinstruksen og veileder for utvalgsarbeid i staten. Innstillingen skal leveres Helse- og omsorgsdepartementet.

Utvalget skal innhente synspunkter fra relevante aktører som del av sitt arbeid, og utveksle erfaringer med aktuelle miljøer nasjonalt og internasjonalt. Utredningsarbeidet skal bygge på norsk, nordisk og internasjonal kompetanse innen prioritering av folkehelseiltak.

Utvalget skal selv vurdere behovet for å engasjere ytterligere ekspertise i arbeidet. Eventuelle rapporter utvalget bestiller som del av sitt arbeid, skal være offentlig tilgjengelige for allmennheten.

Utvalget skal ta opp spørsmål om tolkning eller avgrensning av mandatet med Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet stiller et sekretariat til disposisjon for utvalget.

Utvalget skal levere rapporten innen 1. september 2025 som en del av grunnlaget for ny folkehelsemelding våren 2027. Videre skal utvalget levere en løypemelding til departementet med en drøfting og vurdering av verdigrunnlaget for prioritering innen 1. februar 2025.

2.2 Sammensetning

1. Seniorrådgiver Jan Oddvar Skisland, Kristiansand (leder)
2. Avdelingsleder Anne Toril Eriksen Balto, Karasjok
3. Ordfører Lene Øistesø Winger Conradi, Asker
4. Postdoktorstipendiat Ingrid Hjort, Oslo
5. Fastlege Guro Steine Letting, Fredrikstad
6. Professor Hans Olav Melberg, Tromsø
7. Direktør Trygve Ottersen, Oslo
8. Kommuneoverlege Jorun Sletli, Åsnes
9. Professor Lars Fredrik Händler Svendsen, Nordre Follo
10. Fagsjef Tone Poulsson Torgersen, Oslo
11. Fylkeslege Jan Vaage, Orkland
12. Professor Simon Øverland, Bergen

Utvalget har hatt et sekretariat som har bestått av:

- Lars Fjell Hansson, Finansdepartementet
- Marit Lie, Helse- og omsorgsdepartementet
- Didrik Frimann Vestrheim, Helse- og omsorgsdepartementet

2.3 Tolkning av mandatet

Utvalget skal utrede følgende hovedproblemstillinger: 1) Verdigrunnlag og verdivurderinger, 2) Klargjøre kunnskapsgrunnlag for prioritering, og 3) Behandle folkehelseiltak enhetlig på tvers av sektorer. Mandatet beskriver kort innholdet i disse problemstillingene, og viser til omtalen i kapittel 9.2 i den siste folkehelsemeldingen (Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*). Utvalget legger omtalen i stortingsmeldingen til grunn for arbeidet, i tillegg til teksten i mandatet.

I Folkehelsemeldinga er det vist til at vurderinger av verdigrunnlaget har vært en viktig del av tidligere utredninger om prioritering i helse-tjenesten. Forskjellen mellom folkehelseiltak og tiltak i helsetjenesten er understreket. Mens prioritering i helsetjenesten i hovedsak er knyttet til behov for og ønske om helsehjelp, vil prioritering av folkehelseiltak også inkludere tiltak som enkeltmennesket ikke har bedt om. Beslutninger om folkehelseiltak kan derfor innebære andre verddivurderinger enn beslutninger om helse-tjenester:

«Eit sentralt skilje ved vurdering av folkehelseiltak som avgrensar åtferd, er om grunn-givinga er at tiltaket førebygger helseskadar for andre, eller om det først og fremst føre-bygger helseskadar for den enkelte. Korleis

skal effektar på populasjonsnivå vurderast opp mot fridom og autonomi for enkeltmenneske? Det har også samanheng med vurderingar av individet sitt ansvar for eiga helse opp mot samfunnet sitt ansvar. Kva har det å seie for vurderingar av autonomien for den enkelte at empiriske studiar av menneskeleg åtferd fortel oss at rasjonalitet berre er éi av mange sider ved åtferda vår? Vi overvurderer til dømes sannsynet for lite sannsynlege hendingar (slik som biverknader av vaksinar), og vi undervurderer sannsynet for sannsynlege hendingar (til dømes sannsynet for å døy for tidleg viss du røyker). Kva plass bør tiltak for å legge til rette for fornuftige val («dulning») ha i lys av slike spørsmål? Verdivurderingar kjem også inn i fordelingsanalysar som kan vise at ulike delar av befolkninga responderer ulikt på folkehelse-tiltak.» (s. 114)

Videre er det pekt på at folkehelsepolitikken inneberer prinsipielle avveiningar for å ivareta hensynet til sosial ulikhet i helse. Ifølge Folkehelsemeldinga vil en drøfting av verdivurdering og prinsipielle spørsmål bidra til å gjøre vurderingar og begrunnelser som ligger til grunn for beslutningene, mer transparente og dermed tydelig-gjøre politiske skillelinjer i folkehelsepolitikken.

Det er også lagt vekt på at beslutninger om folkehelseiltak og andre tiltak som påvirker befolkningens helse, tas på tvers av sektorer. Utforming og prioritering av tiltak vil skje på arenaer som har andre samfunns mål enn helse-sektoren, og virkemidlene er å finne på flere forvaltningsnivåer og på tvers av sektorer. Ifølge stortingsmeldingen tilsier dette at konsekvenser for folkehelsen bør vurderes mest mulig likt, uavhengig av hvilken offentlig aktør som har ansvar for et tiltak. Samtidig er det vist til at det kan være utfordrende å dokumentere effekter av folkehelseiltak, fordi sammenhengene er komplekse og effektene i mange tilfeller inntreffer langt fram i tid. I tillegg kan valget stå mellom å prioritere tiltak med et kjent utfordringsbilde og tiltak rettet mot potensielle utfordringer, som for eksempel atomulykker eller smitte. Det er også vist til behovet for kunnskap om alternative tiltak og om samfunnseffekter ut over effekten på befolkningens helse. Erfaringer fra pandemien, der det ble tatt avgjørelser med store konsekvenser på tvers av sektorer for å hindre smitte, er brukt som eksempel.

Utvalget viser til at det i mandatet er lagt til grunn at prioritering av folkehelseiltak skal gjøres med utgangspunkt i et samfunnsperspektiv, og for

statlige tiltak innenfor rammen av utredningsinstruksen. Utvalget drøfter hva dette innebærer i lys av verdigrunnlaget for helsetjenesten. I tråd med beskrivelsen i stortingsmeldingen gir utvalget en prinsipiell drøfting av hensynet til utjevning av sosiale helseforskjeller og avveiningen mellom hensynet til folkehelsen og hensynet til den enkeltes autonomi.

Behovet for et eget verdigrunnlag for folkehelseiltak er drøftet med utgangspunkt i det overordnede verdigrunnlaget for offentlig politikk. Folkehelseiltak inkluderer i stor grad tiltak som besluttet på politisk nivå, nasjonalt og i kommuner. Det gjelder blant annet beslutninger om strukturelle virkemidler som regulering, avgifter, arealdisponering og andre tiltak. Effekten på helse må avveies mot andre hensyn, ut over helse- og omsorgssektoren.

I mandatet er det understreket at: «Utredningsarbeidet skal ikke vurdere individ- og grupperettede forebyggende tiltak innenfor helse- og omsorgstjenestene.» Utvalget gir likevel en kort drøfting av gråsonen mellom individrettet forebygging og det brede folkehelsearbeidet. Etter utvalgets vurdering vil det i noen tilfeller gi liten mening å lage et skarpt skille mellom forebyggende og helsefremmende tiltak innenfor helsetjenesten og tiltak utenfor helsetjenesten. Utvalget konkluderer med at det bør arbeides videre med hvordan tiltak i og utenfor helse-tjenesten kan vurderes og prioriteres mer helhetlig. Utvalget viser til at flere tiltak som initieres og gjennomføres i og av helsetjenesten, kan kategoriseres som folkehelseiltak, for eksempel befolkningsrettede kreftscreeningprogrammer og vaksinasjoner, og skal vurderes i et samfunnsperspektiv. Se også Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helse-tjeneste*.

Utvalget er bedt om selv å operasjonalisere og avgrense begrepet folkehelseiltak med henvisning til folkehelseloven § 7. Behovet for en nærmere avgrensing av begrepet folkehelseiltak er drøftet i delkapittel 2.4 Sentrale begreper. Utvalget legger til grunn at prioritering innen folkehelse både handler om prioritering *mellom* folkehelseiltak og prioritering *av* folkehelseiltak, sett opp mot tiltak i helsetjenesten og tiltak i andre sektorer.

Utvalget har fått i oppdrag å foreslå en standard for hva som kan anses som tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for folkehelseiltak. Utvalget har drøftet kjennetegnene ved folkehelseiltak og hvordan disse får betydning for hva som vurderes som tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag. Det er lagt vekt

på at folkehelse tiltak ofte kjennetegnes av lange årsakskjeder, sammensatte årsaker og behov for kunnskap om effekter på tvers av sektorer. Det betyr at kunnskapsbehovet i mange tilfeller vil skille seg fra kunnskapsbehovet for helse-tjenestetiltak. Kunnskapsgrunnlaget for beslutninger om prioritering av folkehelse tiltak er drøftet med utgangspunkt i kravene i utredningsinstruk-sen og rammene som er gitt i folkehelseloven.

I arbeidet med å utrede og foreslå tiltak som kan bidra til en mer enhetlig behandling av folke-helse tiltak på tvers av sektorer, har utvalget lagt vekt på tiltakenes tverrsektorielle karakter og målet om å integrere folkehelse i all politikk. Dette preger drøftingen av verdigrunnlaget, kriterier for prioritering og krav til kunnskapsgrunnlag.

Utvalget viser til mandatets beskrivelse av rammene for utredningen, der det går fram at utvalget skal utveksle erfaringer med aktuelle miljøer nasjonalt og internasjonalt. Utrednings-arbeidet skal bygge på norsk, nordisk og interna-sjonal kompetanse innen prioritering av folke-helse tiltak. Utvalget tolker mandatet slik at det ikke forventes en uttømmende oversikt over hvor-dan prioriteringer på folkehelsefeltet gjøres i andre land. Utvalget har hentet inn eksempler på praksis, kunnskap og erfaringer både fra andre land og internasjonale organisasjoner.

2.4 Utvalgets arbeid

I perioden august 2024 til august 2025 har utvalget hatt ti møter, hvorav to møter gikk over to dager.

I flere møter har eksterne aktører vært invitert til å holde innlegg, og det er arrangert fire inn-spillsmøter. Utvalget har bestilt oppsummeringer av kunnskap om folkehelsearbeidet i kommunene fra Institutt for helse, miljø og likeverd HEMIL og fra NIBR ved OsloMet. Utvalget har fått bidrag fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet til omtalen av befolkningens helse og det statlige systematiske folkehelsearbeidet.

Eksterne innlegg

Ole Fritjof Norheim, professor og leder av Bergen senter for etikk og prioritering, holdt innlegg om verdigrunnlag og prioriteringskriterier for folke-helsearbeid på møtet 21. august 2024. Øyvind Giæver, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet, inn-ledet om folkehelseloven i teori og praksis i samme møte.

Arne Marius Fosse, underdirektør i Helse- og omsorgsdepartementet, presenterte det systema-

tiske folkehelsearbeidet på møtet 19. september 2024. Gloria Traina, seniorrådgiver i Helse- og omsorgsdepartementet, delte erfaringer fra arbeidet med prioritering i helsetjenesten på samme møte. Kjartan Sælensminde, spesialrådgiver i Helsedirektoratet, redegjorde for veilederen om virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser.

Ole Trygve Stigen, seniorrådgiver i Helse- og omsorgsdepartementet, innledet om utfordringer med tverrsektorielt samarbeid nasjonalt i møtet 21. oktober. På samme møte redegjorde Rita Hvalbye, enhetsleder i Direktoratet for medisinske produkter, for prioriteringsprosessen for vaksinasjonstiltak som bygger på nye metoder. Dagen etter hadde Ole Trygve Stigen og Ann Ragnhild Broderstad, faglig leder og overlege ved Senter for samisk helseforskning, felles innlegg om Saminor og det samiske perspektivet i priorite-ring på folkehelseområdet.

På utvalgsmøtet i Kristiansand 5. desember 2024 presenterte Bjørge Herman Hansen, professor ved Senter for idrettsvitenskap og kroppssøving ved Universitetet i Agder, kunnskap om effekt av tiltak for fysisk aktivitet. Nina Cecilie Øverby, professor ved Institutt for ernæring og folkehelse ved Univer-sitetet i Agder, holdt innlegg om mat og folkehelse, og Vegard Nilsen, folkehelsedirektør i Agder, delte erfaringer om folkehelse tiltak med dokumentert effekt.

På møtet 23. januar 2025 tok Bjørn M. Hofmann, professor ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo og ved Institutt for helsevitenskap ved NTNU i Gjøvik, opp sentrale etiske problemstillinger for folkehelsearbeid og prioritering.

Øyvind Giæver belyste temaet sosial ulikhet i helse på utvalgsmøtet 6. mars 2025, og Elisabeth M. Fosse, professor emerita ved Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL), holdt innlegg om implementering av folkehelseloven.

Innspillsmøter og eksterne bidrag

Det har vært to innspillsmøter i forbindelse med utvalgsmøtet 21.–22. oktober 2024: ett med fri-villige organisasjoner og ett om folkehelsearbeid i kommuner. Folkehelse rådgivere i fylker og kom-muner, FremSam (tidligere Sunne kommuner), Folkehelseforeningen og Nettverk for miljørettet folkehelsearbeid (NEMFO) deltok i møtet om folkehelsearbeid i kommuner. På møtet med fri-villige organisasjoner deltok representanter for Friluftsrådernes Landsforbund, treningskjeden Actic, Frivillighet Norge, Kreftforeningen, Lands-

rådet for barne- og ungdomsorganisasjoner, Mirasenteret, Norsk Friluftsliv, Norske Kvinners Sanitetsforening, Røde Kors, Skadeforebyggende forum og Trygg Trafikk.

Utvalget inviterte til to innspillmøter 24. januar 2025: ett med profesjonsorganisasjoner og ett med flere direktorater og KS. På møtet med profesjonsorganisasjonene deltok representanter for Den norske legeforening, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk psykologforening og Norsk Sykepleierforbund. På det andre møtet deltok KS, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi).

Deltakerne ble også oppfordret til å sende inn skriftlige innspill.

Utvalgsleder og/eller sekretariatet har hatt møter med Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, sekretariatet for det svenske utredningsarbeidet om samfunnsøkonomiske analyser i folkehelsearbeidet, NHO Geneo, og aktører som samarbeider om gjennomføring av Handlingsplan for fysisk aktivitet (2020–2029).

Utvalget har bestilt og fått to oppsummeringer av kunnskap om folkehelsearbeid i kommunene. Hege Hofstad, NIBR ved OsloMet, har oppsummert kunnskap om hvordan folkehelsearbeid integreres og prioriteres i kommunenes arbeid med planprosesser, allokering av ressurser og gjennomføring av tiltak. Elisabeth Fosse og Olin Blaallid Oldeide, HEMIL ved Universitetet i Bergen, har oppsummert kunnskap om erfaringene med implementering av folkehelseloven i kommuner i perioden 2012 til 2014. Begge rapportene følger som digitale vedlegg til utredningen.

Øyvind Giæver i Helsedirektoratet har bidratt med et notat om folkehelseloven, statlig folkehelsearbeid og prioritering av folkehelse tiltak. Notatet følger som digitalt vedlegg til utredningen.

Løypemelding til Helse- og omsorgsdepartementet

Utvalget leverte en løypemelding til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2025 med status for arbeidet og utvalgets drøfting av sentrale problemstillinger.

2.5 Sentrale begreper

2.5.1 Folkehelsearbeid og folkehelse tiltak

Utvalget er bedt om å operasjonalisere og avgrense begrepet folkehelse tiltak med henvis-

ning til folkehelseloven § 7. Det er presisert i mandatet at prioritering av folkehelse tiltak skal gjøres med utgangspunkt i et samfunnsperspektiv, og at utredningsarbeidet ikke skal vurdere individ- og grupperettede forebyggende tiltak innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Folkehelseloven skal ifølge § 1, formålsparagrafen, bidra til en bærekraftig samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, og som utjevner sosiale helseforskjeller.¹ Det betyr at folkehelsearbeidet retter seg mot faktorer som påvirker helsen. I § 3b er folkehelsearbeid definert slik:

«folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og livskvalitet, fremmer gode sosiale og miljømessige forhold, utjevner sosiale helseforskjeller, beskytter befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen, og forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse.»

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

I § 7 er det gitt følgende eksempler på tiltak som kommunene skal iverksette for å møte folkehelseutfordringene:

«[...] tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer og bomiljø- og nærmiljøkvaliteter, fysisk aktivitet, kosthold, smittsomme sykdommer, skader og ulykker, vold og overgrep, tobakksbruk, alkohol- og annen rusmiddelbruk, fremming av psykisk helse og forebygging av psykiske plager og lidelser, diskriminering og ensomhet.»

I folkehelseloven er det altså gitt en definisjon av «folkehelsearbeidet», det vil si den helhetlige innsatsen for å fremme befolkningens helse og forebygge sykdom, mens «folkehelse tiltak» ikke er nærmere definert, ut over at det er gitt en lang rekke eksempler på hvilke områder folkehelse tiltakene kan rette seg mot.

¹ «Bærekraftig» er kommet med etter lovendringen våren 2025, og det er i tillegg presisert at det inkluderer livskvalitet og gode sosiale og miljømessige forhold.

Begrepet «sosiale helseforskjeller» er ikke direkte definert i loven. I forarbeidene til loven omtales begrepet slik:

«Med sosiale helseforskjeller menes det samme som i forskningen ofte omtales som sosial ulikhet i helse. Begrepet henspiller på et utfall, dvs. helseforskjeller som følger sosiale skillelinjer. Sagt på en annen måte dreier det seg om statistiske korrelasjoner mellom sosiale variabler på den ene siden og helse på den andre. De sosiale variablene kan dreie seg om sosioøkonomi (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet eller funksjonsevne.»

(Prop. 90 L (2010–2011), s. 203)

Denne fordelingsdimensjonen er også inkludert i selve definisjonen av folkehelse i loven § 3b:

«befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen.»

I merknadene til denne bestemmelsen presiseres at:

«Dette innebærer at det ikke er tilstrekkelig å måle folkehelse med gjennomsnittstall. I vurderingen av helseforhold i en populasjon må det avdekkes om helse fordeles sosialt ulikt, dvs. følger sosiale skillelinjer. Slike skillelinjer kan for eksempel dreie seg om sosioøkonomi (utdanning, inntekt, arbeid), kjønn, etnisitet eller funksjonsevne.»

(Prop. 90 L (2010–2011), s. 205).

I stortingsmeldingen om sosiale helseforskjeller fra 2007 er det beskrevet slik (St.meld. nr. 20 (2006–2007)):

«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 mulig å gjøre noe med.»

Sosiale helseforskjeller er også omtalt i folkehelsemeldingene som er lagt fram i årene etter dette. I folkehelsemeldingen fra 2023 (Meld. St. 15 (2022–2023)):

«Folkehelsen i Norge er generelt god og levealderen er høy, men det er framleis store sosiale helseforskjeller. Dei som har lang utdanning og god økonomi, lever lenger og har færre helseproblem enn dei som har kortare utdanning og dålegare økonomi.» (s. 8)

I stortingsmeldingen fremmes også et mål om å utjevne geografiske helseforskjeller, og viser i denne sammenheng til at mye av disse forskjellene kan forklares med ulike sosioøkonomiske faktorer (s. 11, 39). I stortingsmeldingen videreføres de overordnede nasjonale målene for folkehelsearbeidet som for første gang ble presentert i Meld. St. 34 (2012–2013):

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder.
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller.
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen.

Det første målet var nytt i folkehelsesammenheng i stortingsmeldingen fra 2013, men det ble understreket at det bygget på eksisterende mål om bedre helse og økt levealder. Det ble også understreket at plasseringen på en internasjonal rangering ikke er et mål i seg selv, men at levealder er et godt mål på helsesituasjonen i befolkningen.

Utvalget har drøftet i hvilken grad det er behov for en presis operasjonalisering og avgrensing av folkehelse tiltak som grunnlag for å bedre beslutningsprosesser for prioritering. Ifølge mandatet skal utvalget klargjøre prinsipielle spørsmål ved vurdering av folkehelse tiltak, slik at disse blir utredet og anvendt bedre og mer enhetlig, og at verdivurderinger er åpne og transparente i beslutningsprosesser. Forslagene skal både passe for prioritering på statlig nivå og for prioritering i kommuner og fylkeskommuner.

I mandatet er det gjort en avgrensing mot forebyggende tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten rettet mot definerte pasientgrupper eller enkeltpersoner. Individuell rådgivning og gruppetiltak i helsetjenesten som er rettet mot personer som allerede er syke eller har forhøyet risiko, faller dermed utenfor utvalgets mandat. For denne typen tiltak gjelder et utvidet helse tjenesteperspektiv og prioriteringskriteriene for helsetjenesten. Utvalgets vurdering er at befolkningsrettede vaksinasjons- og screeningstiltak er en del av folkehelsearbeidet, se nærmere omtale i kapittel 2.5.2 og kapittel 5.3. Dette er i tråd med regjeringens forslag i Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle* om at det skal legges til grunn et samfunnsperspektiv i vurderinger av forebyggende og helsefremmende tiltak som er rettet mot hele eller deler av befolkningen, for eksempel vaksinasjons- og screeningprogrammer. Screening og vaksinasjon er i utgangspunktet rettet mot hele befolkningen eller grupper av befolkningen. Men

det er også grensetilfeller der denne typen tiltak i større grad er rettet mot definerte pasientgrupper og enkeltpersoner, slik som vaksinasjon mot hepatitt B for bestemte risikogrupper.

Utvalgets vurdering er at det ikke er behov for å avgrense folkehelseiltak mot andre samfunnsiltak og tiltak i helsetjenesten, ut over at tiltakene bør bidra til å:

- fremme helse
- forebygge sykdom
- utjevne sosiale helseforskjeller
- være rettet mot hele befolkningen eller grupper av befolkningen (befolkningsrettede tiltak)

Utvalget presiserer at avgrensningen *ikke* innebærer at folkehelseiltak er avgrenset mot målrettede tiltak mot risikogrupper, eller mot folkehelseiltak som gjennomføres i regi av, eller i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten. Se også omtale av gråsonen mellom individrettet forebygging i helsetjenesten og det brede folkehelsearbeidet i kapittel 2.5.2.

Utvalget påpeker at tiltak i andre sektorer enn helsesektoren kan ha klare positive effekter for folkehelsen, selv om dette ikke er sektorens hovedformål. For eksempel er et godt skoletilbud grunnleggende for barn og unges oppvekstvilkår, og har stor betydning for helse og utjevning av sosiale helseforskjeller i befolkningen. Skolen har som hovedformål å fremme elevenes faglige ferdigheter, og gi dem kompetanse til å tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter. Dette er ferdigheter som har betydning for helsen på befolkningsnivå. Elevene har i tillegg rett til et godt fysisk og psykososialt skolemiljø som fremmer helse, trivsel og læring, og folkehelse og livsmestring er et tverrfaglig tema i læreplanen. Det skal gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og som gir dem muligheter til å ta ansvarlige livsvalg. Det innebærer at skolen både er en arena med stor indirekte betydning for folkehelsen og en aktør som direkte bidrar til å fremme helse.

Folkehelseovens definisjon av folkehelsearbeid i § 3 og eksemplene på folkehelseiltak i § 7 gir brede rammer for arbeidet med å utrede og foreslå forbedringer i beslutningsprosessene. Det er i prinsippet ingen tiltak som har som formål å påvirke helsetilstanden og omfanget av sykdomsbyrden i samfunnet, som faller utenfor folkehelseovens formål. Mye av folkehelsearbeidet handler om å identifisere hvordan tiltak med andre mål enn helse påvirker folkehelsen. Folkehelsearbeidet omfatter også å ivareta helsehensyn i tiltak på tvers av sektorer, uavhengig av tiltakets hoved-

formål. Et eksempel på dette er folkehelseoven § 22 som pålegger staten det ansvaret for befolkningens helse som er fastsatt i § 3. Bestemmelsen stiller krav om at statlige myndigheter skal vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant.

Folkehelseoven omfatter dermed både tiltak som har som formål å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller, og tiltak som, selv om de *ikke* har helse og helseforskjeller som (hoved) formål, likevel har effekter på befolkningens helse. Tiltak som ikke har helse som formål, besluttet i en rekke sektorer, og de har andre samfunnsopdrag og mål enn befolkningens helse og utjevning av sosiale helseforskjeller. Det er også et mål for folkehelsepolitikken at helseeffekter i tilstrekkelig grad vurderes og vektlegges i andre sektorer, ikke bare innenfor velferdssektoren, der helse inngår som et viktig delmål (for eksempel innenfor utdanning og oppvekst). Veilederen *Virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser – temaveileder til utredningsinstruksen* (Helsedirektoratet, 2024a) skal bidra til at statlige aktører i større grad vurderer virkninger på befolkningens helse og livskvalitet, og at de så langt det lar seg gjøre, setter økonomisk verdi på disse virkningene.

Beslutningsprosessene for prioritering av folkehelseiltak på ulike forvaltningsnivå beskrives nærmere i kapittel 9.

2.5.2 Gråsonen mellom individrettet forebygging i helsetjenesten og det brede folkehelsearbeidet

I mandatet er utredning av verdier og verdigrunnlag for folkehelseiltak avgrenset mot individ og grupperettet forebyggende tiltak innenfor helse- og omsorgstjenesten. Utvalget vil likevel peke på at det forebyggende og helsefremmende arbeidet som gjøres i helsetjenesten, har stor betydning for folkehelsen og er en del av folkehelsearbeidet. Det kan være strategier for å redusere risiko hos grupper med forhøyet sykdomsrisiko, slik som å forebygge hjerte- og karlidelser med blodtryksreduserende medisiner for personer med høyt blodtrykk og økt sykdomsrisiko. En stor andel av befolkningen omfattes av slike forebyggende tiltak. Helsetjenesten har også en sentral rolle i gjennomføringen av befolkningsbaserte folkehelseiltak, som vaksinasjonsprogrammer og screeningprogrammer for kreft.

Høyrisikostrategier i folkehelsearbeidet er ofte knyttet til helsetjenesten, enten ved at tiltaket gjennomføres i tjenesten, eller ved at personer med

risiko identifiseres i helsetjenesten, og får tilbud om oppfølging der eller hos en samarbeidende instans.

I rapporten *Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen* (2018) er det foreslått tiltak både i og utenfor helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Et eksempel er overvektbehandling i primærhelsetjenesten, blant annet med finansieringsordninger for langvarig, tverrfaglig oppfølging av pasienter med overvekt og fedme.

Et annet eksempel er kommunenes arbeid med forebygging og helsefremming i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018) er det satt brede mål for det helsefremmende arbeidet i kommunen. Forskriften er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven.

Det er sannsynlig at utvikling av ny kunnskap og teknologi vil gi muligheter for nye forebyggende tiltak i tiden som kommer, rettet mot grupper med forhøyet risiko. Det kan for eksempel være målrettede og avanserte screeningtilbud eller medikamentelle risikoreducerende tiltak.

Flere av de nye legemidlene for vektreduksjon har vist overbevisende effekt på kort sikt. Mulighetene som åpnes gjennom ny kunnskap og nye metoder som over tid kan tilbys store befolkningsgrupper, utfordrer skillet mellom befolkningsbaserte og høyrisikostراتيجier i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Det reiser også spørsmål om helsetjenestens rolle i folkehelsearbeidet. Se vedlegg 1 for en oversikt over helse- og omsorgstjenesten versus folkehelsearbeid.

I den nye prioriteringsmeldingen, Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle*, foreslår regjeringen at det kan være riktig å vektlegge gevinster som går utover et utvidet helsetjenesteperspektiv, særlig i prioriteringsbeslutninger med store budsjettmessige konsekvenser som besluttes av Stortinget. Det betyr at det samme perspektivet som legges til grunn for folkehelseiltak, det vil si et samfunnsperspektiv, også i enkelte tilfeller kan legges til grunn for individ- og grupperettede forebyggende tiltak i helsetjenesten. Særlig vil dette kunne gjelde medikamentelle tiltak.

Utvalget mener at en samlet tilnærming til folkehelsearbeidet også må omfatte forebyggende og helsefremmende arbeid i helsetjenesten. I noen tilfeller gir det liten mening å skille skarpt mellom forebyggende og helsefremmende tiltak innenfor helsetjenesten og tilsvarende tiltak utenfor helsetjenesten. Utvalget anbefaler at det arbeides videre med hvordan befolknings- og grupperettede tiltak i og utenfor helsetjenesten kan vurderes og prioriteres helhetlig.

2.5.3 Befolkningsbaserte strategier og tiltak

Det er vanlig å skille mellom befolkningsbaserte strategier og tiltak og høyrisikostراتيجier i folkehelsearbeidet. Målet med befolkningsbaserte strategier er å endre påvirkningsfaktorer for hele befolkningen. Tilnærmingen bygger på prinsippet om at små endringer på individnivå kan ha stor samlet effekt på samfunnsnivå. Her skiller befolkningsbaserte strategier seg fra høyrisikostراتيجier – som kan ha stor nytte for enkeltindivider, men oftest begrenset effekt på samfunnsnivå. Det er mulig å identifisere grupper i befolkningen med økt risiko og sårbarhet for et bestemt helseutfall. Samtidig kan en betydelig andel av den øvrige befolkningen også ha en forhøyet risiko- og sårbarhet, selv om den individuelle risikoen er lavere. Samlet kan derfor nytten av forebygging på befolkningsnivå være større enn nytten av en høyrisikostراتيجية. Det henger sammen med at de fleste tilfeller av sykdom oppstår blant personer med lav eller moderat risiko, rett og slett fordi de er så mange. Dette kalles ofte forebyggingsparadokset, omtalt av Geoffrey Rose i 1981 (Rose, 1981). En konsekvens av forebyggingsparadokset er at befolkningsstrategier med stor effekt på befolkningen som helhet, gir relativt liten gevinst for hvert enkelt individ.

I befolkningsbaserte strategier er det ikke behov for å identifisere påvirkningsfaktorer for den enkelte. Strategiene kan bruke ulike virkemidler, og flere tiltak og virkemidler kan kombineres. I kapittel 9.1.3 gir utvalget eksempler på nasjonale tiltak som har vært gjennomført de siste tiårene, i hovedsak befolkningsbaserte tiltak.

I folkehelsearbeidet kan det brukes tiltak eller virkemidler som påvirker eller begrenser valgfriheten for befolkningen eller grupper i befolkningen, for eksempel gjennom regulering eller informasjon og opplysningsarbeid. I befolkningsbaserte strategier der den enkelte ikke oppsøker eller samtykker til tiltakene, kan dette være en verdimeessig eller etisk utfordring. Utvalget diskuterer autonomi i kapittel 6.2.

Dersom den enkelte ikke opplever en umiddelbar nytteverdi av tiltaket, kan det gi dårlig oppslutning, noe som igjen vil begrense effekten av tiltaket.

Høyrisikostراتيجier og befolkningsrettede strategier utfyller hverandre, og de fungerer ofte best i kombinasjon. Helsedirektoratet omtaler befolkningsrettede strategier og høyrisikostراتيجier i veiviseren til lokale folkehelseiltak (Helsedirektoratet, 2023b).

Kapittel 3

Befolkningens helse – status og utviklingstrekk

Helsen i den norske befolkningen er generelt god og levealderen er høy, men det er fremdeles utfordringer med store sosiale helseforskjeller (Syse et al., 2022). Grupper som har lang utdanning og god økonomi, har færre helseproblemer, og de lever lenger enn de som har kortere utdanning og dårligere økonomi. Livskvaliteten er gjennomgående høy, men det er noen grupper i befolkningen som i større grad rapporterer dårlig livskvalitet (Nes et al., 2021). Det gjelder særlig de som ikke er integrert i familie, samliv, skole og arbeid, som har psykiske helseutfordringer, opplever diskriminering, lever med nedsatt funksjonsevne eller er uføre, og som har en vanskelig økonomisk situasjon.

3.1 Forhold som påvirker folkehelsen

Folkehelse rapporten fra Folkehelseinstituttet er en nettpublikasjon på fhi.no som oppdateres fortløpende. Rapporten inneholder kunnskap og statistikk om en rekke forhold som påvirker befolkningens helse, blant annet forhold knyttet til samfunn og levekår, levevaner, klima og miljøfaktorer. Helse, levekår og samfunnsforhold henger sammen og bidrar til sosiale forskjeller i helse. Grunnleggende forhold som inntekt, utdanning, arbeid, bosted og bolig virker inn på helse i hele årsakskjeden. En trygg økonomi er en ressurs for å kunne velge helsefremmende bomiljøer, vaner og aktiviteter. Helse og røyking, alkoholbruk, kosthold og fysisk aktivitet, henger tett sammen med sosioøkonomiske forhold. Dette kan få konsekvenser for hvordan tiltakene utformes, og hvilke tiltak som bør prioriteres. Samfunnsforhold, lokalmiljø, boligforhold, levekår og tilgang til helse- og omsorgstjenester er andre forhold som spiller en betydelig rolle.

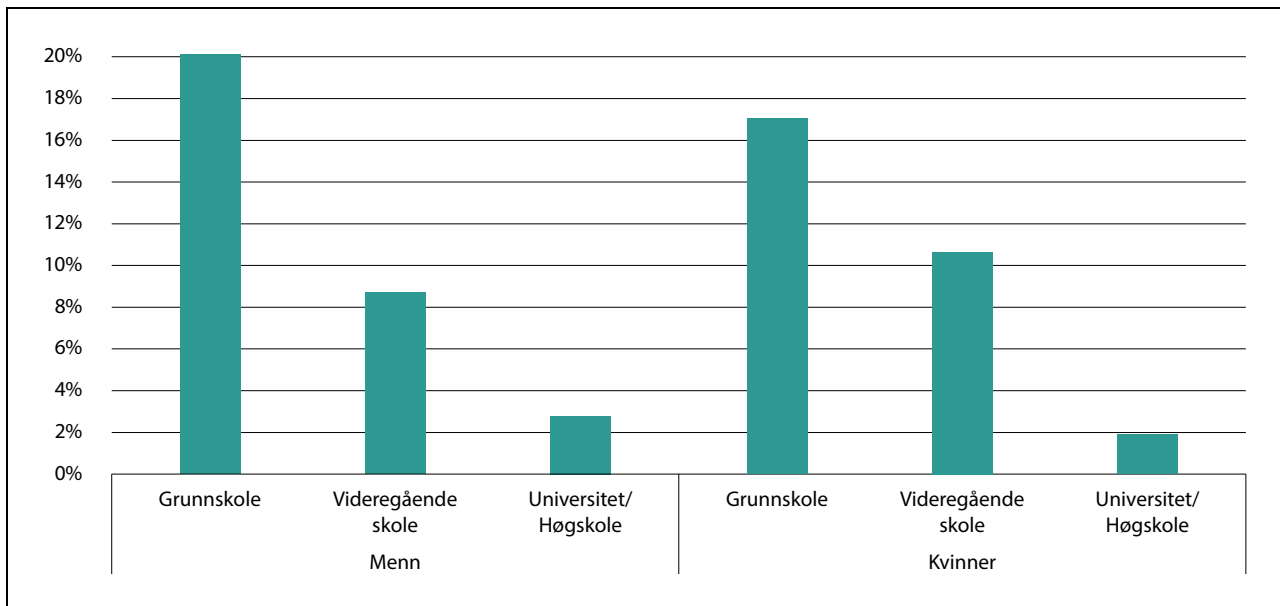
Røyking påvirker folkehelsen negativt, og er fortsatt den levevanen som bidrar mest til sykdomsbyrden i befolkningen. I en spørreundersøkelse fra 2023 oppgav om lag åtte prosent av menn og sju prosent av kvinner i aldersgruppen

16 til 74 år at de røyker daglig (Statistisk sentralbyrå, 2024c). Blant unge er snusing den vanligste formen for tobakksbruk (Vedøy et al., 2022). Det er betydelig sosial ulikhet i andelen som røyker (Folkehelseinstituttet, 2023b). Se figur 3.1.

Ifølge Folkehelse rapporten er bruk av alkohol og ulovlige rusmidler blant de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen (Lund & Bye, 2022). Alkohol er årsak til helsemessige og sosiale problemer i samfunnet i betydelig større grad enn ulovlige rusmidler. Det er ingen skarpe skiller mellom bruk og skadelig bruk av alkohol. Det registrerte alkoholforbruket gikk ned fra 1980 til 1993, deretter økte det kraftig fram til 2008, for deretter å gå ned igjen. Drikkefrekvens og årlig alkoholforbruk er høyere i grupper med lang utdanning og høy inntekt, mens risikofyllt alkoholbruk og alkoholrelaterte skader er mer utbredt blant dem med kort utdanning og lav inntekt (Rossow & Bye, 2024).

Den norske befolkningen har et variert kosthold, men hos mange er inntaket av grove kornprodukter, grønnsaker, bær, frukt og fisk lavere enn anbefalt (Totland et al., 2024). Inntaket av matvarer med mye mettet fett, salt og sukker er høyere enn anbefalt. Grupper med lang utdanning har generelt et sunnere kosthold enn grupper med kort utdanning. Folkehelseinstituttet har trukket fram usunt kosthold som en av de ti store folkehelseutfordringene i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018).

For lite fysisk aktivitet og for mye stillesitting kan øke risikoen for sykdommer som hjerteinfarkt, kreft og type 2-diabetes (Ekelund & Nystad, 2023). Befolkningen bruker stadig mer tid på stillesittende aktiviteter, og det er et betydelig potensial for å øke tid brukt til fysisk aktivitet gjennom hele livsløpet. I aldersgruppene seks, ni og 15 år oppfylte henholdsvis om lag 90 prosent, 70 prosent og 45 prosent minimumsanbefalingen om fysisk aktivitet i 2018. I alle aldersgrupper er det signifikant flere gutter enn jenter som tilfredsstiller denne anbefalingen. En oppsummering av forskning om helseeffekter av fysisk aktivitet anty-



Figur 3.1 Andelen dagligrøykere etter utdanningsnivå, menn og kvinner, 2021

Kilde: Statistisk sentralbyrå (2022)

der at helsetilstanden til de som er fysisk aktive gjennom livsløpet, vil være langt bedre enn for de som er fysisk inaktive (Folkehelseinstituttet, 2019).

Størstedelen av den voksne norske befolkningen har enten overvekt (BMI 25–29 kg/m²) eller fedme (BMI ≥ 30 kg/m²) (Meyer et al. 2023). Om lag 27 prosent av mennene og 25 prosent av kvinnene i alderen 40–49 år har fedme. Mellom 15 og 21 prosent av barn og unge i alderen 8–15 år har overvekt eller fedme. Mens andelen med overvekt og fedme har økt blant voksne de siste 50–60 årene, har andelen blant barn og ungdom nærmest vært stabil siden 2010. Det er først og fremst fedme som gir økt helse-risiko. Det er anslått at fedme medvirker til 2 800 dødsfall årlig, og er knyttet til hjerte- og karsykdommer, diabetes og andre kroniske sykdommer. Endringer i miljø og levevaner kan trolig forklare økningen i overvekt og fedme på befolkningsnivå de siste tiårene. Flere utviklingstrekk gjør at samfunnet nå er mer «fedmefremmende» enn tidligere, blant annet gjennom lett tilgjengelige og fristende mattilbud og redusert fysisk aktivitet i hverdagen.

3.2 Levealder og sykdomsbyrde

I 2024 var forventet levealder 84,8 år for kvinner og 81,6 år for menn (Bævre, 2025). Forventet levealder gjenspeiler dødeligheten i befolkningen og

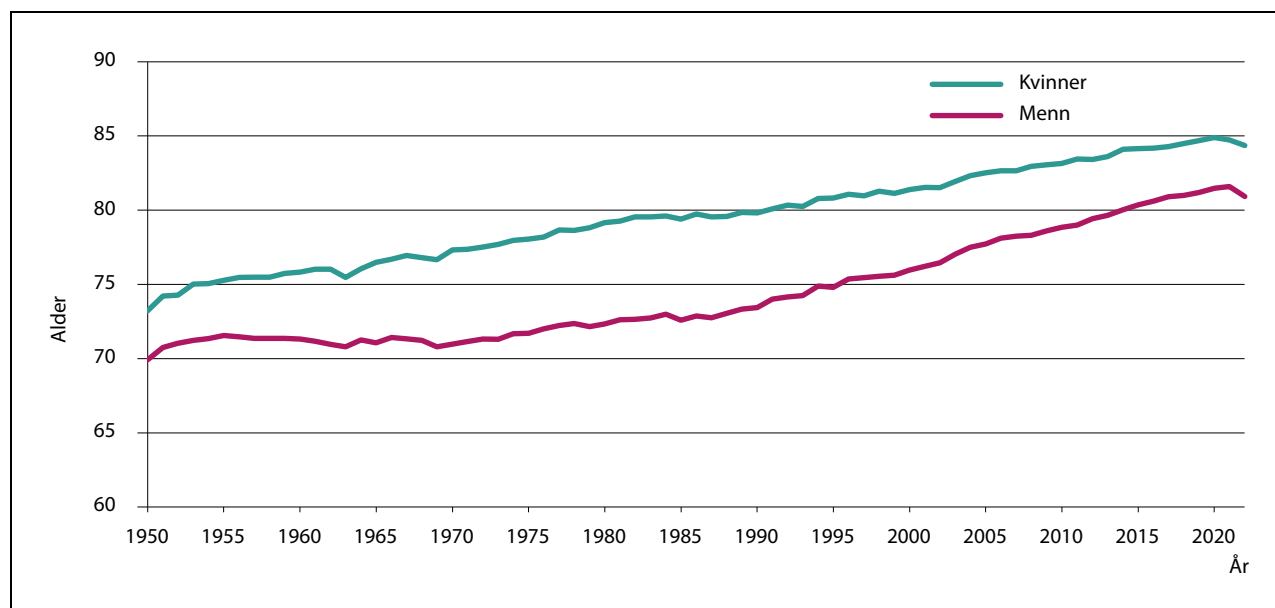
er en viktig pekepinn på hvordan det står til med folkehelsen (Statistisk sentralbyrå, 2025). De siste 20 årene er forskjellen mellom menns og kvinners levealder redusert. Figur 3.2 viser utviklingen i levealder fra 1980 til 2022 for menn og kvinner.

Pensjonsutvalget (NOU 2022: 7, tabell 8.4) registrerer at utviklingen i levealder har vært mye sterkere enn det som lå til grunn da arbeidet med pensjonsreformen startet for vel 20 år siden. Særlig gjelder dette menn som i 2020 levde fem år lenger enn i 2002, det vil si mer enn to år lenger enn det som ble forutsatt i 2002.

Framskrivninger for tiden fram til 2060 viser at forventet levealder vil øke, slik at forventet levealder i 2060 vil være 88,7 år i middelalternativet – 89,5 år for kvinner og 87,4 for menn (Statistisk sentralbyrå, 2025). I dag skjer de aller fleste dødsfall i høy alder, og det er dødeligheten i eldre aldersgrupper som er avgjørende for forventet levealder. Forventet levealder sank i 2021 og 2022, hovedsakelig som følge av økt dødelighet knyttet til koronapandemien (Forthun et al., 2025).

Det er store sosiale forskjeller i dødelighet og levealder i den norske befolkningen. Personer med høyere inntekt, utdanning og posisjon i arbeidslivet har høyest forventet levealder og gjennomgående lavest dødelighet i ulike aldersgrupper.

Norge er blant de landene i verden som har høyest levealder, og forskjellene mellom disse landene er små (med et unntak for japanske kvinner). Vi finner de samme forskjellene i for-



Figur 3.2 Utvikling i forventet levealder ved fødsel. 1950–2023

Kilde: Dødelighet etter yrke. Rapport 2022/24. Statistisk sentralbyrå (2025)

ventet levealder mellom menn og kvinner i de fleste land som det er naturlig å sammenlikne med. Det gjelder også mønsteret med sosial ulikhet i helse. Tall fra det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet, *The Global Burden of Disease Study – GBD* fra mai 2024, viser at det har vært et kraftig fall i dødelighet siden 1990, både i den norske befolkningen og globalt (The Lancet, 2025).¹ Samtidig har befolkningen fått flere leveår med god helse. Norge er blant landene i verden med både høyest forventet levealder og flest forventede friske leveår (Folkehelseinstituttet, 2024b).

Figur 3.3 viser endringer i forventet levealder og forventet levealder med god helse for menn og kvinner for perioden 1990 til 2021 for Norge, alle de nordiske landene, høyinntekstland og globalt.

De viktigste årsakene til sykdomsbyrde i Norge inkluderer livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kreft og muskel- og skjelettlidelser (Folkehelseinstituttet, 2024b). Kreftsykdommer og hjerte- og karsykdommer er fortsatt de viktigste dødsårsakene, selv om det har vært en betydelig nedgang i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer og økt overlevelse av flere kreftsykdommer som følge av forebyggende tiltak, bedre diagnostikk og behandling.

¹ Hovedmålet for sykdomsbyrde i det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet er antall helsetapsjusterte leveår (DALY) som kan forstås som antall tapte friske leveår som hvert år går tapt i en befolkning som følge av nedsatt helse og for tidlig død.

Framskrivninger av sykdomsbyrde i Norge viser at ikke-smittsomme sykdommer fortsatt vil være de viktigste årsakene til sykdomsbyrde og død i 2050. Framskrivningene viser færre dødsfall som skyldes hjerte- og karsykdom, mens kreft og nevrologiske sykdommer, som er viktige dødsårsaker i høy alder, vil være årsak til flere dødsfall (Folkehelseinstituttet, 2022). Disse sykdommene bidrar også til sykdomsbyrden i form av redusert funksjonsevne. Psykiske lidelser, inkludert angst og depresjon, er vanlige i befolkningen, og utgjør også en stor del av sykdomsbyrden (Tesli et al., 2023). Mellom 15–25 prosent vil oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av et år. Alvorlige psykiske lidelser er forbundet med uførhet, fysiske sykdommer og redusert forventet levealder. En aldrende befolkning fører til flere tilfeller av demens og andre aldersrelaterte sykdommer (Strand et al., 2023).

Den historiske trenden for selvmord, justert for befolkningsvekst, har vært tilnærmet stabil både for kvinner og menn etter år 2000, ifølge foreløpige tall fra Dødsårsaksregisteret for 2024. Andelen som dør av kreft og hjerte- og karsykdommer, har aldri vært lavere i nyere tid, men nedgangen per år har flatet noe ut de siste årene. Færre dør av hjerneslag og hjerneblødning, og dødeligheten av akutt hjerteinfarkt er rekordlav. En økende andel personer dør av demens, i takt med en aldrende befolkning. Trenden for alkohol og narkotikautløste dødsfall, justert for befolkningsvekst, har vært stigende siden 2013.



Figur 3.3 Forventet levealder og forventet levealder med god helse

Kilde: Folkehelseinstituttet (2024b) og Global Burden of Disease-prosjektet (GBD2021)

Helsedirektoratets oversikt over samfunnskostnader ved sykdom og ulykker for årene 2019, 2020 og 2021, har anslått kostnadene knyttet til sykdomsbyrde, helsetjenester og produksjonstap (Helsedirektoratet, 2024b). I rapporten er de årlige totale samfunnskostnadene relatert til sykdom og ulykker, beregnet til 1 945 milliarder kroner i 2019, 1 955 milliarder kroner i 2020 og 2 294 milliarder kroner i 2021.

Sykdomsbyrden utgjør i 2021 anslagsvis 60 prosent av samfunnskostnadene, og inkluderer både helsetap knyttet til sykkelighet og tapte leveår. Produksjonstapet på grunn av sykefravær, uførhet og tidlig død utgjør om lag 22 prosent av kostnadene (2021). Uførhet er den viktigste kategorien. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser står for det største produksjonstapet. Kostnadene til produksjon av helse- og omsorgstjenester utgjør om lag 18 prosent av samfunns-

Boks 3.1 Sykdomsbyrde

Sykdomsbyrdeprosjektet definerer sykdomsbyrde i form av tap av helse, ikke etter hvorvidt sykdommene påvirker for eksempel inntekt, helsetjenestebruk eller produktivitet. Det benyttes i hovedsak fire mål på sykdomsbyrde:

1) dødsfall, 2) tapte leveår, 3) år levd med helse-
tap, og 4) helsetapjusterte leveår. I tillegg beregner sykdomsbyrdeprosjektet forventet levealder og forventede friske leveår.

Betegnelse Norsk (engelsk) – forkortelse	Beskrivelse
Tapte leveår (<i>Years of Life Lost</i>) – YLL	Mål på dødelighet. Gjenstående forventet levetid ved alder når dødsfallet skjer. Hentes fra en referansetabell for dødelighet etter de lavest observerte dødelighetsratene globalt, lik for menn og kvinner
År levd med helsetap (<i>Years Lived with Disability</i>) – YLD	Mål på ikke-dødelig helsetap. Beregnes ved å multiplisere forekomsten av sykdommer og skader med tilhørende helsetapsvekter
Helsetapjusterte leveår (<i>Disability Adjusted Life Years</i>) – DALY	Samlemål for sykdomsbyrden i en befolkning. Summen av tapte leveår og år levd med helsetap
Forventet levealder (<i>Life Expectancy</i>)	Mål på hvor lenge en person kan forvente å leve. Målet er hypotetisk da det forutsetter at personen lever gjennom livet med de aldersspesifikke dødelighetsratene i det kalenderåret beregningen gjøres for.
Forventede friske leveår (<i>Healthy Life Expectancy</i>) – HALE	Mål på antall forventede friske leveår. Beregnes tilsvarende forventet levealder, men justeres for befolkningens ikke-dødelige helsetap i hver aldersgruppe

For å kunne beregne helsetapet fra en sykdom eller skade trengs det gode data om forekomst i form av insidens (nye tilfeller av sykdommen i løpet av en bestemt tidsperiode) og prevalens (antall tilfeller ved et gitt tidspunkt eller i et tidsrom). Det er også nødvendig med informasjon om alvorlighetsgraden av sykdommen (grad av nedsatt helse). Norske kilder til beregning av sykdomsbyrde er en rekke registre og helse-

undersøkelser, og data fra publiserte rapporter og studier. I tillegg benyttes data fra andre land. I tilfeller der norske data mangler, vil resultatene i større grad preges av data om den aktuelle sykdommen eller skaden i land som likner på Norge. Alvorlighet beregnes ved hjelp av helsetapsvekter som er like for alle land.

Kilde: Folkehelseinstituttet (2024b)

skostnadene (2021). Det er særlig sykdommer knyttet til psykiske lidelser, sykdommer i nervesystemet og kreft, som sammen krever betydelige ressurser fra helsetjenesten.

Samfunnskostnadene bæres i stor grad av fem sykdomsgrupper: psykiske lidelser, kreftsykdommer, sykdommer i muskel- og skjelettlidelser, og sykdommer i sirkulasjons- og nervesystemet. Disse sykdomsgruppene står for omtrent 64 pro-

sent av de totale kostnadene i perioden 2019–2021.

3.3 Sosiale ulikheter i helse

Det er betydelige sosiale ulikheter i helse i befolkningen (Syse et al., 2022). Sammenhengen mellom sosial posisjon og helse er gradvis og konti-

nuerlig gjennom alle sosiale lag. Opphopning av levekårsutfordringer og sosiale ulikheter i helse har sammensatte årsaker. Det dreier seg om grunnleggende sosiale forhold som inntekt, utdanning, arbeid, bosted og bolig som påvirker helsen både direkte og indirekte – gjennom levevaner, tilgang til helsetjenester, sosial støtte og andre fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Figur 3.4 viser at forventet levealder har økt betydelig i alle utdanningsgrupper etter 1970, men økningen har vært størst for gruppene med lengst utdanning. Dermed har ulikhetene økt. Gruppen som har kortest utdanning, har dårligere helse og lever i gjennomsnitt fem (kvinner) til seks år (menn) kortere enn gruppen som har lengst utdanning (Syse et al., 2022). Det er store sosiale forskjeller knyttet til utdanning, og ulikhetene har økt de siste tiårene. I dag er det mye mer marginaliserende å ha kort utdanning enn det var på 1960- og 1970-tallet. I evalueringen av det norske arbeidet for å redusere sosial ulikhet i helse og livskvalitet er det beskrevet slik:

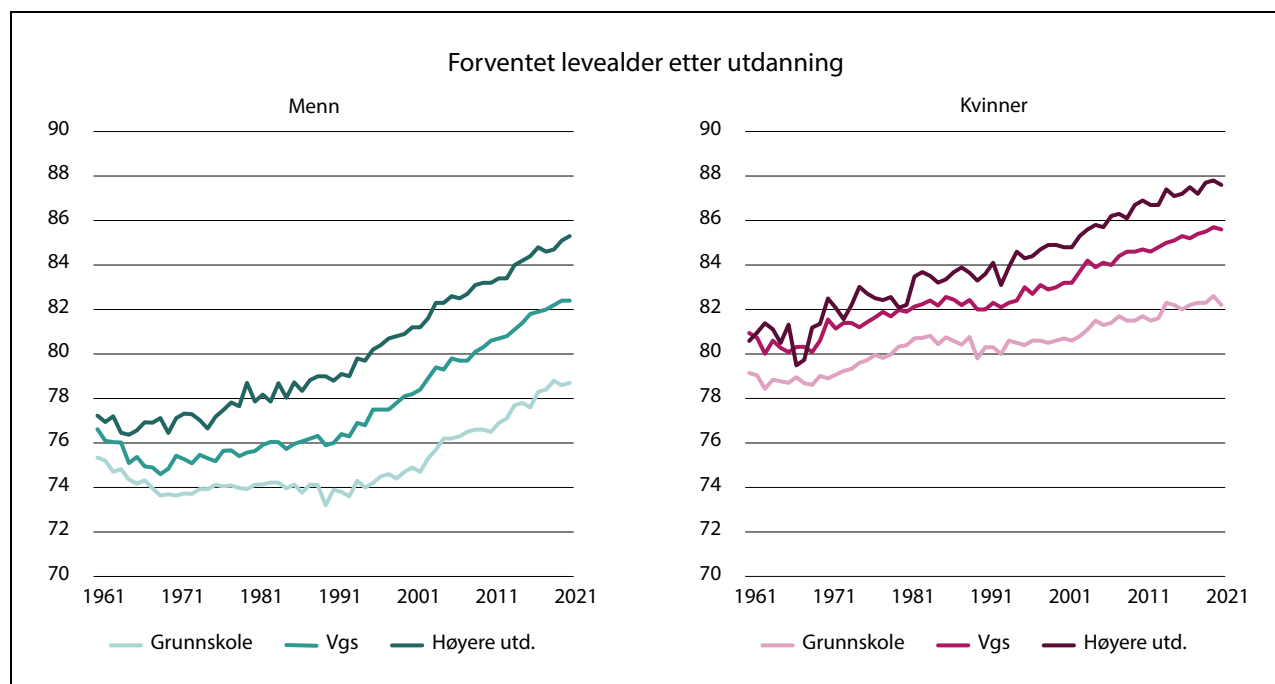
«There are persistent inequalities in life expectancy and death rates in Norway whether measured by educational level, occupation or income. These inequalities are on a gradient running from higher to lower social and economic position.»

(Institute of Health Equity, 2023, s. 16)

Analysen av forventet levealder etter inntekt viser at personer i den laveste inntektsfjerdedelen lever seks til åtte år kortere enn dem i den høyeste inntektsfjerdedelen. I Oslo er forskjellen i forventet levealder så mye som sju år mellom enkelte bydel. Det er betydelige forskjeller i levealder mellom kommuner og bydel. Blant menn er det opptil ti års forskjell i forventet levealder mellom kommunene med høyest og lavest levealder. For kvinner er forskjellen noe mindre, på mellom seks til sju år (Syse et al., 2022).

Levealder varierer også med yrke. Menn og kvinner med lang utdanning lever lengst, mens kvinner i industriyrker og ufaglærte menn lever kortest (Statistisk sentralbyrå, 2022).

Folkehelseinstituttet viser til at det er helseforskjeller i alle aldersgrupper; blant barn, ungdommer, voksne og eldre. Noen forhold påvirker oss trolig gjennom hele livet (Blane et al., 2013), og dermed kan uheldige sosiale forhold føre til at helseproblemer akkumuleres over livsløp. Det er blant annet vist at barn som vokser opp i familier med lav sosioøkonomisk status, har høyere risiko for å bli diagnostisert med somatiske og psykiske lidelser i voksen alder (Evensen et al., 2021; Hakulinen et al., 2020). Forskjellen er tydeligst for muskel- og skjelettlidelser, skader og depresjon, og noe mindre for kroniske lidelser som høyt blodtrykk og diabetes. Lav fødselsvekt, foreldrenes utdanning, foreldrenes sivilstand, egen utdanning



Figur 3.4 Forventet levealder (ved 35 år) etter utdanningsnivå 1960–2020

Kilde: Folkehelse rapporten (Bævre, 2025)

og inntekt i voksen alder forklarer i stor grad sammenhengen.

En rapport fra Nasjonalforeningen for folkehelsen (Heggebø & van der Wel, 2024) viser at sosial ulikhet i dødelighet i hovedsak gjelder sykdommer som kan forebygges og behandles. For sykdommer der kunnskapen om forebygging og behandling er begrenset, er det små sosiale ulikheter i dødelighet.

3.4 Helse i ulike grupper i befolkningen

3.4.1 Barn og unge

De fleste barn i Norge har gode og trygge oppvekstvilkår, men det er også mange som utsettes for belastninger i hele eller deler av oppveksten. For eksempel viser tall fra 2022 at 10,6 prosent av alle barn, det vil si mer enn 100 000 barn, lever i familier med vedvarende lav inntekt (Statistisk sentralbyrå, 2024).² Barn og ungdommer har i hovedsak god fysisk helse, både i et historisk perspektiv og sammenliknet med barn og ungdom i andre deler av verden (Surén et al., 2022). Men utfordringer med ugunstig kosthold, mangel på fysisk aktivitet og for høy forekomst av overvekt og fedme gjør at mange starter voksenlivet med økt risiko for dårlig helse senere i livet. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge kan ses i sammenheng med blant annet livskvalitet, oppvekstvilkår, søvn, fysisk helse, vold og sosiale helseforskjeller. Norske forekomststudier basert på kliniske intervjuer, viser at rundt sju prosent av barn og unge i alderen fire til 14 år har en psykisk lidelse (Bang et al., 2024). I 2022 ble om lag seks prosent av barn og unge diagnostisert med en psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten. Andelen har økt de siste ti årene. Det har også vært en økning i totalbruken av legemidler for psykiske lidelser blant barn og unge.

Alkoholbruk er utbredt blant ungdom og unge voksne i Norge, og en høy andel av unge som drikker alkohol, har et risikofylt drikkemønster (Bakken, 2024; Bye et al., 2023). Likeledes er det en relativt høy andel unge voksne som bruker tobakksprodukter daglig, selv om dagligrøyking er på et lavt nivå (Statistisk sentralbyrå, 2024c). I senere år har det vært en økning i bruk av ulov-

lige rusmidler som cannabis og kokain blant ungdom i Norge (Bye & Bretteville-Jensen, 2024).

3.4.2 Eldre

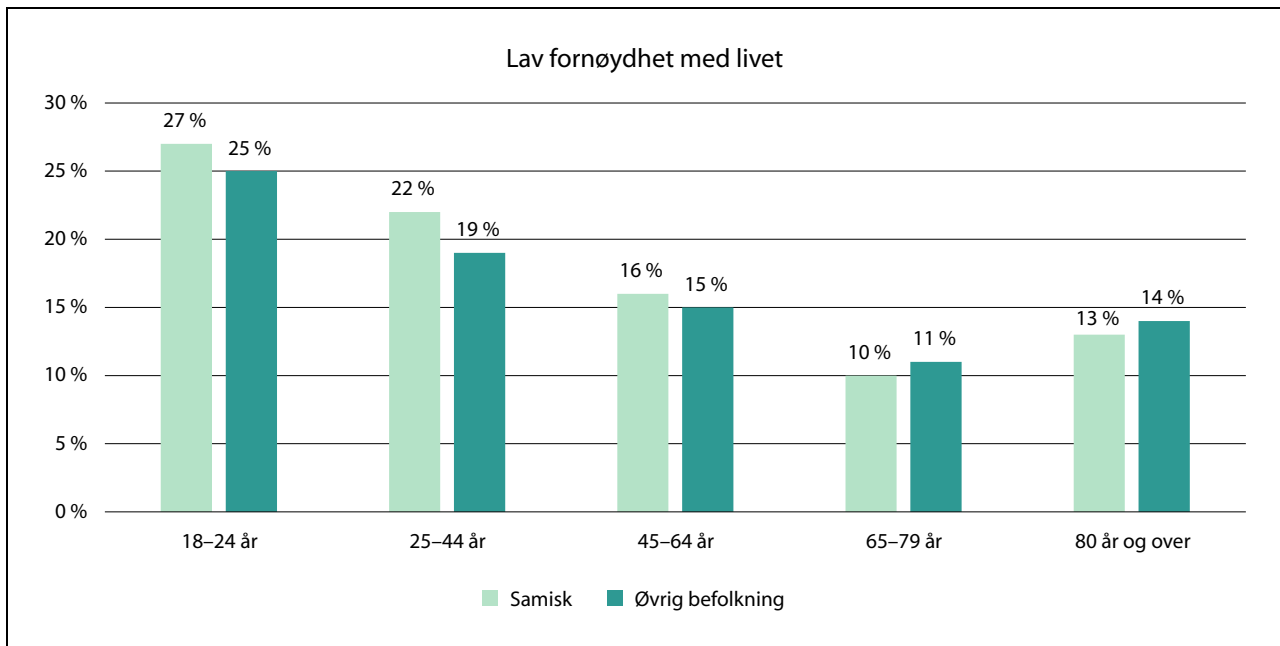
Eldre i dag har bedre funksjon enn tidligere, men mange lever med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne (Strand et al., 2023). Med økende alder øker risikoen for kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne, og de eldste aldersgruppene har dårligst helse. Det er forventet en betydelig økning i andelen eldre og antallet såkalt yngre-eldre (65–79 år) og eldre-eldre (80+ år) i årene framover (Strand et al., 2023). En ikke ubetydelig del av helsetapet i befolkningen er knyttet til sykdommer og plager som er vanligst blant eldre over 70 år: muskel- og skjelettsykdommer, andre smertetilstander, sykdommer i sanseorganer, demens og helsetap som følge av kreft og hjerte- og karsykdom. Det kan imidlertid se ut som aldersrelaterte funksjonsnedsettelse kommer senere i livet enn tidligere. Folkehelse rapporten viser til flere norske studier som tyder på at økt forventet levealder i økende grad følges av flere funksjonsfriske år. Denne utviklingen omtales ofte som «friskere aldring». De fleste eldre er tilfredse med livet, og yngre-eldre er mer tilfredse enn yngre aldersgrupper, mens eldre-eldre rapporterer om redusert livskvalitet langs flere dimensjoner. Levevanene blant eldre har endret seg i senere år. For eksempel har alkoholbruk økt blant eldre (Bye & Moan, 2020). I tillegg er bruk av vanedannende legemidler utbredt i denne gruppen. Økt alkoholbruk og kombinasjonsbruk av alkohol og legemidler kan gi økt risiko for ulykker og skader blant eldre (Bye et al., 2021).

3.4.3 Den samiske befolkningen

Den samiske befolkningen har mange av de samme folkehelseutfordringene som befolkningen generelt (Torheim et al., 2024). I geografiske områder med samisk befolkning, er folkehelseutfordringene til samer i stor grad de samme som for befolkningen for øvrig. Samtidig finnes det noen systematiske forskjeller mellom samisk og ikke-samisk befolkning, både når det gjelder helse, levekår og livskvalitet.

Samer rapporterer i litt større grad om dårlig fysisk helse enn ikke-samer. Når det gjelder ulike indikatorer for livskvalitet, ligger samer relativt likt med eller litt lavere enn den øvrige befolkningen. Figur 3.5 viser andelen som er «lite fornøyd med livet» som indikator på livskvalitet blant samer, sammenliknet med øvrig befolkning. Kvin-

² Verken antall eller andel har vært lavere siden 2016. Før dette hadde vi en lang periode med til dels kraftig økning, og et toppunkt ble nådd i 2018–2020, da 115 000 barn tilhørte en husholdning med vedvarende lavinntekt, en andel på 11,7 prosent.



Figur 3.5 Andel av samisk og øvrig befolkning som er lite fornøyd med livet

Kilde: Folkehelse rapporten (Torheim et al., 2024). Andel som er lite fornøyd med livet vil si skår 0–5 på en skala fra 0–10 hvor 0 er ikke fornøyd i det hele tatt. Fylkeshelseundersøkelsene (FHUS), 2019–2022

ner og menn med samisk bakgrunn rapporterer om mer psykiske plager enn de uten samisk bakgrunn i de samme geografiske områdene. Personer med samisk bakgrunn rapporterer i større grad enn personer med ikke-samisk bakgrunn å ha vært utsatt for vold i barndommen og/eller i voksen alder. Samer rapporterer hyppigere å ha vært utsatt for diskriminering enn ikke-samisk befolkning, og samisk bakgrunn rapporteres å være den hyppigst opplevde årsaken til diskriminering.

Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport (2023) inneholder blant annet historier om vold brukt som virkemiddel i fornorskningspolitikken. Rapporten peker på at fornorskningspolitikken har bidratt til kollektive traumer som fortsatt preger helsen til enkeltpersoner og ulike lokalsamfunn. Samer generelt og særlig reindriftssamer, opplever oftere hets, hatytringer, hverdagsrasisme, diskriminering og mobbing enn den øvrige befolkningen. Kommisjonens rapport belyser helsesituasjonen for reindriftssamene (kapittel 12.4). Det vises til helsemessige belastninger for reindriftssamene knyttet til fysiske utfordringer i yrket, som yrkesskader og lang avstand til helsehjelp. I tillegg kommer belastninger som følge av klimaendringer og press på reinbeitearealer og sosiale konflikter i lokalsamfunn. Det trekkes også fram positive aspekter ved reindriften som arbeidsglede, nærhet til tradisjonell kultur og til

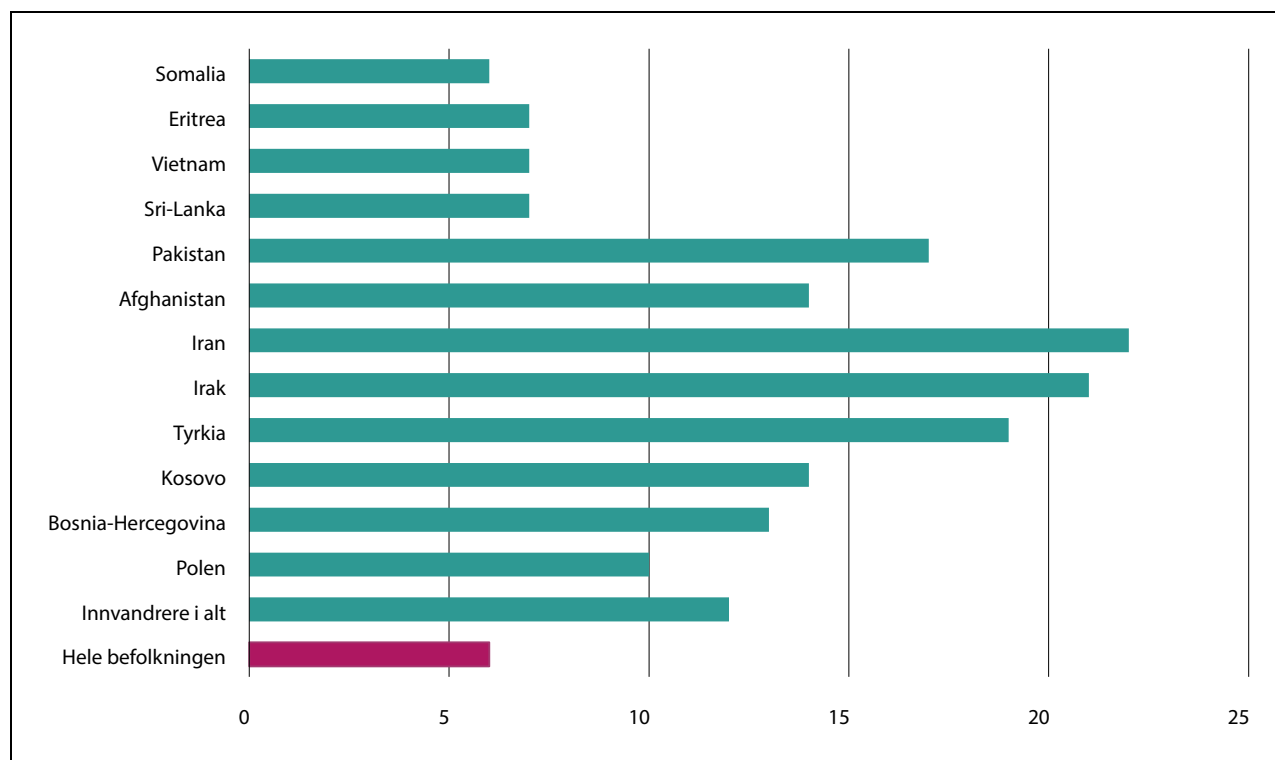
naturen. Rapporten viser videre til at utfordringene til den samiske befolkningen må forstås i lys av historiske erfaringer, kulturelle forhold, nåværende levekår, og hvordan samiske språk, identitet og kulturell tilhørighet påvirker helse gjennom livet.

3.4.4 Innvandrerbefolkningen

Om lag en av fem innbyggere i Norge har innvandrerbakgrunn. Det er store forskjeller mellom personer med innvandrerbakgrunn i Norge når det gjelder levekår, levevaner og forekomst av sykdom (Spilker et al., 2022).³ Innvandrerbefolkningen har en høyere andel yngre enn resten av befolkningen. Personer med innvandrerbakgrunn er betydelig overrepresentert blant gruppene med lav husholdningsinntekt, lav utdanning og lav sysselsettingsgrad. Dette gjelder særlig innvandrere fra land i Asia og Afrika.

Levekårsundersøkelsen blant innvandrere fra 2016 viste at mange innvandrergrupper hadde en høyere andel som rapporterte dårlig helse. For de fleste helseindikatorer kom innvandrere som helhet dårligere ut enn befolkningen for øvrig. Folkehelseundersøkelsen fra Oslo 2024 pekte i

³ For mange grupper av innvandrere finnes det lite eller ingen data og forskning, og det totale bildet av innvandreres helse og helsetjenestebruk er mangelfullt.



Figur 3.6 Andel med psykiske plager i ulike innvandrergupper

Kilde: Folkehelse rapporten (Spilker et al., 2022)

samme retning, men med større forskjeller enn i 2016. Undersøkelsen viste at innvandrere fra land i østlige Europa, Asia og Afrika hadde betydelig dårligere selvopplevd helse, tannhelse og psykisk helse (Vedaa et al., 2025).

Noen sykdommer, tilstander og levevaner er vanligere i enkelte innvandrergupper enn i den øvrige befolkningen. Det gjelder blant annet overvekt og fedme, muskel- og skjelettplager, type 2-diabetes, røyking og vitamin D-mangel. Andre sykdommer, tilstander og levevaner er mindre utbredt i enkelte innvandrergupper enn i den øvrige befolkningen. Det gjelder for eksempel flere kreftformer og alkoholbruk. I tillegg til opprinnelsesland påvirkes ulikhetene av årsakene til migrasjon og oppholdsstatus (flyktninger, asylsøkere eller økonomiske migranter) og oppholdstid i Norge (Spilker et al., 2022).

Andelen innvandrere med høyt nivå av psykiske plager er i snitt høyere enn i befolkningen generelt, se figur 3.6. Opplevd rasisme og diskriminering kan påvirke psykisk helse i betydelig grad. Flyktninger og eldre innvandrere er grupper som kan være spesielt utsatt for dårlig helse. Innvandrere bruker helsetjenester i mindre grad enn den øvrige befolkningen, men helsetjenestebruk varierer mye med alder, botid, årsak til innvandring og landbakgrunn. Forskjellene mellom

innvandrerbefolkningen og den øvrige befolkningen reduseres med botid i Norge. (Spilker et al., 2022).

I Folkehelseundersøkelsen i Oslo i 2024 kom det fram at lav fysisk aktivitet var mer utbredt i mange innvandrergupper. Andelen daglig-røykere er betydelig høyere i mange innvandrergupper, særlig gjelder dette innvandrmenn. Alkoholforbruket er lavere enn gjennomsnitt blant innvandrere fra Asia, Afrika og østlige Europa (Vedaa et al., 2025).

3.5 Folkehelsen framover

En temautgave av folkehelse rapporten i 2022 tar opp den framtidige utviklingen i folkehelsen (Folkehelseinstituttet, 2022). Målet er å bidra med et faglig grunnlag for å vurdere hvilke utfordringer folkehelsepolitikken bør prioritere i årene framover. I dag er ikke-smittsomme sykdommer som kreft og hjerte- og karlidelser de viktigste årsakene til sykdomsbyrde og død i Norge. Dette er sykdommer med potensial for forebygging. Det er grunn til å forvente endringer i folkehelsen i årene som kommer, blant annet vil økt levealder og flere eldre i befolkningen føre til at en økt andel lever med kroniske sykdommer.

Hovedbudskapet i rapporten er at det i 2050 vil være omtrent de samme helseutfordringer som i dag, hvis framskrivingene slår til. Forventet levealder og andelen eldre i befolkningen vil fortsette å øke. Selv om de store etterkrigskullene er friskere enn tidligere kull og har lavere forekomst av sykdom, vil den økende andelen eldre i befolkningen medføre at både dødelighet og sykkelighet vil øke. Framskrivningen viser også at den nedadgående trenden i totale dødelighetsrater og sykdomsbyrderater i perioden 1990 til 2019, bremser opp. I 2050 vil Alzheimers sykdom og andre typer demens være den største årsaken til sykdomsbyrden som følge av aldring og befolkningsøkning (Folkehelseinstituttet, 2022). Dersom sykdomsbyrden justeres for økende aldring i befolkningen, vil imidlertid dødelighet og sykdomsbyrde fortsette å falle fram mot 2050. Selv om det er mange eldre med høy alder i Norge, er det samtidig en lav sykdomsbyrde i denne aldersgruppen sammenliknet med andre land (Strand et al., 2023).

Folkehelseinstituttet viser til at ikke-smittsomme sykdommer (kreftsykdommer, hjerte- og karlidelser, psykiske lidelser mm.) fortsatt vil være viktige årsaker til sykdomsbyrden for befolkningen i arbeidsfør alder.

Utvalget viser til at selv om helsen i den norske befolkningen generelt er god og levealderen er høy, er det fortsatt utfordringer med store sosiale ulikheter i helse. Det bør få konsekvenser for utforming og prioritering av folkehelse tiltak. Hjerte- og karlidelser, kreftsykdommer og psykiske lidelser utgjør en stor del av sykdomsbyrden. Utbredelsen av disse sykdommene kan påvirkes av folkehelse tiltak – indirekte gjennom påvirkning av levekår og direkte gjennom påvirkning av levevaner. Smittsomme sykdommer dukker stadig opp igjen til tross for smittevern tiltak og et løpende smittevern arbeid. Dette krever oppmerksomhet og forbedret beredskap gjennom overvåkning og internasjonalt samarbeid. Antimikrobiell resistens er en økende trussel også i Norge. Risikoen for utbrudd, epidemier og pandemier er ikke borte. Det gjelder også en rekke miljøfaktorer i oppvekstmiljø, arbeidsliv, samferdsel med mer, og globale klima-, miljø- og sikkerhetsutfordringer. Det trengs målrettede tiltak og løpende arbeid for å kontrollere risikoen, og

beredskap for å håndtere hendelser når de oppstår.

En tilgrensende utfordring handler om framtidig belastning på helsetjenestene og personellbehov.⁴ Det er naturlig å tenke at bedre folkehelsearbeid og forebygging vil gjøre at færre blir syke, og at det vil redusere behovet for helsetjenester framover. Det er samtidig slik at med økende levealder vil andel eldre i befolkningen med sykdommer og behov for helsetjenester øke. Det er ikke avklart hvordan dette vil slå ut og om forebygging samlet sett vil føre til økte eller reduserte kostnader til helsetjenester. For noen typer forebygging og noen sykdomsgrupper kan bedre forebygging tenkes å dempe kostnader til helseutgifter senere i livet (Grootjans-van Kampen et al., 2014).

Kostnadsdrivere for helsetjenester er også nylig analysert i en norsk fremskrivingsanalyse (Kinge et al., 2025). I denne analysen ble effekten av omfattende forebygging på helseutgifter vurdert. Analysen inkluderte en gradvis reduksjon og etter hvert eliminering av røyking, usunt kosthold, høy kroppsmasseindeks, høyt blodtrykk, høyt kolesterol og høyt fastende blodsukker i perioden 2022–2050. Resultatene tyder på at den samlede effekten på helseutgiftene er liten. Økt levealder, som følge av forebygging, fører til flere eldre, noe som øker utgiftene. Samtidig er eldre i gjennomsnitt friskere enn tidligere, noe som reduserer utgiftene. I tillegg tilsier det tverrsektorielle perspektivet i folkehelsearbeidet at eventuelle besparelser og kostnader utenfor helsesektoren må telle med (Masters et al., 2017).

Utvalget vil understreke at det primære målet med folkehelsearbeidet er bedre helse. I den grad folkehelsearbeid kan redusere kostnader gjennom behandling, vil dette kunne inngå i vurderingen av et gitt tiltak sammenliknet med andre tiltak. For tiltak i helsetjenesten vurderes det om helseeffekten står i et rimelig forhold til kostnadene, og det samme utgangspunktet må gjelde for folkehelse tiltak (Baicker & Chandra, 2025).

⁴ Det er i flere sammenhenger tatt til orde for at folkehelsearbeid kan redusere behovet for helse- og omsorgstjeneste. I NOU 2023: 4 *Tid for handling* skriver helsepersonellkommisjonen for eksempel: «En styrket satsing på folkehelse og forebyggingsarbeid vil også kunne bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester, og dermed redusere behovet for innsats fra helsepersonell.»

Kapittel 4

Om folkehelsearbeidet

I dette kapittelet beskriver utvalget utviklingen av folkehelsearbeidet og hvordan dette er omtalt som et tverrsektorielt ansvar i stortingsmeldinger og regulert i folkehelseloven. Kapittelet danner grunnlag for utvalgets drøfting av verdigrunnlaget, kunnskapsgrunnlaget og beslutningsprosessene for prioritering.

4.1 Historisk utvikling

De første sporene av at staten tar ansvar for befolkningens helse, finnes på begynnelsen av 1600-tallet (Moseng, 2003). Utover 1600-tallet ble staten kjennetegnet av økt sentralisering og profesjonalisering, og interessesfæren ble utvidet og vokste i omfang. Økt aktivitet og ambisjoner stilte krav til planlegging, og befolkningen ble i økende grad sett på som en ressurs som måtte beskyttes mot sykdom og epidemier. Det handlet i stor grad om kampen mot smittsomme sykdommer. De begrensede behandlingsmulighetene gjorde at det eneste alternativet var å forebygge sykdom med tiltak som isolasjon av syke, karantene for skip og restriksjoner på reiser. Helt fram til første verdenskrig var helsetjenestens oppgaver relativt begrenset.¹ Forfatterne av boken *Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003* viser til at det er en klar linje som løper gjennom historien, fra den spede begynnelsen og fram til i dag:

«Vi ser den evige diskusjonen eller den politiske kampen om hvilket ansvar myndighetene skal ha overfor sin befolkning, og hvilken plikt individet har overfor fellesskapet. Eller formulert på en annen måte: på den ene siden, hvilken rett har individet som er sykt eller friskt – til ensidig å handle ut fra egne interesser, og

hvilken plikt har individet til å ta ansvar for eget liv? På den andre siden, hvilken plikt og rett har myndighetene til å gripe inn, til å regulere og organisere? Armauer Hansen satte det hele på spissen da han i 1885 ivret for å isolere de spedalske for å skjerme de friske. Han ville skjerpe statens ansvar gjennom strengere lepralov.»

(Schjøtz & Skaset, 2003, s. 16–17)

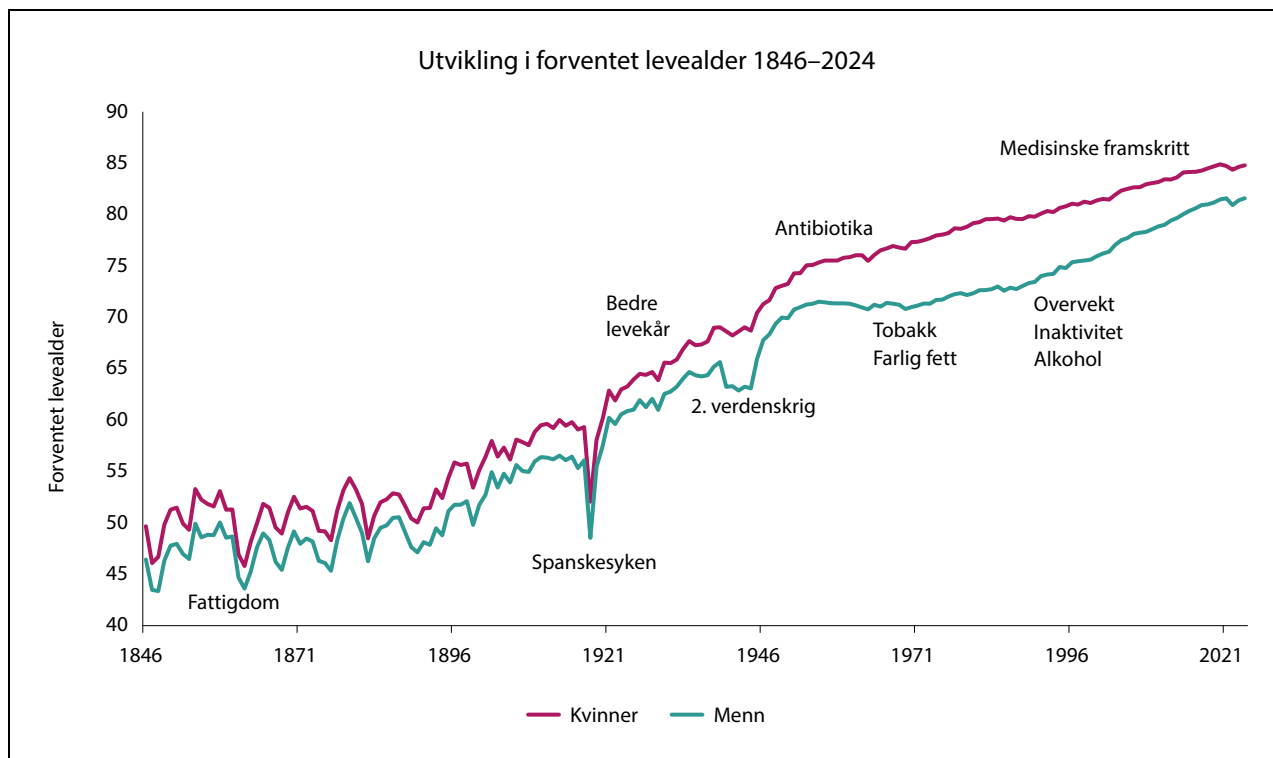
En annen relevant linje som trekkes fram, er kampen om holdningene – ekspertenes bestrebelser på å innpode i befolkningen hva som er «riktig» og sunn livsførsel mot «den gjenstridige almues» oppfatning av hva som skaper det gode liv. Fra midten av 1800-tallet og fram til årene før første verdenskrig kom det et endelig gjennombrudd i myndighetenes tenkning om et større ansvar for borgerne, både for å forebygge sykdom og for behandling og pleie.² Sunnhetsloven fra 1860 og loven om sykeforsikring fra 1909 brukes som eksempler på denne tankegangen. Kampen mot tuberkulosen, et stort folkelig engasjement og et ideologisk grunnlag i sosialhygien og arvehygien stod sentralt i mellomkrigsperioden.

Figur 4.1 viser utviklingen i forventet levealder tilbake fra 1846, sett i sammenheng med ulike hendelser. Figuren illustrerer hvordan bedre levekår, antibiotika og medisinske framskritt har påvirket levealderen positivt fra 1920-tallet, og hvordan levevaner som røyking og usunt kosthold bidro til å bremse den positive utviklingen, særlig for menn, på 1970-tallet.

I etterkrigstidens første fase var det forebyggende arbeidet preget av å videreføre mellomkrigstidens kamp mot infeksjonssykdommene

¹ I denne gjennomgangen er hovedvekten lagt på historien til det forebyggende arbeidet utenfor helsetjenesten, men utviklingen av helsetjenesten har også hatt stor og økende betydning for bedringen av befolkningens helse.

² Forfatterne deler utviklingen mellom 1850 til 2003 i fire perioder: 1) 1850–1912 med gjennombrudd for myndighetenes ansvar, 2) 1913–1945 med økt statlig ansvar i samarbeid med frivillige organisasjoner, 3) 1945–1984 med ekspansjon i alle deler av helsevesenet, og etter hvert vekt på å bremse forbruket og større vekt på privat og personlig ansvar 4) 1985–2003 med reformer i alle ledd, beslutningsmyndighet lagt til kommuner og folkevalgte og åpning for private markedsaktører.



Figur 4.1 Utvikling i forventet levealder 1846–2024

Illustrasjonen viser tidspunkt for innføring av tiltak og hvordan utviklingen i atferd har endret seg i samme periode, men kan ikke i seg selv brukes som dokumentasjon på årsakssammenhenger. Kilde: Folkehelserapporten (Bævre, 2025)

(Schjøtz & Skaset, 2003).³ I 1960-årene var jobben med å bekjempe tuberkulosen og datidens andre folkesykdommer langt på vei gjort. Samtidig meldte nye sivilisasjonssykdommer, som kroniske lidelser og livsstilssykdommer, seg med økende styrke. Det manglet kunnskap og virkemidler, og eksisterende holdninger, allianser og strukturer hindret nytenkning og endring. Et annet sentralt utviklingstrekk i etterkrigsperioden var fagstyrets gjennombrudd i helseforvaltningen. Dette gjaldt også på lokalt plan der de folkevalgte måtte vike plassen for fagfolk i helserådene, og på fylkesnivå gjennom fylkeslegeembetet.

Det forebyggende arbeidet i 1970-årene og begynnelsen av 1980-årene var preget av strukturelle tilnærminger til nye helseutfordringer som førte til at det ble bygd opp et apparat med nye institusjoner, utvalg og råd. Perioden beskrives som «intervensjonssamfunnet», og utviklingen i det forebyggende arbeidet er beskrevet slik:

«Først i den tredje fasen i forebyggingens historie, i perioden 1970–1984, tok de sentrale myndighetene et overordnet ansvar. De kunne nå i økende grad bygge på vitenskapelig fundert kunnskap. Samtidig kom det en hel rekke nye aktører på banen – politisk engasjerte helsearbeidere, forskere fra ulike fagmiljøer, miljøaktivister, kvinneaktivister og distriktpolitikere. På miljøsidene fikk vi de store og slagkraftige institusjonene og et lovverk som gav hjemmel for å intervenere. I arbeidet med å kartlegge sammenhengen mellom sykdom og risikofaktorer, og i arbeidet med å endre befolkningens atferd – kom på den ene siden de store screeningundersøkelsene, på den andre siden prispolitiske virkemidler, forbudspolitik og helseopplysning i nye former og via nye kanaler. Epidemiologene, som kunnskapsprodusent for det forebyggende og helsefremmende arbeidet, fikk en mer dominerende posisjon. Kampen om fett og forebyggingen av hjerte- og karsykdommene sto sentralt i denne fasen.»

(Schjøtz & Skaset, 2003, s. 444)

³ Det forebyggende arbeidet i perioden 1945–1984 deles inn i tre faser: 1) 1945–1960 videreføring av kampen mot infeksjonssykdommene, 2) 1960-årene stillstand i forebyggingsarbeidet, og 3) 1970-årene sentrale myndigheter tar et overordnet ansvar.

Denne perioden ble starten på flere av tiltakene på samfunnsnivå som har vist seg å ha stor effekt. Et eksempel er at ulike trafikksikkerhetstiltak og

målrettet innsats over flere år har ført til en betydelig nedgang i antall drepte i trafikken over tid, se figur 4.2. Et annet eksempel er den sterke nedgangen i dødelighet av hjerte- og karsykdommer fra 1980-tallet. Det skyldes blant annet at færre røyker, færre med høyt blodtrykk, kostholdsendringer og bedre behandling. Røyking er en av de viktigste årsakene til for tidlig død. Myndighetene har siden 1970-tallet satt i verk en rekke tiltak for å hindre røykestart og bidra til røykeslutt. Oppmerksomhet og målrettet innsats over flere år kan ha ført til betydelig reduksjon i røyking. Figur 4.3 viser endring i røyking i perioden 1973–2020 sammenstilt med et utvalg sentrale tiltak. Et annet eksempel er tiltak for å bedre kostholdet. For eksempel sank inntak av transfett i kosten betydelig etter at denne typen fett ble fjernet i margarin på 1990-tallet. I tillegg bidro introduksjon av lett-melk også i stor grad til å redusere mettet fett i kosten.

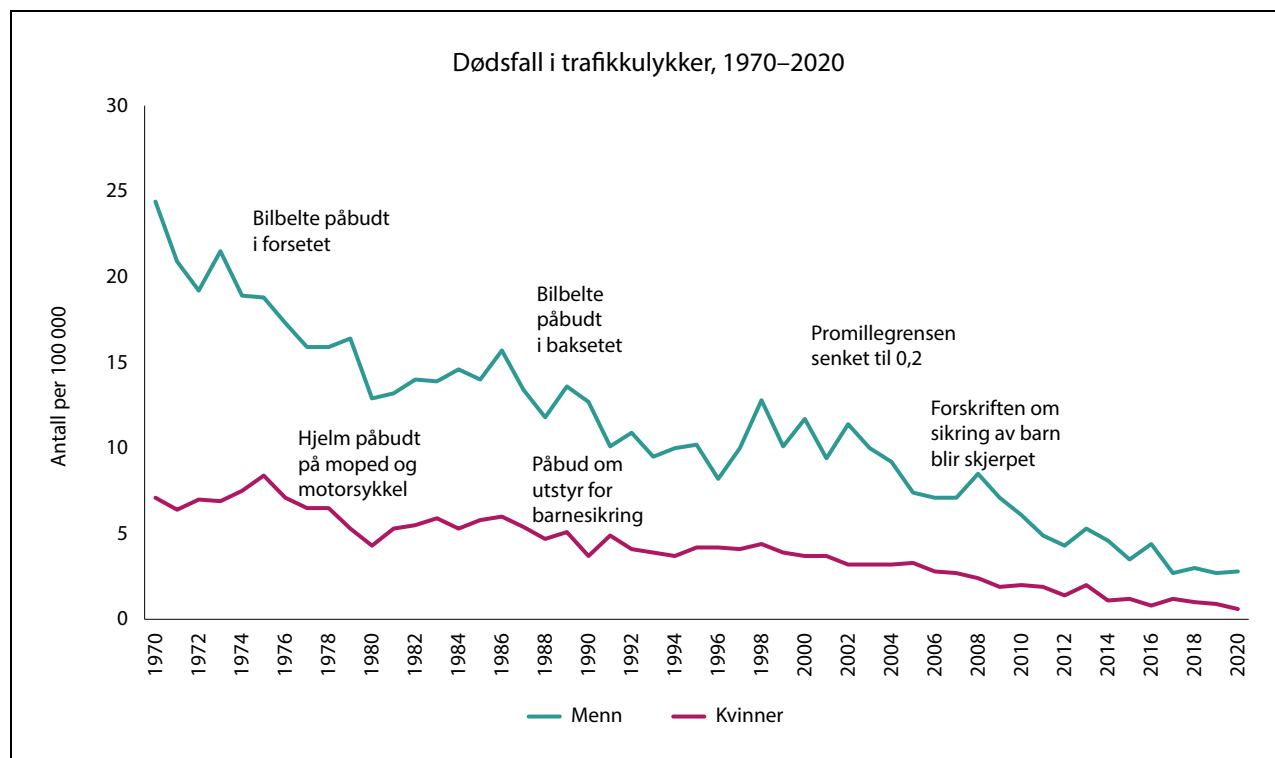
Helseopplysningsarbeidet fikk også en ny giv fra 1970- til 1980-tallet med bidrag fra et stort antall frivillige organisasjoner, men dette var også en periode som etter hvert ble preget av redusert idealisme og pågangsmot i folkehelsearbeidet (Schjøtz & Skaset, 2003, s. 446). Helsemyndighetene mente at aktivitetene var for lite koordi-

nert. Det var en opplevelse av å ikke nå fram med budskapet i helseopplysningsarbeidet, vekst i psykososiale problemer og erkjennelse av utfordringene med sosial ulikhet i helse. Erfaringen var at helseopplysningsarbeidet nådde de mest ressurssterke, og det ble stadig oftere reist etiske spørsmål om forholdet mellom enkeltindivids frihet og ekspertenes styringsiver:

«Myndighetene og ekspertene ville bruke sine kunnskaper i «den gode saks tjeneste», til et bedre liv for den enkelte – de ville få folk til å slutte å røyke, slutte med narkotiske stoffer, redusere alkoholinntaket, spise magrere kost, bruke bilbelte, bruke redningsvest, drive fysisk aktivitet osv. Formaningene ble ofte oppfattet som disiplinering og kontroll. Individet krevde større frihet og mer styring over eget liv og egen livsutfoldelse.»

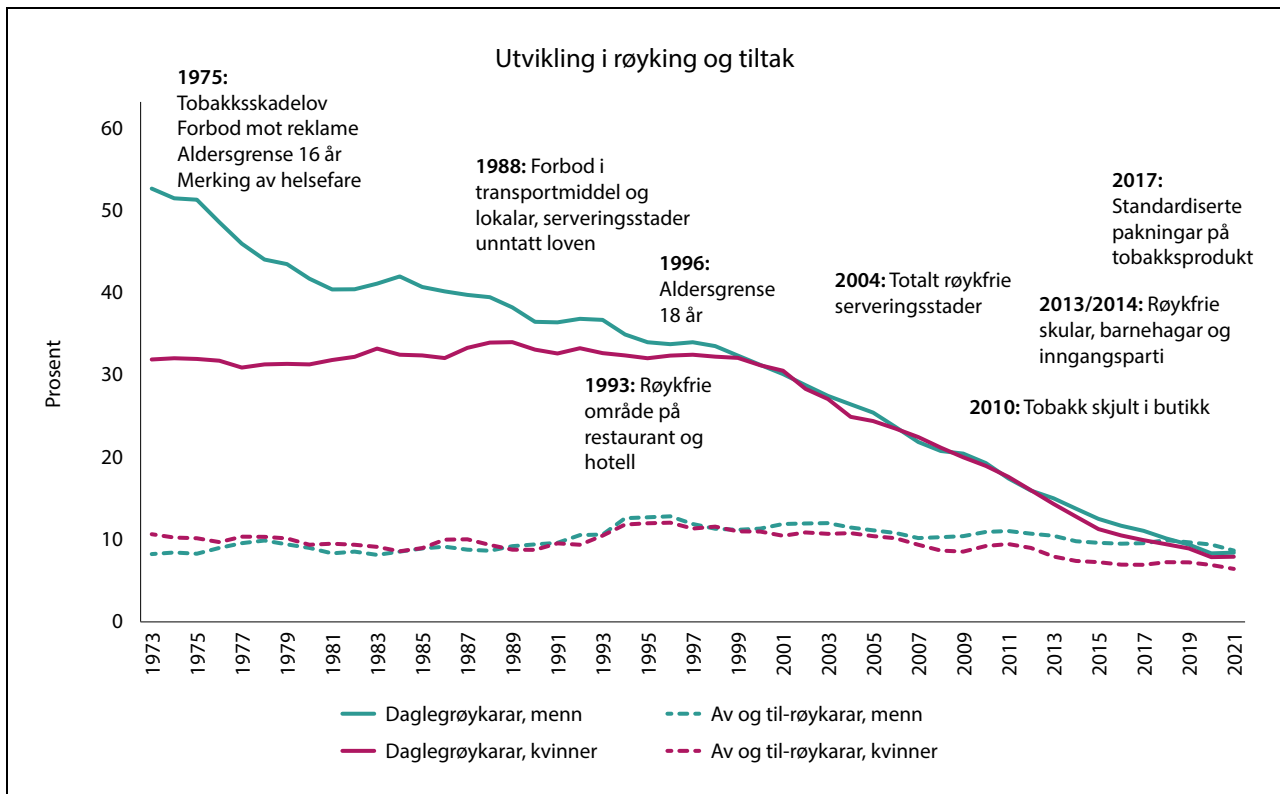
(Schjøtz & Skaset, 2003, s. 446)

Utover på 1980-tallet tok det forebyggende arbeidet en ny kurs, og forebygging fikk mer politisk oppmerksomhet (Schjøtz & Skaset, 2003). Det skyldtes både den økte bevisstheten om sammenhengene mellom miljø og helse på 1970-tallet, Tsjernobyl-ulykken på 1980-tallet som styrket



Figur 4.2 Historisk utvikling av dødsfall i trafikken og innføring av tiltak

Illustrasjonen viser tidspunkt for innføring av tiltak og hvordan utviklingen i atferd har endret seg i samme periode, men kan ikke i seg selv brukes som dokumentasjon på årsakssammenhenger. Kilde: Folkehelseinstituttet og Meld. St. 14 (2020-2021) *Perspektivmeldingen*



Figur 4.3 Historisk utvikling i røyking og innføring av tiltak

Illustrasjonen viser tidspunkt for innføring av tiltak og hvordan utviklingen i atferd har endret seg i samme periode, men kan ikke i seg selv brukes som dokumentasjon på årsakssammenhenger. Kilde: Folkehelseinstituttet og Meld. St. 14 (2020-2021) *Perspektivmeldingen*

kravet om forbedringer i miljørettet helsevern, og hivepidemien som utløste en gjennomgang av smittevernarbeidet. Det lokale ansvaret ble styrket ved at helsetjenestene i kommunene med kommunehelsetjenesteloven fra 1984 fikk ansvaret for å fremme folkehelse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold.⁴ I 1987 kom det inn nye bestemmelser om kommunens ansvar for miljørettet helsevern og for til enhver tid å ha oversikt over helsetilstanden og faktorer som kan påvirke helsen. I den sentrale helseforvaltningen ble det opprettet forebyggingsenheter både i Helsedirektoratet og i Helse- og omsorgsdepartementet. I St.meld. nr. 41 (1987–88) *Helsepolitikken mot år 2000 – Nasjonal helseplan* ble helsefremmende og forebyggende arbeid framhevet som et av de viktigste innsatsområdene. Meldingen ble fulgt opp gjennom *Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet 1989–94* (Helsedirektoratet, 1992).

NOU 1991: 10 *Flere gode leveår for alle – Forebyggingsstrategier* legger vekt på behovet for en

dreining fra sykdoms- og problemforebyggende arbeid til mer vekt på helsefremmende arbeid som gir bedre livskvalitet, og som tar utgangspunkt i befolkningens levekår. Utvalget pekte på at dødsårsakene ikke lenger avspeiler helseproblemer i befolkningen, og viste til belastningslidelser, psykososiale problemer og ulykkes-skader som dominerte. Utvalget diskuterte om det er etisk forsvarlig å prioritere forebygging framfor kurativ virksomhet når ressursene er knappe, og konkluderer med at forebygging ikke er høyt nok prioritert. Det ble også drøftet om det var forsvarlig å ta i bruk virkemidler som griper inn i «folks rettmessige frihet». Utvalget konkluderte med at det særlig er handlinger som direkte skader andre, tiltak rettet mot barn og unge og risiko for avhengighet som kan begrunne slike tiltak. Utredningen ble fulgt opp i St.meld. nr. 37 (1992–93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*, som understreket behovet for en dreining fra sykdommer som fører til tidlig død, til sykdommer som medfører lidelse og store kostnader for samfunnet. I sammendraget uttrykkes følgende om den overordnede strategien:

⁴ Loven ble vedtatt i 1982.

«En rød tråd i meldingen er at dersom vi skal få gjort noe med de problemene som har størst omfang, angår flest og koster mest, så må sektorer utenfor helse- og sosialsektoren i større grad trekkes med i et samarbeid for å fjerne og redusere risikofaktorer som fører til sykdom, skader og sosiale problemer. Skal dette lykkes, er forutsetningen et desentralisert samfunn med større ansvar for samfunnsutviklingen lagt til lokalmiljøene.» (s. 7)

NOU 1998: 18 *Det er bruk for alle* legger enda større vekt på strategien med lokal forankring, og innfører begrepet «empowerment» i folkehelsearbeidet. Utvalget ble oppnevnt ut fra en vurdering av at kommunene ikke prioriterte helsefremmende og forebyggende arbeid i tilstrekkelig grad. Hensikten med utredningen var å etablere et faglig ståsted og fremme forslag til virkemidler for å få kommunene til å satse på folkehelsearbeidet. Utvalget fikk i oppdrag å definere folkehelsearbeid og konkluderte med følgende:

«Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.» (s. 91)

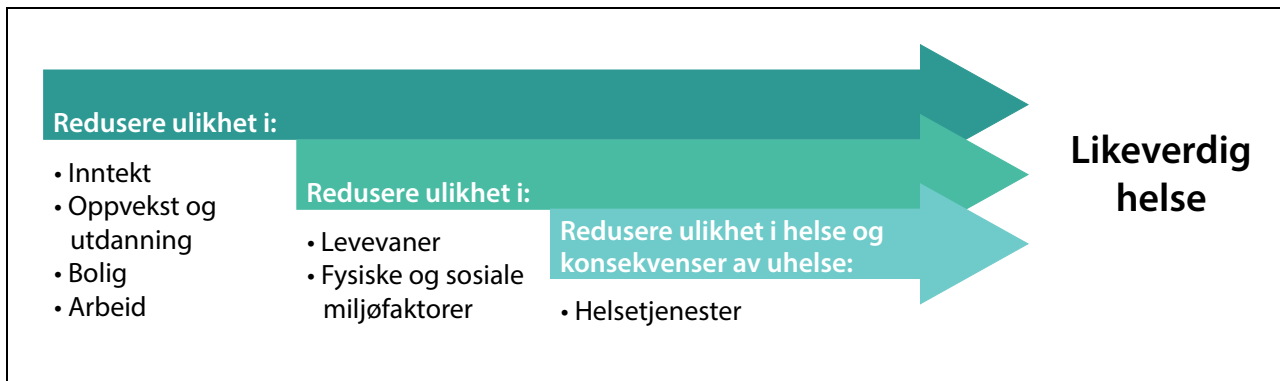
I 2003 kom St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge – folkehelsepolitikken*. Meldingen legger vekt på faktorer som påvirker helse. Tilnærmingen er begrunnet med at hver faktor kan bidra til flere ulike helseproblemer, at det er flere samfunnssektorer som «eier» årsakene enn sykdommene, og at effekten av tiltakene kan måles som redusert helserisiko lenge før de gir seg utslag i reell sykdom og død i befolkningen. Meldingen var starten på en utvikling der ansvaret for folkehelsearbeidet i større grad enn tidligere ble forsøkt forankret på tvers av sektorer. Den peker framover mot folkehelseloven som kom ti år senere og etablering av et nasjonalt system for det tverrsektorielle folkehelsearbeid som kom med Meld. St. 34 (2012–2013) *Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar*.

Oppsummert kan utviklingen beskrives slik: Kampen mot smittsomme sykdommer var starten på folkehelsearbeidet. Det ga gode resultater, men smittsomme sykdommer krever fortsatt oppmerksomhet og beredskap. Livsstilssykdommene har vært en stor utfordring helt siden 1950-tallet, men også en suksesshistorie, særlig gjennom den

sterke nedgangen i dødelighet av hjerte- og karsykdommer siden 1970-tallet. Siden 1970-tallet har det vært økende oppmerksomhet på sosiale helseforskjeller og utfordringer med slike forskjeller. Dette har bidratt til å legge stadig mer vekt på behovet for å se på løsninger utenfor helsesektoren, og for å forankre ansvaret i de sektorene som har ansvar for faktorene som påvirker folkehelsen. Noen problemstillinger har vært kjent helt siden starten og på tvers av innsatsområdene i folkehelsearbeidet. Det handler blant annet om grensene for statens ansvar og hensynet til individs frihet, og om kampen om holdningene – mellom ekspertenes helseråd og befolkningens oppfatning av hva som er det gode liv.

4.2 Folkehelse som et tverrsektorielt ansvar

Folkehelsearbeidet blir i økende grad formulert som et tverrsektorielt ansvar der virkemidlene i stor grad må forankres i andre sektorer enn helse- og omsorgssektoren. Dette bygger på en forståelse av at helse i stor grad formes og fordeles utenfor helsesektoren. Utviklingen i Norge skjedde parallelt med tilsvarende internasjonale trender utover på 1980-tallet, og som ble uttrykt gjennom Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid fra 1986 (World Health Organization. Regional Office for Europe, 1986). Charteret la vekt på at hensynet til befolkningens helse ikke kan ivaretas av helsesektoren alene, men krever bred politisk forankring og engasjement, også av lokale myndigheter. Økende oppmerksomhet på sosial ulikhet i helse bidro til å rette oppmerksomheten ut over helsesektoren. I 2005 etablerte Verdens helseorganisasjon kommisjonen for sosiale helsedeterminanter for å løfte fram de underliggende årsakene til helseulikheter. Rapporten *Closing the Gap in a Generation*, som kom i 2008, understreket nødvendigheten av å forbedre levekår og utjevne sosiale forskjeller for å redusere ulikhet i helse. Tilnærmingen *Health in All Policies* ble formelt etablert med Helsinki-erklæringen fra 2013, som presenterte et rammeverk for denne tilnærmingen til folkehelsearbeidet (World Health Organization, 2014). Verdens helseorganisasjon har nylig oppdatert arbeidet med sosiale helsedeterminanter og anbefalte tiltak (World Health Organization, 2025). Rapporten inneholder 14 anbefalinger innenfor områdene: 1) økonomisk ulikhet, 2) strukturell diskriminering, 3) klimendringer og digital transformasjon og 4) beslutnings- og styringssystemer. Det er lagt vekt på



Figur 4.4 Eksempler på områder der man kan gjøre en innsats for å redusere sosiale helseforskjeller. De grunnleggende faktorene som påvirker hele årsaksbildet står lengst til venstre

Kilde: Folkehelse rapporten (Syse, 2022)

behovet for tverrfaglig tenkning, lokalt engasjement og dialog på tvers av sektorer.

Figur 4.4 illustrerer bredden i de sosiale faktorene som påvirker sosiale ulikheter i helse i den norske befolkningen, og inkluderer både sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer, og politiske og kulturelle faktorer.

4.2.1 Hele kommunen får ansvar for folkehelsearbeidet

Med folkehelseloven fra 2011 flyttet Stortinget ansvaret for folkehelsearbeidet fra den kommunale helsetjenesten til kommunen som helhet. Kommunene fikk ansvar for å fremme folkehelse innenfor områder som lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Kommunene har ansvar for mange av tjenestene som påvirker de sosiale faktorene, som skole, barnehage, eldreomsorg og sosiale tjenester. Det er lagt vekt på at loven skal medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår (Prop. 90 L (2010–2011)). Det vises til at grunnlaget for god helse først og fremst legges utenfor helsesektoren, og at befolkningens helse må være et hensyn på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Det er begrunnelsen for at loven plasserer ansvaret i kommunen som helhet, med forankring i planarbeid og ikke bare i helsetjenesten.

Kommunene fikk lovpålagt ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for å få et tydelig bilde av de lokale helseutfordringene. Oversikten over folkehelseutfordringer skal ligge til grunn for arbeidet med planstrategier. En drøfting av kommunens og fylkets helseutfordringer bør inngå i lokal og regional

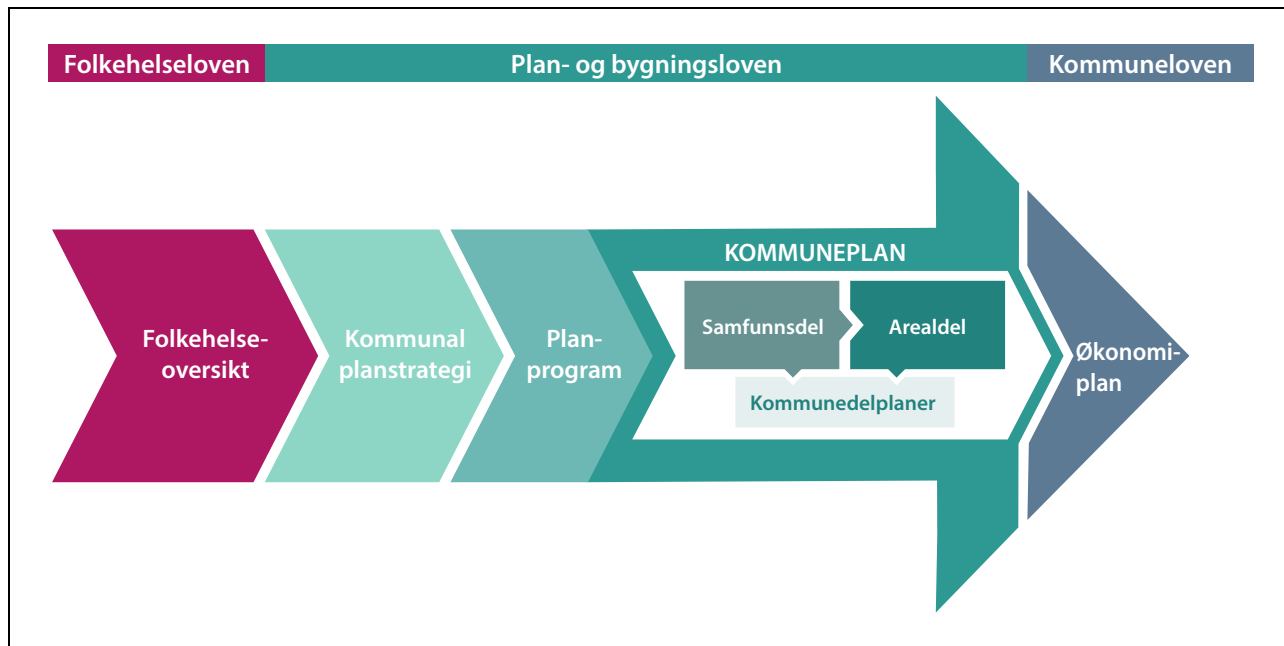
planstrategi. Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte kommunens folkehelseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven, og kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer. Figur 4.5 illustrerer sammenhengen mellom de lovpålagte prosessene og det overordnede planarbeidet i kommunene.

Folkehelseloven erstattet folkehelsebestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, inkludert miljørettet helsevern og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Den viktigste prinsipielle endringen var at ansvaret for folkehelsearbeidet ble lagt til kommunen som helhet, og ikke bare til helsetjenesten. Fylkeskommunens oppgaver var i hovedsak en videreføring av eksisterende lovgivning. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer tilgjengelige og støtte kommunene.

Folkehelselovens krav til det lokale folkehelsearbeidet

Etter folkehelseloven § 4 annet ledd skal kommunene ivareta ansvaret for befolkningens helse innenfor de oppgavene og med de virkemidlene kommunen er tillagt. Kommunen forventes etter § 5 å skaffe seg oversikt over lokale påvirkningsfaktorer. Ved starten av hver kommunestyreperiode skal kommunen både ha løpende oversikt og en skriftlig beskrivelse av helsetilstand og påvirkningsfaktorer som kan virke inn på befolkningens helse. Dette er regulert i forskrift om oversikt over folkehelsen.

Etter § 6 skal folkehelseoversikten inngå som grunnlag for kommunens planstrategi og for arbeidet med kommuneplaner etter plan- og byg-



Figur 4.5 Sammenhengen mellom lovpålagte prosesser og overordnet planarbeid

Kilde: Illustrasjon med utgangspunkt fra Meld. St. 19 (2018–2019) og Ringerike kommune

ningsloven. Kommunene skal fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringene kommunen står overfor. Folkehelseloven § 7 stiller krav om at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene, slik de er beskrevet i oversikten. Formålet med lovbestemmelsene er å styrke folkehelsearbeidets kapasitet og legitimitet, og på den måten sette kommunene i stand til å prioritere folkehelse på den politiske agendaen og på tvers av ulike kommunesektorer.

Stortinget vedtok endringer i folkehelseloven i juni 2025 som innebærer at bestemmelsene om kommunens ansvar for tilsyn, beredskap og samfunnsmedisinsk kompetanse samles i kapittel 2 om kommunes ansvar, og harmoniseres med det øvrige folkehelsearbeidet. Det ble presisert i § 5 at oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer også skal inneholde en vurdering av hvordan kommunen kan møte utfordringene. I § 6 er det presisert at kommunens drøfting av folkehelseutfordringene i planstrategien bør inneholde en slik vurdering. Det er også lagt til et krav om at kommunene i arbeidet med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 skal fastsette mål, strategier, handlinger og prioriteringer for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Folkehelseloven § 4 er supplert med en formulering om at kommunen bør medvirke til og tilrettelegge for forskning og annen kunnskapsutvikling om folkehelseiltak. To nye hensyn løftes fram i denne

paragrafen: kravet om å vurdere hensynet til barns beste og å vurdere situasjonen for den samiske befolkningen.

4.2.2 Et nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken

I Meld. St. 34 (2012–2013) *Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar* presenteres det nasjonale systemet for å følge opp den tverrpolitiske folkehelsepolitikken. Det er lagt vekt på at mange samfunnssektorer har ansvar for å følge opp folkehelseloven og folkehelsemeldingen, og at det derfor er behov for en bedre samordnet og kunnskapsbasert innsats. Videre er det lagt vekt på behovet for dokumentasjon, både før tiltak iverksettes og i oppfølgingen. Med denne meldingen blir det etablert en ny rutine om at stortingsmeldinger om folkehelsepolitikken skal legges fram hvert fjerde år. Samordningen av de statlige styringssignalene i de årlige styringsprosessene skulle styrkes, for eksempel gjennom et folkehelsepolitisk styringsdokument. Statens ansvar er beskrevet slik:

- Staten skal ha nødvendig oversikt over folkehelseutfordringene, og ta stilling til hva dette innebærer, blant annet samfunnsmessige, økonomiske og menneskelige konsekvenser og behov for tiltak.
- Regjeringen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet for å møte nasjonale folkehelseutfordringer.

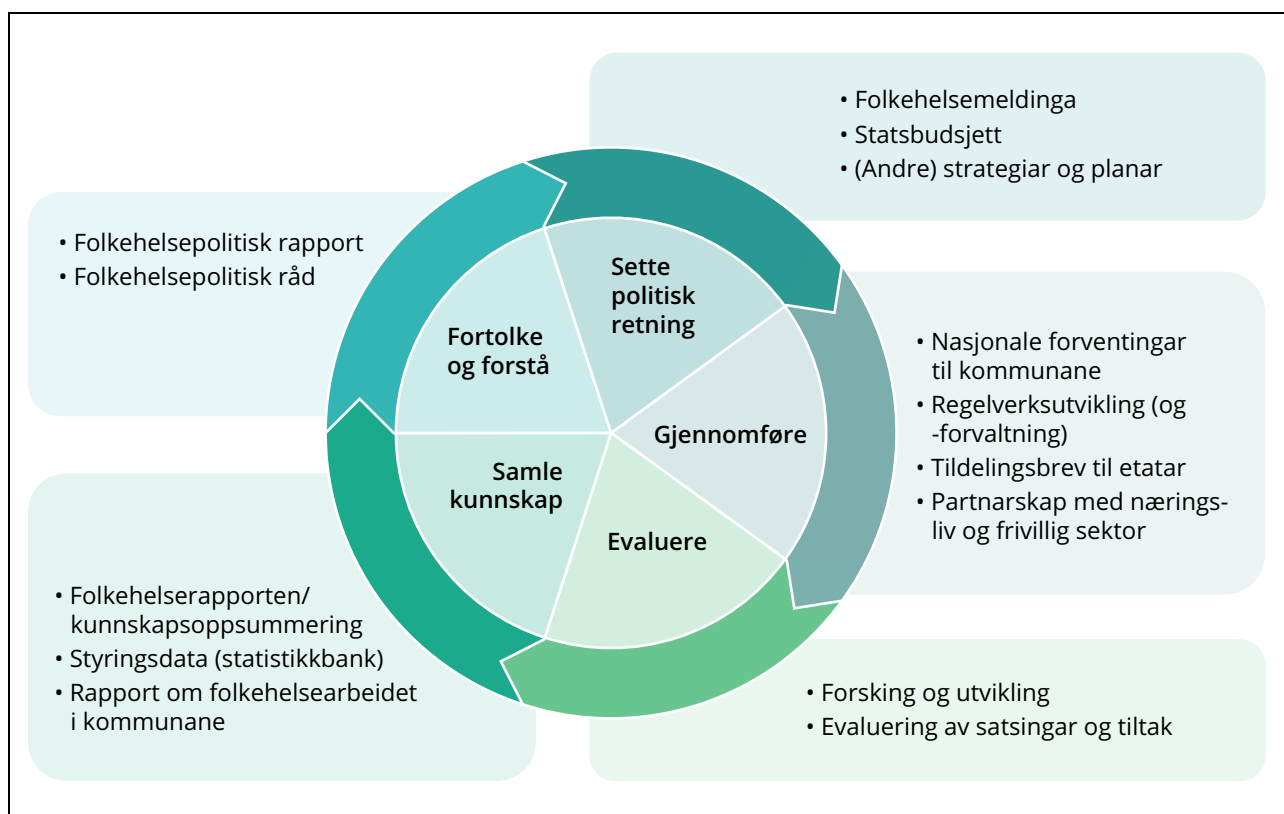
- Staten skal bruke virkemidler i alle sektorer for å nå målene og bidra til at kommuner og fylkeskommuner når målene.
- Staten skal sørge for regelmessig gjennomgang av status i forhold til de fastsatte målene.
- Staten skal involvere og samarbeide med aktuelle aktører i sivilsamfunnet.

Det nasjonale systemet som ble presentert i Meld. St. 34 (2012–2013), ble videreført og videreutviklet i de senere stortingsmeldingene. Figur 4.6 illustrerer systemet slik det er beskrevet i Meld. St. 15 (2022–2023). Tanken er at staten skal sette politisk retning gjennom mål og strategier som legges fram i stortingsmeldinger hvert fjerde år, og som konkretiseres gjennom de årlige statsbudsjettene. Den nasjonale politikken skal formidles til administrasjon og politikere regionalt og lokalt. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har sentrale oppgaver i gjennomføring av politikken. Det skal legges til rette for evaluering av nasjonale tiltak, oppsummering og tilgjengeliggjøring av kunnskap, og at kunnskapen settes inn en større sammenheng. I tillegg har andre nasjonale myndigheter ansvar for å ta hensyn til og fremme helse og livskvalitet i befolkningen.

Helsedirektoratet har siden 2015 publisert folkehelsepolitiske rapporter om folkehelse. Disse rapportene og folkehelse rapportene fra Folkehelseinstituttet utgjør et viktig grunnlagsmateriale for folkehelsemeldingene som er lagt fram i hver stortingsperiode etter 2013. Rapportene fra Helsedirektoratet har en oversikt over utviklingstrekk i samfunnet som påvirker befolkningens helse, og hvordan helse er fordelt mellom grupper i samfunnet. Helsedirektoratet gir også direkte innspill til meldingsarbeidet. I 2022 var temaet for innspillet folkehelse i et livsløpsperspektiv.

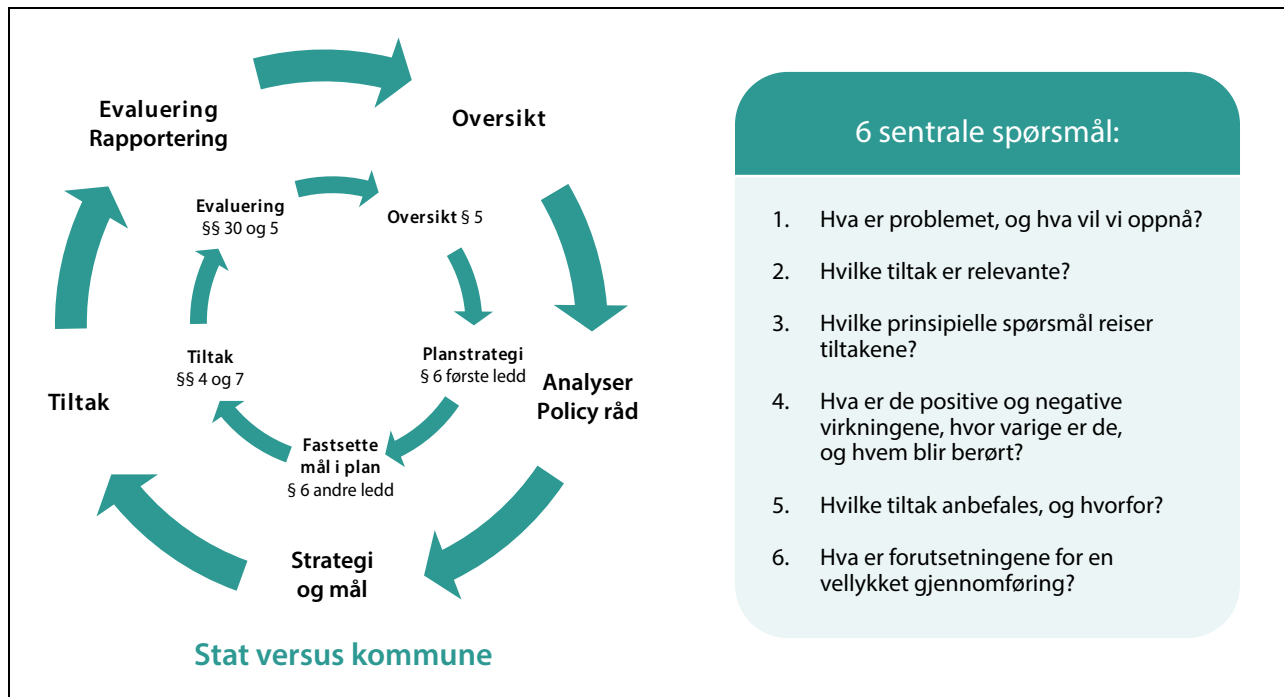
Folkehelse rapportene presenterer kunnskap og statistikk om helsetilstanden i Norge. Det inkluderer statistikk om samfunn og levekår, helse i ulike befolkningsgrupper, ulike sykdomsgrupper, smittevern og smittsomme sykdommer, skader og ulykker, levevaner, og klima og miljø. Folkehelseinstituttet har også utgitt temarapporter om folkehelsen etter koronapandemien og framtidens utfordringer for folkehelsen.⁵

Intensjonene med å etablere et nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken var å utvikle et mer systematisk og langsiktig folkehelsearbeid og sørge for sterkere tverrsektoriell forankring. Videre skulle folkehelsemeldinger i



Figur 4.6 Det systematiske nasjonale folkehelsearbeidet

Kilde: Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*



Figur 4.7 Fasene i det systematiske folkehelsearbeidet

Kilde: Basert på illustrasjonen i Helsedirektoratets veiviser for lokalt folkehelsearbeid og spørsmålene fra utredningsinstruksen

hver stortingsperiode sørge for å løfte folkehelsepolitikken på den politiske dagsordenen. Modellen for det systematiske folkehelsearbeidet tar utgangspunkt i at kunnskap styrer målene, prioriteringer og beslutninger i folkehelsepolitikken. Spørsmålet er i hvilken grad dette er representativt for politikktutviklingen på området, og hvordan modellen har påvirket beslutningsprosessene for den tverrsektorielle folkehelsepolitikken på nasjonalt nivå. Beslutningsprosessene for prioritering er omtalt i kapittel 9.

Folkehelselovens krav til statlige myndigheter

Folkehelseloven regulerer rammene for statlige myndigheters ansvar på folkehelseområdet. Da Stortinget behandlet forslaget til folkehelselov, uttrykte helse- og omsorgskomiteen de samme forventningene til regjeringens arbeidsform som til kommunene:

⁵ Etter endringen i helseforvaltningen som ble gjennomført fra 1. januar 2024, er det gjort noen justeringer i ansvarsfordelingen mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Helsedirektoratet rendyrkes som en utvidet og mer helhetlig myndighetsetat med «følge med-funksjoner» og rådgivningsfunksjoner innen hele helse- og omsorgstjenesten og folkehelsefeltet. Folkehelseinstituttet rendyrkes som en mer spisset kunnskapsetat med ansvar for kunnskapsoppsummeringer og forskning. Innenfor smittevern og miljømedisin har instituttet et operativt fagansvar.

«Komiteen vil videre understreke at den forutsetter at regjeringen velger en tilsvarende arbeidsform som den som nå blir pålagt kommunene. Komiteen vil særlig framheve behovet for at det fastsettes konkrete målsettinger knyttet til folkehelsen. Eksempler på slike mulige målsettinger er økt levealder, befolkningens fysiske aktivitet, bruk av rusmidler og helse i arbeidslivet.»

(Innst. 423 L (2010–2011), s. 15)

Ifølge folkehelseloven § 22 skal statlige myndigheter i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant. I tillegg er det egne bestemmelser som regulerer ansvaret til Statsforvalteren, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Statsforvalteren skal etter § 23 bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet, og være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå, blant annet gjennom råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner.

Helsedirektoratet skal etter § 24 ha oversikt over folkehelsen og forhold som påvirker folkehelsen, følge med på at folkehelsearbeidet er i samsvar med utfordringer på folkehelseområdet, bidra til å iverksette nasjonal politikk og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Helsedirek-

toratets ansvar for informasjon, råd og veiledning er også nærmere definert i denne paragrafen.

Folkehelseinstituttet skal etter § 25 drive forskning og oppsummere kunnskap på folkehelseområdet. Folkehelseinstituttet skal bistå kommuner, fylkeskommuner, statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen ved eksponering for helseskadelige miljøfaktorer.

Endringer i folkehelseloven som ble vedtatt i juni 2025, skal bidra til å klargjøre ansvar og legge bedre til rette for samarbeid, helhet og systematikk. De nye bestemmelsene innebærer ingen vesentlige endringer i grunnleggende ansvar og oppgaver for kommunene, fylkeskommunene og staten. Men i likhet med kommuner og fylkeskommuner har staten fått et lovfestet krav om å beskytte, fremme og utjevne helse i befolkningen. Loven har fått nye bestemmelser som stiller krav om nasjonal oversikt over folkehelseutfordringer og politisk forankring og oppfølging. Endringene skal tydeliggjøre departementets ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som grunnlag for å fastsette nasjonale mål og gjennomføre nødvendige tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet skriver:

«I ny § 22 er også departementet og statlige helsemyndigheter tillagt ansvar. Ansvaret innebærer for det første å anvende de virkemidler som er lagt under departementets ansvarsområde, og for det andre å koordinere og fasilitere for tverrsektoriell innsats. Det vises til omtalen nedenfor av nasjonal oversikt over helse og livskvalitet som grunnlag for at regjeringen fastsetter en samordnet og helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk basert på nasjonale folkehelseutfordringer. Dette fordrer en tverrsektoriell tilnærming.»

(Prop. 82 L (2024–2025), s. 94)

Endringene skal bidra til mer forutsigbare rammer for den nasjonale folkehelsepolitikken og mer helhetlige og prioriterte føringer for innholdet i folkehelseprofilene, nasjonale forventninger til kommunal og fylkeskommunal planlegging, og til forventninger og forpliktelser overfor andre statlige myndigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024). Statlige myndigheter og fylkeskommunene får et tydeligere ansvar for å understøtte kommunenes arbeid. Dette handler om å gjøre styringsdata tilgjengelige, og om mer kunnskap om effekter av folkehelseiltak. Lovendringen innebærer en presisering av oppgavene til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Videre innebærer endringen at de regionale

helseforetakenes ansvar for å bidra med kunnskap og samarbeide med fylkeskommuner og kommuner om folkehelsearbeid lovfestes.

Lovendringen innebærer også at beredskapsbestemmelsene tydeliggjøres, og det stilles tydeligere krav til evaluering av folkehelsearbeidet. To hensyn løftes fram spesielt. Det gjelder krav om å vurdere hensynet til barns beste og vurdere særskilte folkehelseutfordringer for den samiske befolkningen. Se også omtalen av kommunenes ansvar under kapittel 4.2.1.

Statlig støtte til lokalt folkehelsearbeid

Helsedirektoratet benytter i hovedsak pedagogiske virkemidler som veiledning og faglig støtte til kommunene. Direktoratet forvalter folkehelseprogrammet som inkluderer en tilskuddsordning til lokale tiltak. Direktoratet har en egen nettside om folkehelsearbeid i kommunen med oversikt over veiledere og tilskuddsordninger, fagstoff og rapporter.

Direktoratets støtte til kommunenes systematiske folkehelsearbeid skjer hovedsakelig gjennom veiviser for lokalt folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2023b) og veileder om systematisk folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2020). Psykisk helse og livskvalitet og fysisk aktivitet er temaene som er lastet ned flest ganger (Giæver, 2025). Helsedirektoratet og KS er i dialog om hvordan denne typen veiledning kan utformes for å gi best mulig støtte til kommunene. Fra 1. januar 2024 fikk Helsedirektoratet ansvar for å publisere folkehelse- og oppvekstprofilene.

Helsedirektoratet har en egen brukervennlig nettside med datakilder, blant annet statistikkbanken Folkehelsestatistikk, folkehelseprofiler og oppvekstprofiler for fylker, kommuner og bydel, se boks 4.2. I statistikkbanken finnes data om helse, sykdom, risikofaktorer og befolkning i kommuner, bydeler og fylker. Statistikkbanken har verktøy for å lage tabeller og ulike typer diagrammer.

Folkehelseinstituttet bruker i hovedsak pedagogiske virkemidler som kunnskapsstøtte og kunnskapsproduksjon for å støtte folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner. De bidrar også i arbeidet med å planlegge og rapportere fra folkehelseundersøkelser i fylkene. Folkehelseinstituttet har et senter for evaluering av folkehelseiltak som skal gjennomføre evalueringer, styrke tiltaksforskning og utvikle modeller for brukermidvirkning. Instituttet har også et senter for sykdomsbyrde som har som mål å gi en samlet oversikt over folkehelsen i Norge.

Boks 4.1 Program for folkehelsearbeid i kommunene

Program for folkehelsearbeid i kommunene startet som en tiårig satsing i 2017. Målet er å styrke kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Barn og unge, psykisk helse og rusforebygging er sentrale temaer. I 2025 ble det bevilget 85,1 millioner kroner til programmet, som består av fem områder:

1. kunnskapsbasert utvikling av tiltak i kommunene
2. kompetansestøtte og erfaringsspredning på tvers av kommuner og fylker
3. videreutvikling og implementering av styringsdata
4. styrket samarbeid mellom aktører både på nasjonalt nivå og kommunalt nivå
5. samordning av statlige føringer og virkemidler rettet mot kommunene

Helsedirektoratet, KS og Folkehelseinstituttet samarbeider om å utvikle og gjennomføre programmet.

Det er etablert en tilskuddsordning for utprøving av metoder og tiltak i kommunene.

Fylkeskommunene søker om å bli programfylker, mottar midler fra Helsedirektoratet og fordeler midlene til kommunene. Kommunene søker fylkeskommunene om tilskudd. Tilskuddsordningen er rullerende, og i løpet av programperioden vil alle fylkeskommuner ha mottatt midler.

Det forventes at fylkeskommunene etablerer et regionalt samarbeidsorgan der blant annet forsknings- og kompetansemiljøer er representert. Samarbeidsorganene gir råd om valg av tiltak og tildeling av midler, og de bidrar til å knytte forskningskompetanse til utviklingsprosjektene. Samarbeidsorganet kan være bredt sammensatt. I Trøndelag er ulike sektorer, politisk ledelse, administrativ ledelse, kommuner, forsknings- og kompetansemiljøer, ungdomsrepresentanter og frivillige organisasjoner representert.

Programmet løper ut 2026, og det er lagt opp til at midlene skal inkluderes i rammefinansiering av fylkeskommunene fra 2027.

Boks 4.2 Folkehelseprofiler

Folkehelseprofiler er unike rapporter med oversikt over helsetilstanden og faktorer som påvirker helsen i hver kommune, bydel og fylke. Profilene inneholder nøkkelindikatorer som viser hvordan området ligger an i forhold til nasjonale gjennomsnitt og andre relevante mål. Helsedirektoratet oppdaterer profilene årlig, og presenterer et utvalgt tema hvert år, for eksempel eldres helse (2024) og barn og unges psykiske helse (2025).

Folkehelseprofilene kan hjelpe kommuner og fylkeskommuner i arbeidet med å:

- Identifisere helseutfordringer: Profilene gir en klar oversikt over helsetilstanden i befolkningen, slik at kommuner og fylkeskommuner kan identifisere spesifikke helseutfordringer som krever oppmerksomhet.
- Planlegging og prioritering: Ved å bruke data fra folkehelseprofilene kan lokale myndig-

heter planlegge og prioritere tiltak som er mest relevante for deres befolkning.

- Evaluering av tiltak: Profilene gir et grunnlag for å evaluere effekten av folkehelse tiltak over tid, slik at strategier og tiltak kan justeres basert på oppnådde resultater.
- Samarbeid og kommunikasjon: Profilene kan brukes som et verktøy for å kommunisere helseutfordringer og løsninger til innbyggere, politikere og andre interessenter, og for å fremme samarbeid på tvers av sektorer.

Folkehelseprofilene er et verktøy i arbeidet med å skaffe oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, men må suppleres med andre informasjonskilder.

Folkehelseinstituttet gir råd og veiledning til helsetjenesten og kommunene om håndtering av smittevernhendelser. Rådene er samlet i nettbaserte håndbøker som Smittevernhåndboka og Vaksinasjonshåndboka. Instituttet driver også med situasjonstilpasset rådgivning, blant annet gjennom ordningen med døgnbemannet smittevern vakt.

Fylkeskommunene har ansvar for regional planlegging og utvikling, samordning av folkehelsearbeidet i fylket og å gi råd og veiledning til kommunene. De fungerer som pådrivere og koordinører for folkehelsearbeidet i fylket, blant annet gjennom å bygge allianser og partnerskap med kommuner, frivillige organisasjoner og andre aktører. Fylkeskommunen skal ha oversikt over helsetilstanden i fylket og faktorer som påvirker denne, inkludert sosiale helseforskjeller. Fylkeskommunene bruker regionale planer og strategier for å integrere folkehelse i samfunnsutviklingen, forvalter tilskudd til lokale folkehelse tiltak gjennom folkehelseprogrammet, og driver kompetanseheving gjennom kurs og opplæring for kommunalt ansatte og andre aktører innen folkehelse. Med endringene i folkehelseloven, som Stortinget vedtok i juni 2025, har fylkeskommunen fått ansvar for å tilrettelegge for forskning og utvikling, herunder evaluering av folkehelsearbeidet i kommunene. Endringene iverksettes først når det er budsjettmessig dekning for dette, jf. planene om å innlemme bevilgningene til folkehelseprogrammet i rammebevilgningen til fylkeskommunene.

Statsforvalteren skal bidra til å gjennomføre nasjonal politikk på folkehelseområdet, og fungerer som en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå. Statsforvalteren bruker pedagogiske virkemidler, som råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner, for å sikre at folkehelse inngår i kommunale, regionale og statlige planer. Statsforvalteren skal bidra til forpliktende samhandling mellom aktørene. Statsforvalteren kan dessuten føre tilsyn med at kommunene og fylkeskommunene oppfyller pliktene sine på folkehelseområdet. Det er presisert i folkehelseloven at Statsforvalteren har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner.

Statlige myndigheter utenfor helsesektoren bidrar også med støtte til folkehelsearbeid i kommunene. Dette skjer gjennom tverrsektorielt samarbeid og integrering av helseperspektivet i ulike politikkområder. Noen eksempler: Miljødirektoratet støtter kommunene i arbeidet med å redusere luftforurensing gjennom veiledning og tilskudds-

ordninger for miljøtiltak. Utdanningsdirektoratet bidrar til å fremme helse og trivsel i skolen gjennom skolebaserte programmer, Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) støtter lokale arbeidsrettede tiltak for å hjelpe folk tilbake i arbeid og reduserer sosiale helseforskjeller. *Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på vei 2022–2025*⁶ inneholder en tilskuddsordning for tryggere skoleveier og nærmiljøer, som forvaltes av Statens vegvesen.

KS har en sentral rolle i støtten til kommunene, blant annet gjennom Program for folkehelsearbeid i kommunene. Programmet ble initiert av KS og utviklet på nasjonalt nivå i et samarbeid mellom KS, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

4.2.3 Det samiske perspektivet i folkehelsearbeidet

Det samiske perspektivet i folkehelsearbeidet er omtalt i den første stortingsmeldingen om folkehelse og levekår i den samiske befolkningen, Meld. St. 12 (2023–2024) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv – Folkehelse og levekår i den samiske befolkningen*. Formålet med stortingsmeldingen er å løfte samiske perspektiver inn i folkehelsepolitikken. Det er videre framhevet at Norge skal være et foregangsland når det gjelder urfolks rettigheter, og at regjeringen vil sikre gode rammevilkår for samiske språk, kultur, næringsliv og samfunnsliv. Se nærmere omtale i boks 4.3.

I sammenheng med de nylig vedtatte endringene i folkehelseloven er det kommet inn et krav om at fylker og kommuner med samisk befolkning skal være oppmerksom på særskilte folkehelseutfordringer for samer.

Sannhets- og forsoningskommisjonen

Sannhets- og forsoningskommisjonen gransket fornorskingspolitikk og urett overfor samer, kvener og skogfinner. Kommisjonen beskriver alvorlige konsekvenser av fornorskingspolitikken, inkludert bruk av vold som virkemiddel, og dokumenterer vedvarende ettervirkninger i form av psykiske helseproblemer, tillitsproblemer og lavere livskvalitet i samiske miljøer. Samiske individer opplever i dag langt oftere hatytringer, rasisme, mobbing og annen form for diskriminering enn den øvrige befolkningen.

⁶ Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på vei 2022–2025 er et samarbeid mellom Statens vegvesen, Politiet, Trygg Trafikk, KS, Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet.

Boks 4.3 Stortingsmelding om samisk språk, kultur og samfunnsliv

Regjeringen legger hvert år fram en stortingsmelding om samisk språk, kultur og samfunnsliv. I 2024 var temaet folkehelse og levekår i den samiske befolkningen (Meld. St. 12 (2023–2024)). Temaet ble valgt for å løfte samiske perspektiver inn i den generelle folkehelsepolitikken og for å belyse folkehelseutfordringene i den samiske befolkningen. Ved å styrke forståelsen for samisk tradisjon og levemåte kan den generelle folkehelsepolitikken bedre tilpasses og virke i den samiske befolkningen.

Stortingsmeldingen bygger på de nasjonale folkehelsemålene. Den inneholder en strategi med seks innsatsområder for å realisere målene for den samiske befolkningen:

1. fremme gode levekår i den samiske befolkningen
2. inkludere samiske perspektiver i folkehelsepolitikken
3. folkehelsearbeid for å fremme god psykisk helse og livskvalitet
4. fremme sunne levevaner og helsefremmende miljø

5. styrke kunnskapen om folkehelse og levekår i den samiske befolkningen
6. fremme samarbeid over landegrenser om folkehelse i den samiske befolkningen

Sametingets årsrapport er et fast vedlegg, og Sametingets vurderinger går fram av meldingsteksten. Meldingen viser til Sannhets- og forsoningskommisjonen som 1. juni 2023 leverte sin rapport, Dokument 19 (2022–2023) *Sannhet og forsoning – grunnlaget for et oppgjør med fornorskingspolitikk og urett mot samer, kvener/norskfinner og skogfinner*. I Sametingets merknader i meldingen er det pekt på manglende kartlegging og oppfølging av konsekvenser av fornorskingsprosessen mot samene, og internativet. De peker på at det er behov for mer kunnskap om konsekvenser av fornorskingspolitikken og hvilke konsekvenser disse prosessene har hatt historisk, men like mye hvilke konsekvenser disse prosessene har for dagens unge.

Kommisjonen slår videre fast at manglende kunnskap i majoritetssamfunnet om samisk historie, kultur og fornorskingspolitikk utgjør en barriere for forsoning, helse og likeverd. Den norske befolkningen har generelt lav kunnskap om fornorskingspolitikken omfang og skadevirkninger. Dette gjelder både historiske tiltak som språkforbud og kulturfortrengning, og moderne konsekvenser som psykiske helseproblemer og institusjonell mistillit. Kommisjonen understreker at dette ikke er et ansvar som utelukkende hviler på samiske miljøer, men er et nasjonalt felleansvar.

Rapporten ble behandlet i Stortinget 12. november 2024, og vedtakene ble oversendt regjeringen for oppfølging. Regjeringen viste til at de fleste vedtakene gjelder språk og kultur, og handler om å styrke og bygge videre på politikk og tiltak som allerede er i gang (Regjeringen, 2025b). Regjeringen skal hvert år, ved framleggelsen av statsbudsjettet, melde til Stortinget hvordan arbeidet følges opp.

Det skal i tillegg legges fram en helhetlig melding om forsoningspolitikken og status i oppføl-

gingsarbeidet. Meldingen legges fram for Stortinget en gang i hver stortingsperiode, første gang i 2027.

4.3 Kunnskapssystemet for folkehelse

Helse- og omsorgsdepartementet har sektoransvaret for forskning på helse- og omsorgsområdet. Departementet finansierer i hovedsak forskning, oppbygging og drift av forskningsmiljøer gjennom tilskudd til Norges forskningsråd, underliggende etater, regionale helseforetak og nasjonale og regionale forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten (Prop. 1 S (2024–2025)).

Kunnskapsdepartementet har det overordnede ansvaret for forskning og høyere utdanning. Videre er det etablert et sektorprinsipp for forskning som innebærer at hvert departement har ansvar for finansiering av forskning på sine områder. Kunnskapsdepartementet har ansvar for koordinering av forskningspolitikken, og et særlig ansvar for grunnforskningen og den sektorover-

gripende forskningen. Sentrale aktører er forsknings- og høyere utdanningsinstitusjonene, Forskningsrådet, Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, NOKUT og Sikt Kunnskapssektorens tjenesteleverandør.

Folkehelseinstituttet har som samfunnsoppdrag å produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstjenester. På områdene smittevern og miljømedisin dekker Folkehelseinstituttets samfunnsoppdrag også gjennomførings-, overvåkings-, og rådgivningsfunksjoner, inkludert registeranalyser og statistikk.

Helsedirektoratet skal blant annet følge med på forhold som påvirker folkehelsen, og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Helsedirektoratet har ansvar for å publisere folkehelseprofiler for alle landets kommuner og fylkeskommuner. I tillegg publiserer Helsedirektoratet oppvekstprofiler til alle landets kommuner i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirekto-

ratet og Folkehelseinstituttet. Helsedirektoratet har også ansvar for overvåking av kosthold, fysisk aktivitet og bruk av alkohol, illegale rusmidler og tobakk.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet har ansvar for å overvåke stråling i miljøet og næringsmidler og følge med på utvikling av ny kunnskap. Direktoratet for medisinske produkter har ansvar for å vurdere, sammenstille og formidle kunnskap om medisinske produkter. Mattilsynet har ansvar for å overvåke status og utvikling på matområdet med kunnskapsstøtte fra Folkehelseinstituttet. Miljødirektoratet har ansvar for å overvåke forurensning og støy, og samarbeider med Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Meteorologisk institutt og Statens vegvesen om overvåking av luftkvalitet. Statistisk sentralbyrå produserer statistikk og befolkningsundersøkelser, som utgjør en viktig del av datagrunnlaget for folkehelsearbeidet, for eksempel arbeidsmiljøundersøkelsen, levekårsundersøkelsen og livskvalitetsundersøkelsen.

Kapittel 5

Ulike perspektiver på prioritering

En problemstilling i denne utredningen er i hvor stor grad systemet for prioritering i helsetjenesten er overførbart til folkehelsearbeidet. Ifølge mandatet skal utvalget forholde seg til tidligere utredninger om prioritering i helse- og omsorgstjenesten. I mandatet er det vist til arbeidet med stortingsmeldingen om prioritering der spørsmål knyttet til perspektiv og åpenhet i beslutningsprosesser i helse- og omsorgstjenesten vil bli behandlet.¹ Det er bakgrunnen for at utvalget drøfter prioritering på folkehelseområdet opp mot systemet for prioritering i helsetjenesten. Formålet er å synliggjøre forskjeller og vurdere om eller i hvilken grad systemet som er utviklet på helse-tjenesteområdet, kan overføres til folkehelseområdet.

Mens prioriteringssystemet i helsetjenesten i stor grad tar utgangspunkt i budsjettammer for helsetjenesten og i mindre grad er knyttet til andre virkemidler, er folkehelse tiltakene i større grad underlagt direkte politiske beslutninger knyttet til et bredt spekter av virkemidler, og inkluderer bevilgninger til sektorer utenfor helse-sektoren. Folkehelsearbeidet er kjennetegnet av tiltak på befolkningsnivå der selv en liten helsegevinst for den enkelte kan gi stor nytteverdi samlet for befolkningen. Mange av tiltakene på folkehelseområdet, for eksempel regulering, avgifter, krav om helsekonsekvensvurderinger med mer, krever andre typer prioriteringer og avveininger enn prioriteringer innenfor gitte sektorspesifikke budsjettammer. Ved prioritering av folkehelse-tiltak kan det derfor være behov for andre prioriteringsverktøy enn de som benyttes i helse-tjenesten.

I dette kapittelet beskrives utredningsarbeid om og systemet for prioritering i helsetjenesten, hva som er skrevet om prioritering av forebygging og folkehelse tiltak i disse utredningene, og hva det innebærer at prioritering av folkehelse tiltak skal gjøres med utgangspunkt i et samfunnsperspektiv

og innenfor rammen av utredningsinstruksen for statlige tiltak. Kapittelet har også en beskrivelse av prioriteringsarbeid utenfor Norge.

5.1 Lang tradisjon for systematisk arbeid med prioritering i helsetjenesten

I Norge er det lang tradisjon for å arbeide systematisk med prioriteringsspørsmål i helse-tjenesten. I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* og Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet* er det gitt en oversikt over utredninger og stortingsmeldinger på området og sentrale milepæler i prioriteringsdebatten. Fra 1985 og fram til i dag har fem offentlige utvalg, fire ekspertgrupper og seks stortingsmeldinger utredet og vurdert spørsmål om prioritering i helse- og omsorgstjenesten.² I den nyeste stortingsmeldingen om prioritering i helse- og omsorgstjenesten, Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle*, presenterte regjeringen et samlet rammeverk som i hovedsak er en videreføring av vedtatte prinsipper for prioritering. Meldingsarbeidet byg-

² NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste* (Lønning I-utvalget), St.meld. nr. 41 (1987–88) *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*, St.meld. nr. 50 (1993–94) *Samarbeid og styring – Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*, NOU 1997: 7 *Piller, prioritering og politikk. Hva slags refusjonsordninger trenger pasienter og samfunn?* (Grund-utvalget), NOU 1997: 18 *Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste* (Lønning II-utvalget), St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetjeneste*, NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten* (Norheim-utvalget), *På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering, ekspertgrupperapport 2015* (Magnussen-gruppen), Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*, NOU 2018: 16 *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester* (Blankholm-utvalget), Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet*, Perspektiver og prioriteringer, ekspertgrupperapport 2024, Rapport fra ekspertgruppen om tilgang til prioritering, 2024, og Tillit til prioriteringer – økt åpenhet, medvirkning og kompetanse, ekspertgruppe-rapport 2024, og Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle*.

¹ Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle - Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste* ble lagt fram i april 2025.

ger blant annet på innspill fra tre ekspertgruppe-rapporter fra 2024 om 1) perspektiv og prioriteringer, 2) tilgang og prioritering og 3) åpenhet.

Den første utredningen ble gjennomført av Lønning I-utvalget, som ble nedsatt av Willoch-regjeringen i 1985. Bakgrunnen var voksende helsekøer og rask medisinsk utvikling med stadig nye og bedre behandlingsmuligheter. Utvalget bidro til å sette prioritering på dagsorden, og anbefalte at en sykdoms alvorlighetsgrad skulle være den viktigste dimensjonen som må avklares i prioritering av enkeltpasienter og pasientgrupper (NOU 1987: 23, 1987). Ti år senere fikk Lønning II-utvalget i mandat å utarbeide retningslinjer for prioritering i helsetjenesten som en videreføring av Lønning I-utvalget. Utvalget fikk i tillegg til sykdommens alvorlighetsgrad i oppdrag å vurdere behandlingens nytteverdi og retten til likeverdig behandlingstilbud som kriterier. Utvalget konkluderte med at tre kriterier er relevante i prioriteringssammenheng: 1) tilstandens alvorlighet, 2) tiltakets nytte, og 3) tiltakets kostnadseffektivitet. Utvalget la vekt på at tiltakets nytte og kostnadseffektivitet må tillegges større vekt i de nye retningslinjene (NOU 1997: 18). Prioriteringskriteriene fikk tilslutning fra Stortinget ved behandling av St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*.

Norheim-utvalget ble satt ned av Stoltenberg-regjeringen i 2013 for å vurdere hvordan Norge best mulig kunne møte dagens og framtidens prioriteringsutfordringer i helsesektoren. Bakgrunnen var en debatt våren 2013 om dyre kreftlegemidler. Norheim-utvalgets forslag i NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten* er i hovedsak en presisering av forslagene fra Lønning II-utvalget, med forslaget om et helse-tapskriterium som et viktig unntak.³ Utvalgets begrunnelse for å fremme et helsetapskriterium var at det ville vurdere forebygging og behandling mer likeverdig enn et alvorlighetskriterium, og bedre fange opp fordelingshensynet knyttet til forebyggende tiltak. Fordeling var et sentralt verdipremiss i utredningen. Utvalget satte opp flere mål for helsesektoren, blant annet å sikre flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt:

«Ulikhet i helse som skyldes ulikhet i levekår, kan også påvirkes ved omfordeling utenfor helsesektoren. Helsetjenesten bør særlig bidra

til at grupper med stort helsetap løftes fram og sikres gode tjenester. Målet om flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt, innebærer også en oppvurdering av befolkningsperspektivet. Befolkningens helse er summen av alle enkeltpersoners helse. Hvis befolkningens helse er dårlig, betyr det at hver enkelt av oss har høyere risiko for tidlig død eller nedsatt helse. Det kan etter utvalgets vurdering være riktig å flytte ressurser fra behandling av enkeltpasienter med liten effekt til befolkningsrettede tidlig-intervensjoner eller forebyggende tiltak som gir flere gode leveår for alle, mer rettferdig fordelt. Slike tiltak bør gjennomføres dersom de er forenlige med borgernes rett til frihet og medbestemmelse.»

(NOU 2014: 12, s. 29)

Flere høringsinstanser kommenterte Norheim-utvalgets forslag til et helsetapskriterium, og mange var positive til forslaget. Høringsinstanser som var kritiske til å erstatte alvorlighetskriteriet med et helsetapskriterium, var særlig opptatt av at det ville gi alder en større rolle i prioritering. Det ble også etterlyst drøfting av alternative definisjoner av helsetap, og stilt spørsmål ved om prioritering av helsetjenester er et egnet virkemiddel for å utjevne sosiale helseforskjeller. Norheim-utvalget foreslo også eksplisitte kostnadsgrenser for prioritering av tiltak.

Solberg-regjeringen valgte i 2015 å legge forslaget om et helsetapskriterium til side, og satte ned Magnussen-gruppen for å vurdere hvordan alvorlighet skal tas hensyn til i prioritering i helsetjenesten. Arbeidsgruppen foreslo en nærmere operasjonalisering av alvorlighetsbegrepet og justeringer av kostnadsgrensene. Solberg-regjeringen la fram Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering* som oppfølging av Norheim-utvalget og Magnussen-gruppen. I denne meldingen konkluderer regjeringen med at tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier:

- Nyttekriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket.
- Ressurskriteriet: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.
- Alvorlighetskriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden.

Stortingsmeldingen inneholder også en omtale av hvilken avveining det skal være mellom kriteriene, og hvilke andre hensyn det er relevant å legge vekt på i prioriteringsbeslutninger. Regjeringen gikk inn for et utvidet helsetjenesteperspektiv på priorite-

³ Forslaget til helsetapskriterium i Norheim-utvalget innebar at et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over hele livsløpet hos den eller de som får helsegevinst av tiltaket. Dette innebærer at også tap av helse i fortid tillegges vekt.

ring, og fulgte ikke opp Norheim-utvalgets anbefaling om at gevinster og ressursbruk utenfor helse-tjenesten (samfunnsperspektiv) kan vektlegges, dersom det ikke har utilsiktede fordelings effekter. Et utvidet helsetjenesteperspektiv innebærer at det ikke bare er direkte ressursbruk i tjenesten og effekt på pasienten som legges til grunn for prioritering, men også hensynet til helseeffekter for pårørende og tidskostnader for den enkelte pasient. Regjeringen anbefalte at prioriteringskriteriene skulle gjelde for spesialisthelsetjenesten, legermidler finansiert over folketrygden og for fastlegnes samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Stortinget sluttet seg til forslagene i meldingen, jf. Innst. 57 S (2016–2017). Meldingen inneholdt også et forslag om å sette ned et offentlig utvalg som skulle belyse ulike prioriteringssituasjoner, prioriteringsutfordringer og prioriteringsprosesser, og vurdere hvilke prinsipper for prioritering som kan være relevante for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I 2017 satte Solberg-regjeringen ned Blankholm-utvalget, det første utvalget som har fått i mandat å vurdere prinsipper for prioritering for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. Utvalget pekte i NOU 2018: 16 *Det viktigste først* på tre særtrekk ved kommuner og fylkeskommuner som de mente ville få konsekvenser for prinsippene for prioritering: 1) det brede samfunnsoppdraget, 2) ansvaret for at befolkningen skal kunne leve med sykdommen eller tilstanden, og 3) manglende kunnskap om effekten av tiltak. Utvalget anbefalte at beskrivelsen av nytte- og alvorlighetskriteriet som benyttes ved prioritering i spesialisthelsetjenesten, suppleres slik at den fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring. Ifølge utvalget ville en slik utvidelse av nyttekriteriet inkludere den enkeltes nytte av å kunne delta aktivt i yrkeslivet. Blankholm-utvalget gikk videre inn for at det skulle legges til grunn et bredt tjenesteperspektiv for prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene:

«Mens man i spesialisthelsetjenesten må prioritere mellom ulike pasientgrupper og tiltak, må kommunene også prioritere mellom helse- og omsorgstjenester og andre kommunale oppgaver. Når kommunene vurderer hvilke tiltak og oppgaver som skal prioriteres, vil det være naturlig å vurdere den samlede ressursbruken på tvers av sektorer.» (s. 100)

Blankholm-utvalget pekte på at det ville være naturlig å ta hensyn til ressursmessige konsekvenser i andre sektorer som direkte fulgte av til-

tak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som eksempel viste utvalget til at forebygging gjennom styrking av skolehelsetjenesten vil kunne føre til redusert bruk av ressurser i form av pedagogisk personale i skolen (s. 95). Et annet eksempel var forebygging som har som mål å hindre at individer faller utenfor arbeidslivet. Utvalget konkluderte med at:

«Snarere enn å skille mellom et samfunnsperspektiv og et helsetjenesteperspektiv, vil utvalget mene at det for de kommunale tjenestene er riktigere å skille mellom et samfunnsperspektiv og et bredt tjenesteperspektiv. Et slikt tjenesteperspektiv må omfatte alle tjenester som direkte påvirkes av tiltaket under vurdering, altså mer enn bare helse- og omsorgstjenester.» (s. 100)

Blankholm-utvalget avgrenset seg fra å diskutere prioritering av tiltak med positive helseeffekter utenfor helse- og omsorgssektoren.

I 2021 la Solberg-regjeringen fram Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten* som en oppfølging av Blankholm-utvalget. Regjeringen la til grunn at kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet forankret i et utvidet helsetjenesteperspektiv skulle gjelde for prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste, offentlig finansiert tannhelsetjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Stortingsmeldingen fulgte dermed ikke opp Blankholm-utvalgets forslag om et bredt tjenesteperspektiv, men fulgte opp anbefalingen om å inkludere mestring i nyttekriteriet.⁴ En samlet helse- og omsorgskomite sluttet seg til regjeringens forslag, jf. Innst. 221 S (2021–2022).

5.2 Forebyggende tiltak i helsetjenesten

Prioritering av forebyggende og helsefremmende arbeid er omtalt i flere utredninger og stortingsmeldinger om prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Lønning II-utvalget (NOU 1997: 18) hadde som del av sitt mandat å vurdere hvordan forebygging bør prioriteres i forhold til andre helsetjenester, men konkluderer slik:

⁴ Meld. St. 38 (2020–2021): «Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for: overlevelse, forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon, reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag» (s. 8.).

«Utvalget har ikke grunnlag for, slik mandatet inviterer til, å ta generell stilling til hva som er viktigst av forebyggende arbeid og andre helsetjenester. Utvalget kan heller ikke foreta noen prinsipiell grenseoppgang mellom «forebygging» og annen medisinsk virksomhet, men vil vise hvordan konkrete forebyggende tiltak kan vurderes i lys av aksepterte prioriteringskriterier.» (s. 6)

Lønning II-utvalget la til grunn at foreslåtte mål og prinsipper for ressursfordeling som er drøftet for prioritering i norsk helsevesen, også skal gjelde forebyggende helsearbeid. Primær- og sekundærforebygging (for eksempel kolesterolsenkende midler etter hjerteinfarkt) skal ha prioritet dersom forventet nytte er god nok, dokumentasjonen er god, og kostnadene står i et akseptabelt forhold til nytten. Kostnadene må vurderes i vid forstand og inkludere mulige bivirkninger, som frykt for sykdom og farene for medikalisering. Videre mente utvalget at spesialisthelsetjenesten også bør ha ansvar for forebyggende tiltak i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering* skiller mellom forebyggende tiltak i form av pasientbehandling, som bør prioriteres etter de samme prinsippene som andre tiltak i helsetjenesten, og forebyggende tiltak rettet mot en større befolkningsgruppe. Sistnevnte omfatter både forebyggende tiltak som screening og vaksinasjon, og forebyggende og helsefremmende tiltak i og utenfor helsesektoren. Meldingen viser til at beslutningsprosesser og finansieringsmodeller for befolkningsrettede tiltak er forskjellige fra pasientbehandling, og at slike tiltak har andre typer mål. Det er lagt vekt på at beslutningsgrunnlaget for folkehelseiltak primært skal baseres på en vurdering av nytte opp mot kostnader, gjennom samfunnsøkonomiske analyser.

Befolkningsrettede tiltak som screeningprogrammer og vaksinasjon foregår i regi av helsetjenesten, men skiller seg fra andre helsetiltak ved at de skal vurderes i et samfunnsperspektiv som tar hensyn til konsekvenser ut over helsetjenesten, og ved at prioriteringsbeslutninger er politiske.

System for Nye vaksiner ble etablert etter mønster fra Nye metoder som oppfølging av Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen* og Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*. Systemet innebærer at det gjennomføres metodevarsling og metodevurderinger som skal bidra til at prosessen fram mot beslutning om

offentlig finansiering eller ikke, skal være forutsigbar, transparent og kunnskapsbasert. Direktoratet for medisinske produkter har ansvar for metodevurderinger og metodevarslinger. Folkehelseinstituttet har ansvar for å gi råd til Helse- og omsorgsdepartementet, og for å drifte en faglig referansegruppe for nasjonale vaksinasjonsprogram (Direktoratet for medisinske produkter, 2025). Det er beskrevet egne vurderingskriterier som skal inngå i fullstendige metodevurderinger av vaksiner, og tilleggskriterier som skal vurderes i anbefalinger om vaksinasjonsprogram. Se boks 5.1.

Det er etablert et liknende system for å vurdere og anbefale kreftscreeningprogram (Helsedirektoratet, 2022b). Det er Helsedirektoratet som er prosesseier for systemet, som består av forslagsinnsending, utredning av forslagene basert på et eget kriteriesett (screeningkriteriene), som inkluderer nytte, risiko, kostnadseffektivitet og etiske aspekter, og en faglig vurdering som inkluderer råd fra Helsedirektoratets rådgivende utvalg for nasjonale screeningprogrammer. I disse beslutningsgrunnlagene skal kriteriene nytte, risiko, kostnadseffektivitet og etiske aspekter anvendes i et samfunnsperspektiv, i tråd med departementets anbefaling ved vurdering av folkehelseiltak.

Kriteriene for vaksinasjon og kreftscreening er detaljerte og delvis inspirert av kriteriebruk innenfor helsetjenesten. Utvalget merker seg at det i Meld. St. 21 (2024–2025) *Rettferdig prioritering og likeverdige tjenester* foreslås å utrede hvordan prosessen for å vurdere offentlig finansiering av vaksiner i vaksinasjonsprogram kan tilpasses utredningsinstruksens krav. Siden vaksinasjonsprogram og screeningprogram skal vurderes i et samfunnsperspektiv, kan det være hensiktsmessig å legge utredningsinstruksen til grunn for vurderingen. I kapittel 8 drøfter og foreslår utvalget et sett med mer enkle kriterier for folkehelseiltak som bygger på utredningsinstruksen, og skal legge til rette for tverrsektorielle vurderinger ut fra et samfunnsperspektiv.

Gråsonen mellom individrettet forebygging i helse- og omsorgstjenestene og det brede folkehelsearbeidet er omtalt i kapittel 2.4.2. Utvalget mener at forebyggende tiltak i helsetjenestene må ses i sammenheng med tiltak i helsesektoren og andre sektorer. Utvalget viser til at ett av målene for prioritering i helse- og omsorgstjenestene er å understøtte tjenestene og samtidig ivareta tjenestenes bærekraft (Meld. St. 21 (2024–2025)). I Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* knyttes regjeringens

Boks 5.1 Vurderingskriterier for vaksinasjonsprogram

Vurderingskriterier som skal inngå i fullstendig metodevurdering av vaksiner:

1. alvorlighet/sykdomsbyrde av den aktuelle sykdommen
2. vaksinens nytte (effekt og sikkerhet)
3. kostnadseffektivitet av vaksinasjonsprogrammet inkludert alternativ bruk av ressursene
4. budsjettvirkninger
5. om sykdommen kan forebygges på en annen måte
6. antatt direkte og indirekte effekter av vaksinasjonsprogrammet på sykdommens epidemiologi

I tillegg skal punkt 7–12 vurderes for anbefaling om tilbud i vaksinasjonsprogram:

7. vurdering av eventuelle effekter av ny vaksine på eksisterende nasjonalt vaksinasjonsprogram
8. vurdering av muligheten til å oppnå den ønskede vaksinasjonsdekningen. Dette inkluderer kartlegging av helsetjenestens og målgruppens holdninger og oppfatning
9. praktisk gjennomførbarhet av programmet
10. vurdering av mulighet til å etablere relevant oppfølging av effekt og sikkerhet av et nytt vaksinasjonsprogram etter innføring
11. etiske aspekter
12. juridiske aspekter

mål om å forsterke den forebyggende innsatsen i helse- og omsorgstjenesten til behovet for å dempe et økende behov for helse og omsorgs-

tjenester. Utvalget vil understreke at formålet med folkehelsearbeidet, i likhet med helsetjenesten, må være å bidra til bedre helse for den enkelte og

Boks 5.2 Vurderingskriterier for kreftscreeningprogram

Vurderingskriterier for tilstand:

1. Tilstanden skal være et viktig helseproblem.
2. Tilstandens naturlige forløp skal være tilstrekkelig kjent.
3. Tilstanden skal ha en symptomfri fase som kan detekteres.

Vurderingskriterier for test:

4. Det må finnes en sikker, presis og validert test.
5. Kriterier og prosedyrer for videre oppfølging av testpositive må være definert.
6. Testmetoden skal være akseptabel for målgruppen.

Vurderingskriterier for behandling:

7. Det må finnes tiltak eller behandling som gir bedre effekt i tidlig stadium enn ved klinisk diagnostikk.
8. Tiltak/behandling må være etablert og godt dokumentert.
9. Tiltak/behandling skal være akseptabel for målgruppen.

Vurderingskriterier for screeningprogrammet:

10. Screeningprogrammet skal redusere sykdomsspesifikk dødelighet eller sykkelighet av tilstanden.
11. Helsegevinstene må være større enn de negative effektene.
12. Personvern og juridiske aspekter må være ivarettatt.
13. Screeningprogrammet skal være akseptabelt fra et etisk perspektiv.
14. Informasjon om deltakelse i screeningprogrammet må være kunnskapsbasert og bidra til informerte valg.

Vurderingskriterier for kostnader, økonomiske konsekvenser:

15. Screeningprogrammet skal tilfredsstille kravene til kostnadseffektivitet.
16. Det må foreligge en plan for ledelse, kvalitetssikring og evaluering av programmet.

for befolkningen som helhet – ikke kun å sikre tjenestens bærekraft. Forebyggende tiltak må begrunnes ut fra at det er den beste løsningen for å oppnå bedre helse. I noen tilfeller vil dette kunne bidra til en mer bærekraftig helsetjeneste. Det er imidlertid usikkert i hvor stor grad forebyggende tiltak kan bidra til å dempe belastningen på helsetjenesten. Flere leveår og flere leveår med god helse gir ikke nødvendigvis færre leveår med helseproblemer og redusert behov for helse- og omsorgstjenester over livsløpet. Se omtale i kapittel 3.5.

5.3 Folkehelsetiltak – prioritering i et samfunnsperspektiv

Mandatet for utvalget legger til grunn at prioritering av folkehelsetiltak skal gjøres med utgangspunkt i et samfunnsperspektiv, og for statlige tiltak innenfor rammen av utredningsinstruksen.

Samfunnsperspektivet i prioritering er drøftet i flere av utredningene og i stortingsmeldingene om prioritering i helse- og omsorgstjenesten. I Norheim-utvalget (NOU 2014: 12) drøftes helsesektorperspektivet og samfunnsperspektivet i sammenheng med en overordnet drøfting av prioriteringskriterier. I drøftingen av *ressurskriteriet* skriver utvalget følgende om forskjellene på disse to tilnærmingene:

«I diskusjoner om hvilke ressurser som bør inkluderes, kan det være nyttig å ta utgangspunkt i to perspektiver: helsesektorperspektivet og samfunnsperspektivet. Fra det første perspektivet bryr man seg kun om bruken av de ressursene som er stilt til disposisjon for helsetjenesten. Fra samfunnsperspektivet er i prinsippet all ressursbruk i samfunnet relevant. En kan også hevde at en annen kombinasjon av ressurser i helsetjenesten og ressurser i samfunnet for øvrig utgjør de relevante ressursene for prioriteringsbeslutninger.» (s. 91)

Norheim-utvalget viste til at samfunnsperspektivet er bredere enn helsetjenesteperspektivet og inkluderer all ressursbruk, inkludert utgifter og tidsbruk for pasienter og pårørende og produksjonstap for samfunnet. Norheim-utvalget viste til diskusjonen om valg av perspektiv, og argumenterte for en bredere tilnærming ved tiltak som utløser betydelig ressursbruk utenfor helse-tjenesten, og som ikke har uheldige fordelingsvirkninger. Men utvalget landet på en anbefaling om at beslutningstakere i helsetjenesten skal ta

utgangspunkt i effektene innenfor helse-tjenesten:

«Dersom et aktuelt tiltak også har andre betydelige gevinster, kan disse tillegges vekt så fremt det er sikret at det ikke vil gi urettferdige fordelingsvirkninger. Beslutningstakeren bør gjøre en spesielt grundig vurdering før økonomiske gevinster blir vektlagt.» (s. 88)

Norheim-utvalget omtalte også prioritering av forebyggende tiltak i og utenfor helsetjenesten, og viste til at et sentralt prioriteringsspørsmål er om denne typen tiltak får tilstrekkelig oppmerksomhet og ressurser, sammenliknet med behandling:

«Utvalget mener at forebyggende tiltak bør få økt oppmerksomhet, og da spesielt på to måter. Det bør gjøres mer for å samle inn relevant data og analysere kunnskapsgrunnlaget for forebyggende tiltak, slik det er beskrevet i kapittel 12. Videre bør det sikres at forebyggende tiltak som blir funnet prioriteringsverdige etter de tre hovedkriteriene, og eventuelt andre relevante hensyn, faktisk blir innført.» (s. 123)

Norheim-utvalget drøftet i tillegg hvordan forebyggende tiltak bør rangeres, både i forhold til andre forebyggende tiltak og i forhold til behandling i helsetjenesten, og hva som er utfordringene med å dokumentere effekten av befolkningsrettede tiltak etter samme krav som gjelder for kurativ medisin.

I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* ble det varslet at departementet skulle vurdere nærmere hvordan metodikken for å prioritere mellom ulike folkehelsetiltak kan videreutvikles, og at det skulle utredes et system for beslutninger om vaksineprogrammer. I sammenheng med arbeidet med den neste folkehelsemeldingen, Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkehelsemeldinga*, fikk Ole Fritjof Norheim i oppdrag å utarbeide et notat om verdigrunnlag og prioriteringskriterier. I notatet foreslo han justeringer i målene for folkehelsearbeidet og kriterier for prioritering (Norheim, 2018). Målene knyttet til forventet levealder ble foreslått endret til helsejustert levealder for å fange opp kronisk sykdom. Norheim foreslo følgende mål for prioritering: 1) maksimere helse i hele befolkningen, 2) fordele helse mer rettferdig, og 3) respektere enkeltmenneskers frihet og medbestemmelse. De to første delmålene er begrenset av det tredje. Norheim viste til at de to første målene er forenlige med folkehelseloven og tidligere folkehelsemeldinger,

og at det tredje er aktuelt for vår moderne velferdsstat, men bør drøftes og presiseres. Videre foreslo Norheim tre kriterier for prioritering av folkehelseiltak: nytte, ressursbruk og velferden for de dårligst stilte. Ifølge forslaget bør kriteriene vurderes samlet og avveies mot hverandre, på samme måte som kriteriene som benyttes i spesialisthelsetjenesten. Norheim skisserte også et system for åpne beslutningsprosesser med brukermedvirkning og etablering av en enhet for evaluering av folkehelseiltak, gjerne etter modell av bestillerforum for Nye metoder.

Utredningen fra Blankholm-utvalget (NOU 2018: 16) drøftet det forebyggende og helsefremmende arbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og viste til helsestasjons- og skolehelsetjenesten som et eksempel på en tjeneste der forebygging utgjør en vesentlig del av innhold og faglig målsetting. Tjenesten skal bidra til å skape et godt oppvekstmiljø gjennom tiltak for å styrke foreldrene, fremme barn og unges lærings- og utviklingsmiljø og bidra til et godt arbeidsmiljø i skolen. Utvalget drøftet prinsipper for prioritering av forebyggende tiltak, og viste til at det forebyggende arbeidet i kommunene har et bredere mål enn helse, og at effektene treffer ut over helse- og omsorgssektoren. Utvalget mente at dette måtte reflekteres i de prinsippene som skal ligge til grunn for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten.

Blankholm-utvalget drøftet videre om skillet som Meld. St. 34 (2015–2016) gjør mellom behandlende og forebyggende tiltak i tjenesten og folkehelseiltak, også er relevant for tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i den offentlige tannhelsetjenesten. Utvalget mente at det er naturlig at kommunene vurderer den samlede ressursbruken på tvers av sektorer når prioritering av tiltak og tjenester vurderes, og skriver:

«Utvalget mener derfor at det er relevant å ta hensyn til ressursbruk og eventuelt ressursbesparelser i andre sektorer enn helse- og omsorgssektoren når ressursbruk/besparelse kan knyttes direkte til tiltak i helse- og omsorgssektoren. Snarere enn å skille mellom et samfunnsperspektiv og et helsetjenesteperspektiv, vil utvalget mene at det for de kommunale tjenestene er riktigere å skille mellom et samfunnsperspektiv og et bredt tjenesteperspektiv. Et slikt tjenesteperspektiv må omfatte alle tjenester som direkte påvirkes av tiltaket under vurdering, altså mer enn bare helse- og omsorgstjenester.» (s. 100)

På bakgrunn av dette mente Blankholm-utvalget at det skillet som gjøres mellom behandling og forebyggende tiltak i tjenesten på den ene siden, og folkehelseiltak på den andre har gyldighet for tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten. Utvalget mente imidlertid at begrepet «behandlingstiltak» burde erstattes med «helse- og omsorgstiltak».

I Meld. St. 19 (2018–2019) ble problemstillingen om prioritering av folkehelseiltak tatt opp igjen, men vurderingene og anbefalingene i notatet fra Norheim ble ikke fulgt opp. Det skulle imidlertid gjennomføres en utredning av retningslinjer til støtte for prioritering på folkehelseområdet. Med henvisning til prioriteringsarbeidet i helse-tjenesten ble det vist til behovet for å avklare hva som skal være styrende for valg av befolkningsrettede forebyggende tiltak. Det ble videre vist til at prioriteringsprinsipper har liten nytte hvis de ikke tas i bruk, og at det derfor bør vurderes hvordan et beslutningssystem bør innrettes og etableres. I denne stortingsmeldingen ble det også tatt initiativ til å utarbeide en veileder til utredningsinstruksen om vurderinger av virkninger på helse i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser. I 2024 publiserte Helsedirektoratet veilederen *Virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser – temaveileder til utredningsinstruksen*. Veilederen bygger på utredningsinstruksen og er basert på et samfunnsperspektiv. Se omtale av det nasjonale systemet for å følge opp folkehelsepolitikken i kapittel 4.2.

Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* ble det vist til at helseproblemer og for tidlig død har store samfunnskostnader, og at folkehelsepolitikken og beslutninger om folkehelseiltak må bli bedre, slik at ressursene blir utnyttet så effektivt som mulig. I meldingen blir det pekt på behovet for å utrede og klargjøre verdigrunnlaget for og den prinsipielle tilnærmingen til beslutningsprosesser i det brede folkehelsearbeidet. Målet er et mer effektivt folkehelsearbeid og en mer helhetlig tilnærming til tiltak på folkehelseområdet gjennom å utvikle en prinsipiell tenkning og etablere systematiske og transparente beslutningsprosesser. Dette skal ifølge meldingen skje med utgangspunkt i et samfunnsperspektiv og innenfor rammen av utredningsinstruksen. Det går fram av meldingen at regjeringen vil sette ned et offentlig utvalg for å klargjøre verdigrunnlaget, beslutningsarenaer og kunnskapsgrunnlaget for vurderinger og beslutninger om folkehelseiltak.

I et samfunnsperspektiv skal i prinsippet all samfunnsnytte og all ressursbruk trekkes inn i vurderingen, og utredningsinstruksen har som kriterium at samlet nytte skal veies opp mot samlet kostnad. Det kan i tillegg tas hensyn til fordeling eller prinsipielle spørsmål. På folkehelseområdet er det særlig hensynene til ulikhet i helse, jf. folkehelseovens formål, og avveiningen mellom individets frihet og hensynet til befolkningens helse som er relevante. Se drøftingen i kapittel 6 Verdigrunnlaget for folkehelse tiltak.

5.4 Prioriteringsarbeid i andre land og internasjonale organisasjoner

Kunnskap og arbeid med folkehelse i andre land kan i utgangspunktet være relevant for de fleste delene av utvalgets mandat, som inkluderer både beslutningsarenaer og beslutningsprosesser, kunnskapsgrunnlag og verdier og verddivurderinger relatert til folkehelse. I dette kapittelet presenterer utvalget eksempler på prioriteringsarbeid i andre land og internasjonale organisasjoner, og tilgjengelige verktøy for støtte for prioritering i folkehelsearbeid.

5.4.1 Oversikt over kunnskapsstatus

Det er krevende å få oversikt over prioriteringsarbeid spesifikt for folkehelse i andre land. Utvalgets inntrykk er at forskningsfeltet er uoversiktlig og preget av overlappende begrepsbruk, både når det gjelder hva som legges i prioritering i folkehelsesammenheng, men også hva som faller innenfor, og omtales som folkehelse og folkehelse tiltak.

Utvalget har ikke funnet eksempler på helhetlige systemer for prioritering av folkehelsearbeid i andre land.⁵ Utvalget finner i liten grad oppsummert kunnskap om hvordan prioriteringsbeslutninger gjøres, både lokalt og på statlig nivå. Beslutninger og beslutningsprosesser på folkehelseområdet henger tett sammen med landenes politiske system, og med formelle rammer som plassering av ansvar og myndighet, oppgavedeling mellom ulike forvaltningsnivåer, utforming av helse systemet og tradisjoner knyttet til reguleringer.

⁵ Omtalen av prioriteringsarbeid på folkehelsefeltet i andre land og internasjonale organisasjoner er basert på diskusjoner i fagmiljøer og nettverk, dialog med fagpersoner fra andre land og internasjonal faglitteratur. Dette er derfor ikke en systematisk oversikt over pågående arbeid, men eksempler som det kan være relevante å trekke inn i vurderingene.

Det er forskjeller når det gjelder i hvilken grad autonomi og helsehensyn vektlegges på viktige områder som ruspolitikk og avgiftspolitikk. Det er lite tilgjengelig forskning om variasjoner i slik politikk og konsekvenser av dette for helse.

Flere av disse betraktningene er gjenkjennbare fra en tilsvarende gjennomgang i Blankholm-utvalgets arbeid. Utvalget viste til ulik organisering av tjenestene, kompleksiteten i primærhelsetjenester, manglende åpenhet og eksplisitte prioriteringskriterier som mulige forklaringer på at det manglet tilgjengelig forskning.

Variasjonen i organiseringen av folkehelse-systemer og manglende beskrivelser av systemene begrenser overføringsverdien mellom land. Det er likevel viktige elementer fra enkeltland og arbeidet til internasjonale organisasjoner som om bør informere og inspirere arbeid med å styrke prioriteringer på folkehelseområdet i Norge. Dette inkluderer verktøy for å støtte prioritering av tiltak, portaler og oversikter som oppsummerer og gir oversikt over «beste praksis», sykdomsbyrdeanalyser med mer. Det foreligger også forslag til kriterier som er relevante for prioriteringsdiskusjoner innen folkehelse.

Eksempler fra det internasjonale kunnskapsgrunnlaget

Det finnes viktige fellestrekk når det gjelder prioritering på folkehelseområdet, selv om litteraturen er sprikende. Det er flere kriterier og verdier som går igjen i litteraturen, og i eksempler fra enkeltland. Det gjelder *verdier* som rettferdig fordeling, solidaritet og autonomi, *kriterier* for å vurdere tiltak og tilnærminger som kostnader og effekt, sykdomsbyrde, fordeling og aksept for tiltaket i befolkning og politikk, og kvaliteter på *prosesser* som åpenhet, medvirkning og ansvarlighet. Disse dimensjonene finnes også igjen på tvers av føringer for folkehelsearbeidet i Norge, blant annet i lov om folkehelsearbeid, retningslinjer for folkehelsearbeid og målene for det norske folkehelsearbeidet som omfatter både leveår, livskvalitet og fordeling av helse.

En systematisk oversiktsartikkel fra 2023 gir en relevant oversikt over kriterier som er brukt for prioritering innen folkehelse, og hvilke kriterier som blir lagt til grunn for å vurdere om et gitt folkehelse tiltak bør evalueres (Atwal, 2023). Forfatterne identifiserte mer enn 300 ulike kriterier fra 40 studier. Studiene ble identifisert gjennom søk etter kombinasjoner av «public health» og «prioritisation». Kriteriene ble kategorisert i 16 domener. Domenene *sykdomsbyrde*, *sosiale hensyn*,

helseeffekt av intervensjon og gjennomførbarhet gikk igjen i flest studier. I enkeltstudier som var tydeligere innrettet mot rammeverk for prioritering, er i tillegg «*budsjettensyn*» oftere inkludert. Det ble kun identifisert en studie som omhandler kriterier for å vurdere hvilke tiltak som bør evalueres. Forfatterne konkluderer med at det foreligger få studier som er spesifikt innrettet mot prioriteringer på dette området, det er lite kunnskap om hvordan evaluering av folkehelse tiltak prioriteres, og det er betydelige hull i det internasjonale kunnskapsgrunnlaget om prioriteringsarbeid rettet mot folkehelse.

Verdens helseorganisasjon gav i 2016 ut en egen veileder for å støtte planlegging og utvikling av helsesystemene på nasjonalt nivå (Kadandale, 2018). Veilederen er tydelig på at det er behov for nasjonale helsesystemer som dekker langt mer enn individbaserte helsetjenester, og inkluderer tverrsektorielt arbeid, folkehelse og forebygging i anbefalingene. I veilederen beskrives «prioritering basert på kriterier» som en egen aktivitet som bygger på en situasjonsanalyse, og som gjøres før konkret planlegging og ressursallokering (Kadandale, 2018, kap. 4). Veilederen omtaler forskjellen mellom å prioritere mellom ulike helseutfordringer og å prioritere mellom ulike løsninger eller tiltak, men fastholder at kriterier for prioritering kan være relevante for begge prioriteringssituasjoner. Omtalen av prioriteringsystemer skiller ikke tydelig mellom folkehelsearbeid og individrettede helsetjenester. Veilederen foreslår følgende fem kriterier for prioritering: 1) *sykdomsbyrde*, 2) *tiltakets effekt*, 3) *kostnader*, 4) *aksept*, og 5) *rettferdighet*. Det er imidlertid ikke tydelig diskutert eller problematisert i hvilken grad disse kriteriene er egnet for både individrettede helsetjenester og det brede folkehelsearbeidet.

5.4.2 Eksempler fra ulike land

Sverige og Danmark

Sveriges overordnede nasjonale mål for folkehelsearbeidet er å skape samfunnsmessige forutsetninger for god og likeverdig helse i hele befolkningen, og å eliminere de påvirkbare helseforskjellene innen en generasjon. Folkehelsearbeidet tar utgangspunkt i at helse i befolkningen oppstår gjennom samspill mellom samfunn og individ, og at faktorer som påvirker helse, henger sammen og er gjensidig forsterkende gjennom hele livsløpet. Det er definert åtte målområder med særlig stor betydning for helse og levekår: oppvekst, kunnskap,

arbeid, inntekt, bolig, levevaner, deltakelse, og helsetjenester (Folkhälsomyndigheten, 2025).

Det overordnede folkehelsepolitiske målet og de åtte målområdene beskrives som det folkehelsepolitiske rammeverket, vedtatt av Riksdagen i 2018. Rammeverket tydeliggjør hele samfunnets ansvar for å gjennomføre folkehelsepolitikken. De åtte målområdene omfatter de fleste sektorer og gjelder for statlige myndigheter, regioner og kommuner. For hvert av målene er det definert egne indikatorsett for å vurdere utvikling og måloppnåelse. Innsatsen har som mål at helseforskjellene mellom ulike grupper i samfunnet skal fjernes innen 2048. Det pågår et utredningsarbeid om å supplere dette oppfølgingssystemet med helseøkonomiske analyser. Det er Sosialdepartementet i Sverige som har bestilt en utredning som skal:

«[...] analysera och lämna förslag på hur nuvarande system för uppföljning av folkhälsopolitiken kan kompletteras med ett hälsoekonomiskt ramverk för att kunna beskriva och analysera samhällskostnaderna för olika påverkbara riskfaktorer för ohälsa samt genomföra hälsoekonomiska utvärderingar av folkhälsopolitiska insatser.»

Utredningsarbeidet skal gjennomføres innen 31. oktober 2025 (Sveriges Riksdag, 2024).

Helsesystemet i Sverige styres gjennom tre politiske nivåer. På nasjonalt nivå styres folkehelse gjennom lover, reguleringer, veiledning og økonomiske rammer og tildelinger. Regioner og kommuner skal prioritere innsats basert på befolkningens behov, med ressursene de har til rådighet (Janlöv et al., 2023).

Sverige har også jobbet med å utvikle kriterier og etiske rammeverk for prioritering i helsetjenestene over tid, og forankret dette i tre hovedprinsipper: Menneskeverdprinsippet, behovs- og solidaritetsprinsippet og kostnadseffektivitetsprinsippet. Det er ikke umiddelbart tydelig i hvilken grad disse kriteriene eksplisitt legges til grunn for prioritering, om de korresponderer med arbeidet som setter retning for folkehelsearbeidet, om dette er en relevant og diskutert problemstilling i svensk kontekst, eller om helsetjenesten og folkehelsearbeidet er ansett som helt separate prioriteringsarenaer.

De svenske målene for folkehelsearbeidet blir beskrevet som ambisiøse og gjennomarbeidet, men med utfordringer knyttet til implementering (Martini & Davesne, 2024).

Helsesystemet i Danmark har også viktige fellestrekk med det norske. Folkehelsearbeidet i

Danmark er omtalt i en gjennomgang av det danske helsesystemet (Birk et al., 2024). Folkehelsearbeidet foregår dels i regi av kommunene og dels i regi av regionalt og statlig nivå. Kommunenes oppgaver knyttes til helsefremmende og forebyggende arbeid, lokalt oversiktsarbeid og samarbeid med regionalt nivå. Kommunene får statlig støtte til arbeidet, men må selv gjøre prioriteringer ut fra egne behov og ressurser. Statlig nivå sørger for nasjonale screeningprogrammer, befolkningsdata og smittevern, og regionale helsetjenester skal blant annet gi kunnskapsstøtte til kommunene.

Alle nivåer har oppgaver knyttet til helseberedskap, oversikt og miljørettet helsevern. Det forebyggende arbeidet på kommunenivå støttes gjennom nasjonale kunnskapsbaserte tiltakspakker om sentrale temaer. Tilgangen på slike tiltakspakker er også omtalt som en støtte til lokal prioritering av de utvalgte temaene (Birk et al., 2024). Det pågår nå arbeid for å etablere en folkehelselov for Danmark, blant annet ut fra et ønske om å styrke prioritering av folkehelsearbeidet.

Det finnes i tillegg arbeid fra andre land enn Sverige og Danmark som kan inspirere og informere arbeidet med å styrke prioriteringsarbeidet for folkehelse i Norge.

Strukturert prioriteringsprosess med bred involvering (Skottland)

Skottland lanserte egne prioriteringer for folkehelsearbeid i 2018 (Christie, 2018). Utviklingsarbeidet gikk over flere trinn, men ble gjennomført som en strukturert prosess over kort tid, og med bred involvering (Sumpter et al., 2022). I det første trinnet ble det lagt vekt på å finne hva som ville være et egnet nivå eller detaljeringsgrad for å definere prioriteringer. Det ble definert tre overordnede kategorier for prioriterings spørsmål på første nivå:

- 1) risikofaktorer (herunder helseatferd og tilstander som gir risiko)
- 2) sosioøkonomiske eller miljørelaterte påvirkningsfaktorer
- 3) faktorer på system og tjenestenivå

Skottland valgte å ikke la spesifikke sykdommer inngå som en av disse dimensjonene, blant annet for å unngå fagspesifikk terminologi og sikre mulighet for bred involvering utenfor helsesystemet.

Potensielle folkehelseutfordringer innenfor disse dimensjonene ble diskutert og vurdert etter

utvalgte kriteriespørsmål som fanget opp ulike aspekter:

- Er faktoren en viktig trussel mot folkehelsen?
- Er det mulig å gjøre noe med faktoren?
- Er det vilje til å gjøre noe med faktoren?

I siste ledd av prosessen ble bredt sammensatte grupper bedt om å rangere faktorene gjennom en serie strukturerte skåringsrunder. En ekspertgruppe som fulgte hele prosessen, landet deretter på en endelig rangering og seks vedtatte prioriteringer for Skottland. Public Health Scotland ble også etablert med ansvar for å støtte implementering og videre utviklingsarbeid (Sumpter et al., 2022). Det ble også definert et sett med verdier som skal ligge til grunn for arbeidet:

- redusere ulikheter (*reducing inequalities*)
- forebygging og tidlig intervensjon (*prevention and early intervention*)
- rettferdighet, likeverd og likebehandling (*fairness, equity and equality*)
- samarbeid og deltakelse (*collaboration and engagement*)
- styrking av enkeltmennesker og lokalsamfunn (*empowering people and communities*)
- kunnskap, dokumentasjon og innovasjon (*intelligence, evidence and innovation*)

Modellen ble lansert like før koronapandemien, som har utfordret implementeringen. Prosessen som førte fram til prioriteringene er interessant som et eksempel på en tilnærming til å fastsette overordnede *prioriteringer av tema*, gjennom bred deltakelse, involvering av interessenter og en trinnsvis, strukturert prosess. Tilnærmingen fremstår mindre relevant for å støtte prioritering *mellom* ulike tiltak.

Utvikling av kunnskapsstøtte og lokale prioriteringsprosesser (England)

Den nasjonale organiseringen av folkehelsearbeidet i England har vært omstrukturert flere ganger. Det lokalpolitiske nivået (*local community*) har imidlertid hatt en viktig rolle i folkehelsearbeidet over tid, med selvstendig ansvar for å prioritere innen egen budsjettamme. Hvordan disse prioriteringene gjøres er dermed viktig for arbeidet med prioriteringer innen folkehelseområdet i England.

Det er utviklet flere verktøy for å støtte det lokale prioriteringsarbeidet. Det er imidlertid lite kunnskap om bruk og nytte av verktøyene. Et unntak er en evaluering av et prioriteringsrammeverk utviklet av (nå oppløste) Public Health England.

Dette verktøyet skulle gi støtte og struktur til prioriteringsdiskusjoner og bedre oversikt over hvor det var behov for å oppskalere innsatsen, men også finne områder der innsats kunne reduseres (Public Health England, 2019). Rammeverket inneholder en detaljert beskrivelse og prosessflyt for analysen. Det inneholdt også et skjema for å støtte selve analysearbeidet og veiledning for de neste stegene etter at prioriteringen var fullført (Public Health England, u.å.). Verktøyet legger dermed opp til en omfattende prosess. Evalueringen (basert på intervjuer av tidlige brukere) tyder på at verktøyet ble oppfattet som nyttig, både for å tydeliggjøre kunnskapsgrunnlaget for prioriteringsdiskusjoner og bidra til bedre diskusjoner mellom de involverte interessentene. Tidsbruk, behovet for veiledning og mangler ved kunnskapsgrunnlaget som trengs for god bruk av rammeverket, ble vurdert som viktige hindringer for praktisk bruk.

Som del av National Institute for Health and Care Excellence (NICE), ble det etablert et eget Centre for Public Health Excellence (CPHE) for å utvikle kunnskapsstøtte for folkehelsearbeidet. Bakgrunnen, utviklingen og etter hvert avslutningen av senteret er beskrevet av Kelly (2025). Senteret videreutviklet systemene for kunnskapsoversikter, analyse og økonomiske evalueringer spesifikt for folkehelse. Tilnærmingen er presentert i en egen retningslinje, som inkluderer en grundig beskrivelse av det konseptuelle grunnlaget som et eget vedlegg (National Institute for Health Care Excellence, 2012). Et viktig mål for arbeidet var å utvikle metoder for kunnskapsoppsummeringer som var tilpasset kompleksiteten i folkehelsearbeidet. Selv om arbeidet og utviklingen ble gjort noen år tilbake i tid, er flere av grunnproblemstillingene gjeldende og trolig relevante for arbeid med styrking av kunnskapsgrunnlaget for folkehelse også fremover.

En oppsummering av erfaringene legger blant annet vekt på at kunnskapsutvikling for brede folkehelse tiltak («oppstrøms») krever en annen tilnærming enn spissede intervensjoner («nedstrøms») (Kelly, 2025). Behovet for bredde får konsekvenser for arbeidet med kunnskapsgrunnlaget. Blant annet blir det pekt på behov for flere tilnærminger til helseøkonomisk analyse, med «cost consequence analysis» (kostnadsvirkningsanalyse) som et viktig supplement til nytte-kostnadsanalyser. Krav til kunnskapsgrunnlaget kan påvirke hvilken kunnskap som utvikles og legges til grunn som beslutningsgrunnlag. En for snever metodisk innretning der kun nytte-kostnadsanalyser aksepteres kan gjøre enkelttiltak og individrettede tiltak for dominerende. Det ble også lagt vekt

på at styrken i dokumentasjonen ikke er ensbetydende med nytten av et tiltak i praksis. Kunnskap om kontekst og vurderinger er derfor viktig, men vanskelig å standardisere.

Erfaringene fra England er også et godt eksempel på at kunnskapen og politikken ikke alltid lar seg forene (Atkinson & Sheard, 2025). Erfaringene fra England er godt dokumentert og tilgjengeliggjort, og gir gode bidrag til videreutvikling av kunnskapssystemet for folkehelse i Norge.

Målstyring og indikatorarbeid (Belgia)

Mange land bruker mål og indikatorer for å styre innsats. Belgia er et eksempel med en etablert kontinuerlig prosess for å følge opp mål for helse-systemet: Belgian Health Systems Performance Assessment (HSPA) (Obyn, 2017). «Mål» blir omtalt som sentralt for å styre, prioritere, forplikte og følge utviklingen i helsesystemet, og arbeidet med å sette mål følges opp av et system for å følge utviklingen gjennom indikatorer. De overordnede målene for arbeidet er å forbedre befolkningens helse og redusere helseulikhet, altså både nivå og fordeling. «God helse» uttrykkes både som levealder og livskvalitet. Arbeidet fokuserer på hele helsesystemet – helsetjenester, forebygging og helsefremming. Betydningen av determinanter utenfor helsesystemet og tverrsektorielt arbeid blir vektlagt, men inngår ikke som del av HSPA-arbeidet.

Valg av indikatorer synes å reflektere pragmatiske vurderinger av relevans, tilgjengelighet, data, og hensyn til det totale omfanget av hele indikatorsettet. Det er foreslått at videreutvikling av systemet bør inkludere arbeid med hvilke prioriteringer som ligger bak mål og indikatorer, samt prosesser for å sikre en bredere involvering av interessenter i prioriteringsarbeidet (Obyn, 2017).

Kriterier for prioritering (USA)

Helsesystemet og folkehelsearbeidet i USA har i mindre grad overføringsverdi til Norge. Det er likevel verdt å nevne arbeidet med «Healthy People 2030», som er et statlig rammeverk for folkehelsearbeid i USA. Rammeverket beskriver overordnede målbilder, indikatorer og sammenlikningsgrunnlag for folkehelsearbeid på de ulike forvaltningsnivåene.

En ekspertkomité fikk som mandat å utvikle kriterier som skal legges til grunn for å velge helseindikatorer. En rapport om prosessen med å identifisere disse kriteriene går gjennom tidligere kriterier, og hvordan disse er blitt utviklet siden

1999. Etter Healthy People 2030 skal mål og valg av indikatorer vurderes langs fire kriterier:

1. sykdomsbyrde (*public health burden*)
2. omfanget av helseforskjeller (*magnitude of the health disparity*)
3. utviklingstrekk og trender (*sentinel and bellwether*)
4. potensial for å iverksette tiltak (*actionability*)

Det første kriteriet gjelder sykdomsbyrde, supplert med et krav om også å vurdere byrde dersom nåværende praksis (for eksempel vaksinerings) skulle opphøre. Det andre handler om i hvilken grad måloppnåelse vil bidra til mindre helseulikhet. Det tredje gjelder i hvilken grad en indikator kan gi viktig informasjon for å snu en negativ utvikling eller rette innsatsen mot grupper med forhøyet risiko. Det fjerde kriteriet omhandler kunnskapsgrunnlag og kostnad-nytte-forhold ved aktuelle intervensjoner og gjennomførbare tiltak (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019). Arbeidet er ett av få eksempler på dokumentert arbeid for å etablere et kriteriesett for prioritering innen folkehelse.

5.4.3 Verktøy fra internasjonale organisasjoner

Verdens helseorganisasjon (WHO), Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) og EU legger til rette for kunnskapsdeling basert på prinsippet om å spre beste praksis-modeller. Overføringsverdi og forutsetninger for vellykket implementering inngår som del av kunnskapsgrunnlaget og argumentasjonen for hvorfor tiltak eller tiltakspakker anses som beste praksis. Denne tilnærmingen gir dermed viktig kunnskapsstøtte for prioriteringer.

Verdens helseorganisasjon (WHO)

Verdens helseorganisasjon har sitt eget rammeverk for å dele beste praksis (World Health Organization, 2024). Arbeidet inngår som del av organisasjonens globale handlingsplan for å forebygge og redusere ikke-smittsomme sykdommer. Oversikten inkluderer både enkeltstående intervensjoner og mer omfattende tiltakspakker. Verdens helseorganisasjon omtaler tiltakene som «best buys», og dette henviser til vurderinger av effekt, kostnad og implementerbarhet. Det legges vekt på kostnadseffektivitet som et viktig kriterium. Samtidig presiseres betydningen av ikke-økonomiske hensyn, slik som:

«[...] effectiveness and health impact, acceptability, sustainability, scalability, health equity, ethics, multisectoral actions, training needs, suitability of existing facilities, and monitoring[...] Furthermore, consideration should be given to the need to implement a combination of population-wide policy interventions and interventions at the level of the individual.» (s. 4)

Oversikten over enkelttiltak og tiltakspakker er ment som inspirasjon og teknisk informasjon til folkehelsearbeid i hvert enkelt land. Tiltakene rettes i hovedsak mot risikofaktorer som er sentrale på tvers av en rekke enkeltsykdommer og sykdomsgrupper, som tobakksbruk, høyt forbruk av alkohol, usunt kosthold og inaktivitet. Oversikten inneholder også kunnskapsgrunnlag for tiltak og tiltakspakker mot spesifikke sykdommer og sykdomsgrupper, blant annet vaksinasjon, screening og individrettet behandling. Formålet med dokumentet er å presentere en meny av kostnadseffektive tiltak for å støtte medlemslandenes arbeid med å prioritere den nasjonale innsatsen for å forebygge og kontrollere ikke-smittsomme sykdommer.

Verdens helseorganisasjon har etablert et eget kriteriesett som skal støtte vurderinger:

1. sykdomsbyrde (*burden of the health issue*)
2. tiltakets effekt (*effectiveness of the intervention*)
3. kostnad (*cost of the intervention*)
4. aksept (*acceptability of the intervention*)
5. rettferdighet (*fairness*)

OECD

OECD har en egen veileder som beskriver beste praksis innen folkehelsearbeid (OECD, 2022a). Prioriteringer og utvelgelse av de viktigste problemstillingene og tiltakene er et gjennomgående tema. OECDs vinkling og omtale av prioriteringer går lenger i retning av å gi råd om hva som skal til for å få gjennomslag i politiske beslutningsprosesser. Tilsvarende beste praksis-tilnærming er også brukt for mer spesifikke problemområder, som for eksempel kosthold (OECD, 2022b). OECD gjør omfattende analyser av store folkehelseproblemstillinger og hvilke konsekvenser disse kan ha for samfunnet og økonomien. Et eksempel på dette er en omfattende rapport om samfunnskostnaden ved kreftsykdommer (Limb, 2024; OECD, 2024). Samfunnskostnadene ved kreftsykdommer gir et viktig grunnlag for prioriteringsdiskusjoner i folkehelsearbeid og forebygging. OECD analyserer også innsatsfaktorer i folkehelsearbeidet mellom land (Gmeinder et al., 2017).

OECD har også etablert et eget sett med kriterier som skal støtte vurderinger av beste praksis (OECD, 2022a):

1. virkningsgrad (*effectiveness*)
2. effektivitet (*efficiency*)
3. fordeling (*equity*)
4. kunnskapsgrunnlag (*evidence-base*)
5. dekningsgrad (*extent of coverage*)

Kriteriene berører altså både spørsmål om effekt og ressursutnyttelse, fordeling, styrken i kunnskapsgrunnlaget og dekningsgrad.

EU

EU har en egen nettressurs med oversikt over beste praksis og lovende tilnærminger innen en rekke folkehelseutfordringer: Best practices Portal (Stepien et al., 2022). Beste praksis blir definert som:

«a relevant policy or intervention implemented in a real life setting which has been favourably assessed in terms of adequacy (ethics and evidence) and equity as well as effectiveness and efficiency related to process and outcomes.»

I tillegg omtales «promising practices» som:

«a policy measure which has already been implemented in a real-life setting, and which may serve as inspiration for others, but which has not yet been implemented on a large scale and/or has not yet been fully evaluated.»

Nettressursen er et bidrag til å samle og tilgjengeliggjøre kunnskap for utveksling av praksis. Det er oppnevnt et rådgivende ekspertråd som skal støtte de faglige vurderingene. Målene for arbeidet er å

- redusere økonomisk og sosial sykdomsbyrde
- styrke nasjonale helse- og velferdssystemer
- legge til rette for økonomisk vekst og produktivitet gjennom helse i arbeidsstyrken

Innsats for å nå disse målene skal bidra til å møte FNs bærekraftsmål og målene til Verdens helseorganisasjon. Det er etablert tematiske undergrupper, og nettressursen samler publikasjoner, veiledere, faktaark og andre ressurser som kunnskapsgrunnlag. Nettressursen er også en portal for å finne publikasjoner og andre nettressurser.

5.4.4 Relevansen for det norske prioriteringsarbeidet

Det er vanskelig å konkludere tydelig hvordan prioriteringer innen folkehelse gjøres i andre land. Flere land (som Norge) jobber strukturert med mål og indikatorsystem uten at det er tydelig hvordan disse systemene omsetter resultatene i tydelige prosesser for prioriteringer. Prosessene rundt «Healthy people 2030» i USA er et relevant unntak der det er gjort eksplisitte vurderinger av hvilke kriterier som legges til grunn for å velge ut helseindikatorer.

Å lage et godt system for prioriteringer av folkehelseiltak som brukes aktivt og genererer ny kunnskap, er et omfattende arbeid for et enkeltland. Dette er et argument for å bygge på og bidra i arbeidet som gjøres gjennom internasjonalt samarbeid og i regi av internasjonale organisasjoner, særlig EU, Verdens helseorganisasjon, OECD. Samarbeidet gjør at landene kan få oversikt over tilgjengelige tiltak og tilnærminger som er forsøkt, og det enkelte land kan få inspirasjon til å utvikle egne tiltak. Oversiktene kan også gi kunnskap om tiltakene, evalueringer og effektspørsmål. For nasjonale tiltak kan sammenlikninger over tid og mellom land gi viktig kunnskap, selv om det kan være metodisk utfordrende.

Egne oppsummeringsartikler og utvalgets inntrykk bekrefter at det er mangler i det internasjonale kunnskapsgrunnlaget for prioriteringer i folkehelse. Arbeidet som nå avviklede Public Health England gjorde med å utvikle et egnet format for oppsummeringer og analyse til støtte for folkehelsearbeid, kan gi viktig inspirasjon til videreutvikling av slikt arbeid for Norge. Erfaringene er godt dokumentert og tilgjengelige.

Kapittel 6

Verdigrunnlaget for folkehelseiltak

Verdigrunnlaget for den norske folkehelsepolitikken er forankret i utviklingen av den moderne velferdsstaten og tanken om å sikre alle like muligheter gjennom universelle velferdsordninger, utdanning og helsetjenester.¹ Det er i stor grad enighet om de overordnede målene for folkehelsepolitikken på tvers av politiske skillelinjer. Målene er forankret i folkehelseloven og har med noen justeringer og endringer i vektlegging vært varige over tid. At målene har vært stabile over tid, har vært en styrke for arbeidet.

Behovet for å klargjøre verdigrunnlaget for folkehelsearbeidet er en av tre hovedproblemstillinger i mandatet. Utvalget drøfter i dette kapitlet hvordan verdigrunnlaget for folkehelseiltak bør klargjøres og anvendes. Verdigrunnlaget i Grunnloven er sentralt. Videre utgjør menneskerettighetskonvensjonene som Norge har sluttet seg til, og som er nedfelt i Grunnloven, et verdigrunnlag for all offentlig politikk.

Utvalget vurderer også verdigrunnlaget for folkehelseiltak opp mot verdigrunnlaget for helsetjenesten. Utvalget har vurdert om det, som for helsetjenesten, er behov for et eget verdigrunnlag for folkehelsearbeidet utover det som følger av det generelle verdigrunnlaget. Et felles verdigrunnlag for tiltak som gjennomføres på et område eller en sektor, kan bidra til å sette rammer for arbeidet, gi bedre sammenheng mellom tiltakene, gi en retning for prioritering og øke legitimiteten både til lovgivning og til ressursbruk. Samtidig kan verdigrunnlag stamme fra ulike verdimessige tradisjoner og ulike politiske ideologier som kan være vanskelig å forene. I noen tilfeller kan det være vanskeligere å bli enige om

begrunnelser for et tiltak ut fra verdigrunnlaget enn om de konkrete tiltakene.²

Folkehelseiltak reiser noen viktig verdispørsmål som handler om forholdet mellom målet om å fremme helse og hensynet til individuell frihet og autonomi. I Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* er dette trukket fram som en viktig problemstilling, og det er vist til at det kan være forskjeller i verddivurderinger mellom folkehelseiltak og helsetjenester:

«Medan prioritering i helsetenesta hovudsakleg er knytt til behov for helsehjelp, vil prioritering av folkehelseiltak også gjelde tiltak som enkelmennesket ikkje har bedd om. Avgjerder om folkehelseiltak kan derfor innebære andre verddivurderingar enn i helsetenesta.» (s. 114)

Selv om folkehelseiltak ikke er etterspurt av den enkelte, kan det likevel være viktig å prioritere fordi tiltakene gir stor nytte på befolkningsnivå. Mye viktig folkehelsearbeid for å bedre folks levekår og legge til rette for sunne levevaner reiser ikke særlige verdimessige utfordringer. På disse områdene er utfordringene i hovedsak knyttet til kunnskapsgrunnlaget og behov for å prioritere effektive tiltak. Men for noen folkehelseiltak er det behov for utdypende verddivurderinger av forholdet mellom individers rett til autonomi, det vil si retten til å bestemme over eget liv, og hensynet til befolkningens helse. Utvalget gir en grundig drøfting av dette i avsnitt 6.2.

På bakgrunn av drøftingen av behovet for et eget verdigrunnlag og problemstillinger knyttet til autonomi, peker utvalget avslutningsvis på et sett av prinsipper som bør ligge til grunn i videre arbeid med prioriteringer av folkehelsearbeid.

¹ Norheim (2018) oppsummerer verdigrunnlaget slik: «Velferdsstatens mål – å fremme og sikre velferd – bygger på felles verdier som demokratiske rettigheter, rettssikkerhet, likebehandling, menneskeverd, solidaritet, rettferdighet, personlig frihet, medbestemmelse, forutsigbarhet og åpenhet. Historisk sett har velferdsstaten søkt å sikre alle like muligheter gjennom universelle velferdsordninger, med særlig vektlegging av lik tilgang til utdanning og helsetjenester. Arbeid og økonomisk trygghet for alle er også sentrale mål.»

² I et moderne pluralistisk samfunn kan et ideal være å bli enige om noen grunnleggende samhandlingsprinsipper ut fra ulike verdigrunnlag, jf. begrepet om en «overlappende konsensus» fra Rawls (Rawls 1993).

6.1 Vurdering av behovet for et eget verdigrunnlag

I dette kapittelet drøfter utvalget om det er behov for et eget verdigrunnlag for folkehelsearbeidet, ut over det som følger av det generelle verdigrunnlaget.

6.1.1 Kilder til verdigrunnlaget

Verdigrunnlaget i Grunnloven er grunnleggende for all offentlig politikk. Videre utgjør menneskerettighetskonvensjonene som Norge har sluttet seg til, en sentral del av dette verdigrunnlaget. I folkehelsesammenheng er menneskerettighetene særlig relevant for problemstillinger knyttet til rett til helse og rett til autonomi. Det er også relevant å se hen til hvordan verdigrunnlaget er formulert for helsetjenesten.

Grunnloven

I Grunnloven § 2 er verdigrunnlaget formulert slik:

«Verdigrunnlaget forblir vår kristne og humanistiske arv. Denne Grunnlov skal sikre demokratiet, rettsstaten og menneskerettighetene.»

Dette er det overordnede verdigrunnlaget for nasjonen Norge og dermed grunnleggende for ulike sektors verdigrunnlag. For ulike sektorer kan det imidlertid være spesielle forhold som trekkes inn, som nærmere spesifiserer verdigrunnlaget. Myndighetene har etter Grunnloven § 92 plikt til å respektere og sikre menneskerettighetene, slik de er nedfelt i Grunnloven og bindende traktater.

Menneskerettighetene

I FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12 er det uttrykt en rett for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk (Menneskerettsloven, 1999, vedlegg 4, art. 12). Det innebærer for konvensjonspartene, det vil si også Norge, en plikt til å fremme barns sunne utvikling, miljøhygienetiltak, kontrollere epidemier og trygge legebehandling. Dette gir en menneskerettslig forpliktelse til å fremme folkehelse. Konvensjonen gir også forpliktelser til å sikre rettigheter som har stor betydning for å oppnå god helse, som sosial trygghet, utdanning og arbeid.

Andre menneskerettslige forpliktelser kan legge begrensninger på virkemiddelbruken, særlig den som innebærer tvangsinngrep.

I utgangspunktet er handlingsrommet for den demokratiske prosessen større når politikkområdet kjennetegnes av at det ikke er konsensus om bruk av restriksjoner i ulike land. Fraværet av europeisk konsensus kan for eksempel være et argument for en bredere skjønnsmargin for staten, jf. Norges institusjon for menneskerettigheter (2023). Det gjelder i noen grad folkehelsepolitikken³, og det betyr at det blir et viktig spørsmål hvilken vekt vi som samfunn ønsker å legge på individuell frihet og autonomi. Verdigrunnlaget vil på dette punktet være åpent for ulike demokratiske utfall. Utvalget drøfter avveiningene mellom autonomi og målet om å fremme helse i kapittel 6.2.

Verdigrunnlaget for helsetjenesten

Verdigrunnlaget for helsetjenesten uttrykkes i ulike lovgrunnlag og formuleringer i stortingsmeldinger. Det er uttrykt slik i Meld. St. 34 (2015–2016):

«Hvert enkelt menneske har en ukrenkelig egenverdi uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet. Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester. Like tilfeller skal behandles likt. En rettferdig fordeling innebærer i tillegg at samfunnet er villig til å prioritere høyere de som har størst behov for helsetjenester. Samtidig må dette sees i sammenheng med hva som gir mest mulig helse i befolkningen over tid. Helsetjenesten er videre del av en bred sosial forsikringsordning for befolkningen, og borgerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, alder, kjønn, tidligere helse mv.» (s.11)

Ut fra dette er det særlig fem forhold som kjenner tegner verdigrunnlaget for helsetjenesten, slik det er definert i sitatet over:

- en begrunnelse i menneskets ukrenkelige egenverdi uavhengig av ulike kjennetegn
- et mål om likeverdig tilgang til tjenester og likebehandling

³ Rusreformutvalget drøfter dette konkret for narkotikapolitikken og viser til store forskjeller mellom land, jf. NOU 2019: 26, s. 181

- et fordelingsmål om å prioritere de som har størst behov
- et mål om å maksimere helse i befolkningen over tid⁴
- en del av en bred sosial forsikringsordning

I samme stortingsmelding blir det lagt til grunn et utvidet helsetjenesteperspektiv på prioriteringer. Med utvidet helsetjenesteperspektiv menes at en, i tillegg til effekter innen helsetjenesten og den enkelte pasient, tar med helseeffekter for pårørende og tidskostnader for den enkelte pasient. Perspektivet avgrenser hvilke konsekvenser og verdier som skal inngå i avveiningene, og det har over tid vært diskutert om helsetjenesteperspektivet eller et samfunnsperspektiv skal legges til grunn for prioriteringene i helsetjenesten. Se omtalen av arbeidet med prioritering i helsetjenesten i kapittel 5.

6.1.2 Verdier og prinsipper for folkehelsearbeidet

Både folkehelsearbeid og helsetjenesten har som mål å fremme befolkningens helse basert på de grunnleggende verdiene i velferdsstaten om å bidra til like muligheter og gode levekår for alle. Det er likevel forskjeller i vektlegging og avveining mellom folkehelsefeltet og helsetjenesten.

Det er særlig to forhold som kjennetegner målet for folkehelsearbeidet:

- En skal påvirke samfunnsutviklingen slik at den fremmer folkehelse på tvers av sektorer, og der konsekvenser for hele samfunnet kan inngå (et samfunnsperspektiv).
- En skal utjevne sosiale helseforskjeller.

I forarbeidene til folkehelseloven (Prop. 90 L (2010–2011)) defineres sosiale helseforskjeller som forskjeller som følger sosiale skiller (som inntekt, utdanning, kjønn mv.). Målet er å gjøre noe med de helseforskjellene som er sosialt skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med.

Folkehelseloven har følgende formålsformulering i § 1 første ledd:

«Formålet med denne loven er å bidra til en bærekraftig samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder livskvalitet, gode sosiale og miljømessige forhold og utjevner sosiale helseforskjeller.»

Når livskvalitet tas med som et formål for folkehelsetiltak, vil en kunne få et noe bredere formål for folkehelsetiltak enn for helsetjenesten. Det er likevel gjort en avgrensing i folkehelseproposisjonen (Prop. 82 L (2024–2025)) ved at livskvalitet etter folkehelseloven omfatter livskvalitet som direkte eller indirekte har betydning for befolkningens helse. Det er ikke gjort et skille mellom hva som er direkte effekter, og hva som er indirekte effekter. Videre er det understreket at grunnleggende komponenter i livskvalitet, som frihet, trygghet og fellesskap, som alle påvirker helse, omfattes av livskvalitetsbegrepet etter folkehelseloven. Det går fram av formålsparagrafen at målet også er å fremme gode sosiale og miljømessige forhold.

I forarbeidene til folkehelseloven vises det til noen grunnleggende prinsipper som kan være rettesnor for utforming av ny lovgivning og annet regelverk, for tolkning av lover og regler og ved skjønnsutøvelse i lovanvendelsen (Prop. 90 L (2010–2011), s. 47). Det vises til følgende prinsipper for folkehelsearbeid:

1. utjevning av sosiale helseforskjeller
2. «helse i alt vi gjør» (*Health in All Policies*)
3. bærekraft
4. føre var-prinsippet
5. medvirkning

Hensynene som ligger til grunn i prinsippene, blir vurdert i utvalgets drøftinger, direkte eller indirekte. Prinsipp 1 fanger opp målet om å bidra til sosial utjevning som er sentralt i folkehelsearbeidet. Prinsipp 2 kan knyttes til målet om å fremme folkehelsen gjennom arbeid i og på tvers av alle sektorer med et langsiktig mål. Dette er i tråd med tilnærmingen i et samfunnsperspektiv, som ligger til grunn for utvalgets mandat.⁵ Prinsipp 3 kom inn i folkehelseloven fra 2025. Bærekraftig samfunnsutvikling er et viktig fundament for tverrsektorielt arbeid for folkehelse. Prinsipp 4 om føre var handler om å håndtere usikkerhet om konsekvenser ved vurderinger av å sikre eller fremme folkehelse. Prinsipp 5 om medvirkning er viktig i folkehelsearbeid – både når det gjelder å utvikle gode levekår, og i de tilfellene der en vurderer å innføre tiltak som legger restriksjoner på atferd.

Bjørn Hofmann (2023) har analysert forskjellene mellom etikkgrunnlaget for helsetjenesten

⁴ Samtidig sies i samme melding at «alle pasienter som har behov for pleie og omsorg skal få det selv om ikke helsetjenesten kan tilby virkningsfull behandling» (s. 11).

⁵ En forutsetning om et samfunnsperspektiv for forebyggende og helsefremmende tiltak ligger også til grunn i Meld. St. 34 (2015–2016), s. 53, der en sier at slike tiltak kan vurderes med samfunnsøkonomiske analyser.

og for folkehelsearbeid. Han viser til at folkehelsearbeidet har flere aktører, bredere mål og flere hensyn å ta:

«Derfor er også folkehelseetikken mer omfattende enn den medisinske etikken – blant annet med flere etiske prinsipper.»

Hofmann peker på at mens medisinsk etikk kan spores tilbake til de hippokratiske tekster, og har eksistert som et eget fag i over 50 år, er folkehelseetikken bare 20 år gammel. Men han peker samtidig på at politikken har styrt folkehelsearbeid lenge før folkehelseetikk ble et begrep. Ut fra Hofmanns analyse kan en si at helsetjenestens verdigrunnlag i noen grad er preget av sektorens egne verdier, mens folkehelse tiltak i større grad har vært en del av de politiske avveiningene som må gjøres i og på tvers av ulike sektorer.

Prioriteringskriteriene for helsetjenesten er styrt av et utvidet helsetjenesteperspektiv der konsekvenser vurderes innenfor helsetjenesten. Begrunnelsen for dette perspektivet har gjerne vært at det følger av helsetjenestens egne og mer spesifikke verdigrunnlag. Slik trenger det ikke være. I 2024 nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet en ekspertgruppe med mandat å vurdere om dagens utvidede helsetjenesteperspektiv fortsatt bør ligge til grunn for prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene, eller om et bredt samfunnsperspektiv – eller elementer av dette – bør benyttes. Ekspertgruppen om perspektiv i prioriteringer (2024) åpnet opp for at det er mulig å legge et samfunnsperspektiv til grunn der det er relevant, uten at det kommer i konflikt med helsetjenestens verdigrunnlag. I Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle* fastholdes et utvidet helsetjenesteperspektiv, samtidig som det åpnes opp for et bredere perspektiv i saker med store budsjettkonsekvenser som legges fram for Stortinget.

Formålet og prinsippene for folkehelsearbeidet er bredere enn formålet og verdigrunnlaget for helsetjenesten. Tiltakenes effekter på helse må synliggjøres, uavhengig av sektor, og knyttes til samfunnsutviklingen utover helsesektoren. Lovproposisjonen om folkehelseloven gir et dekkende perspektiv på folkehelsearbeidet i kommunesektoren:

«Å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunesektoren er tillagt, vil innebære at lokal utvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting skal synliggjøre eventuelle positive og negative helsekonsekvenser av tiltak, og at det gis et ansvar

for å vektlegge helsehensynene i vurderingene av tiltakene. Dette betyr ikke at helsekonsekvensene skal tillegges større vekt enn andre viktige samfunnsmessige hensyn. Det vil for eksempel være behov for veier og samferdsel selv om noen vil bli utsatt for støy. Samtidig vil klargjøring av helsekonsekvenser bidra til at en finner best mulige løsninger og avbøtende tiltak der det er nødvendig.»

(Prop. 90 L (2010–2011), s. 73)

Når verdigrunnlaget skal utvikles og operasjonaliseres på bakgrunn av dette, må følgende hensyn ivaretas: Verdigrunnlaget må ta høyde for og legge til rette for at vurderinger av tiltak vil gjøres av aktører i ulike sektorer med ulike fagbakgrunn (ikke bare helsepersonell) og ulike politiske syn. Verdigrunnlaget og prioriteringskriterier og metoder som tar utgangspunkt i dette, må legge til rette for å sammenlikne og prioritere på tvers av tiltak og sektorer.

Verdigrunnlagene for helsetjenesten og folkehelse tiltak har til felles et mål om å fremme helse. En viktig forskjell er at helsetjenesten tilbyr tjenester rettet mot enkeltindivider, mens folkehelsearbeidet har som mål å påvirke samfunnsutviklingen gjennom tiltak rettet mot hele eller deler av befolkningen.

I helsetjenesten er det et mål om likeverdig tilgang til tjenester, uavhengig av sosiale kjennetegn, samtidig som det er en spesifikk vektning eller prioritering av visse helsetilstander, nemlig de med størst behov. Det betyr i praksis at jo mer alvorlig en tilstand er – alt annet likt – desto høyere prioritet gis den, og desto større ressursbruk kan aksepteres. Målet for folkehelsearbeidet er å fremme helse på befolkningsnivå, og samtidig bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Oppmerksomheten er rettet mot effekten av tiltak på helseforskjeller som følger sosiale skillelinjer, ikke nødvendigvis likeverdig tilgang til tjenester. Og siden fokuset er på samfunnsutvikling, inngår avveininger av folkehelseeffekter i beslutninger på alle samfunnsområder og ut fra mer generelle mål for samfunnsutviklingen. For noen tiltak i folkehelsearbeidet forutsettes ikke frivillighet. Det gjelder for eksempel befolkningsrettede tiltak som reguleringer og avgifter for å begrense tilgjengeligheten til helseskadelige produkter eller helseskadelig atferd.

Utvalget legger vekt på at dette er kjennetegn som må tas hensyn til ved utforming av et verdigrunnlag for folkehelsearbeidet. Utvalgets vurdering er at et mer spesifikt verdigrunnlag med tilhørende prinsipper er mulig innenfor en spesifikk

sektor, men vil være mer krevende å utforme som grunnlag for samfunnsutviklingen generelt. Utvalget anbefaler at verdigrunnlaget for folkehelsearbeidet baseres på velferdsstatens verdier, samtidig som det ivaretar målet om å utjevne sosiale helseforskjeller.⁶ Se også nærmere vurderinger av og forslag til kriterier for prioritering av folkehelse tiltak som er tilpasset bruk på tvers av sektorer i kapittel 8.

6.2 Nærmere om autonomi og folkehelse tiltak

I folkehelsemeldingen reises det noen viktige verdispørsmål som handler om forholdet mellom målet om å fremme helse og hensynet til individuell frihet og autonomi (Meld. St. 15 (2022–2023)). Mye viktig folkehelsearbeid for å bedre folks levekår og legge til rette for sunne levevaner reiser ikke utfordringer knyttet til autonomi. Men problemstillingen treffer en grunnleggende spenning når det gjelder tiltak som legger restriksjoner på atferd, og som dermed ikke er basert på frivillighet. Et sentralt skille er om slike tiltak er begrunnet med å forebygge helseskader for andre, eller helseskader som den enkelte først og fremst påfører seg selv.

6.2.1 Folkehelse tiltak er ikke alltid frivillig

Folkehelse tiltak er kjennetegnet ved at de er rettet mot hele eller deler av befolkningen, for eksempel regler for salg av alkohol eller tobakk. I mange tilfeller vil slike tiltak ikke være basert på frivillighet eller samtykke. Det gjør at slike tiltak skiller seg fra øvrige folkehelse tiltak og tiltak i helsetjenesten, som i hovedsak tilbyr helsehjelp til personer som selv søker og/eller ønsker behandling. Tilbudet om helsetjenester er basert på et ønske om behandling og et informert samtykke der frivillighet er hovedregelen.⁷

Folkehelse tiltak er ofte basert på frivillighet, for eksempel ulike tiltak for å bedre barns oppvekstvilkår, bomiljøer, tilbud om tilrettelegging for fysisk aktivitet eller kostholdsrådgivning. Det kan være nyttig å tenke på folkehelse tiltak i bred for-

stand, som alle tiltak som påvirker folks helse, og forhindrer sykdom og ulykker. Tiltakene vil i større eller mindre grad legge rammer for hvordan livet kan leves. Folkehelse tiltak omfatter alt fra tiltak for å utjevne sosiale forskjeller til tiltak for å legge til rette for atferd som fremmer helse. Tiltak som legger til rette for helsefremmende aktivitet, som tilrettelegging for fysisk aktivitet, vil ikke begrense, men heller øke befolkningens valgmuligheter. Andre tiltak innebærer ulike former for reguleringer eller innskrenkninger i befolkningens valgmuligheter.⁸ Boks 6.1 viser eksempler på områder der det er nødvendig å veie hensynet til befolkningens helse opp mot enkeltmenneskers autonomi.

Tiltak som regulerer eller påvirker atferd for å redusere et problem, kan deles inn etter hvor inngripende de er, på en skala fra myke til harde tiltak. Tiltakene kan innebære frivillige valg på bakgrunn av pedagogiske tiltak, som informasjon om hva som er helsefremmende ernæring og aktivitet. Mykere styringstiltak kan også være «dulting», det vil si å legge til rette for «sunne» valg ved enklere tilgjengelighet og eventuelt gjennom bruk av økonomiske insentiver («gulrot»). Ved hardere tiltak vil folk påføres styring, begrensninger på handlingsalternativer eller negative insentiver («pisk»). Aktuelle eksempler er avgifter knyttet til ernæring og nytelsesmidler som alkohol og tobakk. De hardeste tiltakene har form av påbud og forbud. Forbud mot bruk av narkotiske stoffer er et omdiskutert eksempel, mens reseptplikt for mange legemidler er mindre omdiskutert.

I denne sammenheng kan det være nyttig å skille mellom tiltak som virker uavhengig av atferdsendringer hos individer, og tiltak som virker gjennom påvirkning på atferd. Tiltak mot forurensing (som forbud mot bly i bensin) er gunstig for befolkningens helse, uavhengig av atferdsrespons.⁹ Diskusjon om denne type tiltak

⁶ Målet om sosial utjevning kan gi sterkere normative føringer til en prioriteringssituasjon av folkehelse tiltak enn for tiltak på andre samfunnsområder. På den annen side kan det argumenteres for at rettferdighet og like muligheter er grunnleggende verdier i velferdsstaten, og dermed relevant for tiltak på alle områder (alle sektorer er påkrevd å drøfte fordelingsvirkninger av tiltak, jf. utredningsinstruksen).

⁷ Frivillighet har visse unntak knyttet til virkninger for andre, kompetanse og nødvendighet. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 uttrykker som hovedregel at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det finnes lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag. Unntak fra krav om samtykke finnes ved eksterne virkninger (smittevern) og kompetansesvikt (psykisk helsevern) og eventuelt påtrengende nødvendige tiltak (helsepersonelloven § 7).

⁸ Norheim (2018) vektlegger at grensen mellom paternalisme og legitim makt er «et sentralt tema for all utforming av folkehelsepolitikken».

⁹ Dette er ikke et helt klart konseptuelt skille. Også tiltak mot forurensing kan beskrives som et inngrep i markedet som forbyr visse transaksjoner, og kategoriseres som et hardt og inngripende tiltak på trapp 7 eller 8.

Boks 6.1 Ulike områder der spørsmålet om avveining mellom helse og autonomi må gjøres

- arbeid og arbeidsmiljøtiltak – regler for arbeidstid og sikringsregler. Aktualisert med forslag om innstramming av regler for nattarbeid¹
- tobakkstiltak. Aktualisert ved målet om tobakksfri generasjon²
- ernæringspolitikk – prispolitikk, regler for innhold (salt, sukker, tilsetningsstoffer mm) og aldersgrenser. Aktualisert med forslag om sukkeravgift og høring om forbud av salg av energidrikk til personer under 16 år³
- trafikksikkerhetstiltak (fartsgrenser, promilleregler, bilbelte mm). Aktualisert med forslag om innstramming i promillegrense på sjøen,⁴ forslag om påbud om bruk av sykkelhjelm⁵ og forslag om kjøreforbud for elsparkesykkel på fortau⁶
- andre ulykkesforebyggende tiltak (regulering av risikosport mv). Aktualisert med forslag om stenging av fjellområder⁷
- tobakkskade- og rusforebyggende tiltak (pris, restriksjoner på tilgjengelighet, forbud mot narkotika). Aktualisert med forslag om rusreform og vurdering av straffrihet
- smitteverntiltak – både oppfølging av enkeltpersoner (karantene) og tiltak rettet mot befolkningen (restriksjoner på folkesamlinger, smittesporing, og munnbind). Aktualisert ved

tiltak under koronapandemien som la restriksjoner på private sammenkomster og på reiser (bl.a. hytteforbudet og karantenehotell).

¹ Stortingets anmodningsvedtak fra juni 2022 der de ber «regjeringen sette ned et utvalg som skal utrede og legge frem forslag til lovendringer for å styrke ansattes vern mot natt- og alenearbeid». Utvalgets forslag ble sendt på høring høsten 2024 (Utvalg for styrket vern mot nattarbeid mv. for arbeidstakere i varehandelen (2024)).

² I regjeringens tobakksstrategi fra 2023 ble det satt som mål at barn født i 2010 og senere ikke skal bruke tobakksvarer og nikotinprodukter. Et tiltak som har vært aktuelt, er årlig å heve aldersgrensen for salg av tobakk, slik at ingen som er barn i dag, vil få tilgang til tobakksprodukter (Meld. St. 15 (2022–2023)).

³ Jf. forslag fra ekspertgruppa om kostnadseffektive tiltak som kan føre til eit betre kosthald og jamne ut sosiale forskjellar i kosthaldet (2024) om blant annet avgift på sukkerholdig drikke og høring fra Helse- og omsorgsdepartementet fra mars 2025.

⁴ Jf. forslag sommeren 2024 fra stortingsrepresentant Ropstad (KrF) om å senke grensen fra 0,8 til 0,2 promille (Nordahl (2024)).

⁵ Jf. forslag fra Trygg Trafikk 2024 begrunnet ut fra en rapport fra Transportøkonomisk institutt 2024 som konkluderte med at årlige antall potensielt unngåtte skader er omtrent mellom 0,6 og 1,3 drepte syklist, mellom 15 og 31 hardt skadde syklist og mellom 440 og 1000 hode-skader blant syklist (Høy & Elvik, 2024).

⁶ Dette var på høring i 2022, men er ikke gjennomført (Statens vegvesen, 2022).

⁷ Jf. diskusjon om stenging av en Via Ferrataløype i Bremanger 2023 (Svalheim, 2023).

vil i større grad være et spørsmål om hvor kostbare de er, enn om de er et inngrep i folks frihet.

Boks 6.2 viser en intervensjonstrapp som kan beskrive en skala fra frivillige til mer og mer bruk av tvangsbaserte virkemidler for å påvirke atferd.

Intervensjonstrappen fanger ikke opp alle tiltak som kan bidra til bedre folkehelse. Generell innsats for bedring av levekår og utjevning av inntektsmuligheter som er viktige deler av folkehelsearbeidet, er vanskelig å plassere i en modell som vist i boks 6.2.

Den europeiske menneskerettsdomstolen gir medlemsstatene en videre skjønnsmargin der det ikke er europeisk konsensus om tiltak. Det er betydelige forskjeller mellom de europeiske landenes bruk av og avveininger knyttet til en del reguleringer som begrunnes med hensyn til folkehelse. Norge har brukt reguleringer og restriksjoner for å dempe bruk av tobakk og alkohol i større grad enn en del andre europeiske land. I boks 6.3

omtales en indeks som er satt opp for å sammenlikne omfanget av slike virkemidler mellom land, og er utviklet med en meget klar politisk agenda. Utvalget har ikke gjort en selvstendig vurdering av metodebruk og klassifiseringer. Selv om regulering på noen områder brukes mer i Norge enn i andre land, er hensynet til frihet og individuelle valg også vektlagt i Norge. Når det for eksempel gjelder vaksinasjon, vektlegges frivillighet både ut fra prinsipp og ut fra at det bidrar til legitimitet og oppslutning.

Et generelt utgangspunkt både i folkehelsepolitikk og annen politikkutforming er at jo hardere virkemidler som brukes, desto større må kravene til begrunnelse være for at virkemidlene skal kunne rettferdiggjøres, eller være akseptable. Begrunnelsen må både sannsynliggjøre at hensikten med tiltaket oppnås, og at den er legitim. Det vil innebære at jo høyere et tiltak befinner seg på intervensjonstrappen (boks 6.2), desto bedre må

de begrunnes, siden det øker grad av tvingende endringer av rammer for valg. Nivå 4 kan beskrives som «dulting», og er en kategori der en opprettholder valgfrihet ved mulighet for å velge usunt ut fra egne verdier, samtidig som en gjør det lettere å velge det sunneste alternativet.

Tiltakene vil kunne kombineres og justeres over tid. Sosiale normer formes av reguleringene, og når slike normer er godt etablert, for eksempel at det er sosialt uakseptabelt å røyke i offentlige rom, kan normene erstatte regulering som forbyr røyking. På den annen side kan normer og holdninger igjen endre seg hvis de ikke opprettholdes gjennom formelle regler.

Utvalget har som utgangspunkt at autonomi og rett til å følge egne livsmål er en viktig verdi også i folkehelsepolitikken. Store deler av folkehelseiltakene legger til rette for nettopp dette ved å bygge opp under gode levekår og mulighet for ulike valg. Slik styrkes og myndiggjøres folk til

autonomi og mestring av eget liv. Men det kan også være konflikter mellom hensynet til autonomi og noen folkehelseiltak. Det er ikke nok å peke på at et tiltak virker, det vil si reduserer sykdomsbyrden eller bedrer folkehelsen i samfunnet. Det er også nødvendig å vurdere om tiltakene ivaretar autonomi og valgfrihet i tilstrekkelig grad. Det må gis gode rammer for vurderinger av tiltak som hindrer skade for andre, og tiltak som hindrer skade for den enkelte, se kapittel 6.2.4 og 6.2.5.

6.2.2 Vektlegge konsekvenser eller prinsipper?

Skillet mellom konsekvensetikk og pliktetikk er en sentral distinksjon innen etisk teori, som også representerer sentrale skillelinjer innen politisk filosofi. Ut fra en konsekvensetisk tilnærming er etikk, og dermed også politikk, et spørsmål om å vekte gode konsekvenser av tiltak opp mot kostnadene, og anbefale det som gir størst netto nytte. Pliktetikk vektlegger at det kan være skranker for tiltak, ut over spørsmål om å maksimere gode konsekvenser.¹⁰

I veilederen til utredningsinstruksen beskrives hva som skal vurderes under spørsmål 5 – Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor? – slik (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, u.å.b):

«Som en hovedregel bør man anbefale det tiltaket som vurderes å gi størst samlede positive virkninger i forhold til samlede negative virkninger for samfunnet.»

Dette er et konsekvensetisk utgangspunkt for vurderingene. Men utredningsinstruksen stiller også krav om at en må vurdere om et tiltak reiser prinsipielle spørsmål. I veilederen sies det at hvis:

«[...] et tiltak har virkninger som kommer i konflikt med ett eller flere prinsipper, kan utredningen måtte konkludere med at tiltaket

Boks 6.2 Intervensjonstrapp

- 8 *Eliminere valgmulighetene*, for eksempel ved tvungen isolasjon
- 7 *Begrense valgmulighetene*, for eksempel ved å forby visse rusmidler og tillate andre
- 6 *Skape disinsentiver*, for eksempel høyere avgifter på helseskadelige produkter
- 5 *Gi insentiver til sunnere valg*, for eksempel lavere merverdiavgift på frukt og grønt
- 4 *Endre valgsituasjonen* slik at presumptivt sunnere valg blir standardløsning, men hvor de usunne valgene fortsatt er tilgjengelige
- 3 *Tilrettelegge for atferdsendring*, for eksempel ved å tilby røykesluttprogrammer og legge til rette for fysisk aktivitet (bygge sykkelstier o.l.)
- 2 *Opplysningsarbeid*, for eksempel informasjonskampanjer om kostholdsråd, for å gi befolkningen bedre kunnskap som grunnlag for å ta egne valg om matvaner
- 1 *Ingen inngrep* eller kun å overvåke situasjonen

Kilde: Nuffield Council on Bioethics (2007) og Svendsen (2016). Videre tilpasset av utvalget

¹⁰ Utilitarismen som ble utviklet av Jeremy Bentham (1748–1832), er det klassiske uttrykket for konsekvensetikk. Her blir handlinger vurdert ut fra effekter på et bestemt mål – nytten for alle individer som kan bli berørt – og bare det. Med et slikt syn kan og bør i prinsippet alt verdsettes med en felles måleenhet, og alt kan veies mot hverandre. Immanuel Kant (1724–1804) er det klassiske uttrykket for ikke-konsekvensetikk eller deontologisk etikk, med sin vektlegging av absolutte skranker for handlinger (jf. det kategoriske imperativ). Med utviklingen av menneskerettighetskonvensjoner etter andre verdenskrig kan vi si at en tilnærming til etikk og politikk som setter skranker for maksimering av konsekvenser i form av rettigheter, ble styrket.

Boks 6.3 The Nanny State Index

Christopher Snowdon ved den engelske markedsliberale tenketanken Institute of Economic Affairs, publiserer annethvert år en indeks som rangerer 30 europeiske land etter hvor mye myndighetene griper inn i folks livsstilsvalg (med restriksjoner av «barnepikekarakter») på områder som alkohol, røyking, mat og drikke (Snowdon, 2025). Indeksen som ble lansert i 2016, utvikles i samarbeid med liberalistiske tankesmier i ulike land (blant annet Timbro i Sverige og Cepos i Danmark).

Indeksen for 2023 plasserer Tyrkia på topp¹, fulgt av Norge, Litauen, Finland og Ungarn. Sverige er plassert på tiende plass, mens Danmark er på 16. plass. Landet med minst restriksjoner er Tyskland på 30. plass. Storbritannia er på ellefte plass, Frankrike på 13. plass, Spania på 26. plass mens Italia er på 28. plass.

Alkohol: Tyrkia har den mest restriktive alkoholpolitikken fulgt av Litauen og Norge.

Litauen har de høyeste avgiftene på vin og brennevin i Europa, målt i kjøpekraft.

Tobakk: Storbritannia har mest restriksjoner på tobakk, fulgt av Ungarn og Irland. Norge ligger på ellefte plass, blant annet knyttet til at snus tillates, og relativt lavt avgiftsnivå. Tyskland, som ut fra denne indeksen samlet sett har minst restriksjoner, har lave avgifter og mange unntak for røyking på utesteder.

E-sigaretter: Tyrkia, fulgt av Norge, ligger på topp når det gjelder restriksjoner på e-sigaretter.

Ernæringspolitikk: Ungarn har den mest restriktive politikken knyttet til mat og sukkerholdige drikker, fulgt av Storbritannia og Tyrkia. Norge har lite restriksjoner på dette området og ligger på 17. plass, mens Danmark ligger på niende plass og Sverige på 15. plass.

¹ Tyrkia var nykommer i 2023. I rankingen for 2021 var Norge på topp. I den siste utgaven fra 2025 er ikke Norge tatt med (Snowdon, 2025).

ikke kan gjennomføres, uansett hvilken positiv verdi det ellers måtte ha.»

Beskrivelsen av prinsipielle spørsmål i utredningsinstruksen legger opp til at det kan være absolutte begrensninger for tiltak, for eksempel rettigheter som sier at en ikke utelukkende skal vektlegge konsekvenser. Dette innebærer at utredningsinstruksen åpner for pliktetiske skranker. Slike skranker kan også legge begrensninger på folkehelseiltak. Ut fra begrepsbruken i utredningsinstruksen vil utvalget terminologisk skille mellom konsekvensorienterte og prinsipporienterte tilnærminger til vurdering av offentlige tiltak. I det følgende drøftes forholdet mellom tiltak begrunnet med virkning på folkehelsen opp mot et prinsipp om individuell autonomi.

6.2.3 Skillet mellom skade for andre og skade for den enkelte

Debatten om begrensninger eller skranker for offentlige inngrep for å maksimere helse – eller gode konsekvenser mer generelt – tar gjerne utgangspunkt i et sitat fra J. S. Mill (1806–1873):

«[T]he only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civi-

lized community, against his will, is to prevent harm to others. His own good, either physical or moral, is not a sufficient warrant. He cannot rightfully be compelled to do or forbear because it will be better for him to do so, because it will make him happier, because, in the opinion of others, to do so would be wise, or even right. [...] In the part which merely concerns himself, his independence is, of right, absolute. Over himself, over his own body and mind, the individual is sovereign.»

(Mill, 1859/1984, s. 78)

Mill tegner et skarpt skille mellom det som staten kan regulere, det vil si det som har konsekvenser for andre, og det som staten ikke har rett til å regulere, det vil si det som har konsekvenser bare for den enkelte. Denne tilnærmingen kan være et utgangspunkt for statlig politikk, det vil si at så lenge den enkelte ikke skader andre enn seg selv, bør den enkeltes frihet ikke reguleres av staten.

Mills prinsipp for statsmaktens grenser kan i utgangspunktet virke rimelig. Det fordrer imidlertid nærmere avklaring av hva som regnes inn under «å skade andre». Her er det mange vanskelige avgrensninger. Skal bare «fysiske» effekter telle, eller kan det åpnes opp for at skade også kan innbefatte effekt av krenkelser eller fornærmel-

ser?¹¹ Hvis en legger opp til et vidt skadebegrep, vil det åpne opp for svært mange statlige inngrep for å beskytte folkehelsen. Hvor langt ansvaret strekker seg for effektene av den enkeltes handlinger, er drøftet nærmere i kapittel 6.2.4.

Begrepet offentlig paternalisme kan brukes om situasjoner der myndighetene overstyrer eller griper inn i den enkeltes valgfrihet for å oppnå det myndighetene mener er i den enkeltes egeninteresse, mot den enkeltes egen vilje. En kan skille mellom myk paternalisme som innebærer å midlertidig hindre noen i skadelig atferd, hvis en er usikker på om den er frivillig, og hard paternalisme som vil overprøve atferd, uavhengig av om den er frivillig eller ikke (Svendsen, 2016, s. 8).

Hard paternalisme er ut fra Mills grunnprinsipp et uakseptabelt grunnlag for statlige tiltak. Statens oppgave er å hindre skade som mennesker påfører andre. I språkbruken til økonomisk teori vil dette være å begrunne tiltakene ut fra deres eksterne virkninger, også kalt *eksternaliteter*.

Mill forsvarer «myk paternalisme» ved å forsvare regulering av atferd som bare skader den enkelte, når atferden er utilstrekkelig informert i en eller annen forstand. Han mener for eksempel at en person som er i ferd med å krysse en utrygg bro, kan stoppes når han ikke kjenner til faren, og det ikke er tid til å advare ham (Mill, 1859/1984, s. 165).¹²

6.2.4 Nærmere om å regulere skade for andre

Bruk av virkemidler og tiltak for å hindre skade på andre er en sentral oppgave for det offentlige. Det er gjennomgående lettere å begrunne tiltak som hindrer skade for andre, enn tiltak som kun har som mål å hindre skade som den enkelte påfører seg selv. Tiltak som regulerer passiv røyking eller setter fartsgrenser, vil regulere atferd som skader andre direkte. Slike tiltak vil ofte være uproblematisk å begrunne, forutsatt at de har effekt. Samtidig åpner argumentet om å hindre skade for andre opp for andre mer indi-

rette måter å begrunne bruk av tvingende tiltak. Det er derfor viktig å vurdere premisser for og konsekvenser av begrunnelser som baseres på «skade for andre». I dette avsnittet drøftes særlig utfordringer med argumenter knyttet til velferdsstatens økonomi, og utfordringer knyttet til indirekte virkninger og lange årsakskjeder. Tiltak for å kunne løse kollektive avmaktsproblemer (se nedenfor), er mindre problematiske, og er viktige verktøy for å kunne ivareta befolkningens helse.

Krav om å ha førerkort for å kjøre bil og promillegrenser i trafikken er eksempler på tiltak som hindrer skade både for den enkelte og skade for andre. Reguleringer av våpenbruk er et annet eksempel. Mange smitteverntiltak under pandemien ble begrunnet med å hindre smittespredning og dermed hindre skade for andre.

Innstramningen i tobakksskadeloven i 2004, som forbød røyking på serveringssteder, kunne begrunnes med at den hindret passiv røyking, og sikret et røykfritt arbeidsmiljø, jf. Ot.prp. nr. 23 (2002–2003) *Om lov om endringer i tobakksskadeloven (innføring av forbud mot røyking på serveringssteder mv.)*. Senere innstramminger, som røykfrie inngangspartier til helseinstitusjoner fra 2013 og røykfrie barnehager og skoler fra 2014, har en mindre direkte kobling til å unngå skade for andre. I Prop. 55 L (2012–2013) *Endringer i tobakksskadeloven (bevillingsordning mv.)* er røykfrie inngangspartier både begrunnet med at tobakksrøyk utendørs kan være plagsomt og helsefarlig, og at helseinstitusjoner bør gå foran som et godt eksempel.

Argumentet om å hindre skade for andre kan utformes på flere måter og i større eller mindre grad være diskutabelt. I det følgende drøftes ulike varianter av denne type argumenter.

Argumentet om velferdsstatens økonomi

Argumentet om velferdsstatens økonomi innebærer at kostnader som er en konsekvens av den enkeltes atferd, anses som skade på andre fordi kostnadene dekkes gjennom felles velferdsordninger. Argumentet hviler på en forutsetning om at når vi som samfunn har besluttet at behandling av skader og sykdom skal finansieres av fellesskapet, så kan vi stille krav til hvordan medlemmene i velferdsstaten tar vare på helsen. Ifølge dette argumentet er det rett og rimelig at fellesskapet kan regulere helseskadelig atferd som fører til behandlingsutgifter, for eksempel ved å heve avgiftene på røyk og alkohol eller gjennom påbud om bruk av hjelm ved motorsykkelkjøring.

¹¹ Joel Feinberg har gitt den mest grundige drøftingen av disse distinksjonene i et firebinds verk om *The Moral Limits of the Criminal Law* (1984–1988) som drøfter: Harm to Others, Offense to Others, Harm to Self og Harmless Wrongdoings.

¹² En kan også gjøre et skille mellom svak og sterk paternalisme (Svendsen, 2016) der den svake paternalisten vil kunne gripe inn overfor atferd som ikke bidrar til den enkeltes egne mål, mens den sterke paternalisten også vil kunne gripe inn overfor det som oppfattes som gale mål hos den enkelte.

Argumentet hviler på to premisser:

- *Personer som lever usunt, er en økonomisk belastning for dem som lever sunt.* Dette er ikke umiddelbart enkelt å avklare. Det er usikkert om røykere over livsløpet koster velferdsordningene mer enn dem som ikke røyker. Røykere som gruppe vil leve kortere, og kan dermed både spare helse- og omsorgstjenester for utgifter i alderspensjonsperioden og motta pensjon i færre år.¹³
- *Forbud eller bruk av tvang er eneste mulige virkemiddel for å håndtere konsekvenser for andre.* Ønsket om å bevare individuell frihet, kombinert med prinsippet om å ikke belaste velferdsstaten, kunne løses gjennom krav til ekstra forsikring for risikoatferd, for eksempel forsikring for å kjøre motorsykkel uten hjelm eller for risikosport i vanskelig tilgjengelig terreng.

Argumentet om de økonomiske belastningene for velferdsstaten ved livsførsel som øker sykdom og skade, er alene ikke et godt grunnlag for reguleringer. Avgifter på helseskadelig atferd fordi den skal finansiere behandling av sykdom som den enkelte kunne unngått, kan forsterke sosiale forskjeller dersom atferden er mest utbredt hos dem med kort utdanning eller lav inntekt. Å se på røykernes tidlige død – før de rekker å ta ut mange år med pensjon – som en gevinst for ikke-røykere, vitner om en lite raus holdning til fellesskapets medlemmer. Vi ønsker dem ikke døde.¹⁴

Utvalget mener i utgangspunktet at argumenter knyttet til velferdsstatens økonomi bør anvendes med varsomhet. Det kan imidlertid ha større relevans dersom det justeres og knyttes nærmere til ikke bare økonomiske konsekvenser for samfunnets medlemmer. Hvis atferd som er risikofylt,

fører til et press på samfunnet om å stille opp, økonomisk og/eller på andre måter, kan dette begrunne regler som begrenser slik atferd. Eksempler kan være farefull basehopping eller liknende som kan medføre fare for redningsmannskapene som stiller opp – ofte basert på frivillig innsats.

Argumentet om indirekte virkninger¹⁵

I en del tilfeller vil det være en avveining mellom reguleringer og andre tiltak som enten retter seg mot hele befolkningen, eller mer målrettet mot høyrisikogrupper. Mange folkehelseutfordringer kan være knyttet til store grupper av befolkningen med lav eller moderat risiko.¹⁶ I vurderingen av om det er aktuelt å regulere folks handlefrihet gjennom å pålegge hele befolkningen en begrensning i handlingsvalg eller mer målrettede strategier, må det gjøres en avveining mellom den forventede effekten på populasjonsnivå og verdsettingen en av den enkeltes autonomi, særlig for dem som ikke er i en særlig risikogruppe.

For noen helseproblemer kan det også være en kausal sammenheng mellom gjennomsnittsforbruket i en befolkning og storforbruk. Gjennomsnittsforbruket kan være lite helseskadelig, men via ulike mekanismer økes storforbruket, noe som kan ha store helsekonsekvenser. Et høyt gjennomsnittsforbruk av for eksempel kaker, brus eller energidrikk vil gi økt tilgjengelighet, som igjen kan øke storforbruket. Et høyt gjennomsnittsforbruk kan også øke storforbruket ved å flytte normer. Antakelig vil det være slik at normer for servering av brus eller kaker smitter mellom bekjente, og påvirker hva som blir norm for offentlige arrangementer. Tradisjonen med å servere kaffe til gjester heller enn sukkerholdig drikke, og sjelden kaker til frokostarrangementer i arbeidslivet, er hverdagslige eksempler på mekanismer som både kan redusere gjennomsnittsforbruket og storforbruket.

Det kan derfor være argumenter for å innrette politikken ut fra et mål om å påvirke gjennomsnittsforbruket ved for eksempel å bruke avgifter og dermed påvirke også det mest skadelige storforbruket. Videre bygger argumentet på et nor-

¹³ For en studie som vurderer livstidskostnader, se van Baal (2008). I en sammenlikning mellom tre grupper; en sunn gruppe som ikke røykte og med sunn vekt, en gruppe med fedme og en gruppe med røykere, ble helseutgiftene over livsløpet estimert til å være minst for dem som røykte, siden de levde kortest. Kostnadene var høyest for den sunne gruppen. Beregningene ble gjort ut fra et helsestegperspektiv. I et samfunnsperspektiv der effekt på produktivitet (for eksempel sykefravær) ble inkludert, kunne resultatene vært annerledes. En tilsvarende vurdering er gjort i en eldre artikkel som anslår at helsetjenesteutgiftene ville gå opp, hvis alle sluttet å røyke (Barendregt et al., 1997).

¹⁴ Se Thomas Schelling (1986), s. 557 sitert hos Goodin (1989), s. 41. «We do not hope that 60-year old fishermen die at sea, that 60-years old neglect seat belts and die in their automobiles ... We would not be true to our own values if we ... excused [their] smoking and let them die to our benefit. That is simply not the attitude that we take toward untimely death.»

¹⁵ For utvikling av dette argumentet, se Hansson (1999), s. 55–60.

¹⁶ Jf. forebyggingsparadokset, se 2.4.2. Et eksempel er en studie fra 2024 om screening for Alzheimers sykdom. I en kohort på mer enn 30 000 personer fant forskerne at sju av ti tilfeller av demens oppstod blant personer med normal risiko, og at åtte av ti personer med høy risiko ikke utviklet demens (Walsh et al., 2024).

mativt ansvar for koblingen mellom gjennomsnittsfbruk og storforbruk. Argumentet mot slike resonnementer er at en kobling mellom gjennomsnittsfbruk og storforbruk er en indirekte virkning som en bør være forsiktig med å legge til grunn. Indirekte virkninger av atferd som virker gjennom flere ledd, for eksempel at bruk hos rollemodeller kan skape sosiale normer, er vanskelig å forsvare med resonnementer om atferd som skader andre. Slik argumentasjon vil kunne begrunne svært mange typer inngrep, og føre til et skråplan som kan undergrave et ideal om et samfunn som verdsetter autonomi og mulighet for å velge sitt eget liv.¹⁷

Utvalget vil peke på at de indirekte virkningene ikke er hovedbegrunnelsen for forslag om avgift på for eksempel sukker. Avgifter kan gi en direkte virkning på forbruket. En liten endring i sukkerforbruket i hele populasjonen kan ha en langt større samlet effekt enn tiltak rettet mot individer i høy risiko, jf forebyggingsparadokset. Utvalget mener at bruk av harde virkemidler rettet mot indirekte virkninger som får skadelige konsekvenser for andre, bør brukes med forsiktighet. Utvalget avviser imidlertid ikke bruk av virkemidler rettet mot slike indirekte virkninger. Omfanget av skadelig storforbruk av alkohol, som også skader oppvekstvilkårene for mange barn og unge, kan for eksempel påvirkes av regulering av tilgangen for gjennomsnittsfbrukeren. Det kan derfor være grunnlag for en slik tilnærming hvis det er særlige tungtveiende interesser som må beskyttes.

Argumentet om å løse et kollektivt avmaktspproblem

Mange offentlige tiltak er begrunnet ut fra et mål om å løse kollektive avmaktsp problemer. Problemet handler om situasjoner der alle er best tjent med at alle avstår fra visse handlinger, heller enn at alle gjennomfører slike handlinger. Problemer oppstår fordi det for den enkelte vil lønne seg å ikke avstå fra handlingene, hvis resten av gruppen avstår.¹⁸ En annen måte å beskrive problemet på

er at den som ikke samarbeider, blir en gratispassasjer. Å løse et slikt dilemma ved å tvinge fram den kollektivt beste løsningen, er en viktig begrunnelse for bruk av statsmakt.

Regulering av arbeidstid eller sikkerhetstiltak på arbeidsplasser er eksempler på tiltak som bidrar til den kollektivt beste løsningen. En enkelt arbeidsgiver kan se seg tjent med å ikke ha så strenge regler for arbeidstid eller sikkerhetskrav. Fleksibilitet kan gi et konkurransefortrinn og bidra til at arbeidsgiver vinner flere anbud. Samtidig kan arbeidsgiveren mene at det vil være til det beste for samfunnet, hvis alle blir hindret i å konkurrere på forhold som blant annet arbeidstid og sikkerhetskrav.

Mill (1848/1985) aksepterte at offentlige myndigheter kunne regulere arbeidstid. Han mente at slike tiltak ikke var å overkjøre folks preferanser, men å sikre oppfyllelse av en felles oppfatning av det felles beste. Det vil imidlertid ikke alltid være tilfelle. Det finnes noen reguleringer som kan endre konkurranseforholdene og bidra til at enkeltes interesser blir ivaretatt, og andres interesser blir neglisjert. Det avgjørende vil være om det er en felles preferanse for den kollektive løsningen, for eksempel vil for begrensende reguleringer av arbeidstid ikke nødvendigvis være i alles interesse.

Å begrunne folkehelseiltak ut fra at det kan løse et kollektivt avmaktspproblem og hindre gratispassasjerer, kan ha vid anvendelse. Et interessant eksempel er intensjonsavtalen mellom dagligvarebransjen og helsemyndighetene om et sunnere kosthold, blant annet med tiltak for å gjøre matvarer sunnere (Helsedirektoratet, 2025a). Tiltak for å redusere salt i matvarer kan beskrives som en felles enighet om å redusere saltforbruket.¹⁹

Resonnementet kan utvides ut fra samme logikk, slik at tiltak mot bruk av alkohol og narkotika begrunnes som tiltak mot gratispassasjeratferd, fordi mange rusbrukeres liv er basert på at andre holder samfunnet i gang. Videre kan tiltak mot stigmatisering og gruppepress begrunne offentlige reguleringer ut fra tilsvarende logikk.²⁰

¹⁷ Ut fra økonomisk teori kan en begrunne tiltak mot eksternaliteter for å rette opp en markedssvikt og bidra til samfunnets beste. Men det er ikke opplagt hva som skal telle som en reell eksternalitet. Ikke alle effekter kan telle i et eksternalitetsregnestykke. Ulykker skal ikke telle mindre fordi noen har glede av andres ulykker. Så skadefryd bør ikke telle med. Rasistisk eller homofob motivert tilfredsstillelse av preferanser bør heller ikke telle i en vurdering av eksternaliteter. Videre vil en måtte vurdere hvor lange årsakskjeder som skal regnes med. Dette må være basert på normativ teori (jf. Sunstein (1990), referert til hos Hansson (1999), s. 58).

¹⁸ Dette er det som innen spillteori kalles et fangens dilemma.

¹⁹ For en gjennomgang av tiltakene fram til 2021, se Hatløy (2022). Intensjonsavtalen legger imidlertid sterke begrensninger på hvordan avtalepartene kan markedsføre sunnere produkter.

²⁰ I amerikansk ishockey spilte en lenge uten hjelm. Hvis den enkelte brukte hjelm uten at andre gjorde det, ble det ansett som umandig. Men et felles regelverk med påbud om bruk av hjelm ville fjerne stigmaet og bidra til tryggere spill, uten at noen ville protestere (Schelling (1973), jf. Hansson (1999), s. 54).

En kan tenke seg å regulere bruk av moteklær eller luksusforbruk blant ungdom for å realisere en felles interesse om å unngå gruppepress. Det vil imidlertid være å trekke begrunnelsen om å overvinne kollektiv avmakt relativt langt.

Tiltak for å løse kollektive avmaktsproblemer for å hindre skade på andre, er viktige verktøy for å fremme folkehelsen. Samtidig vil det være nødvendig å vurdere i hvilken grad den kollektive løsningen samstemmer tilstrekkelig med fellesskapets interesser, og om effekten av tiltaket står i forhold til virkemidlene som trengs for å realisere løsningen.

6.2.5 Nærmere om å regulere skade for den enkelte

Et mulig utgangspunkt for regulering av atferd kan være at statens oppgave kun er å sikre informasjon om hva som fremmer og svekker folkehelse, gjøre informasjonen tilgjengelig og ellers la det være opp til den enkelte å bestemme egen atferd ut fra et opplyst informasjonsgrunnlag. En person kan stoppes på vei ut på en utrygg bro, ut fra en oppfatning om at det ikke er sikkert at personen vet at broen er farlig. Men med en slik svært begrenset tilnærming til hva som er statens oppgave, stopper offentlige myndigheters intervensjonsrett når informasjonen er gitt.

Et slikt utgangspunktet kan begrunne plikt for produsenter til å oppgi innholdet i produkter, men kan ikke begrunne forbud mot skadelige ingredienser i produkter. Videre kan det begrunne ordninger som sikrer at bruk av legemidler skjer etter at helsepersonell har gitt informasjon om virkning av legemidlene, men uten at helsepersonellet trenger å godkjenne bruken – det blir opp til den enkeltes valg. Det kan begrunne reseptplikt for legemidler som finansieres av folketrygden, men ikke reseptplikt for legemidler som finansieres av den enkelte.

Videre vil det samme utgangspunktet kunne begrunne at offentlige myndigheter opplyser om de gunstige effektene ved å bruke hjelm og setebelter i bil. Siden dette er et trafikksikkerhetsiltak som først og fremst beskytter den enkelte, og ikke hindrer skade for andre, kan det brukes som argument for at staten ikke bør regulere hjelmbruk eller setebeltebruk.

I Norge, som i mange andre land, er det innført en rekke regler og ordninger som begrenser folks handlefrihet, ofte med den begrunnelse at de skal beskytte mot konsekvensene av egne valg, det vil si paternalistiske begrunnelser. Det gjelder for eksempel påbud om bruk av motorsykelhjelmer,

setebelter i bil og flytevest i båt som er begrunnet med å regulere skade for den enkelte. Spørsmålet er hvordan disse reglene er begrunnet. Et forhold som må vurderes, er på hvilket informasjonsgrunnlag den enkeltes atferd er basert. Det vil videre ikke være slik at samme krav til frivillighet må legges til grunn i alle situasjoner der tiltaket har som formål å regulere skade for den enkelte. Aksept for paternalisme kan øke dersom konsekvensene av fravær av tiltak er tilstrekkelig alvorlige, som for eksempel stor sannsynlighet for død og alvorlig skade. Skillet mellom uakseptabel paternalisme og akseptabel paternalisme avhenger også av hvorvidt den aktuelle autonomien som skal beskyttes, er tilstrekkelig viktig for den enkeltes livsmål. Påbud om bruk av bilbelte og motorsykelhjelmer vil forebygge mange dødsfall i trafikken, og de færreste vil oppfatte et påbud som et stort inngrep i individers autonomi. Synet på denne typen regulering kan variere over tid og være påvirket av kulturelle forskjeller.

Argumentet om å beskytte barn og unge

Retten til å handle ut fra egen vilje eller autonomt kan vurderes ut fra krav til kunnskap, krav til rasjonalitet og krav til autonom dannelse av mål og verdier. Avhengig av alder og problemstilling kan barn og unge mangle forutsetninger for å gjøre godt informerte og selvstendige valg. Det er i mange sammenhenger lagt til grunn at vektlegging av autonomi i større grad slår inn etter økende alder. Det er vanlig med aldersgrenser for bruk og kjøp av varer og tjenester, men de er stadig under diskusjon.

Aldersgrenser for kjøp av tobakk, elektroniske sigaretter uten nikotin og alkohol er satt til 18 år. Det diskuteres innstramminger i bruk av sosiale medier for ungdom etter alder, og aldersgrense for energidrikk har vært på høring våren 2025. Begrepet paternalisme er knyttet til at noen, ofte staten, påtar seg en foreldrerolle (farsrolle) overfor voksne i et samfunn. Voksne har rett til å bli behandlet som voksne, men barn og unge kan og bør i større grad beskyttes av staten ved restriktive tiltak.

I Grunnloven § 104 sies det at: «[v]ed handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.» Å ta vare på barn og ungdoms framtid ved gode beskyttelsestiltak er et viktig grunnlag for offentlig politikk generelt, og vil være sentralt i en folkehelsepolitikk. Vektlegging av hensynet til barnets beste er tatt inn i kommunens ansvar med endringene i folkehelseloven § 4.

Reguleringer rettet mot barn og unges atferd eller tilgang til produkter som kan påvirke helsen, forutsetter at tiltakene kan gjennomføres effektivt. Videre er det viktig at atferden som reguleres, har negative helseeffekter av betydning, enten for den enkelte eller i det minste for samfunnet samlet sett. Dette begrenses imidlertid også av at barn og unge får økte rettigheter knyttet til avgjørelser i eget liv, etter hvert som de blir eldre.

Argumentet om manglende frivillighet i valg som er tatt i ungdommen, kan ha en videre bruk. Vaner og avhengigheter som etableres i ungdommen, kan være vanskelige å reversere, og de kan være hele livet og forme helsen gjennom livsløpet.²¹

Avhengighet etablert i ungdomstiden kan dermed også brukes som et argument for å legge restriksjoner på bruk av tobakk, også for voksne. Tiltak rettet mot voksnes røykevaner begrunnes med at de er et resultat av tidligere etablert avhengighet, og ikke et resultat av avveininger om livsvalg som det er verdt å beskytte.²²

Argumentet om manglende vektlegging av framtidige konsekvenser

Begrepet «eksternaliteter» er introdusert tidligere i kapittelet som et argument som kan begrunne avgifter for å bidra til samfunnets beste. I Særavgiftsutvalget (NOU 2007: 8) introduseres et begrep om «internaliteter» definert som

«Fremtidige konsekvenser av dagens handlinger som individet ønsker – men ikke selv evner – å ta hensyn til.»

(ibid. vedlegg, s. 141)

²¹ En kan tenke seg at en rasjonell voksen person vurderer det slik at det å begynne å røyke (for eksempel som 25-åring) er hans eller hennes livsvalg og ingen annens sak, så lenge personen ikke skader andre ved å påføre dem passiv røyking. Myndighetene har ikke rett til å gripe inn i dette. Det kan for mange høres ut som en merkelig vurdering å hevde at det å begynne å røyke er et veloverveid og rasjonelt livsvalg. Men det er en ikke helt uvanlig tilnærming i økonomifaget. I vedlegget til Særavgiftsutvalget drøfter økonomen Ole Røgeberg nobelprisvinneren Gary Beckers syn på konsumentvalg. Becker forklarer all «avhengighet utelukkende som sekvenser av fullt rasjonelle valg. All avhengighet – enten det er til tobakk, alkohol, narkotika, mat, TV, trening eller annet – er i hans teori rasjonelt, velinformert, fremadskuende, planlagt konsum» (NOU 2007: 8, s. 140).

²² I notatet *Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument* (Lund, 2005) argumenteres det for at de fleste røykere starter som umyndige med feilaktige oppfatninger av risiko ved å starte å røyke. Videre er muligheten til å slutte å røyke begrenset av avhengighet. Rapporten viser til at et stort flertall både blant unge og voksne svarer nei på spørsmålet om de ville begynt å røyke på nytt.

Internaliteter blir, i tillegg til eksternaliteter, også brukt til å begrunne avgifter.²³ Særavgiftsutvalget trekker fram to forhold som kan ligge bak slike internaliteter:

«Hyperbolsk tidsdiskontering. Måten to gitte perioder vektet opp mot hverandre endres systematisk ettersom tiden går. Konsekvensen er at man «vingler» og bryter planene man legger.

Ustabile preferanser og/eller valgevne. Individet er ute av stand til å forutse de preferansene han eller hun vil bruke til å vurdere alternativer med i fremtiden, eller individet er uenig med disse fremtidige preferansene: En eks-røyker undervurderer stadig hvor sterkt røykesuget kommer til å bli når han drar på fest.»

(NOU 2007: 8, s. 142)

Mot dette kan det gjerne hevdes at folk må kunne ha de preferansene de ønsker, og at det å ombe stemme seg og verdsette nåtiden høyt framfor framtiden, ikke er irrasjonelt i seg selv og trenger ikke korrigering. Det er likevel verdt å understreke at hyperbolsk diskontering og ustabile preferanser er noe annet enn generell kortsynthet som kan være konsistent over tid. Hyperbolsk diskontering gir inkonsistente, vinglete valg.²⁴

Kostnader ved atferd som det ikke er tatt hensyn til, kan generelt være en begrunnelse for reguleringer for å sikre at de blir vektlagt opp mot nytten ved atferd. Det kan gjelde både virkninger

²³ I Særavgiftsutvalget konkluderes det med at avgiftsnivået er passende, gitt vurderinger av både eksternaliteter og internaliter: «... beregningene indikerer at dagens nivå på tobakksavgiftene tilsvarer om lag summen av de samfunnsøkonomisk marginale skadekostnadene og et grovt anslag på de private marginale velferdskostnadene gitt visse forutsetninger om nåtidsskjevhet. Disse skadekostnadene inkluderer både samfunnets netto eksterne kostnader knyttet til forbruk av tobakk og individuelle velferdskostnader som ikke individet selv tok hensyn til da det begynte å konsumere godet» (NOU 2007: 8, s. 103).

²⁴ Hyperbolsk diskontering kan beskrives som et fenomen der: «... nytte fra ulike fremtidige perioder [vil] endre seg med ulik takt når tiden går: Den «nære nytten» oppjusteres *relativt sett mer* enn nytte «lenger frem i tid». Dermed forrykkes den relative avveiningen mellom de to periodene ettersom de begge rykker nærmere. På mandag virker det åpenbart at det er bedre å gå til tannlegen med tannpinnen nå på fredag enn å utsette det til neste uke, men etter hvert som uken går, vokser betydningen av fredagens ubehag raskere enn betydningen av neste ukes ubehag – og man bestemmer seg for å utsette tannlegebesøket litt» (NOU 2007: 8 s 142).

Det blir vist til at dette fenomenet kan forklare hvorfor vi har en tendens til å utsette ubehagelige gjøremål (prokrastinere), både når det gjelder beslutninger om sparing, avhengighet, trening og usunt konsum.

for andre (eksternaliteter som røyk påført av andre) og virkninger for den enkelte som ikke blir tatt hensyn til (internaliteter som kortsynt helse-skadelig atferd).

Argumentet om behovet for selvbinding

Valg som kan påvirke egen helse og velferd i framtiden, påvirkes av hvilke muligheter en har. Med lav inntekt og der en i stor grad tvinges til å leve fra hånd til munn, kan en ikke forvente ressurskrevende atferd som bidrar til god helse på lang sikt. En velferdsstat som har som ambisjon å utjevne sosiale helseforskjeller, må ha inntekts-sikringsordninger og velferdstiltak som bidrar til at den enkelte kan planlegge og gjøre livsvalg ut fra en lengre tidshorisont.

I tillegg til slike strukturelle rammebetingelser er det i moderne økonomisk og psykologisk forskning også oppmerksomhet på psykologiske mekanismer som bidrar til valg som ikke tilfredsstiller vanlige krav til rasjonelle og velinformerte valg. Mest kjent er boka *Thinking fast and slow* fra 2011 av psykologen Daniel Kahneman. Han beskriver mennesket som å ha to former for tankeprosesser; en kortsynt som tenker raskt og ut fra forhåndsprogrammerte valg som kan bryte med vanlige rasjonalitetskrav, og en tankeprosess som bruker mer tid, og har større mulighet for å ivareta langsiktige hensyn. Det er også mulig å se på livet og mennesket som en kamp mellom to «selv», et kortsynt og et langsiktig selv.²⁵

Det langsiktige og saktetenkende selvet kan ønske å temme sitt kortsynte jeg. En kan tenke seg at det langsiktige selvet allierer seg med omverdenen for å vinne over det kortsynte selvet. En kan involvere omverdenen ved for eksempel å annonsere planer om mer trening overfor venner og familier, for å øke fallhøyden hvis en ikke gjennomfører planen.²⁶

Begrepet «selvbinding» eller «forhåndsbinding» som brukes for å beskrive prosesser der en forplikter seg selv, er ofte illustrert gjennom his-

torien om sjøkapteinen Odyssevs. Han skulle seile forbi sirenene som var vakre og farlige kvinnelige skapninger som lokket sjømenn med sin fortryllende sang til å seile på grunn. Odyssevs ville likevel høre denne sangen, og for å unngå å seile på grunn, lot han seg binde til masten av sine sjøfolk som ble instruert til å ignorere eventuelle senere ønsker fra ham om å bli satt fri. Å binde seg til masten er nå blitt et fast uttrykk for forhåndsbinding.

En mulighet som særlig er utviklet av Richard Thaler og Cass Sunstein (2021) er å utvikle offentlige reguleringer slik at de støtter opp under behov for selvkontroll og langsiktige interesser. En kan utforme folks valgmuligheter slik at det fornuftige valget blir det som er lett å ta. En «nudges» eller «dultes» til å ta det mest fornuftige valget.

Selv om hovedregelen er å ikke forby tiltak, er det mulig å tenke seg å innføre direkte hindringer for visse valgmuligheter. Dette vil være en form for kollektiv selvbinding eller selvpaternalisme.²⁷ Våre rasjonelle nåtidspreferanser prøver å forhindre at ens framtidige preferanser vil la seg friste til helseskadelig atferd – og innretter offentlige reguleringer med det for øye.

Offentlige tiltak kan generelt begrunnes med at de er innrettet for å styrke det langtidsplanleggende selvet. En kan påvirke de langsiktige preferansene direkte ved informasjonstiltak som viser hvor ille det kan gå, hvis en er kortsynt. En forutsetning må være at informasjonen er korrekt, og ikke manipulerende.²⁸

Kortsynte preferanser kan begrenses gjennom å påvirke valgarkitekturen, det vil si gjennom å påvirke hva som er lett å velge, og hva som krever mer innsats.²⁹ Offentlige myndigheter kan gå enda lenger og direkte forby visse handlingsvalg, for eksempel gjennom reseptplikt på medisiner og begrensning på åpningstider for salg av alkohol.

Vårt demokratiske system kan beskrives som et opplegg der innbyggerne velger representanter

²⁵ Å beskrive at mennesket består av former for tankeprosesser, er et bilde. En annet bilde for dette kan være å beskrive en personlighet til å bestå av to typer preferanser. Førsteordens preferanser er det en ønsker nå – for eksempel å droppe løpeturen og heller slenge seg foran TVen, mens annenordens preferanser er preferanser om preferanser. Jeg kunne ønske at jeg var slik at jeg nå ønsket å ta en løpetur, og ikke se på TV. Et tredje bilde kan være å beskrive mennesket som en kamp mellom det kortsynte selvet og det langsynte selvet.

²⁶ En generell drøfting av ulike måter for selvbinding og andre mekanismer for å motvirke irrasjonalitet, se Elster (2015), kap. 15.

²⁷ Elster drøfter bindinger i konstitusjonen som forhåndsbindinger, jf. Elster (2015), s. 281 og kap. 25.

²⁸ Svendsen (2016) trekker fram at Sosial- og helsedirektoratet hadde en kampanje mot røyking som var så sterk at helseskadene ble overdrevet. Svendsen viser til at det ble vist et bilde der det tørt fett ut av hovedpulsåren til en avdød røyker «noe som simpelthen er ren diktning». I Hofmanns artikkel om folkehelseetikk (2023) trekker han fram en tilsvarende debatt fra 2003 der samfunnsmedisineren Per Fugelli mente at røykekampanjen hadde noe talibansk over seg.

²⁹ Ved månedlig betaling av kredittkort, ligger det inne som automatisk valg å betale hele regningen. Hvis en vil betale mindre, må en aktivt endre på betalingen.

til å ivareta vårt felles beste. Det kan sies at det bygger på et ideal om at velgerne skal være reflekterte, og ikke være drevet av stemningsbølger. Innbyggerne har da tillit til og en forventning om at myndighetene utformer regler og praktiske ordninger som gjør at det langsiktige selvet blir rimelig ivaretatt. Det inkluderer forbrukerlovgivning som skal sikre at produkter ikke er helseskadelige, regler for hvilke tilsetningsstoffer som kan brukes i mat, og regler for reseptplikt for medisiner. Det blir ikke vurdert som tilstrekkelig kun med informasjonspålyt for produsenter av varer.³⁰

En utfordring for denne tilnærmingen til offentlig politikk er at den kan oppfattes som en fullmakt for – og kanskje også en plikt til – å regulere all atferd som er helseskadelig. Lars Svendsen skriver i en kritikk av Nuffield Council, jf. intervjuensstigen:

«Problemet er at man simpelthen forutsetter at alle borgere har en så grunnleggende interesse av å ha best mulig helse at dette gir grunn til å tro at usunne valg stort sett vil være uttrykk for ufrihet, forårsaket av kunnskapsløshet, uheldige sosiale forhold etc.»

(Svendsen, 2016, s. 5)

Det vil være slik at noen – kanskje ganske mange – vil mene at livet leves best når det ikke bare leves sunt og farefritt, og som derfor vil være motstandere av at staten innfører restriksjoner på livsstil og farefull atferd.³¹ Det ses på som et kjennetegn på et fritt samfunn at folk får lov til å handle dumt og i strid med egne interesser. Det vekker sterke følelser hvis en formynderisk stat griper inn i for mange livsvalg. Samtidig vil andre tenke at det er praktisk og til hjelp med en politikk som bidrar til å gjøre livet lettere å leve, og hindre unødig skade. Dette må også ses i lys av betydelig reklamepress (som en form for dulting) for usunne varer eller adferd fra næringslivsaktører. Det er få som ønsker å gå bort fra restriksjoner på

tilsetningsstoffer, eller generelt er motstandere av reseptordninger for legemidler. Her vil det være behov for mange avveininger, som bør belyses på en transparent måte.

Prinsippet om likebehandling ved utforming av offentlige restriksjoner

Prinsippet om likebehandling er et hensyn som må tas ved utforming av offentlige tiltak. Vaner og laster varierer mellom grupper. Restriksjoner på visse typer produkter og visse typer atferd kan treffe ulike grupper ulikt. Spørsmålet er om det bør være slik at restriksjonsnivået som fellesskapet legger på oss, bør være avhengig av skadenivå og ikke andre forhold.

Svendsen (2016, s. 11) viser til det grunnleggende kravet hos Aristoteles om at like tilfeller bør behandles likt, og ulike tilfeller relevant ulikt. Hvis en «skal behandle to rusmidler ulikt, må det finnes en relevant forskjell mellom dem, først og fremst i form av skadevirkninger generelt og helserisikofaktorer spesielt» (Svendsen, 2016, s. 11). Hvis cannabis er mindre farlig enn alkohol, er det da feil å ikke legalisere cannabis? Tilsvarende forskjellsbehandling av stoffer kan også finnes når det gjelder snus som har høy avgift når farenivå sammenliknes med sigaretter, og tilsvarende for e-sigaretter med nikotin som det er forbudt å selge.³²

Det brukes som argument for å ha forskjellige terskler for ulike rusmidler – og dermed tillate alkohol og forby cannabis – at bruk av cannabis vil komme på toppen av alkoholbruken, og dermed øke skadenivået samlet i samfunnet. Tilsvarende kan en hevde at selv om bruk av e-sigaretter eller snus er mindre skadelig enn å røyke, og i tillegg bidrar til at mange vil skifte fra det mest skadelige (røyking) til det mindre skadelige (e-sigaretter), vil det befeste bruk av skadelig nikotin i samfunnet, og på lang sikt øke sykdomsbyrden. Disse sammenhengene er noe som eventuelt vil måtte begrunnes empirisk. Et renere normativt argument kunne være at alkohol er en del av vår kultur, og vi som kultur må ha lov til å særbehandle «våre» rusmidler.

E-sigaretter kom på markedet i en situasjon der et reguleringsregime allerede var på plass, og gjorde det mulig å forby introduksjonen. Vanlig tobakksbruk ble etablert i en situasjon der det ikke fantes et helsebegrunnet reguleringsregime. Hvis sigaretter ble introdusert i dag, ville de

³⁰ En kan tenke seg å gjøre et skille mellom restriksjoner for individer (med høy terskel) og restriksjoner for næringslivet (med lavere terskel og en ren vurdering av nytte og kostnader). Men også restriksjoner på hva næringslivet (produsenter og detaljhandel) kan selge, resulterer i restriksjoner på hva individer kan få kjøpe, slik at distinksjonen kan være vanskelig å gjøre.

³¹ Idealet for det gode liv er ikke for alle et sunt liv. For noen kan livet oppfattes best hvis det brennes i begge ender. Manchester United-spilleren George Best som etter hvert drakk seg i hjel, er kjent for følgende sitat: «I spent a lot of money on booze, birds and fast cars. The rest I just squandered.»

³² Det er mulig med privatimport til eget bruk etter legemiddelovgivningen.

antakelig ikke blitt tillatt solgt. Det er mulig å argumentere for at status quo-regelverk har en viss normativ forrang på grunn av de allerede eksisterende bindingene og vanene som er knyttet opp til etablert livsstil og forbruk.³³

Dette er krevende avveininger som vil avhenge av både empiriske sammenhenger – som hvor skadelig bruk er – og av normative vurderinger, som bør løftes fram i den offentlige debatten om reguleringer.

6.2.6 Utvalgets vurdering av autonomi

Utvalget har i denne delen av utredningen inngående drøftet forholdet mellom målet om å fremme helse i befolkningen og hensynet til autonomi. Utvalget mener at det er behov for en systematisk gjennomtenkning av slike forhold ved utforming av tiltak som skal fremme befolkningens helse.

Problemstillingen treffer en grunnleggende spenning ved at store deler av folkehelsearbeidet rettes mot hele eller grupper av befolkningen, og kan dermed ikke i alle tilfeller baseres på frivillighet. Mye viktig folkehelsearbeid for å bedre folks levekår og legge til rette for sunne levevaner, reiser ikke utfordringer knyttet til autonomi. Men i tilfeller der tiltakene legger begrensninger på enkeltmenneskers handlingsfrihet, er det behov for en klargjøring av hvilke verdier og prinsipper som bør ligge til grunn når hensynet til befolkningens helse og den enkeltes rett til å bestemme over egne valg kan komme i konflikt. Utvalget vil understreke at begrensninger i individers handlingsfrihet må begrunnes godt.

Utvalget mener hensynet til autonomi bør være en integrert del av beslutningsprosessen på folkehelseområdet. Utvalget tar ikke stilling til konkrete eksempler på tiltak som begrenser autonomi i urimelig grad, men drøfter først og fremst hvordan ulike hensyn og argumenter kan klargjøres, og hvordan de kan inngå i helhetlige vurderinger av tiltak.

Avveininger mellom felleskapets beste og den enkeltes frihet er gjenkjennelig også fra andre politikkområder. Folkehelsearbeidet må også her bygge på det samme generelle verdigrunnlaget som annen offentlig politikk.

Utvalget tar utgangspunkt i skillet mellom skade for andre og skade for den enkelte. Dette skillet bidrar ofte til å klargjøre problemstillinger, men er i seg selv ikke tilstrekkelig til å avklare om

et offentlig inngrep er akseptabelt eller ikke. Særlig behovet for å beskytte barn og unge vil være en viktig begrunnelse. Vurderingen må baseres på avveininger mellom ulike hensyn. Både nytte, kostnader og hvilke grupper som får kostnader og nytte, og hensynet til den enkeltes autonomi bør inngå i vurderingen.

Det er flere forhold som bør vurderes når en avveier om verdien av et tiltak kan rettferdiggjøre inngrep i individers autonomi:

- om tiltaket er nødvendig for nå målene, eller om mindre inngripende virkemidler er vurdert
- om tiltaket er rettet mot å hindre skade for andre, eller skade for den enkelte
- om tiltaket er effektivt og basert på rimelige årsaksmekanismer
- om tiltaket er ment å hindre atferd der individet har sviktende informasjon eller andre begrensning for å ivareta egne interesser
- om tiltaket er rettet inn mot å hindre alvorlige utfall som død eller alvorlig sykdom
- om tiltaket griper inn i viktige livsinteresser eller utgjør mer trivielle begrensninger på individers handlingsfrihet
- om tiltaket er rettet mot barn og ungdom eller mot voksne
- om tiltaket er utformet slik at det ivaretar hensynet til likebehandling av ulike typer folkehelseutfordringer

Avveiningene bør gjøres ut fra de konkrete utfordringene, og det vil neppe være mulig å utarbeide varige og forhåndsprogrammerte regler for hvordan avveiningene bør gjøres. Men gjennom refleksjon og tydelige vurderinger og begrunnelser legges det et grunnlag for bedre beslutninger.

Det er store variasjoner i Europa, mellom Europa og USA og over tid når det gjelder hvordan autonomi og individuell frihet vektles, og hva som teller som et inngrep i folks frihet.³⁴ Slike variasjoner kan tilsi at det er handlingsrom for oss som politisk felleskap til å utvikle vår egen politikk med våre egne avveininger – for å kunne ivareta viktige verdier og prinsipper knyttet til autonomi.

Det vil være en sammenheng mellom autonomi og individuell frihet og ansvar. Når staten ikke hindrer risikofylt atferd, vil det være flere til-

³³ Det har vært diskutert om et forbud skal introduseres fra et visst årskull som aldri vil få tillatelse til å kjøpe sigaretter (tobakksfri generasjon).

³⁴ Retten til å røyke på restaurant ble oppfattet som viktig før innstramningen av røykeloven i 2004. Men nå som samfunnet har tilpasset seg, blir forbudet oppfattet som mindre dramatisk, og akseptert som en vanlig norm om sosial oppførsel. Dersom påbudet har ført til en ny kulturell likevekt som vil holde seg stabil, selv om påbudet oppheves (Nyborg, 2016), er det et mulig argument for at inngrepet i den individuelle friheten ikke var særlig inngripende da det kom et forbud.

feller der individer skader seg, eller blir syke. Det forhindrer imidlertid ikke at velferdsstaten stiller opp med helsetjenester og økonomisk støtte, uavhengig av om skaden eller sykdommen i en viss forstand kan anses som selvforskyldt eller ikke. Dette er en kvalitet ved velferdsstaten som bør beholdes, uavhengig av hvordan autonomi og frihet vektes.

6.3 Åpenhet og medvirkning

Åpenhet og medvirkning er prinsipper for beslutninger som bidrar til legitimitet og tillit. Norheim (2018) skriver om prioritering av folkehelseiltak:

«Gode beslutningsprosesser må tydeliggjøre hvordan de håndterer særskilt utfordrende etiske og politiske sider ved beslutningene, som for eksempel ivaretagelse av personlig frihet.» (s. 16)

Norheim foreslår at åpne beslutningsprosesser med brukermedvirkning bør tilfredsstille fire betingelser:

1. **Åpenhet:** Beslutninger om prioriteringer skal være offentlige, og begrunnelsene skal være offentlig tilgjengelige.
2. **Relevans:** Begrunnelse skal være relevante. Det vil si at de må hvile på faglig dokumentasjon, grunner og prinsipper som alle parter – administratorer, eksperter, pasienter og medborgere – kan akseptere som relevante for å avgjøre hvordan forskjellige behov for helse tjenester kan tilfredsstilles for hele befolkningen, gitt ressursknapphet.
3. **Klageadgang og korreksjon:** Det bør finnes mekanismer for klager og kritikk av avgjørelser hvor det er uenighet om beslutninger, inkludert mulighet for å revidere beslutninger i lys av ny dokumentasjon eller nye argumenter.
4. **Regulering og institusjonalisering:** Det bør være offentlig eller frivillig regulering av de mekanismer og prosedyrer som sikrer at de tre foregående krav blir oppfylt.

Medvirkning er et av de grunnleggende prinsippene for folkehelsearbeid, jf. Prop. 90 L (2010–2011). Prinsipper for åpenhet og medvirkning i helsetjenesten er beskrevet i stortingsmeldinger og i ekspertgrupperapporten om åpenhet og tillit. I Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*, som ble

lagt fram våren 2025, legges det vekt på de samme betingelsene som er foreslått av Norheim (2018).

Prinsippet om åpenhet innebærer at informasjon om kunnskapsgrunnlag, vurderinger og begrunnelser for beslutninger er tilgjengelig og forståelig. Det er krav om åpenhet i regelverk, slik som forvaltningsloven og offentleglova, og i prosessbeskrivelser. Prinsippet om åpenhet gjelder for alle beslutningsprosesser.

Medvirkning innebærer at de som berøres av en beslutning, har mulighet til å gi innspill og bli hørt i beslutningsprosessen. Medvirkning skal gi mulighet for at de som berøres blir hørt i problemvurderingen og kan påvirke valg, utforming og evaluering av tiltak. Plikten til å samhandle med sivilsamfunn i folkehelsearbeidet uttrykkes gjennom folkehelselovens bestemmelse om kommunens plikt til å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. Samarbeidet må baseres på likeverdighet. Mange frivillige organisasjoner kan bidra til medvirkning fra de ulike gruppene de representerer. Åpenhet i beslutningsprosesser bidrar til etterprøvbarhet, og gir mulighet for klager og kritikk. En viktig forutsetning for medvirkning er at de som berøres, har kunnskap om beslutningsprosessene, og at befolkningen har god helsekompetanse.

Kunnskapen som inngår i et beslutningsgrunnlag, bør formidles og presenteres på en objektiv og nøytral måte. Det må være åpenhet om kilder og kunnskapen som brukes i grunnlaget, og om usikkerhet i kunnskapen. Det må også være åpenhet om hvordan kunnskapen er vurdert.

6.4 Anbefaling om verdigrunnlaget for folkehelseiltak

Utvalget viser til at de overordnede målene for folkehelsepolitikken er å fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet er befolkningsrettet, og inkluderer virkemidler og tiltak på tvers av samfunnssektorer. Det betyr av det er nødvendig å synliggjøre hvilke effekter ulike tiltak har på helse, uavhengig av sektor.

Utvalget vil understreke at folkehelsepolitikken må ha et langsiktig perspektiv. Det er en sentral del av verdigrunnlaget å legge til rette for god folkehelse nå og for senere generasjoner. Det kan kreve ekstra oppmerksomhet og innsats å sikre prioritet også for tiltak som først og fremst gir resultat i framtiden.

For å fremme folkehelsen er det nødvendig med en bred tilnærming, der nytte – i vid forstand – klarlegges og tillegges vekt i vurderingene. Tiltak som fremmer folkehelsen, vil for eksempel kunne ha positive virkninger for utdanningsfeltet og produksjonslivet mer generelt. Helse er ikke den eneste verdien som skal tas hensyn til. I et samfunnsperspektiv må alle forhold og verdier inngå i en helhetlig avveining der den samlede nytten veies opp mot kostnadene.

En sentral forutsetning vil være å klarlegge hvilke forhold som påvirker folkehelsen i størst grad, både positivt og negativt. Hvilke problemer vil en søke å løse ved aktive tiltak? Hvilke problemer vil en søke å unngå når tiltak som fremmes med annet formål enn bedring av helsen, vurderes? Særlig kan det være viktig å vurdere hva som skal til for å løse problemer som rammer sosialt skjevt.

Utvalget vil framheve at begrunnelser og argumenter for tiltak må dokumenteres. Samfunnstiltak som ivaretar hensynet til folkehelsen, kan dermed videreutvikles i en offentlig debatt der ulike hensyn blir klarlagt og avveid. Dette bidrar til å bygge tillit. Utvalget vil framheve at åpenhet om kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for tiltak, er et avgjørende prinsipp for folkehelsetiltak. Kunnskapen bør presenteres på en balansert måte, basert på fakta. I tiltak som har som mål å påvirke individuelle valg, bør det legges til rette for at den enkelte kan ta informerte beslutninger.

Det må legges til grunn at hensynet til individuell frihet og autonomi legger begrensninger på utformingen av offentlig politikk. Målet om å fremme folkehelse og fordele helsen mer rettferdig, må bygge på respekt for enkeltmenneskers frihet og medbestemmelse.

Inngrep i folks frihet som har elementer av tvang, krever sterkere begrunnelse og dokumentasjon av effekt. Begrunnelsen må klargjøre hvorvidt tiltaket skal bidra til å hindre skade for andre, og/eller skade for den enkelte. Folkehelsetiltak som er av lite inngripende karakter, bør ha lavere krav til begrunnelse og dokumentasjon. Det må gjøres en avveining mellom helseeffekter og andre verdier, herunder vekten av individuell frihet og autonomi. Synet på hvor inngripende et tiltak er, kan variere over tid og mellom land.

Utvalget anbefaler at det legges til grunn et verdigrunnlag for folkehelsetiltak som er basert på det overordnede verdigrunnlaget for offentlig politikk. Med utgangspunkt i denne anbefalingen peker utvalget på et sett av prinsipper og hensyn som bør ligge til grunn for utvikling av kriterier og konkrete råd for prioriteringer:

- sammenlikning og prioritering på tvers av tiltak og sektorer
- åpenhet om begrunnelser
- vurdering av samlet nytte av tiltak opp mot de samlede kostnadene
- målet om å redusere sosiale helseforskjeller
- hensynet til autonomi

Utvalget legger vekt på at rammene for prioritering må ta hensyn til at prioritering skjer på tvers av sektorer, og at åpenhet, medvirkning og offentlig debatt har stor betydning for å opprettholde tilliten i befolkningen, og legge grunnlaget for gode beslutninger.

Utvalget foreslår et sett av kriterier som ivaretar disse hensynene, jf. kapittel 8.

Kapittel 7

Kunnskapsgrunnlaget for prioritering

I dette kapitlet drøfter utvalget hva som er tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag, hvor det er størst behov for å styrke kunnskapsutviklingen, hvordan kunnskapsgrunnlaget kan videreutvikles, og hva som kan gjøres for at kunnskapen i større grad tas i bruk i prioriteringsbeslutninger. Utvalget gjennomgår videre kravene til kunnskapsgrunnlaget i ulike beslutningssituasjoner, og drøfter om det bør stilles særskilte krav til kunnskapsgrunnlag for folkehelse tiltak.

7.1 Hvilken type kunnskap er det behov for?

Godt folkehelsearbeid bygger på kunnskap om helsen i befolkningen, hva som påvirker helsen, og hvilke tiltak som gir bedre folkehelse. Folkehelsearbeidet handler om å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse. Kunnskap om påvirkningsfaktorer og folkehelse tiltak varierer i kvalitet og omfang. I mange tilfeller vil beslutningstakere ønske bedre kunnskap, men må beslutte og gjennomføre tiltak under usikkerhet. Dette gjelder særlig for forebyggende tiltak på befolkningsnivå, hvor effekter først kan måles etter lengre tid. Under koronapandemien ble behovet for rask tilgang til slik kunnskap satt på spissen, og det var krevende å skaffe godt beslutningsgrunnlag for nye tiltak og tiltak som ble endret flere ganger på kort tid.

Det er nødvendig å ha kunnskap om helse tilstanden i befolkningen, om påvirkningsfaktorer og folkehelse utfordringer nasjonalt og lokalt, og om forskjeller mellom ulike grupper i befolkningen. For å vurdere situasjonen og utviklingen over tid, er det behov for et langsiktig kunnskapsarbeid, og det er nyttig å kunne sammenlikne med kunnskap fra andre land. Kunnskapen er nødvendig for å lage lokale folkehelseoversikter og nasjonale beskrivelser av folkehelse utfordringer, og for å besvare utredningsinstruksens første spørsmål: Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?

Selv om det er mye tilgjengelig kunnskap om påvirkningsfaktorer, helseutfall og sykdomsbyrde, kan det likevel være vanskelig å få et godt bilde av de viktigste utfordringene som kan påvirkes gjennom folkehelse tiltak. Kunnskapen er i mange tilfeller fragmentert, og med sammensatte utfordringer kreves brede vurderinger på tvers av fag- og politikkområder.

For å kunne prioritere og ta beslutninger om strategier og tiltak, er det også nødvendig med kunnskap om tiltakene, hvordan de virker, og å kjenne til hvilke tiltak som er tilgjengelige. Det er behov for mer dokumentasjon om effekt av tiltak og tiltakspakker, og hva som kreves for vellykket gjennomføring. Men praktiske, metodiske, juridiske og etiske grunner kan gjøre det krevende å dokumentere virkningen av befolkningstiltak.

Det er også behov for bedre veiledning til kommunene om hvordan lokale tiltak kan utformes, gjennomføres og evalueres.

7.1.1 Kunnskap om folkehelse utfordringer

Problembeskrivelsen er avgjørende for å vurdere hva staten eller kommunen skal prioritere i folkehelsearbeidet. Tradisjonelt har det vært produsert mye kunnskap om årsaker og risikoforhold og om utbredelse av problemet. I det systematiske folkehelsearbeidet skal kommunen identifisere og vurdere lokale folkehelse utfordringer (Folkehelse loven, 2011; Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012). Oversiktsarbeidet danner grunnlaget for å foreslå og vurdere tiltak og for videre oppfølging i kommunens plan- og budsjettarbeid. I forarbeidene til folkehelse loven går det fram at målet med helseoversiktene er at de er plan- og styringsrelevante, slik at de kan legges til grunn for arbeidet med kommunal planstrategi. Det innebærer blant annet at viktige utfordringer er identifisert, og at konsekvenser, påvirkningsfaktorer og årsaksforhold, så langt som mulig, er identifisert og vurdert (Prop. 90 L (2010–2011), s. 107).

Kunnskap om helse tilstand, sykdomsbyrde og årsakssammenhenger er grunnlaget for å foreslå,

utrede og beslutte statlige tiltak der målet er bedre helse i befolkningen. Kunnskapen om utfordringene har stor betydning for å avgrense, utrede og prioritere tiltak. Hvilke kunnskapsgrunnlag som skal prioriteres, og hvordan kunnskapen gjøres tilgjengelig og presenteres, har stor betydning for vurderingen av de samlede folkehelseutfordringene og for hvordan innsatsområder prioriteres.

Folkehelseutfordringer kategoriseres ikke bare som sykdomsgrupper eller skader, men kan også dreie seg om levevaner, miljøfaktorer og helsetjenester, mer bakenforliggende faktorer som sosioøkonomiske forhold, oppvekstvilkår og sosiale nettverk, og helsetrusler. Utfordringene spenner altså fra sykdomsbyrde som kan tilskrives sykdom eller skade, til komplekse og sammensatte samfunnsproblemer, og til kjemiske, biologiske og andre helsetrusler som kan føre til sykdom og skade.

I det globale sykdomsbyrdeprosjektet beregnes sykdomsbyrden av over 350 sykdommer og skader og 88 risikofaktorer. Analysene bygger på tilgjengelig informasjon om forekomst, varighet og alvorlighetsgrad av tilstandene i befolkningen. I Norge finnes det sykdomsbyrdedata på nasjonalt nivå og fylkesnivå. En styrke ved sykdomsbyrdeprosjektet og oversiktene som lages, er at beregningene følger standardiserte metoder, og at tallene kan sammenliknes mellom land, på tvers av sykdomsgrupper, og over tid. Oversiktene har også svakheter og mangler. Oversiktene fanger ikke opp den potensielle sykdomsbyrden fra sykdommer som holdes under kontroll. For eksempel gjør det løpende arbeidet med smittevern at sykdomsbyrden av smittsomme sykdommer er begrenset i Norge. Oversiktene er også preget av at de særlig bygger på sykdommer som regnes som årsaker til død. For mange ikke-dødelige sykdommer og risikofaktorer er datagrunnlaget svakere og mer usikkerhet. Prosjektet gir ikke nyanseerte tall på sosioøkonomiske forskjeller innad i land, og har ikke informasjon om andre former for byrder og samfunnskostnader ut over helsetap.

Kostnadene som folkehelseutfordringer påfører samfunnet, kan brukes til å belyse omfanget av et problem. Helsedirektoratet har kartlagt kostnadene knyttet til sykdomsbyrde, helsetjenester og produksjonstap i Norge, og i desember 2024 kom en rapport med oversikt over helserelaterte samfunnskostnader for ulike sykdomsgrupper (Helsedirektoratet, 2024b). Utgangspunktet er helseutfall ved sykdom og ulykker.

Oversikten fra Helsedirektoratet er først og fremst nyttig for å rangere nasjonale folkehelse-

utfordringer. Den gir også bedre kunnskap om hvor og på hvilken måte ulike grupper av helseutfordringer fører til kostnader for samfunnet. Det er vanskelig å bryte denne typen kunnskap ned på lokalt nivå. Oversikten gir også bare et stillbilde av en situasjon, og gir i mindre grad veiledning til hvilke problemer som bør ha størst prioritet når tiltak skal prioriteres. Oversikten gir ikke kunnskap om hvor stor del av sykdomsbyrden og samfunnskostnaden som kan reduseres gjennom tiltak. Den gir heller ikke kunnskap om sykdomsbyrden og samfunnskostnader som unngås gjennom etablerte folkehelseiltak og beredskapsarbeid.

Det er utviklet et eget målesystem for objektiv og subjektiv livskvalitet i befolkningen i Norge. Statistisk sentralbyrå har kartlagt livskvalitet med spørreskjema i den nasjonale livskvalitetsundersøkelser fra 2020 (Statistisk sentralbyrå, 2024b) og som en modul i fylkeshelseundersøkelsene fra 2019 (Folkehelseinstituttet, u.å.). Spørreskjemaet har hovedvekt på subjektiv livskvalitet, som overlapper med psykisk helse, og handler om hvordan livet oppleves for den enkelte. Objektiv livskvalitet overlapper med levekår (som bolig, utdanning, arbeid og inntekt), og dreier seg om sentrale sider ved livssituasjonen, som helsetilstand og funksjonsevne, frihet, trygghet, fellesskap og selvutvikling. Regjeringen la i juni 2025 fram en nasjonal livskvalitetsstrategi, med mål om å legge til rette for utjevning av sosiale forskjeller i livskvalitet (Regjeringen, 2025a).

Folkehelseinstituttet utgir Folkehelserapporten med kunnskap og statistikk om folkehelse i Norge. Gjennom folkehelseprofilene får kommunene støtte til det lokale oversiktsarbeidet (Helsedirektoratet, u.å.a.). I folkehelseprofilene gjengis statistikk for 34 indikatorer innenfor flere kategorier (befolkning, oppvekst og levekår, miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand). Dette er kvantitativ og målbar kunnskap, også omtalt som instrumentell kunnskap av Fosse og Oldeide (2025).

I kommunenes folkehelseoversikt må imidlertid statistikk og kunnskap også vurderes etter lokale forhold og den aktuelle konteksten. Kommunene har tilgang til ulike datakilder og gjør egne analyser. I tillegg samles erfaringsbasert kunnskap, som Fosse og Oldeide (2025) kaller interaktiv kunnskap. Mange kommuner etterlyser imidlertid veiledning om hvordan de ulike formene for kunnskap skal vektlegges i arbeidet med folkehelseoversikter. Hvordan kunnskapen om folkehelseutfordringer formidles, har betydning for hvordan problemene vurderes både nasjonalt

Boks 7.1 Ulike beskrivelser av folkehelseutfordringer og innsatsområder

Folkehelse rapporten fra Folkehelseinstituttet er en nettpublikasjon som oppdateres fortløpende på fhi.no. Rapporten presenterer kunnskap og statistikk om helsetilstanden i Norge. Den er inndelt i kapitler under flere bolker; samfunn og levekår, helse i ulike befolkningsgrupper, ikke-smittsomme sykdommer, psykisk helse, smittevern og infeksjoner, skader og ulykker, levevaner, og klima og miljø.

Helsedirektoratets sektorrapport om folkehelse fra 2021 (Helsedirektoratet, 2021) er inndelt i kapitler om økonomiske levekår, sosial støtte, deltakelse og medvirkning, trygge og helsefremmende miljøer, sunne valg, oppvekst, og arbeidsliv. I tillegg til sektorrapporten har Helsedirektoratet utarbeidet rapporter om folke-

helsearbeidet som innspill til folkehelsemeldingene.

I folkehelsemeldingen (Meld. St. 15 (2022–2023)) er hovedinnsatsområdene inndelt i de samfunnsskapede vilkårene for god helse, levevaner og forebygging av ikke-smittsomme sykdommer, psykisk helse og livskvalitet, vern mot helsetrusler og rett til et sunt miljø, digitalisering og kommunikasjon, og forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenestene.

Folkehelse rapporten og rapportene fra Helsedirektoratet er grunnlaget for folkehelsemeldingen. Til tross for at temaer og beskrivelser overlapper hverandre i betydelig grad, er det ikke en sammenhengende eller enhetlig inndeling av folkehelseutfordringene.

og i lokale sammenhenger. Folkehelseprofiler gir et bilde som bygger på tilgjengelige og målbare data. I rapporter fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet og i folkehelsemeldingen er omtalen av indikatorer, påvirkningsfaktorer og innsatsområder delt inn på ulike måter. Utfordringer er i liten grad beskrevet helhetlig og i sammenheng, og inndelingen og beskrivelsene av utfordringer er i liten grad begrunnet eller knyttet opp til mål på sykdomsbyrde og samfunnskostnader.

I den reviderte folkehelseloven er også statens ansvar for å ha oversikt over helse og livskvalitet i befolkningen tydeliggjort gjennom kravet til at Helse- og omsorgsdepartementet «skal fastsette de nasjonale folkehelseutfordringene som grunnlag for en samordnet og helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk».

7.1.2 Kunnskap om effekten av tiltak

Utvalget mener at forventningene og kravene til kunnskapsgrunnlag for bredden av folkehelse tiltak ikke kan være lik kravene til dokumentasjon som gjelder for behandlingstiltak og diagnostikk i helsetjenesten, både på grunn av tiltakenes karakter og at det i mange tilfeller tar lang tid å se resultater på helseutfall. Tiltakene kan være rettet mot påvirkningsfaktorer langt bak i sammensatte årsakskjeder, eller mot enkelte risikofaktorer som er direkte knyttet til helseutfall.

Det er stor variasjon i type tiltak på folkehelseområdet. Tiltakene omfatter alt fra screening og

vaksineprogrammer til forebyggende og helsefremmende tiltak, både innenfor og utenfor helsesektoren. Eksempler på tiltak utenfor helsesektoren er blant annet regulering og prisvirkemidler på alkohol og tobakksområdet, trafikksikkerhetstiltak i samferdselssektoren og tiltak rettet mot bakenforliggende forhold som arbeid, inntekt og oppvekstvilkår. I vid forstand inkluderer folkehelsearbeidet også helsekonsekvensvurderinger av tiltak som ikke har bedre folkehelse som formål, men som kan ha konsekvenser for helsen. Eksempler finnes både lokalt i fritidstilbud og utvikling av nærområder, på fylkesnivå i undervisningssektoren og nasjonalt i større infrastrukturprosjekter og regulatoriske krav, som i Byggeteknisk forskrift (2017).

Usikkerheten om effekt øker med lengre og usikre årsakskjeder. Dette er en utfordring som det er umulig å unngå. Det betyr ikke at tiltak langt bak i årsakskjeden er uaktuelle, men de må vurderes og grunngis i lys av usikkerheten om effekten og mekanismene.

Et sentralt spørsmål er hvilke endepunkter som kan bruke som grunnlag for å vurdere effekt av folkehelse tiltak, særlig om effekten kan vurderes ved å se på endring i påvirkningsfaktorer for helse, for eksempel røyking, kosthold og fysisk aktivitet, eller om helseeffekter bør dokumenteres i form av endring i sykkelighet og dødelighet.

I veileder om virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser anbefales det å bruke QALY (kvalitetsjusterte

levealder) eller DALY (helsetapsjusterte levealder) som indikatorer for å måle virkninger på helse og livskvalitet i slike analyser, og at måleinstrumentet EQ-5D brukes for helserelatert livskvalitet (Helsedirektoratet, 2024a). Disse måleenhetene egner seg for å vurdere virkninger av tiltak med korte årsaksskjeder, men fungerer dårligere når virkningene er sammensatte og indirekte, slik som virkningen av trygge bomiljøer på ungt utenforskap eller nedsatt livskvalitet. I oppsummeringen av erfaringer med kunnskapsstøtte for folkehelsearbeidet i England ble det pekt på at kostnadsvirkningsanalyser kan være bedre egnet for å vurdere sammensatte tiltak med brede virkninger, se kapittel 5.4.2.

I mange tilfeller er kunnskapen om årsak og virkning på endepunkter som dødelighet og livskvalitet begrenset når konkrete tiltak skal vurderes. I slike tilfeller er det aktuelt å bruke andre mellomliggende endepunkter, for eksempel endring av atferd, oppslutning eller påvirkning fra en risikofaktor, som et indirekte mål på effekten i form av redusert dødelighet eller bedre livskvalitet. Det er for eksempel nyttig å måle om tiltak for økt fysisk aktivitet endrer antall personer som er fysisk aktive, eller hvor aktive de er. Siden det er en sterk og dokumentert sammenheng mellom generell fysisk aktivitet og effekt på helse, kan det være tilstrekkelig å vurdere om et slikt tiltak har effekt på fysisk aktivitet i befolkningen, heller enn forekomst av hjerteinfarkt eller andre helseeffekter. Om det for eksempel anlegges gåsoner rundt en skole, kan endring i barnas fysiske aktivitet være et effektmål for tiltaket.

I evidensbasert medisin blir kunnskap om effekt rangert etter kvalitet. Randomiserte kontrollerte studier (loddtrekningsforsøk) og systematiske oppsummeringer av slike studier gir den høyeste kvaliteten på dokumentasjon av effekter. Slike studier gir mindre usikkerhet og mindre risiko for at det er andre årsaker til effektene som måles. Mange folkehelse tiltak er i sin natur slik at det er vanskelig å gjennomføre eksperimenter. Det kan være en lang tidsforsinkelse fra tiltaket settes i verk og til effekter kan måles, eller det kan være nødvendig å inkludere store grupper i befolkningen for å måle effekter. Det kan være etiske, juridiske og økonomiske hindre som begrenser slike studier. Grunnleggende menneskerettigheter, Grunnloven og den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) setter klare begrensninger for inngripende forsøk og utprøvinger. Særlig vil personvernet og kravet om informert samtykke sette begrensninger for helseforskning. Det er heller ikke gode markeds mekanismer eller insentiver for

å gjennomføre kostbare loddtrekningsstudier i regi av privat sektor.

Etter utvalgets vurdering er det også en risiko for at oppmerksomheten dreies mot individrettede livsstilsintervensjoner heller enn brede befolkningsrettede tiltak, dersom kunnskapskriteriene fra evidensbasert medisin overføres direkte til folkehelsearbeidet. Dette omtales ofte som «lifestyle drift» (Williams & Fullagar, 2019). Denne risikoen kan øke dersom både krav til forskningsmetode og samfunnsøkonomiske vurderinger trekker i samme retning.

Mange folkehelse tiltak er kontekstavhengige, og effektstudier kan ha begrenset overføringsverdi til andre deler av landet, andre land og andre befolkningsgrupper. Et eksempel er tiltak og tiltakspakker rettet mot sammensatte folkehelseutfordringer, slik som ungt utenforskap. Erfaringen fra den tidligere kunnskapsenheten for folkehelse tiltak ved det britiske National Institute for Health and Care Excellence (NICE) peker på betydningen av å bedømme og vurdere dokumentasjonen av tiltakenes virkninger. Se omtale i kapittel 5.4.2. God lokalkunnskap og kunnskap om konteksten er avgjørende for å vurdere kunnskapsgrunnlaget.

Ofte er det enklere å skaffe dokumentasjon av høy kvalitet og overføringsverdi om effekt av tiltak som er rettet mot enkeltstående påvirkningsfaktorer med direkte virkning på helseutfall. Et eksempel er kunnskap fra randomiserte kliniske studier av vaksineeffekt. Effekten av et vaksinasjonstiltak er imidlertid også avhengig av hvordan tiltaket gjennomføres, for eksempel om tilbudet er gratis og lett tilgjengelig, og hvordan målgruppen stiller seg til tiltaket, inkludert hvilken kunnskap de har om risiko og effekt, og hvordan de opplever behovet.

Utvalget framhever at det er behov for mer kunnskap om tiltak, særlig tiltak rettet mot sammensatte utfordringer. Også i disse tilfellene er det nyttig å gjennomføre kontrollerte forsøk på samfunnsnivå, legge til rette for naturlige eksperimenter og gjøre effektevaluering av tiltak.

Når sammenhengen mellom risikofaktor og sykdomsutfall er godt dokumentert, er det en logisk slutning at sykdom kan forebygges ved å fjerne eller redusere risikofaktoren. For eksempel kan smittespredning stoppes ved å isolere syke personer, slik at de unngår kontakt med andre. Men for forhold der årsakssammenhengene er mer sammensatte og de tilskattede virkningene mer nyanserte, er det behov for mer kunnskap. Kunnskap om at munnbind er en effektiv barriere for dråper fra nese og munn, kan brukes til å anta at

munnsbind begrenser dråpesmitte. Men denne slutningen kan ikke trekkes videre til å si at et råd eller krav til hele befolkningen om å bruke munnsbind vil være et effektivt tiltak for å begrense smitte. Virkningen av tiltaket når det settes i verk, vil påvirkes av brukerfeil, grad av etterlevelse og eventuelle andre atferdsendringer som kan skje samtidig med bruk av munnsbind. I dette eksempelet vil det derfor også være behov for kunnskap fra studier der munnsbind er prøvd ut i befolkningen.

På folkehelsefeltet kan observasjonsstudier og registerdata gi kunnskap om risikofaktorer, årsakssammenhenger og virkninger av tiltak. Med tilgang til gode datakilder kan kohort- og kasus-kontrollstudier gi resultater av høy kvalitet. En viktig kunnskapskilde for beslutninger under pandemien var beredskapsregisteret BeredtC19. Registeret ble basert på opplysninger som allerede var samlet inn i helsetjenesten, i lovbestemte helseregistre og medisinske kvalitetsregistre, og i administrative registre med opplysninger om den norske befolkningen. Langsiktig datainnsamling er av stor verdi for å bygge kunnskapsgrunnlag om folkehelseiltak. Erfaringene med Beredt-C19 illustrerer hvordan data som er samlet inn med ulike formål, kan brukes til å få ny kunnskap om risikoforhold og effekt av folkehelseiltak.

Med koronapandemien og dagens geopolitiske situasjon som bakteppe er behovet for kunnskapsberedskap aktualisert. Folkehelseinstituttet har anbefalt åtte viktige egenskaper ved kunnskapssystemet som bør være på plass for å håndtere kommende pandemier og andre typer kriser (Meld. St. 15 (2022–2023)). Kort oppsummert anbefaler Folkehelseinstituttet at kunnskapssystemet

1. må kunne betjene lokalt, regional, nasjonalt og internasjonalt nivå
2. må sikre effektivt tverrsektorielt samarbeid
3. trenger ekspertise på medisin og helse, andre naturvitenskaper, samfunnsvitenskap og humanistiske vitenskaper
4. trenger både forskere, administrasjon, ledelse og kommunikasjonsfolk
5. må skaffe kunnskap om hvordan sykdomsbyrde og tiltak rammer ulikt
6. må være en integrert del av arbeidet mellom kriser
7. må produsere og dele kunnskap som er faglig uavhengig
8. må være en del av det samme systemet som håndterer andre kriser

I 2022 opprettet regjeringen en tverrdepartemental kjernegruppe for bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser (Regjeringen, 2023). Se boks 7.2.

For å skaffe kunnskap om virkninger i fremtiden, kan framskrivninger, simuleringer og modellering være aktuelle metoder. Modellering kan være aktuelt for å få et mål på effekten av et tiltak, eller for å få kunnskap om hva som ville vært sannsynlig utvikling, dersom vi ikke hadde innført et tiltak. Modeller bygger på en rekke forutsetninger, blant annet kunnskap om virkninger. Jo mer sikker kunnskap som bygges inn i modellen, desto mer presis informasjon vil den gi. Modellering kan altså ikke i seg selv løse problemet med mangel på kunnskap. Men slike framtidsscenarioer er attraktive for folkehelsearbeidet, som i sin natur handler om tiltak med virkninger ofte langt fram i tid.

Oppfølging og evaluering av tiltak kan gi kunnskap om ønskede og uønskede virkninger av tiltak. Evalueringer kan være rettet mot effekt og virkning, eller prosess og gjennomføring. Begge former for kunnskap er verdifulle for å videreutvikle og tilpasse tiltak. Kunnskap fra oppfølgingsstudier og evaluering kan også gi kunnskapsgrunnlag for beslutninger om å innføre tiltak i andre grupper eller områder. De nasjonale helseregistrene i Norge gjør det mulig å følge en rekke helseutfall før og etter at folkehelseiltak settes i verk. Folkehelseinstituttets senter for evaluering av folkehelseiltak ble etablert i 2018. Senteret gjennomfører og gir råd og veiledning om evalueringer.

7.2 Krav til kunnskap og beslutningsgrunnlag i staten og kommunesektoren

Utredningsinstruksen setter krav til hva som er et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere og beslutte tiltak i staten. Veileder til utredningsinstruksen beskriver behovet for gode beslutningsgrunnlag (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2024b):

«Gode beslutningsgrunnlag bidrar til at politikere og andre beslutningstakere får kunnskapsbaserte, gjennomsluttige og sammenlignbare beslutningsgrunnlag når de skal vurdere ulike tiltak.»

Kravet til utredningen er relativt – jo større virkninger, jo mer omfattende bør en utredning være. Utredningen skal være så omfattende og grundig som nødvendig for å gi et godt beslutningsgrunnlag. I veilederen pekes det på tre vurderingspunkter for omfang:

- om tiltaket reiser viktige prinsipielle spørsmål

Boks 7.2 Kunnskap i kriser

Håndteringen av koronapandemien viste tydelig at det i krisesituasjoner er behov for å fortløpende dokumentere og produsere kunnskap om tiltakene som er satt i verk. Det er avgjørende for å kunne vurdere utfordringer og legge grunnlag for å ta gode beslutninger. Selv om utfordringsbildet og tiltak endrer seg raskt i kriser, må det legges til rette for læring. En tverrdepartemental kjernegruppe for kunnskap i kriser ble opprettet i 2022, og to ekspertgrupper utarbeidet rapporter. Den ene gruppen ble ledet av økonomiprofessor Mari Rege ved Universitetet i Stavanger. Gruppen vurderte juridiske og etiske problemstillinger knyttet til innsamling, tilgjengeliggjøring, deling og bruk av data og bruk av randomiserte forsøk i kriser. Den andre gruppen, som ble ledet av seniorforsker Simen Markussen ved Frischsenteret, vurderte effektiv og sikker infrastruktur for deling og bruk av relevant statistikk og data i kriser. Rege-gruppen, som særlig så på kunnskapsproduksjon, viste til at randomiserte forsøk er gullstandarden for å skaffe kunnskap om effekt av tiltak,

men at det er både etiske, juridiske og praktiske grunner til at metoden ikke alltid kan brukes. Et alternativ kan være å gjøre naturlige eksperimenter eller kvasieksperimenter. Rege-gruppen pekte også på at det bør gjøres flere utprøvinger i forvaltningen utenom krisesituasjoner, for å skaffe erfaring. Gruppen anbefalte flere juridiske endringer for å legge til rette for at flere statlige og kommunale tiltak kan prøves (Rege-gruppen, 2023).

Kjernegruppen for kunnskap i kriser har pekt på fire hovedområder for videre arbeid (Regjeringen, 2023):

- I. Kunnskapsberedskap må få en tydeligere plass i norsk beredskapsarbeid.
- II. Departementene bør stimulere til bedre evalueringer, inkludert bedre tilrettelegging for randomiserte forsøk og andre kvasieksperimentelle design.
- III. Rask tilgang til data og forsvarlig viderebruk av data.
- IV. Dataflyten mellom forvaltningsnivåene og kommunene imellom bør bedres.

- hvor vesentlige man forventer at virkningene av tiltakene blir
- hvor mye tid man har til rådighet

I tillegg er det aktuelt å vurdere tilgangen på relevant kunnskap, hvor komplekst problemet og tiltaket er, hvor stor investering tiltaket krever, usikkerhet om framtidige virkninger, hvor irreversibelt tiltaket er, og om tiltaket er kontroversielt og omstridt. Dersom tiltaket har vesentlig nytte eller kostnadsvirkninger, skal det gjøres en samfunnsøkonomisk analyse. Utredningsinstruksen legger et samfunnsperspektiv til grunn, og utredninger skal inkludere virkninger på alle relevante sektorer.

I kommunesektoren setter kommuneloven krav om at saker som er lagt fram for folkevalgte organer, skal være forsvarlig utredet. Framstillingen av saken må inneholde de sentrale faktiske og juridiske forutsetningene for vurderingen. I tillegg skal det juridiske grunnlaget være tilstrekkelig utredet. Hvor omfattende utredningen skal være, er avhengig av en konkret vurdering av blant annet sakens omfang, kompleksitet og tidsaspektet (Prop. 46 L (2017–2018)). Det er også et krav om konsekvensutredning av planer og tiltak,

blant annet for å vurdere vesentlige virkninger for miljø og samfunn, og for befolkningens helse og helseforskjeller i befolkningen.

Folkehelseloven setter også krav til kunnskapsgrunnlag og prosess. Det første steget i det systematiske folkehelsearbeidet, å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, handler om problembeskrivelsen og omfanget av problemet. Gjennom å fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor, må kommunen vurdere hvilke tiltak som er relevante. Folkehelseloven setter ikke spesielle krav til kvaliteten eller til omfanget av kunnskapsgrunnlaget.

Det er egne prosesskrav for regulering av tiltak gjennom lov og forskrift. Disse er generelt regulert i forvaltningsloven både for statlige og lokale reguleringer. Videre kan det være særlige prosesskrav i særlovgivning. I nasjonale reguleringer skal utredningsinstruksen følges. Det er generelt krav om offentlig høring av forslag til endringer før de besluttet. Tiltak som gjennomføres med hjemmel i lov og forskrift, må følge de kravene som følger av hjemmelen. Et eksempel er

smittevernlovens grunnleggende krav til smitteverntiltak (smittevernloven § 1-5).

Etter folkehelseloven § 22 skal statlige myndigheter i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant. Det gjelder blant annet ved innføring av tiltak. I staten skal utredninger følge utredningsinstruksen. Utredningsinstruksen gjelder også ved lov- og forskriftsarbeid. Alle spørsmålene vil imidlertid ikke være like relevante og kreve like grundige vurderinger i alle tilfeller og på alle stadier i lov- og forskriftsprosessen.

Både i kommunesektoren og i staten er kravet til kunnskapsgrunnlaget for beslutninger avhengig av den aktuelle saken. Ofte er det ikke tilstrekkelig kunnskap om problemet, hvilke alternative tiltak som er aktuelle og gjennomførbare, eller om alle virkninger av tiltakene. I noen tilfeller kan det likevel være riktig og nødvendig å beslutte og gjennomføre tiltak under usikkerhet, mens det i andre tilfeller vil være riktig å la være. Når usikkerheten i et kunnskapsgrunnlag vurderes, står valget mellom to alternativer:

1. Å ikke handle (utsette beslutningen) på grunn av usikkerhet fordi en ikke kan ta sjansen på tiltakets uante konsekvenser. Utsettelse kan gi tid til læring og forbedre kunnskapsgrunnlaget.
2. Å handle til tross for usikkerhet fordi en ikke kan ta sjansen på å vente. Gjennomføring kan gi læring hvis effekten evalueres, og slik forbedre kunnskapsgrunnlaget til andre liknende anledninger.

I slike vurderinger med stor vitenskapelig usikkerhet kan føre var-prinsippet komme til anvendelse. Dette er et av de grunnleggende prinsippene for folkehelseloven, og er nærmere omtalt i Prop. 90 L (2010–2011). Erfaringer fra pandemi-håndteringen viste at prinsippet kan brukes og vektlegges på ulike måter i vurderinger, og at det bør brukes med varsomhet i beslutningsprosessen. Hva som til enhver tid er akseptabel risiko, er også avhengig av normer og verdier, og er en del av forholdsmessighetsvurderingen. Det er derfor den konkrete vurderingen av utvikling i usikkerhet og konsekvenser over tid som må være avgjørende, og vurderingen må dokumenteres i beslutningsgrunnlaget.

7.3 Videreutvikle det nasjonale kunnskapssystemet

På folkehelseområdet er kunnskapsutviklingen i hovedsak finansiert gjennom offentlig finansier-

ing, internasjonale organisasjoner og private stiftelser, mens kunnskap om behandling og diagnostikk i stor grad er drevet frem av helseindustri og næringsinteresser. Kunnskap om folkehelseutfordringer, årsakssammenhenger og folkehelse tiltak drives fram av universitets- og høyskolesektoren, i helsesektoren og i kommunene. Det er få økonomiske insentiver eller markedsmekanismer for å utrede og vurdere tiltak med folkehelse som formål. I en ideell prioritering er det ønskelig med flere alternativer som er tilstrekkelig utredet, for å sammenlikne fordeler, ulemper og en samlet avveining av virkningene og samfunnsøkonomiske effekter. Dette fører til et gap mellom tilgjengelig kunnskap og analyser på den ene siden, og forventningen om kunnskap for å utrede og prioritere tiltak på den andre.

7.3.1 Prioritere kunnskapsutvikling om effekt av folkehelsetiltak

Det er behov for mer kunnskap om effekt av tiltak, fordelingsvirkninger av tiltak og kostnads-virkninger av aktuelle tiltak i et samfunnsperspektiv. Kunnskapsutvikling må prioriteres. Det er verken mulig å gjennomføre loddtrekningsforsøk for alle aktuelle tiltak eller å utføre samfunnsøkonomiske analyser for alle alternativer.

For mange folkehelsetiltak kan kunnskap om utfall på mellomliggende utfall (for eksempel antall personer som har deltatt i økt fysisk aktivitet) være et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag når man ikke har informasjon om det siste, harde, endepunktet (f.eks. hjerteinfarkt).

En anbefaling fra Rege-gruppen (2022) var å gjøre flere eksperimentelle studier, se boks 7.2. Det er allerede mulig å gjøre enkelte forsøk av denne typen, blant annet med hjemmel i forsøksloven. Det bør imidlertid vurderes insentivordninger for å gjennomføre flere slike studier. Det bør også legges til rette for slike studier gjennom juridiske endringer. Rege-gruppen anbefalte at det opprettes en veiledningstjeneste for slike studier, med utgangspunkt i et nasjonalt kompetansemiljø. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2025 (Prop. 146 S (2024–2025)) er det bevilget midler til Statistisk sentralbyrå til å opprette en veiledningstjeneste for forsøk i offentlig forvaltning. Tjenesten skal legge til rette for planlegging av forsøk gjennom veiledning om de særlige praktiske, metodiske, juridiske og etiske spørsmål forsøk i offentlig forvaltning kan reise. Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått endringer i helseforskningsloven for å legge til rette for at det i enkelte situasjoner kan gjennom-

føres studier uten samtykke fra hver enkelt som berøres.

Evaluering bør være et krav for større tiltak, og bør brukes systematisk for utvalgte lokale tiltak. Å legge til rette for god evaluering henger tett sammen med utformingen av tiltaket. Evalueringer må planlegges i forkant, blant annet for å kunne dokumentere situasjonen før tiltaket innføres. I Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med systematikk i arbeidet med å fremme barn og unges psykiske helse ble det påpekt at tiltak som settes i verk, bør evalueres for å sikre at utviklingen går i riktig retning, og at tiltakene er ressurseffektive (Helsetilsynet, 2025). Helsetilsynet anbefaler også at Helsedirektoratet

«[...] vurderer å tydeliggjøre evalueringens plass i det systematiske folkehelsearbeidet.»

I forslag til endringer i folkehelseloven er det foreslått en ny bestemmelse om at store nasjonale folkehelseiltak bør effektevalueres. Kommunene bør også ha tilgang til råd og veiledning om hvordan det systematiske folkehelsearbeidet skal evalueres, og hvordan evalueringene kan brukes i egen kommune og i erfaringsutveksling med andre kommuner.

7.3.2 Bedre kunnskap om folkehelseutfordringer

God kunnskap om folkehelseutfordringer er avgjørende for prioriteringsarbeidet. Det er nødvendig å ha kunnskap om årsakssammenhenger, påvirkningsfaktorer og sykdomsbyrde, og om hvordan utfordringene er fordelt i befolkningen. De største utfordringene og påvirkningsfaktorene endrer seg langsomt. Helseovervåking og sykdomsbyrdestudier bidrar til kunnskap om helsetilstanden i befolkningen og om sannsynlig utvikling i årene som kommer. Kunnskapen gir et grunnlag for å beskrive og rangere innsatsområder for folkehelsearbeidet både nasjonalt og lokalt. Oversikten fra løpende overvåking og registerdata gir ikke tilstrekkelig kunnskap, og må suppleres med studier av livskvalitet og helseundersøkelser, slik som fylkeshelseundersøkelser og større kohortstudier.

Selv om mye er kjent om utfordringer og påvirkningsfaktorer, mener utvalget at det er behov for å skaffe ny og mer inngående kunnskap, særlig om sammensatte samfunnsutfordringer. Arbeidet med å analysere og beskrive årsakssammenhenger og påvirkningsfaktorer må drives videre, blant annet ved å legge til rette

for at registerdata kan brukes raskere og enklere for å identifisere folkehelseutfordringer. Beredskapsregisteret Beredt C19 viste at informasjon som samles inn i flere sektorer, kan brukes til å gi ny kunnskap. Utvalget viser videre til det pågående arbeidet med å vurdere hvordan analyseinfrastrukturene for sensitive data ved Universitetet i Oslo, NTNU og Universitet i Bergen kan videreutvikles til en nasjonal infrastruktur. Arbeidet er omtalt i Meld. St. 14 (2024–2025) *Sikker kunnskap i en usikker verden*, og i brev fra Kunnskapsdepartementet til de tre universitetene (Kunnskapsdepartementet, 2025). Målet er å legge til rette for bedre utnyttelse av norske helsedata.

Befolkningsundersøkelser og kohortstudier utfyller kunnskapen fra registre og løpende overvåking. Informasjon fra befolkningsundersøkel-

Boks 7.3 Ungdata

Ungdata er en landsomfattende spørreundersøkelse som kartlegger hvordan ungdom har det, og hva de driver med i hverdagen (Ungdata, u.å.). Undersøkelsen dekker en rekke temaer som skole, fritid, venner, familie, helse, rusmiddelbruk, trivsel og psykisk helse. Målet er å gi et helhetlig bilde av ungdoms livssituasjon og utvikling over tid.

Ungdata-undersøkelsene inneholder ikke direkte personidentifiserbare opplysninger. Undersøkelsene på barne- og ungdomsskolen er anonyme, mens undersøkelsene i videregående skole inneholder indirekte personopplysninger i form av bakgrunnsinformasjon om elevene. Undersøkelsene på videregående skole samler blant annet opplysninger om hvilket utdanningsprogram eleven går på, landbakgrunn/etnisitet, bosituasjon og foreldres tilknytning til arbeidsmarkedet. Dette er data som slettes etter fem år, slik at også disse undersøkelsene blir anonyme.

Det er Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet som har det faglige ansvaret for undersøkelsen, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus). Kommuner og fylkeskommuner har ansvar for praktisk gjennomføring i skolene.

Resultatene fra Ungdata er en nyttig kunnskapskilde for å utvikle og anbefale tiltak og planlegging av tjenester som grunnlag for beslutningstakere.

ser og kartleggingsundersøkelser bør også være tilgjengelig for å sammenstille med registerdata. Tromsøstudien, SAMINOR og HUNT-studien er eksempler på store befolkningsstudier. Det bør utarbeides en strategi for langsiktig finansiering av slike studier og for bedre samordning, bruk og tilgjengeliggjøring av informasjon fra studiene.

Det er også behov for mer kunnskap om hvordan risikofaktorer spiller sammen og fører til folkehelseutfordringer, og hvordan positive faktorer spiller sammen og fremmer helse. Folkehelse tiltak har primært som mål å redusere risikoen for folkehelseutfordringer, ikke å fjerne årsaken. Et sentralt spørsmål er om tiltakene som besluttes, er rettet mot de riktige risikofaktorene, særlig i arbeidet med sammensatte folkehelseproblemer. Det er også behov for andre studier for å få kunnskap om hvordan påvirkningsfaktorer og bakenforliggende årsaker virker sammen.

7.4 Ta kunnskapen i bruk

Til tross for god kunnskap om både folkehelseutfordringer og aktuelle tiltak, kan det være vanskelig for beslutningstakere å få tak i informasjon

og bruke den i beslutninger. Kommunene etterspør kunnskap om folkehelseutfordringer og om effekt av tiltak (Riksrevisjonen, 2015; Helse-tilsynet, 2025). De ønsker særlig kunnskap om lokale forhold og kunnskap som er relevant i lokal kontekst. En rapport som er utarbeidet på oppdrag fra utvalget, viser til at regionale og lokale myndigheter synes det er vanskelig å skaffe til veie informasjon som grunnlag for å prioritere påvirkningsfaktorer der det er størst mulighet for ønskede resultater og kostnadseffektive tiltak (Hofstad, 2025).

Utvalget mener at arbeidet med å tilgjengeliggjøre og ta kunnskapen i bruk både nasjonalt og lokalt, må utvikles videre. Utvalget foreslår at kunnskapen som finnes og er tilgjengelig, brukes bedre. Utvalget foreslår ikke nye metodekrav eller standarder for kunnskapsgrunnlag, men er opptatt av at usikkerhet om virkninger må synliggjøres.

Utvalget foreslår at Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet utvikler sine rapporter videre, slik at de viktigste folkehelseutfordringene kommer tydelig fram, og at det gis en oversikt over effektive tiltak. Kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene må omtales og brukes til å vurdere tiltakene etter kriteriene nytte, kostnad, fordeling og autonomi.

Boks 7.4 Kunnskapsstøtte til bydel Østensjø

Målet med kunnskapsstøttesystemet i Folkehelseinstituttet er å støtte kommunene med kunnskap og informasjon om aktuelle utfordringer og spørsmål – først og fremst knyttet til en prioritering eller en beslutning. Kommunene kan be om støtte fra Folkehelseinstituttet gjennom portalen helsebiblioteket.no eller gjennom annen kontakt.

Et eksempel er samarbeidet mellom Folkehelseinstituttet og bydel Østensjø i Oslo om å utvikle og prioritere folkehelse tiltak og helsefremmende tjenester for voksne i bydelen. Folkehelseinstituttet deltar i prioriteringsprosessen, og bidrar med oppsummert forskning underveis. Målet er å endre i tiltakene i bydelen og at oppslutningen om tiltakene blant innbyggerne dobles fra ca. 2 000 i dag til 4 000 innen utgangen av 2027.

Prosessen der Folkehelseinstituttet bidrar, pågår i seks måneder. Det arrangeres tre samlinger der interesserte aktører er invitert, som for eksempel biblioteket, trossamfunn,

treningssenter, frisklivssentral, bydelsoverlege/kommuneoverlege, avdeling for helse og mestring og andre. Også nabobydeler er invitert. Målet er å få oversikt over status og utfordringsbildet, få kunnskap om effekt og erfaring med tiltakene og prioritere innsatsområder. Utfordringsområdene, prioriteringer og mulige løsninger diskuteres på samlingene.

Seks hovedområder er prioritert: forebygging av ensomhet og sosial isolasjon, tilpassede tilbud for personer med kognitiv svikt (særlig i tidlig fase), støtte og avlastning for pårørende, tiltak innen friskliv, tilbud om fysisk aktivitet og rehabilitering, og tiltak for å spre informasjon om tilgjengelige tilbud.

Statistikk om befolkningen i bydelen og intervjuer med brukere, frivillige, pårørende og tjenesteutøvere ligger til grunn for tiltakene som prioriteres. Folkehelseinstituttet bidrar med oppsummert forskning om aktuelle temaer og tiltak som bydelen vil prioritere.

Kommunesektoren har behov for veiledning og beslutningsstøtte for å finne kunnskap, ta den i bruk i beslutninger og gjennomføre evalueringer. Støtten til kommunene bør også omfatte hjelp til å gjøre lokale vurderinger i kommunenes egen kontekst. Det bør etableres et slik veiledningstilbud, med én dør inn. Folkehelseinstituttet har etablert et tilbud om kunnskaps- og beslutningsstøtte for kommunene, som er tilgjengelig på helsebiblioteket.no. Konseptet er i utvikling, og målet er å bidra med relevant informasjon på utfordringer og spørsmål knyttet til en prioritering eller beslutning. Tilbudet er forankret i Folkehelseinstituttets klynge for vurdering av tiltak, og bygger videre på et tilbud om minimetodevurderinger. Aktiviteten er i hovedsak rettet mot helse- og omsorgstjenesten, men det er også eksempler på støtte til folkehelseiltak, for eksempel samarbeidet med bydel Østensjø i Oslo om fysisk aktivitet i den voksne befolkningen, se boks 7.4.

7.5 Anbefaling om kunnskapsutvikling

Utvalget anbefaler å prioritere kunnskapsutvikling og insentiver for kunnskapsproduksjon om effekt av tiltak, for eksempel gjennom tildeling av forskningsmidler og prioritering av ressurser til fagmiljøer som arbeider med kunnskapsstøtte for

Boks 7.5 Ungsinn

Ungsinn.no er et nettsted med oversikt over virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse, og informasjon om forskningsbasert kunnskap om tiltakenes effekt. Nettstedet er for de som tar beslutninger om tilbud og tiltak i kommuner, tjenester og virksomheter. Det er også en ressurs for de som jobber med anbefalinger om tiltak, og andre som søker kunnskap om tiltak. Ungsinn drives av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord (RKBU Nord) ved UiT Norges arktiske universitet.

Et eksempel er tiltaket Cool Kids, en forebyggings- og behandlingsmetode for barn og ungdom med symptomer på angst. En kunnskapsoppsummering dokumenterer at tiltaket har god effekt. Cool Kids og mer enn 50 andre tiltak er omtalt på Ungsinn.no.

evaluering av folkehelseiltak og effekt av folkehelseiltak. Utvalget anbefaler at det legges større vekt på at forskningsmetoder og effektmål må tilpasses folkehelseiltakenes karakter, og at kunnskapsutvikling om effekt av tiltak må inkludere effekter langs hele årsakskjeden. Det kan ikke kreves det samme nivået på kunnskap, og det kan være behov andre typer metoder for brede og sammensatte befolkningsrettede tiltak, enn for tiltak med mer individrettede intervensjoner og utfall. Utvalget anbefaler at faglige vurderinger av kunnskapen og konteksten tiltaket skal virke i, dokumenteres og vektlegges i beslutningsgrunnlaget. Utvalget foreslår også at kostnadsvirkningsanalyser vurderes for å beskrive samfunnsøkonomiske konsekvenser av tiltak, men peker på at nyttekostnadsvurderinger som er sammenliknbare på tvers av tiltak, bør foretrekkes der det er mulig.

Det bør stilles krav til evaluering av større nasjonale tiltak, slik Stortinget har vedtatt gjennom endringer i folkehelseloven, og gjennomføring av tiltak bør i større grad kobles til prosess- og følgeevaluering. Flere lokale tiltak bør evalueres, og det bør gjennomføres flere forsøk og naturlige eksperimenter. Utvalget mener at det bør legges til rette for flere forsøk på folkehelseområdet, og støtter Rege-gruppens anbefalinger om å etablere et kompetansemiljø i forvaltningen som kan veilede om forsøk, og at det legges bedre til rette for forsøk gjennom regelverket.

Utvalget anbefaler at det etterspørres en mer helhetlig og sammenhengende beskrivelse av folkehelseutfordringer, og tydeligere prioriteringer i faglige anbefalinger om virkemidler og tiltak. Utvalget foreslår at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet utvikler og vedlikeholder en oversikt over effektive nasjonale og lokale tiltak eller tiltakspakker. Utvalget foreslår at en vurdering av kunnskapens kvalitet, gjennomførbarhet og forventet virkning i den aktuelle konteksten inngår oversikten. Det kan også være aktuelt å etablere en tverrsektoriell gruppe med etater og fagmiljøer for å gi arbeidet med utvikling av oversikter og vurderinger av aktuelle tiltak en større bredde.

Utvalget anbefaler å videreutvikle og forbedre etablerte systemer for å dokumentere og ta i bruk kunnskap om folkehelseutfordringer. Utvalget viser til at de nasjonale registrene fra 1. januar 2024 er samlet hos Folkehelseinstituttet, og mener at det gir et stort potensial for å forbedre systemet for innsamling, tilgjengeliggjøring og utnyttelse av data fra helseregistrene og befolkningsundersøkelsene. Utvalget anbefaler at de viktigste befolkningsundersøkelsene sikres en

mer forutsigbar finansiering. Utvalget støtter også det pågående arbeidet med å utvikle en nasjonal analyseinfrastruktur for sensitive data, basert på eksisterende analyseinfrastrukturer ved Universitetet i Oslo, NTNU og Universitet i Bergen.

Videre legger utvalget vekt på at Folkehelseinstituttets kunnskapsproduksjon og faglige rådgivning om årsakssammenhenger, påvirkningsfaktorer og sykdomsbyrde er avgjørende, både for

det nasjonale og det lokale folkehelsearbeidet. Utvalget anbefaler å styrke den operative veiledningen til kommunesektoren fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, i samarbeid med KS og andre aktører. Det bør være én vei inn til veiledning og faglige råd om tolkning og vurdering av lokale folkehelseutfordringer, lokal tilpasning av tiltak og om evaluering av tiltak.

Kapittel 8

Kriterier for prioritering av folkehelseiltak

Utvalget viser til anbefalingen i kapittel 6 om at verdigrunnlaget for folkehelseiltak bør baseres på det overordnede verdigrunnlaget for offentlig politikk. Med utgangspunkt i denne anbefalingen peker utvalget på et sett av prinsipper og hensyn som bør ligge til grunn for utvikling av kriterier og konkrete råd for prioriteringer:

- sammenlikning og prioritering på tvers av tiltak og sektorer
- åpenhet om begrunnelser
- vurdering av samlet nytte av tiltak opp mot de samlede kostnadene
- målet om å redusere sosiale helseforskjeller
- hensynet til autonomi

Utvalget legger vekt på at rammene for prioritering må ta hensyn til at prioritering skjer på tvers av sektorer, og at åpenhet og offentlig debatt har stor betydning for å opprettholde tillit i befolkningen, og legge grunnlaget for gode beslutninger.

Med dette som utgangspunkt anbefaler utvalget følgende kriterier for prioritering av folkehelseiltak: *nytte, kostnad, fordeling og autonomi*. Det er lagt til grunn at prioritering av folkehelseiltak gjøres med utgangspunkt i et samfunnsperspektiv, og for statlige tiltak innenfor rammen av utredningsinstruksen. Utvalget foreslår at kriteriene forankres i folkehelseloven ved justeringer i formålsparagrafen.

Utvalget viser til at det i dag finnes et mangfold av mål, prinsipper og til dels kriterier i lovverk og instruksjoner og veiledninger, men at det er behov for en samlende struktur. De fire kriteriene er ment å gi en felles og lett tilgjengelig innramming. Kriteriene skal også bidra til å rette opp svakheter der eksisterende veiledning har mangelfull drøfting av avveininger knyttet til autonomi, både for tiltak på kommunalt og statlig nivå.

I dette kapittelet beskrives først eksisterende krav og retningslinjer for vurdering av folkehelseiltak og helsekonsekvenser, og hvordan offentlige tiltak generelt vurderes og prioriteres. Videre drøfter utvalget behovet for å etablere egne krite-

rier for folkehelseiltak, og legger fram et konkret forslag til hvordan disse kan utformes.

8.1 Prioritering av folkehelseiltak i dag

Politiske beslutninger dreier seg om fordeling av byrder og goder. Tjenester ytes og stønader tildeles for innbyggerne. Godene må finansieres og byrdene fordeles gjennom verdimessige avveininger og politiske prioriteringer. Reguleringer som forbyr eller påbyr visse typer atferd, innebærer også en fordeling av byrder og goder, og er på samme måte et resultat av verdimessige avveininger.

Rammene for slike verdimessige avveininger kan i noen tilfeller være presist angitt i lover. Folkestrygdloven bestemmer i detalj hvem som har rett til alderspensjon, og til hvor mye. Alle verdimessige avveininger om for eksempel minstenivå er bestemt på forhånd ved at Stortinget har fastsatt prioriteringsregler ved presise lovformuleringer. I andre tilfeller vil utmålingen av tjenester og ytelser i større grad være basert på skjønnsmessige vurderinger. Tjenester etter sosialtjenesteloven skal være «forsvarlige». Pasienter og brukere har rett til «nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen». Nærmere operasjonalisering er i noen tilfeller avklart i lovens forarbeider, ved domstolbeslutninger eller ved avklaring i et klageorgan, for eksempel Statsforvalteren. I mange tilfeller vil standardkravene for tjenester utvikle seg over tid, i takt med faglig utvikling.

Andre tiltak vil i mindre grad være forhåndsbestemt ut fra lover eller standarder. Store beslutninger om utvikling av infrastruktur, som veier eller jernbanestrekninger, er beslutninger som ikke følger av lovreguleringer, men må fattes av politiske organer. Forvaltningens ansvar er å legge til rette for at slike demokratisk baserte beslutninger gjøres på et informert grunnlag. Det forutsetter informasjon om konsekvensene av ulike valg, tilskattede og utilskattede, positive og

negative, og for befolkningen som helhet og fordelt på ulike grupper.

Politiske prioriteringer skjer også gjennom utvikling av nytt regelverk eller eksisterende regelverk knyttet til tjenester, ytelser eller andre reguleringer. Legitimiteten ivaretas ved forankring i folkevalgte organer, det være seg kommunestyre, fylkesting eller Stortinget. Forvaltningens oppgave er å legge til rette for informerte beslutninger om slike regler for prioritering av samfunnets ressurser, det vil si å fordele byrder og goder.¹

Kort oppsummert vil presise føringer i lovbestemmelser og annet regelverk være et effektivt virkemiddel for å styre fordelingen av goder og byrder på et område. Kriterier som beskriver hvordan hensyn skal ivaretas, gjerne fastslått i lovs form, kan også virke styrende. Det vil imidlertid generelt være behov for veiledning om hvordan kunnskap skal anvendes, og hvordan virkninger skal avveies. Utvalget har dette perspektivet som utgangspunkt for vurderingene av og anbefalingene om å forbedre styringssystemet for prioritering av folkehelseiltak.

8.1.1 System for prioritering av folkehelseiltak

Lov og forskrift

Det er mange lover som har som formål å ivareta sentrale folkehelsehensyn. Et eksempel er folkestrygdloven som i § 1 (formålsparagrafen) både skal bidra til økonomisk trygghet, utjevning av inntekt og levekår, og gi hjelp til selvhjelp. Derne er det en mengde lover som direkte regulerer atferd og produkter som kan påvirke folks helse (som alkoholloven og strålevernloven). Videre finnes det forskrift om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger og byggeforskrifter som har integrert helsehensyn i krav til lysforhold og utsyn.

Folkehelseloven setter opp generelle mål for folkehelsearbeidet i kommunene, hvilke hensyn som må vurderes, og prosesser for slike. Sentralt står målet om å fremme folkehelsen og bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller.² Folkehelseloven bygger på et premiss om at det må gjøres

avveininger mellom helsehensyn og andre viktige samfunnshensyn. Det er understreket at dette ikke betyr at helsekonsekvensene skal tillegges større vekt enn andre viktige samfunnsmessige hensyn (Prop. 90 L (2010–2011), s. 73).

Veiledning

Sentrale myndigheter gir veiledning om folkehelseiltak både på statlig og kommunalt nivå. Helsedirektoratets veileder fra 2024, *Virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser – temaveileder til utredningsinstruksen*, legger samfunnsperspektivet til grunn, og bygger på prinsippene og hovedtilnærmingen i utredningsinstruksen. Om målsettinger for politikkutforming sies det blant annet:

«Målformuleringene skal være rettet mot målgruppene en ønsker å endre situasjonen for og eventuelle påvirkninger for samfunnet.» (s. 13)

Veilederen viser til at de nasjonale rammene for folkehelsearbeidet blant annet innebærer:

«[D]e fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeid; utjevne sosiale helseforskjeller, «helse i alt vi gjør/helse i all politikk», bærekraftig utvikling, føre-var-prinsippet og medvirkning (Prop. 90 L, 2010–2011 (regjeringen.no)).» (s. 13)

Veilederen gir videre konkrete råd om hva en bør få fram som grunnlag for en beslutning når helseeffekter skal vurderes, både forventede positive og negative virkninger, direkte og indirekte.³ Det vektlegges å utrede hvordan strukturelle faktorer vil kunne virke inn på vilkårene for gode helse og livskvalitet. Det vises til at virkninger skal ses på i et livsløpsperspektiv, hvordan tiltaket påvirker personer i ulike aldre og livsomstendigheter. Veilederen inneholder også en del råd om virkninger for ulike grupper og håndtering av dette. Det legges blant annet vekt på at en ved utforming av tiltak må være bevisst at noen grupper i samfunnet

¹ Forholdet mellom faglige og rettslige vurderinger og politiske beslutninger kan være krevende og kan skifte over tid. Makt- og demokratiutredningen (2003) mente det hadde skjedd en forskyvning av makt fra folkevalgte organer til rettsorganer og fristilte virksomheter. Med utgangspunkt i St. meld. nr. 17 (2004–2005) *Makt og demokrati* kan det hevdes det ikke vil være hensiktsmessig med politisk detaljstyring av økonomien, og at mer overordnet politisk styring kan realisere målsettingene for folkestyret om effektiv utnyttelse av samfunnets ressurser og bedre tjenester.

² Begrepet «sosiale helseforskjeller» viser til ulikhet i helse som følger sosiale skillelinjer (sosioøkonomiske faktorer som utdanning, yrke, og inntekt eller kjønn, etnisitet og funksjonsevne). Faktorer som påvirker helse og som er sosialt ulikt fordelt, bidrar til å skape sosiale helseforskjeller.

³ Veilederen har angitt verdier på et statistisk leveår (Value of Statistical Life Years) som økonomisk måleenhet for verdien av sparte leveår. Veilederen anbefaler bruk av disse som en felles måleenhet, i tilfeller der det er mulig å måle helseutfall, for å gjøre det mulig å sammenlikne tiltak og prioritere på tvers av sektorer.

Tabell 8.1 Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen

	Årsakenes årsaker	Årsaker	Effekt
Befolkningsstrategier	Oppvekst, arbeid, økonomi	Arbeidsmiljø, bomiljø, matvarepriser	Helsetjenester
Høyrisikostراتيجier	Inntektssikring	Målrettede livsstilstiltak	Målrettede helseiltak

Kilde: Helsedirektoratet, 2023b

kan bli påvirket av tiltaket i større grad enn andre, eller på en annen måte, enn det som i utgangspunktet var tiltenkt.

Helsedirektoratet har også utgitt veiledere for lokale folkehelseiltak. *Veileder i systematisk folkehelsearbeid* (Helsedirektoratet, 2020) gir blant annet veiledning om kommunenes ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, slik at kommuner får et tydelig bilde av lokale helseutfordringer i den enkelte kommune. Veilederen omtaler kommunens ansvar for å fremme befolkningens helse.

Videre har Helsedirektoratet en veileder for *Lokalt folkehelseiltak – veiviser for kommunen* (Helsedirektoratet, 2023b) som består av noen overordnede prinsipper for utformingen av tiltak. Prinsippene går ut på at det trengs brede, befolkningsrettede strategier – tiltak som når alle – i tillegg til tiltak som er spesifikt rettet mot høyrisikogrupper. Høyrisikostراتيجier alene vil ikke være tilstrekkelige. Videre må tiltak rettes mot alle ledd i årsakskjeden som fører til sosial ulikhet i helse. Ikke minst er det viktig med innsats rettet mot grunnleggende, sosiale årsakene til helseforskjeller.

Rådene bygger på det som omtales som forebyggingsparadokset. Tiltak rettet mot store befolkningsgrupper har ofte lav forventet effekt for den enkelte. Men antallet personer som påvirkes, er så stort at den samlede effekten blir større enn ved spissede tiltak rettet mot høyrisikogrupper med færre individer. Det vil si at den største effekten på befolkningsnivå oppnås ved universelle strategier og tiltak som treffer bredt.

Veilederen for lokale folkehelseiltak omfatter områdene: alkohol, fysisk aktivitet, seksuell helse, tobakk, ernæring, bolig, arbeid, økonomi og psykisk helse og livskvalitet. På hvert område gis det konkret veiledning med råd, praktisk informasjon om tiltaksutforming og begrunnelse, både ut fra faglige vurderinger og aktuelt regelverk. Boks 8.1 viser hvordan råd om tiltak mot tobakksbruk er utformet.

Veiviseren i lokalt folkehelsearbeid veileder om og oppmunttrer til folkehelsearbeid, men den legger i begrenset grad vekt på hvilke avveininger som bør gjøres ved en prioritering, og hvilke prinsipielle vurderinger som bør gjøres for tiltak som berører den enkeltes autonomi.

Boks 8.1 Råd om tiltak mot tobakksbruk i kommunen

Et mulig tiltak i Helsedirektoratets veileder om tobakksbruk er at kommunen som arbeidsgiver og virksomhetseier kan forby tobakksbruk (Helsedirektoratet, 2023b). Tiltaket er nærmere spesifisert som at kommunen kan forby røyking, eventuelt også snusbruk, i sine virksomheter og/eller i arbeidstiden.

Innføring av tobakksfri kommune kan gjøres av rådmann, og trenger ikke politisk vedtak. Veilederen viser likevel til at en bred beslutningsprosess med involvering av tillitsvalgte eller ansatte og politisk behandling gjør at flere blir hørt, og gir bedre eierskap til prosessen. Det øker muligheten for at vedtaket blir tatt godt imot.

Veilederen viser til at vanlige begrunnelser for slik regulering av bruk av tobakk er

- hensynet til medarbeidernes helse
- hensynet til kommunens tjenestemottakere
- kommuneansattes funksjon som rollemodeller
- ønsket om å være en helsefremmende virksomhet
- redusert sykefravær
- økt produktivitet

Veilederen anbefaler at kommunen vurderer om forbudet skal gjelde både røyking og snusbruk, og om forbudet skal gjelde i hele arbeidstiden, eller bare på kommunens eiendom.

8.1.2 Utredningsinstruksen for tiltak i staten

Alle tiltak som vurderes gjennomført av staten eller på oppdrag for statlige forvaltningsorganer, skal utredes i tråd med krav fastsatt i utredningsinstruksen. Instruksen gjelder ikke for kommunesektoren. Den er en intern instruks fastsatt av Kongen i statsråd, som i utgangspunktet bare har rettslig betydning internt i forvaltningen. Det betyr at lover og forskrifter som regulerer krav til beslutninger, går foran utredningsinstruksen. Dette kan være aktuelt for krav til beslutninger innen helsetjenesten, for eksempel når det gjelder prioriteringskriterier som kan være direkte regulert i lov og forskrift.

Utredningsinstruksen har fastsatt minimumskrav til utredninger i form av seks spørsmål som skal besvares. Se omtale av kravene i boks 8.2. Hovedformålet med spørsmålene er at det skal gjøres en vurdering av hva som er problemet, hvordan det kan løses, og hva som er konsekvensene av alternative tiltak. Kravene til grundighet og omfang i vurderingene avhenger av hvor omfattende tiltaket er (forholdsmessighet). For tiltak som forventes å gi vesentlige nytte- og kostnadsvirkninger, skal det gjennomføres en samfunnsøkonomisk analyse.

Utredningsinstruksen skal styrke det faglige grunnlaget for anbefalinger som gis inn i den politiske prosessen. Ifølge veilederen til utredningsinstruksen er hovedregelen at det tiltaket som vurderes å gi størst samlede positive virkninger i forhold til samlede negative virkninger for sam-

funnet, skal anbefales. Dette gir et konsekvensetisk utgangspunkt for vurderingene. Ved revisjonen av utredningsinstruksen høsten 2024 ble det tilføyd at instruksen skal legge til rette for «tilstrekkelig utredning av forholdet til Grunnloven og Norges folkerettslige forpliktelser, herunder menneskerettighetene» (Endring i utredningsinstruksen, 2024).

Utredningsinstruksen stiller også krav om å vurdere om et tiltak reiser prinsipielle spørsmål. I veilederen står det at hvis et tiltak har virkninger som kommer i konflikt med ett eller flere prinsipper, kan utredningen måtte konkludere med at tiltaket ikke kan gjennomføres, uansett hvilken positiv verdi det ellers måtte ha.

Beskrivelsen av prinsipielle spørsmål i utredningsinstruksen legger opp til at det kan være absolutte begrensninger for tiltak, for eksempel rettigheter, og at en ikke utelukkende skal vektlegge konsekvenser.

8.1.3 Bruk av økonomiske analyser i beslutningssituasjoner

Utredningsinstruksen stiller krav om at samfunnsøkonomiske analyser skal gjennomføres når et tiltak forventes å ha vesentlige virkninger. Slike analyser gir et metodisk rammeverk for å avveie nytte- og kostnadsvirkninger gjennom tallfesting og verdsetting der det er mulig og rimelig, og synliggjøre, beskrive og vurdere konsekvenser som ikke kan prissettes (ikke-prissatte virkninger). Samfunnsøkonomiske analyser som gjøres på tvers av sektorer og beslutningsnivåer, kan bidra til mer lik håndtering av virkninger på tvers av sektorer.

Det finnes flere typer økonomiske analyser, og hvilken analyseform man velger vil kunne påvirke muligheten til å vurdere tiltakets samfunnsøkonomiske lønnsomhet. I økonomiske analyser er det rom for å vurdere virkninger når prissatte størrelser ikke er tilgjengelige eller ønskelige. Denne formen for samfunnsøkonomisk analyse kalles for kostnadsvirkningsanalyse. Det følger av Finansdepartementets rundskriv R-109/2021 at kostnadsvirkningsanalyser ikke gir grunnlag for å rangere tiltakene etter samfunnsøkonomisk lønnsomhet, men at informasjon likevel kan være verdifull for beslutningstakerne.

Når de sentrale nyttevirkningene vurderes systematisk som ikke-prissatte virkninger, vil slike analyser i praksis utgjøre en nytte-kostnadsanalyse med ikke-prissatte nyttevirkinger. I slike tilfeller kan det vurderes om en likevel har tilstrekkelig faglig grunnlag for å rangere tiltak etter lønnsomhet.⁴

Boks 8.2 Utredningsinstruksen

Formålet med utredningsinstruksen er å legge et godt grunnlag for beslutninger om statlige tiltak, som for eksempel reformer, reguleringer og investeringer. Instruksen har minimumskrav i form av seks spørsmål som skal besvares i alle utredninger:

1. Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
2. Hvilke tiltak er relevante?
3. Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
4. Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
5. Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
6. Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

Boks 8.3 Samfunnsøkonomiske analyser – tre poenger

Poeng 1 Brede virkningsvurderinger:

Analysene er ment å få fram brede virkninger, og inkluderer derfor både økonomisk baserte verdier og ikke-materielle verdier (som helse og verdsetting av sosial kontakt). Virkninger i alle sektorer skal inngå – det gjelder både intenderte og ikke-intenderte nyttevirkninger og kostnadsvirkninger. Ikke-prissatte virkninger skal også inkluderes for å bidra til en samlet vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

Et eksempel innen folkehelsefeltet er Holden-utvalget som gjorde samfunnsøkonomiske analyser av smitteverntiltak under pandemien, blant annet samfunnskostnadene ved å begrense smitte. Gruppen vurderte blant annet velferdstapet ved karantene og dermed tapt sosialt samvær, læringstap ved skolestenging og tapt økonomisk aktivitet opp mot unngåtte tap av kvalitetsjusterte leveår ved sykdom og død (helsenytte) (Holden-utvalget, 2020a, 2020b, 2021, 2022).

Poeng 2 Tilpasninger

Analysene er tilpasset felles og praktiske forutsetninger for beregninger som gjør det lettere å sammenlikne tiltak.

Et eksempel på praktisk tilpasning er bruken av nasjonale gjennomsnitt for å verdsette reise-

tid. Det betyr at tidskostnader ikke reflekterer regional inntektsulikhet og det gjør det mulig og rimelig å sammenlikne virkninger på reisetid ved prosjekter i ulike deler av landet. Et annet eksempel er verdsetting av statistisk liv, som gjøres uavhengig av om risikoen er selvvalgt eller ikke. Det betyr at kostnadene ved tap av liv i trafikken ikke har fratrekk for selvvalgt høy fart, noe som kunne vært et mulig utgangspunkt i en teoretisk basert samfunnsøkonomiske analyse.

Poeng 3 En del av et samlet beslutningsgrunnlag

Samfunnsøkonomisk lønnsomhet er ikke et normativt uttrykk for samfunnets velferd, men et uttrykk for om samlet betalingsvillighet er høyere enn de samlede kostnadene. Tiltak blir belyst og rangert ut fra betalingsvillighet. Betalingsvillighet avhenger blant annet av betalings-evne, det vil si varierer med inntekt og formue. Fordelingsvirkninger ses bort fra i måten samfunnsøkonomiske lønnsomhetsanalyser utføres på i Norge, men de belyses separat fordi fordeling har betydning for faktiske beslutninger.

I praksis har samfunnsøkonomiske analyser ofte som formål å være en del av et større beslutningsgrunnlag, sammen med omtale av fordelingsvirkninger og eventuelt også drøfting av prinsipielle hensyn og målvurderinger.

For at samfunnsøkonomiske analyser på en hensiktsmessig måte skal kunne legges til rette for politiske verdivalg, er det viktig å forstå hvordan analysene utformes og hvordan de er ment å inngå i et beslutningsgrunnlag. Se boks 8.3 for en drøfting av hvordan samfunnsøkonomiske analyser er tilpasset, for å bidra til gode demokratiske beslutninger.⁵

Økonomiske og andre faglige analyser kan ha forskjellig betydning i ulike beslutningssituasjoner. Ekspertgruppen som gjennomgikk perspektiv i prioritering, vurderte hvordan beslutningssituasjonen er i vanlig utredningsarbeid, og hvordan den kan være i helsetjenesten:

«Rammeverket for utredning i offentlig sektor er lagt opp slik at analysene kan bidra til et best mulig informasjonsgrunnlag for beslutningstageren, uavhengig av beslutningstagerens politiske og etiske syn. [...] Generelt vil prioriteringen av hvilke prosjekter som skal gjen-

⁴ Se kapittel 3.5 i Veileder i samfunnsøkonomiske analyser (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring 2023).

⁵ I boken «The Machinery of Government» fra 2020 (kap. 5) presenterer den politiske filosofen Joseph Heath en argumentasjon for bruk av samfunnsøkonomiske analyser i staten. Han setter opp begrepsparet «bald» (bar eller direkte) og «embedded» (forankrete eller som del av et system) om ulike tilnærminger til samfunnsøkonomiske analyser. Mens «bald» er analyser som beskrives i enkle lærebøker som abstrakte beslutningsprosedyrer, og som ser bort fra den institusjonelle beslutningsprosessen, er «embedded» analyser som i større grad kan tilpasse analysen til konteksten, og inngå i et beslutningssystem som ivaretar ulike hensyn.

nomføres, gjøres av demokratisk ansvarlige politikere i en politisk prosess i etterkant av utredningen og gi utslag på for eksempel kommune- eller statsbudsjettet. Det betyr at analysen fungerer som en beslutningsstøtte, med formål om å bidra til en god og opplyst beslutning. Det kan føre til at prosjekter som er lønnsomme [...] ikke nødvendigvis vil bli prioritert fordi beslutningstakeren vektlegger andre hensyn [...].»

(Ekspertgruppen om perspektiv i prioritering, 2024, s. 71)

Det er også mulig å avklare prioriteringskriterier på forhånd, slik at de danner en beslutningsregel for forvaltningen. Beslutninger kan da tas direkte av forvaltningen på bakgrunn av analyser som viser hvorvidt et tiltak tilfredsstiller kriteriene. Da må det være lovregler eller ordninger som gir hjemmel for tildeling av ytelser, gitt at analyser viser at kriteriene er tilfredsstilt. Dermed blir slike analyser ikke lenger beslutningsstøtte for politiske beslutninger, men direkte beslutningsverktøy. Et eksempel på dette er systemet for opptak av legemidler på blå resept i folketrygden. Gitt at legemiddelet gir tilstrekkelig helsegevinst opp mot ressursbruk og vurdert ut fra alvorlighet, har Direktoratet for medisinske produkter fullmakt til å inkludere et legemiddel på blå resept. Denne forhåndsbestemte fullmakten innebærer også at en kan pådra økte utgifter knyttet til dette legemiddelet, innenfor en ramme på 100 millioner kroner årlig.

8.2 Videreutvikling av prioriteringsverktøy

Folkehelsearbeidet må synliggjøre hvilke effekter tiltak har på helse, uavhengig av sektor. Arbeid for å fremme folkehelse krever bredde i tilnærmingene. Det betyr at gevinster og kostnader ved et tiltak må forstås bredt. Samtlige virkninger, både tilsiktede og utilsiktede, må klarlegges og telle med i vurderingene. Tiltak som fremmer folkehelsen, vil for eksempel også kunne ha positive virkninger for utdanningsfeltet og arbeidslivet mer generelt.

I arbeidet med prioritering av folkehelse er ikke helse den eneste verdien som det skal tas hensyn til. I et samfunnsperspektiv må alle forhold og verdier inngå i en samlet avveining. Et uttalt mål for folkehelsearbeidet er å prioritere tiltak som kan utjevne sosial ulikhet i helse, med andre ord de helseforskjellene som er sosialt

skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med (Prop. 90 L (2010–2011)).

Eksisterende mål og veiledninger ivaretar viktige hensyn i folkehelsearbeidet, og vektlegger brede vurderinger. En utfordring er likevel at rammeverket for prioriteringer blir uoversiktlig og for lite tydelig, og at det kan være viktige hensyn som ikke – eller i varierende grad – blir ivare tatt. Det er forskjellige tilnærminger for tiltak på kommunalt nivå og på statlig nivå. Selv om folkehelseloven gjelder både for stat og kommune, blir det forskjeller i veiledninger og retningslinjer for arbeid med tiltak som påvirker folkehelsen. Mens statlige tiltak har en veileder med utgangspunkt i utredningsinstruksen, blir veiledning om lokalt folkehelsearbeid gitt i form av egne veiledere fra Helsedirektoratet. Videre har veiledere, både for statlige tiltak og lokale tiltak, mangler knyttet til veiledning og råd om vektlegging av autonomi og verdien av å bestemme over eget liv og egen helse.

8.2.1 Kriterier for folkehelsearbeid

Utvalget foreslår egne kriterier for folkehelsearbeid for å fange opp de brede og langsiktige hensynene som bør ligge til grunn for dette arbeidet. Utvalget legger til grunn et samfunnsperspektiv for tiltak innen folkehelsearbeidet, ut fra et mål om å fremme både nåtidig og framtidig folkehelse, og foreslår følgende kriterier:

- *Nytte*: Tiltakenes effekt på folkehelsen, faktorer som påvirker folkehelsen, og annen samfunnsnytte. Et tiltaks prioritet øker i tråd med forventet nytte av tiltaket.
- *Kostnad*: Tiltakenes ressursbruk og andre samfunnskostnader. Et tiltaks prioritet øker jo mindre kostnader og ressurser tiltaket krever.
- *Fordeling*: Fordeling av tiltakenes nytte og kostnad på ulike grupper. Et tiltaks prioritet øker i tråd med tiltakets utjevning av sosiale helseforskjeller.
- *Autonomi*: Begrensninger som tiltakene legger på den enkelte. Et tiltaks prioritet reduseres jo mer begrensende tiltaket er.

Bruken av kriterier som et verktøy for prioritering av tiltak er inspirert av prioriteringssystemet i helsetjenesten. I helsetjenesten er det, gjennom en langvarig prioriteringsdebatt, blitt etablert egne kriterier som gjelder prioriteringer, både på statlig og kommunalt nivå: *nyttekriteriet*, *ressurskriteriet*, og *alvorlighetskriteriet*. I figur 8.1 vises en sammenlikning av kriterier for prioriteringer

av folkehelseiltak som det foreslås av utvalget, og kriteriene for prioritering av helsetjenester.

Etter utvalgets vurdering ser kriteriene for helsetjenesten ut til å ha bred aksept innenfor et verdimessig og faglig fellesskap i helsetjenesten. Klinisk medisin og medisinsk etikk har utviklet seg slik at personer med mest alvorlig sykdom, blir høyest prioritert, jf. alvorlighetskriteriet. På den annen side påpekte ekspertgruppen om tillit til prioriteringer (2024) at det finnes forskning og erfaring som tilsier at helsepersonell har for lite kunnskap om og kompetanse innen prioritering. Spesielt gjelder det spesifikk kunnskap om prioriteringskriterier og prosesser og gode strategier for praktisk prioriteringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.

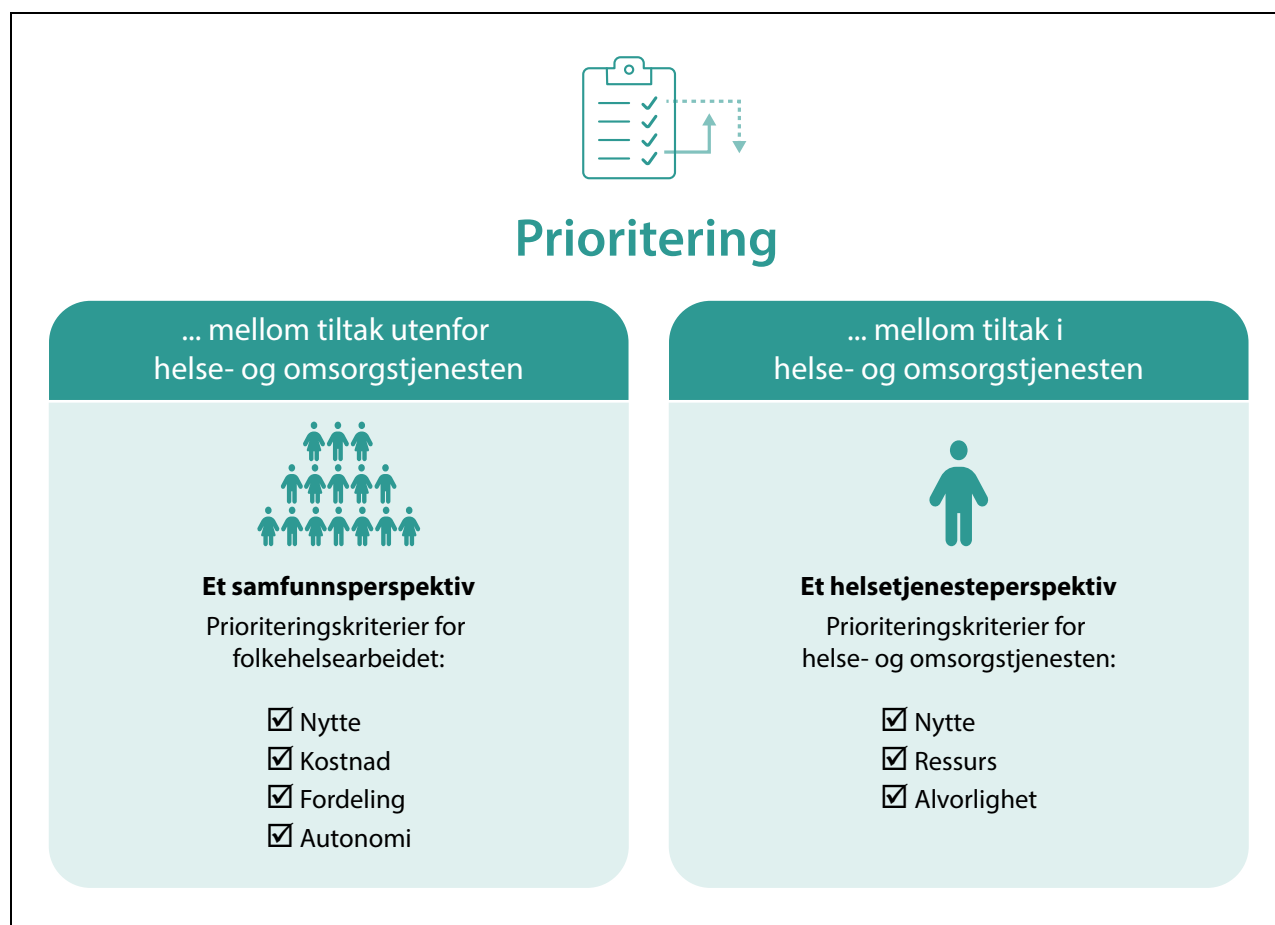
Norheim (2018) har argumentert for at det er behov for et mer enhetlig prioriteringssystem for folkehelsearbeidet, og at kriteriene for prioritering bør klargjøres. Han viser til at kriteriene nytte og ressursbruk i helsetjenesten er godt etablert og godt begrunnet, og de er også egnet for prioritering mellom folkehelseiltak. Videre argumenterer han for at alvorlighetskriteriet ikke er så egnet for prioriteringer innen folkehelse. Han peker på en spenning mellom populasjonsetikk

som vektlegger statistiske liv, og tradisjonell individrettet medisin og etikk som vektlegger risiko og høy alvorlighetsgrad:

«En forenklet forståelse av alvorlighetskriteriet, ett av våre tre kriterier for prioritering, kan trekke i samme retning. Jo mer alvorlig syk og jo nærmere døden en pasient er, jo høyere prioritet skal hun eller han ha. Fra et folkehelseperspektiv kan ikke dette være riktig.»

Ifølge Norheim kan det på denne bakgrunn være hensiktsmessig å reformulere det tredje kriteriet i tråd med målet i folkehelseloven om reduksjon av sosial ulikhet i helse, men samtidig beholde oppbyggingen og den underliggende logikken. Norheim foreslår at de tre kriteriene for prioritering innen folkehelsearbeidet kan være nytte, ressursbruk og velferden for de dårligst stilte.

Utvalget er enig med Norheim i at det er behov for et mer enhetlig prioriteringssystem for folkehelsearbeidet. Et alternativ til å formulere et sett med nye kriterier som Norheim foreslår, kan være å styrke eksisterende veiledning om avvei-



Figur 8.1 Kriterier for prioriteringer i helsetjenesten og på folkehelseområdet

ningene som kreves for å vurdere nytte, kostnader, fordelingsvirkninger og prinsipielle hensyn ved bruk av de samme kriteriene. Utvalget mener imidlertid at denne strategien ikke vil gi tilstrekkelig tyngde på tvers av forvaltningsnivåer, eller klarhet for den videre utviklingen av prioriteringsarbeidet for folkehelse.

Kriteriene utvalget anbefaler, nytte, kostnad, fordeling og autonomi, er utdypet under punkt 8.2.3. Som Norheim legger utvalget vekt på reduksjon av sosial ulikhet i helse, men foreslår kriteriet uttrykt som fordeling, heller enn hensyn til de dårligst stilte. I tillegg legger utvalget til et kriterium til, nemlig autonomi. Utvalget gjør først en vurdering av hensikten med kriteriene og i hvilken grad de kan være viktige for å gi et mer helhetlig og konsistent grunnlag for folkehelseprioriteringer.

8.2.2 Vurdering av behovet for kriterier

Utvalgets vurdering er at utvikling av et oversiktlig sett med kriterier kan øke forståelsen av hva som bør inkluderes i et beslutningsgrunnlag for prioritering. Målet er å vise at et beslutningsgrunnlag ikke trenger å være komplekst, fagspesifikt eller ressurskrevende.

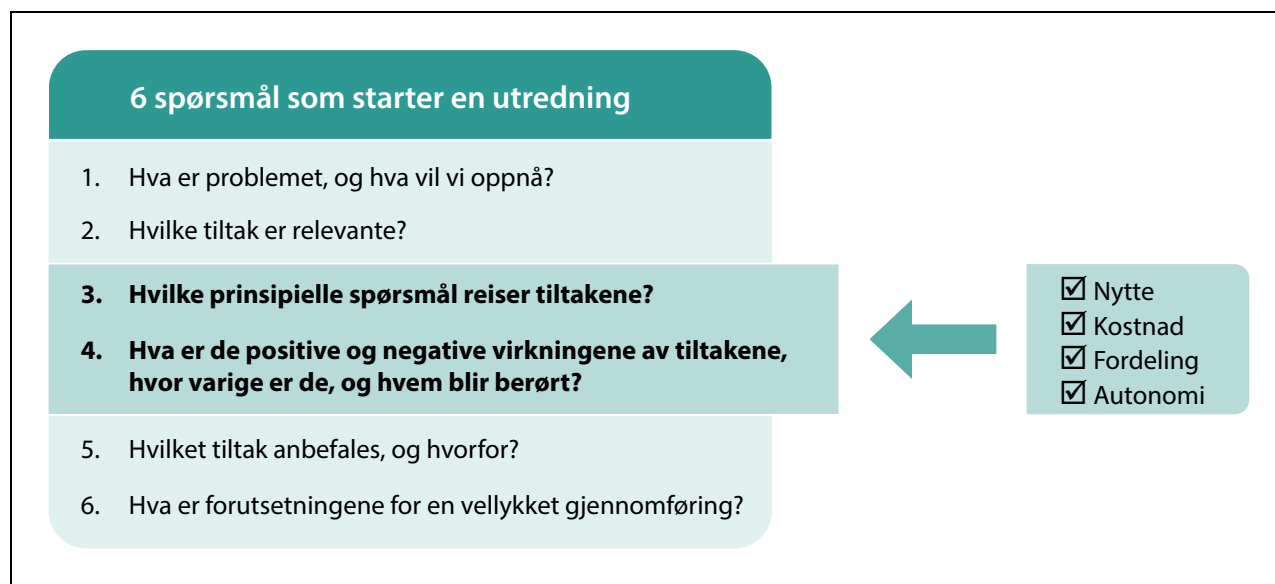
Ved utvikling av nye kriterier for folkehelse tiltak vil det være viktig å skille kriteriene tydelig fra helsetjenestens kriterier. Kriteriene for folkehelse tiltak tar utgangspunkt i et samfunns perspektiv, mens kriteriene i helsetjenesten har et såkalt utvidet helsetjenesteperspektiv. Det betyr at for folkehelse tiltak omfatter «nytte» alle positive virkninger på velferd i samfunnet, og «kostnad»

omfatter alle typer samfunnskostnader. I helsetjenesten omfatter «nytte» kun helseeffekt og «ressurs», i hovedsak kostnader på sektorens budsjetter. Å etablere kriterier tilpasset folkehelseprioriteringer, kan bidra til å framheve forskjellen mellom prioritering i helsetjenesten og det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Utvalget ønsker at kriteriene skal fungere som et bindeledd mellom fagmiljø innen helsesektoren og andre sektorer. Folkehelsearbeid retter innsatsen mot hele befolkningen eller befolkningsgrupper, ikke mot enkeltindividers helse. Videre legger utvalget vekt på at et felles kriteriesett for kommunale og statlige tiltak vil øke mulighetene for helhetlige vurderinger og bidra til sammenlikning på tvers av forvaltningsnivåene. I tillegg er det lagt vekt på å operasjonalisere kriteriene på en måte som legger til rette for bruk på tvers av sektorer. Kriteriene er derfor utformet nært opp til utredningsinstruksens krav.

Innholdet i kriteriene er i stor grad hentet fra formålsparagrafen i folkehelseloven og veilederen fra Helsedirektoratet (2024a). Kriteriene skal fungere som bindeleddet mellom ulike lover og veiledninger på området. Utvalget mener det vil ha en verdi å gi prioriteringer en ny forankring som favner på tvers av kommunale og statlige tiltak, og framheve noen aspekter som i dag ikke har en tydelig plass i etablerte veiledere.

Det nye med kriteriene er at autonomi framheves som et sentralt hensyn. Utvalget ønsker å øke bevisstheten om prinsipielle spørsmål knyttet til enkeltmenneskers autonomi, sist aktualisert med inngripende smitteverntiltak under pande-



Figur 8.2 Utredningsinstruksen og folkehelsekriteriene

mien. Denne type problemstillinger er, etter utvalgets vurdering, ikke tilstrekkelig drøftet verken i veilederen fra Helsedirektoratet eller i utredningsinstruksen (Helsedirektoratet, 2024a; Utredningsinstruksen, 2016).

Figur 8.2 illustrerer hvordan kriteriene kan arbeides med og ses i sammenheng med utredningsinstruksens krav i form av seks spørsmål. Kriteriene gir en struktur til spørsmål 3 og 4. Selv om instruksen kun gjelder for statlige tiltak, er framgangsmåten og spørsmålene relevante i et prioriteringsarbeid på alle nivåer. Ved vurdering av folkehelseiltak bør også utgangspunktet være å vurdere alternative tiltak for å løse en definert folkehelseutfordring. I rangeringen av mulige tiltak rettet mot et problem, er kriteriene ment å fungere som støtte og «huskeregel» ved utarbeidelse av beslutningsgrunnlag.

Det er et ønske å koordinere beslutningsgrunnlag på tvers av sektorer, hvor alle har det samme samfunnsperspektivet. Dersom målet med skolefrukt er bedre skoleprestasjoner, bør ikke metoden for å lage et beslutningsgrunnlag være annerledes enn om hovedmålet var bedre helse og livskvalitet i befolkningen.

Utvalget vil peke på at et sett med kriterier ikke vil endre praksis alene, men må virke sammen med andre etablerte virkemidler på folkehelseområdet. Utvalget foreslår at kriteriene lovfestes. Det vil være nødvendig å vurdere hvordan dette samspillet mellom virkemidler vil fungere, og hvilke systemer, regler og insentiver som må være plass, for at kriteriene faktisk blir tatt i bruk.

Utvalget foreslår at kriteriene forankres i folkehelseloven, som grunnlag for prioriteringer, ved justeringer i formålsparagrafen, § 1, forslag til utvidelse fra utvalget kursivert:

«Formålet med denne loven er å bidra til en bærekraftig samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder livskvalitet og gode sosiale og miljømessige forhold og som utjevner sosiale helseforskjeller. *Kriteriene – nytte, kostnader, fordeling og autonomi skal ligge til grunn for arbeidet.*

Loven skal bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.

Loven skal legge til rette for et langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.»

Norheim (2018) foreslo også nye mål for folkehelsearbeidet; 1) maksimere helse i hele befolkningen, 2) fordele helse mer rettferdig, og 3) respektere enkeltmenneskers frihet og medbestemmelse. De to første delmålene er begrenset av det tredje. Utvalget viser til at folkehelse-loven sammen med kriteriene dekker mye av innholdet i forslaget. Målet om å fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller kommer tydelig fram i formålsparagrafen i folkehelse-loven, og gir et godt grunnlag for de foreslåtte kriteriene. Kriteriene fanger også opp Norheims forslag til mål om å respektere enkeltmenneskers frihet og medbestemmelse

8.2.3 Nærmere om innholdet i kriteriene

I det følgende skisserer utvalget nærmere innholdet i kriteriene slik at de kan brukes og forstås på en hensiktsmessig måte. Kriteriene kan både brukes til prioritering av og mellom folkehelseiltak. En kortversjon av kriteriene er presentert i figur 8.3.

De fire kriteriene skal ses under ett og i relasjon til hverandre. Det skal gjøres en samlet vurdering, og det er ingen forhåndsdefinert vektning av enkeltkriterier.

Vurdering av tiltak innen folkehelsearbeidet skal ha et samfunnsperspektiv. Det betyr at kriteriene nytte, ressurs, fordeling og autonomi har et annet innhold på folkehelseområdet enn de ville hatt i et helsetjenesteperspektiv. Når kriteriene vurderes i et samfunnsperspektiv, er det ikke nødvendigvis sektorens budsjett som er rammen for prioriteringene. Spørsmålet blir heller om samfunnets samlede nytte kan økes, dersom ressursene fordeles på en annen måte.

Nyttekriteriet

Nyttekriteriet omfatter tiltakets effekt på befolkningens helse, faktorer som påvirker folkehelsen og annen samfunnsnytte. Et tiltaks prioritet øker i tråd med forventet nytte av tiltaket, alt annet likt. Hensikten med nyttekriteriet er å få oversikt over alle de positive sidene ved ulike tiltak. Nyttekriteriet omfatter en vurdering av hvordan og hvor mye det forventes at befolkningens (eller målgruppens) helse og livskvalitet vil bli påvirket av tiltaket over livsløpet.

Nyttekriteriet belyser

Nytte	Kostnad	Fordeling
Tiltakenes effekt på folkehelsen, faktorer som påvirker folkehelsen, og annen samfunnsnytte. <i>Et tiltaks prioritet øker i tråd med forventet nytte av tiltaket.</i>	Tiltakets ressursbruk og andre samfunnskostnader. <i>Et tiltaks prioritet øker jo mindre kostnader og ressurser tiltaket krever.</i>	Fordeling av tiltakenes nytte og kostnad mellom ulike grupper. <i>Et tiltaks prioritet øker i tråd med tiltakets utjevning av sosiale helseforskjeller.</i>
Autonomi		
Begrensninger som tiltakene legger på den enkelte. <i>Et tiltaks prioritet reduseres jo mer begrensende tiltaket er.</i>		

Figur 8.3 Kriteriene for prioritering av folkehelseiltak

- hvordan alternative tiltak er ment å virke på helse og livskvalitet (årsaksforhold eller en årsakskjede)
- hvor stor effekt som forventes, herunder antall berørte og påvirkning på hver berørte (omfang)
- hvor sikre tiltakenes virkninger er og kilder til usikkerhet (beskrivelse av usikkerhet)
- hvordan tiltakene påvirker personer i ulike aldre og livsomstendigheter (livsløpsperspektiv)
- forventet varighet av tiltakenes virkninger (tidsaspekt)

Avhengig av beslutningssituasjon, ressurser til rådighet og typen tiltak kan virkningene under nyttekriteriet beskrives på ulike måter. Folkehelseiltak vil ofte virke mer indirekte på helse og livskvalitet enn tiltak i helsetjenesten. Når tiltak virker indirekte, gjennom for eksempel å påvirke strukturelle vilkår, vil årsakskjeden være lengre og inneholde mer usikkerhet. Da oppstår det utfordringer med tallfesting, og det vil være variasjon i utfallsmål. Nyttekriteriet inneholder derfor ikke en fastsatt og universell måleenhet.

Der det er hensiktsmessig, kan virkninger på folkehelsen måles i QALYs (Helsedirektoratet, 2024a). I andre tilfeller kan for eksempel «forventet reduksjon i sukkerinntak» eller «forventet reduksjon i mobbing» være en indikator for å svare ut tiltakets virkning på helse og livskvalitet. Der endepunktet ikke er befolkningens helse og livskvalitet, bør det etterstrebes andre effektmål

som er sammenliknbare på tvers av tiltak innenfor et innsatsområde.

Nyttekriteriet kan omfatte flere enn én virkning. Et tiltak kan både ha en klar helseeffekt gjennom for eksempel økt fysisk aktivitet som kan gi redusert sykkelighet, og samtidig påvirke andre dimensjoner av livskvalitet, som trivsel, ensomhet, og mestring. Utover dette kan tiltaket ha annen samfunnsnytte, i form av redusert forurensing, økt arbeidsdeltakelse, bedre skoleprestasjoner, mindre kriminalitet med mer. Alle positive samfunnsvirksomheter ved tiltaket skal belyses under nyttekriteriet.

Kostnadskriteriet

Kostnadskriteriet inkluderer tiltakets ressursbruk og andre samfunnskostnader. Et tiltaks prioritet øker jo mindre kostnader og ressurser tiltaket krever, alt annet likt. Hensikten med kostnadskriteriet er å få oversikt over alle de negative sidene ved tiltakene.

Kostnadskriteriet skal belyse alle direkte og indirekte samfunnskostnader som utløses av tiltaket. Det vil si direkte ressurser som er involvert i gjennomføring av tiltaket, og indirekte kostnader som inkluderer alle tilleggskostnader som oppstår i alle relevante sektorer. Folkehelseiltak skal vurderes ut fra et samfunnsperspektiv, og det betyr at kostnader i alle sektorer er relevante. For eksempel kan en indirekte samfunnskostnad av tilrettelegging for mer friluftsliv være forsøpling og skader på naturmiljøet, hvis trafikken på turstiene øker.

Kostnader av et tiltak kan inkludere ressursbruk som innkjøp, administrasjon, tidsbruk og arbeidskraft – enten lønnet eller ulønnet. Ved indirekte virkninger på samfunnets ressurser er det ofte krevende å kvantifisere effekten. Formålet er å synliggjøre og konkretisere hva disse mulige virkningene er, og legge til rette for at de kan vurderes systematisk.

Fordelingskriteriet

Fordelingskriteriet omfatter fordeling av tiltakets nytte og kostnad på ulike grupper. Et tiltaks prioritet øker i tråd med tiltakets bidrag til utjevning av sosiale helseforskjeller, alt annet likt. Hensikten med fordelingskriteriet er å belyse hvordan hensynet til sosial ulikhet kan vektlegges i en beslutning.

Fordelingskriteriet innebærer at det må beskrives hvordan virkninger på helse og livskvalitet forventes fordelt i befolkningen, det vil si hvilke grupper som påvirkes mest, og hvordan tiltaket forventes å påvirke sosial ulikhet i helse. Det krever en belysning av om det er ulikhet i hvilke grupper som får nytte av tiltaket, og om det er ulikhet i hvilke grupper som bærer kostnadene. Flere skillelinjer er relevante å undersøke, slik som sosioøkonomi, etnisitet, kjønn og geografi.

Under fordelingskriteriet er det også relevant å vurdere om tiltaket kan bidra til å utjevne faktorer som påvirker helsen.

«I befolkningen er det noen grupper/personer som har dårligere helse og/eller livskvalitet enn befolkningen for øvrig. Vi vet for eksempel at personer med dårligere levekår, kortere utdanning og lavere inntekt statistisk sett har dårligere helse og livskvalitet og lever kortere enn gjennomsnittet. Slike sosiale ulikheter i helse danner mønster av en gradient gjennom hele befolkningen. I geografiske områder med opphopning av dårlige levekår og dårlige bo- og nærmiljøforhold kan andelen personer med dårligere helse og livskvalitet være større enn i andre områder. I arbeidet med å identifisere berørte grupper er det derfor viktig å se på sosioøkonomisk situasjon og levekår i vurdering av virkninger for helse og livskvalitet for disse gruppene, enten virkningene er direkte (for eksempel på psykisk helse) eller indirekte (for eksempel strukturelle forhold).»

(Helsedirektoratet, 2024a)

Folkehelseiltak er befolkningsrettede, og har som mål å nå hele eller deler av befolkningen.

Selv om tiltaket er rettet mot alle, kan det være årsaker til at noen grupper påvirkes mer enn andre. Andre folkehelseiltak kan være rettet mot spesifikke befolkningsgrupper med forhøyet risiko, hvorav noen vil få bedre effekt av tiltaket enn andre:

«I utforming av tiltak må en være bevisst og oppmerksom på at noen grupper i samfunnet kan bli påvirket av tiltaket i større grad eller på en annen måte enn det som i utgangspunktet var tiltenkt. For eksempel kan tiltak iverksettes på arenaer som ikke er tilgjengelig for alle, eller at tiltaket krever spesiell kunnskap eller ressurser som ikke er likt tilgjengelig for alle i befolkningen.»

(Helsedirektoratet, 2024a)

Autonomikriteriet

Autonomikriteriet gjelder begrensninger som tiltaket legger på den enkelte. Et tiltaks prioritet reduseres jo mer begrensende tiltaket er, alt annet likt. Hensikten med autonomikriteriet er å belyse i hvilken grad tiltaket begrenser enkeltmenneskets frihet, valgmuligheter, og medbestemmelse, og hvordan hensynet til autonomi bør vektlegges i en samlet beslutning.

Dersom et foreslått tiltak innebærer inngrep som begrenser individets medbestemmelse over eget liv, må beslutningsgrunnlaget inneholde en redegjørelse som drøfter om tiltakets samlede verdi for samfunnet kan rettferdiggjøre belastningen for den enkelte. Dette vil være en skjønnsmessig vurdering som kan avhenge av kontekst og kulturell aksept, men som det likevel er viktig å begrunne.

Vurderingen bør drøfte om tiltaket kan utformes slik at enkeltpersoner har mulighet til å avstå fra tiltaket, og om eventuelle begrensninger bør rette seg mot spesifikke grupper eller hele befolkningen. Det bør også vurderes om tiltaket primært har som formål å forhindre skade for andre, eller å beskytte det enkelte individet selv mot skade. Dersom hensikten er å beskytte andre, må det redegjøres for hvorfor det er legitimt å innføre begrensninger på individets frihet. En slik vurdering vil blant annet avhenge av hvor direkte og alvorlig skaden er. Dersom målet er å beskytte den enkelte, må det begrunnes hvorfor det er nødvendig å forebygge slik skade – for eksempel om det skyldes manglende informasjon eller andre forhold som tilsier at individet trenger beskyttelse.

Tiltakets varighet og belastning over tid er også en relevant størrelse. Vurderinger av hvor

Nytte	Kostnad	Fordeling
Hva er de positive virkningene av tiltakene? - Hva er helseeffektene? - Hva er effektene på faktorene som påvirker folkehelsen? - Hva er effektene på velferd, miljø eller andre samfunnsvirkninger? - Hvor stor og betydningsfull er effekten for den enkelte og befolkningen? Hvordan påvirker tiltakene folkehelsen (årsakskjede)? - Hva er det som gjør at tiltaket virker inn på adferd og helse Hvor varige er de positive nyttevirkningene? Kan det være grunner til at tiltakene virker annerledes enn tilsiktet?	Hva er ressursbruken og andre kostnader for samfunnet ved tiltakene? - Hva er kostnadene som kan måles i kroner? - Hva er andre ressursbehov eller kostnader ved tiltaket som ikke kan måles i kroner? Hvor varige er kostnadene? Vil tiltakene medføre andre utilsiktede kostnader eller ressursbruk som ikke er en direkte konsekvens av gjennomføring?	Hvem får nyttegevinsten av tiltakene og hvem bærer kostnadene? - Blir noen grupper mer berørt enn andre? På hvilken måte kan tiltakene virke utjevne og redusere sosiale helseforskjeller? - Hvordan kan tiltakene slå ut for ulike sosioøkonomiske grupper? Hvordan påvirker tiltakene personer i ulike aldre og livsomstendigheter? Kan det være grunner til at tiltakene utilsiktet øker sosiale helseforskjeller?
Autonomi		
Begrenser tiltakene den enkeltes autonomi i vesentlig grad? - Kan enkeltindivider avstå fra tiltaket? - Er begrensningene knyttet til grupper eller treffes hele befolkningen?		Motvirker tiltakene skade for den enkelte eller skade for andre? - Hvis skade for andre: Hvor direkte og omfattende er skaden som skal motvirkes? - Hvis skade for den enkelte: Skyldes skaden mangel på informasjon eller frivillighet?
Hvilket kunnskapsgrunnlag finnes om virkninger av tiltakene? - Hvor sikre er tiltakenes virkninger (dokumentasjon)? - Hvor godt er grunnlaget for å beregne virkningene (presisjon)? - Er kunnskapen overførbart til den aktuelle konteksten? - Hvor avgjørende er usikkerheten for vurderingene?		

Figur 8.4 Hvordan bruke kriteriene? – sentrale spørsmål

inngrepene et tiltak er, kan endre seg over tid. Noen tiltak, som inngrepene smitteverntiltak under pandemien, kan oppleves som mer belastende jo lenger de varer – mens andre tiltak, som regulering av røyking i det offentlige rom, har ført til tilpasning, og er blitt etablert som en bredt akseptert sosial norm.

8.2.4 Nærmere om hensynet til fordeling og bruk av fordelingsvekter

Hensynet til fordeling er i stor grad vektlagt i eksisterende verdigrunnlag og veiledning. Formålet med folkehelseloven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Et viktig spørsmål er om det bør fastsettes hvilke sosiale forskjeller som bør utjevnes, og hvilken vektning slike fordelingshensyn eventuelt bør ha.

Boks 8.4 Fordelingsvekter

Vekting av fordelingsvirkninger knyttet til inntekt blir stadig diskutert. Ekspertutvalget som sist utredet samfunnsøkonomiske analyser (NOU 2012: 16), fikk i mandat å utrede:

«Fordelingsvekter kan anvendes i nytte-kostnadsanalyser for å justere spesifikt for inntektsfordelingsvirkninger. Utvalget skal vurdere om, og eventuelt hvordan, inntektsfordelingsvirkninger skal inngå i den samfunnsøkonomiske prosjektanalysen.»

Konklusjonen fra ekspertutvalget var at det ikke burde innføres fordelingsvekter. Det ble gjort på bakgrunn av en drøfting av erfaringer fra andre land og ut fra forståelsen av at samfunnsøkonomiske analyser må suppleres med annen informasjon, og ikke har svaret på hva som er best for samfunnet. Utvalget konkluderte med at:

«fordelingsvekter ikke kan fastsettes uten å gjøre forutsetninger om beslutningstakerens normative syn og om den marginale nytten av penger. Det foreligger ikke noen etablert metode for å fastslå den marginale nytten av penger for den enkelte, samtidig som fastsettelse av en velferdsfunksjon er en ren normativ vurdering. [...]

Rammeverket for samfunnsøkonomiske analyser bør være slik at analysene kan bidra til et best mulig informasjonsgrunnlag for beslutningstaker, uavhengig av beslutningstakers politiske og etiske syn.»

Utredningen konkluderte med at i nytte-kostnadsanalyser bør det fremdeles beregnes samlet, uveid betalingsvillighet. Med andre ord anbefales det ikke eksplisitt fordelingsvekting.

Utgangspunktet i utredningsinstruksen og i rundskriv om samfunnsøkonomiske analyser er at fordelingsvirkninger skal beskrives på en måte som lar det være opp til den politiske prosessen å avklare hvilken betydning fordelingsvirkningene skal ha.

Vekting av fordelingsvirkninger vil kreve at det spesifiseres nærmere hvilke sosiale helseforskjeller som skal utjevnes, og hvordan dette hensynet skal vektes i sammenheng med det generelle målet om å fremme folkehelsen.

Norheim (2018) har hensynet til de dårligst stilte som et tredje kriterium.⁶ Formuleringen fanger opp hensynet til redusert ulikhet i helse ved at det klargjøres at de dårligst stilte skal ha ekstra prioritet. Indikatoren for hvilken gruppe som er dårligst stilt, bør, ifølge Norheim, prinsipielt være samlet velferd, men kan avhenge av sammenhengen. Det kan være en indeks for sosioøkonomisk status, levekår, inntekt, utdanning, bosted eller grad av marginalisering.

Spørsmålet er om det er mulig å klargjøre hva som skal prioriteres når en skal utjevne sosiale helseforskjeller. I proposisjonen til folkehelse-loven (Prop. 90 L (2010–2011)) sies det blant annet:

«En hovedutfordring i folkehelsearbeidet er å gjøre noe med de helseforskjellene som er sosialt skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med. Dersom folkehelsen måles som gjennomsnittstall, tilsløres disse ulikhetene. Det er derfor departementets vurdering at det er nødvendig med en definisjon av folkehelse som eksplisitt tar inn over seg prinsippet om utjevning.»

Det er altså ikke alle helseforskjeller som søkes utjevnet, men de som er sosialt skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med. Med denne avgrensingen av fordelingsmålene vil det være krevende å sette opp forhåndsdefinerte indikatorer som kan vektes sammen på tvers av ulike effektmål, og som vil være bredt akseptert.⁷ Men også uten forhåndsdefinerte fordelingsvekter har det like fullt stor informasjonsverdi å kvantifisere fordelingsvirkningene av et tiltak langs ulike sosioøkonomiske dimensjoner.

⁶ Begrepet «de dårligst stilte» er hentet fra John Rawls (Rawls, 1971. A Theory of Justice).

⁷ Det er mulig å tenke seg at intervjuundersøkelser vil kunne brukes til å utfordre befolkningen til å gjøre konkrete prioriteringsavveininger og utlede mer eller mindre implisitte vektinger ut fra svarene. Vekter kunne baseres på dette og utvikles for ulike sosiale kjennetegn som utdanningsnivå, underrepresentert kjønn mv. Dette kunne igjen samles i en indeks som veiet sammen ulike vekter og ulike sosiale skiller for å få fram en indeks for «de dårligst stilte». Dette vil være krevende.

En utfordring ved et mål om å utjevne sosiale helseforskjeller er at noen kan argumentere for at deler av disse forskjellene kan sies å være den enkeltes eget ansvar, som samfunnet ikke bør ha som ambisjon å utjevne. Spørsmålet er om enhver helseforskjell som kommer til uttrykk hos individer eller på gruppenivå, bør gi grunnlag for tiltak. Denne diskusjonen knytter an til spørsmålet om hvilken form for likhet som bør etterstrebes. I Norheim-utvalget drøftes det slik:

«Rettferdig fordeling innebærer normalt likhet i fordeling av noe. Hva dette «noe» er, varierer, f.eks. kan det være antall år gratis utdanning eller antall gode leveår. Et viktig prinsipielt skille går mellom likhet i muligheter og likhet i resultat. På andre områder innenfor velferdsstaten har det vært større politisk enighet omkring like muligheter enn resultatlikhet, mens det for helsesektoren også er naturlig å vektlegge resultatlikhet med hensyn til fordeling av gode leveår. Forskjell i gode leveår vil ofte være et tegn på forskjell i mulighet for gode leveår, for eksempel et tegn på forskjeller i oppvekstvilkår.»

(NOU 2014: 12, s. 25)

I Prop. 90 L (2010–2011) sies dette om faktorer som skaper sosiale helseforskjeller:

«Faktorer som påvirker helse – positiv[t] eller negativt – og som er sosialt ulikt fordelt bidrar til å skape sosiale helseforskjeller. Det kan gjelde både levevaner, fysiske faktorer som luftforurensning og sosiale miljøfaktorer eller levekår som boligsosiale forhold, utdanning, inntekt og arbeid.» (s. 106)

Det kan være nærliggende å knytte deler av forskjeller i gode leveår til forskjeller i mulighet for gode leveår, for eksempel luftforurensning og boligsosiale forhold. Men spørsmålet er om det rimelig å knytte alle forskjeller, også forskjeller i levevaner, til slike forskjeller i mulighet. Er det rimelig å forutsette at alle usunne valg stort sett skyldes uheldige strukturelle forhold?

Lars Svendsen argumenterer for at det ikke bør være et mål å utjevne alle forskjeller:

«[Man kan finne] en høyere forekomst av en helseskadelig aktivitet i en gitt gruppe i befolkningen. Imidlertid betyr dette ikke i seg selv at dette er en type atferd som bør forhindres fordi den er ufrivillig. Sosiale mønstre er ikke ensbetydende med sosial determinisme. Sosiale

mønstre i helsefremmende og -reduserende atferd har ingen umiddelbare implikasjoner for hvorvidt atferden bør endres eller er mindre-verdig. Et medlem av en gruppe som statistisk har svakere helse vil ikke nødvendigvis ønske seg livet til et medlem av en gruppe med bedre helse.»

(Svendsen, 2016, s. 5)

Det er store forskjeller i helse mellom ulike sosiale grupper, og det er et viktig mål for folkehelsepolitikken å bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller som er sosialt skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med. Det finnes ulike syn på det gode liv som legger begrensninger på virkemiddelbruk, og hvordan tiltak bør prioriteres. Det er videre vanskelig å tenke seg at en kan utvikle klare og kvantitative mål på hvordan fordelingshensyn kan ivaretas. Desto viktigere er det å gi en grundig vurdering av hvordan tiltak kan ha ulike virkninger for ulike sosiale grupper. Mange tiltak vil fort kunne bidra til å forsterke sosiale helseforskjeller fordi ressurssterke grupper lettest vil ta i bruk en del tilbud.

Utvalget anbefaler at det ikke etableres en fastsatt fordelingsvektning, men at fordelingskriteriet skal belyses og vurderes sammen med de resterende kriteriene. Vurderingen av fordelingsvirkninger bør bidra til et transparent og nøytralt grunnlag for prioriteringsbeslutninger, uten normative føringer. Fordelingskriteriet skal legge til rette for en åpen og tilgjengelig prioriteringsprosess hvor de normative valgene tas politisk.

8.3 Anbefaling om kriterier for prioritering

Utvalget viser til at mandatet etterlyser en mer enhetlig prioritering på tvers av sektorer og bedre nasjonale beslutningsprosesser. Utvalgets vurdering at det også er utfordringer med forskjellige tilnærminger for tiltak på kommunalt nivå og på statlig nivå. Selv om folkehelseloven gjelder både på statlig og kommunalt nivå, blir veiledningene og retningslinjene for arbeid med tiltak som påvirker folkehelsen, ulike. Mens statlige tiltak har en veileder som tar utgangspunkt i utredningsinstruksen, blir veiledning om lokalt folkehelsearbeid gitt i form av egne veiledninger fra Helsedirektoratet. Videre har eksisterende veiledninger mangelfull drøfting av avveininger knyttet til autonomi, både for tiltak på kommunalt og statlig nivå.

Utvalget foreslår på bakgrunn av dette følgende prioriteringskriterier for folkehelsearbeid: *nytte, kostnad, fordeling* og *autonomi*. De fire kriteriene bygger på eksisterende veiledning og lovverk, og er ment å gi en felles og tilgjengelig inn-

ramming. Formålet er å øke forståelsen av hva som bør inkluderes i et beslutningsgrunnlag, og vise at dette ikke trenger å være komplekst, fagspesifikt eller ressurskrevende. Utvalget foreslår at kriteriene innarbeides i folkehelseloven.

Kapittel 9

Beslutningsprosesser for prioritering

Med utgangspunkt i mandatet gjør utvalget i dette kapitlet en analyse av beslutningsprosessene i dag, hvordan folkehelse tiltak prioriteres i ulike sektorer, og hva som er barrierene for en enhetlig vurdering av folkehelse tiltak og god implementering. Formålet er å legge grunnlaget for bedre beslutningsprosesser med vurdering og prioritering av alternative tiltak, uavhengig av samfunnssektor.

Dagens beslutningsprosesser for prioritering vurderes med utgangspunkt i tilgjengelig informasjon om status og utvikling i folkehelsearbeidet, og forventningene til det tverrsektorielle og systematiske folkehelsearbeidet, som er beskrevet i kapittel 4.

9.1 Det nasjonale folkehelsearbeidet

Det nasjonale folkehelsearbeidet inkluderer juridiske virkemidler som lover, forskrifter, og retningslinjer, økonomiske virkemidler som avgifter, og tilskuddsordninger, pedagogiske virkemidler som kunnskapsbasert informasjon, råd og veiledning, og organisatoriske virkemidler som tverrsektorielt samarbeid og partnerskap. Virkemidlene kan være rettet mot kommuner, fylkeskommuner statsforvaltere, statlige etater og departementer, befolkningen, næringsaktører og frivillige organisasjoner. I tillegg handler en stor del av folkehelsepolitikken om å styrke kunnskapsgrunnlaget om folkehelseutfordringer, årsaker og kunnskap om effektive virkemidler og tiltak.

Eksempler på virkemidler er folkehelseloven som stiller krav til kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere og nasjonale myndigheter, og Helsedirektoratet som bidrar med informasjon og veiledning til kommuner om lokalt folkehelsearbeid og lager folkehelseprofiler for fylker, kommuner og bydeler. Andre eksempler er avgifter på tobakk, krav til skolene om å tilrettelegge for fysisk aktivitet, regelverk som forbyr reklame rettet mot barn og unge, og regulerer skjenking

av alkohol, og råd om kosthold og fysisk aktivitet rettet mot befolkningen.

Omtalen av beslutningsprosessene for prioritering i det nasjonale folkehelsearbeidet er basert på en oppsummering fra Øyvind Giæver¹, av erfaringene med hvordan folkehelseloven og det systematiske folkehelsearbeidet setter rammer for statens arbeid og prioritering av folkehelsearbeid. Utvalget har videre trukket inn evalueringen av den norske innsatsen for å redusere sosiale forskjeller i helse og livskvalitet, som regjeringen bestilte i forbindelse med arbeidet med den siste folkehelsemeldingen (Institute of Health Equity, 2023). Det er også gitt en overordnet beskrivelse av nasjonale tiltak som er gjennomført det siste tiåret. Avslutningsvis oppsummerer utvalget anbefalinger om forbedring av beslutningsprosessene.

9.1.1 Erfaringer med det nasjonale systematiske folkehelsearbeidet

Det nasjonale systemet for folkehelsearbeidet er lagt opp slik at staten skal sette politisk retning gjennom mål, strategier og tiltak i en stortingsmelding hvert fjerde år. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har sentrale oppgaver i å bidra med faglig grunnlag og gjennomføre politikken. Det skal legges til rette for evaluering av nasjonale tiltak, oppsummering og tilgjengeliggjøring av kunnskap, og at kunnskapen settes inn i en større sammenheng. I tillegg har andre nasjonale myndigheter ansvar for å ta hensyn til og fremme helse og livskvalitet i befolkningen.

Rammen som er etablert gjennom det systematiske folkehelsearbeidet, og endringen i folkehelseloven, som Stortinget vedtok i juni 2025, bidrar til å legge premissene for prioritering av det statlige folkehelsearbeidet (Stortinget, 2025). I praksis vil det ofte være mer kortsiktige politiske og mediadrevne behov som påvirker res-

¹ Giæver har vært ansatt i Helsedirektoratet i hele den perioden han skriver om, men synspunktene og analysen som kommer fram i notatet, står for hans egen regning.

sursbruk og prioriteringer, men likevel ligger det muligheter for en systematisk og langsiktig tilnærming til prioritering i dette systemet (Giæver, 2025).

En mer helhetlig tilnærming til prioritering

Ønsket om en mer helhetlig tilnærming til prioritering på folkehelsefeltet er bakgrunnen for etableringen av det systematiske folkehelsearbeidet. Det ble imidlertid i liten grad konkretisert hvordan og hvor i prosessen prioritering skulle skje. I den grad prioritering er omtalt i folkehelsemeldingen fra 2013 (Meld. St. 34 (2012–2013)), handler det primært om problemstillingen forebygging versus behandling – og altså prioritering *av* folkehelsearbeidet:

«Folkehelse og forebygging må inn i diskusjonen om hva som er riktig prioritering på lang sikt for å sikre en bærekraftig velferdsstat. Eksemplene over viser noen av gevinstene ved å prioritere folkehelse, forebygging og tidlig innsats høyere» (s. 164).

«Skal vi lykkes med folkehelsearbeidet er det nødvendig med et langsiktig perspektiv og vedvarende politisk og administrativ oppmerksomhet. Det kan være krevende å prioritere forebyggende arbeid i konkurranse med andre samfunnsoppgaver» (s. 187).

«Finansieringssystemet gir likevel begrensede insentiver til å prioritere forebyggende arbeid. Det skal vurderes hvordan økonomiske virkemidler kan tas i bruk mer effektivt for å få til en langsiktig styrking av folkehelsearbeidet» (s. 197).

Giæver (2025) viser til at det var en bekymring for at gjennomføringen av samhandlingsreformen skulle gå ut over ressurser til det lokale folkehelsearbeidet. Folkehelseloven og det systematiske folkehelsearbeidet skulle føre til en bredere tilnærming og større langsiktighet, og dermed bidra til å motvirke dette og sørge for prioritering av folkehelsearbeid. Selv om det var størst oppmerksomhet på prioritering av folkehelse tiltak, var også mer systematisk prioritering *mellom* folkehelse tiltak et tema. I folkehelsemeldingen fra 2013 heter det for eksempel:

«Det er ofte enkeltsaker, innen tobakk, smittevern og ernæring som preger politikken uten at dette har inngått som del av en større helhetlig politikk for å fremme befolkningens helse» (s. 187).

Folkehelsearbeid har i mange tilfeller vært assosiert med et avgrenset sett av påvirkningsfaktorer, særlig innenfor smittevern og helseatferd. En bredere tilnærming til påvirkningsfaktorer har vokst fram gradvis, ikke minst i sammenheng med en økt bevissthet om utfordringen med sosiale helseforskjeller. Se også omtalen av utviklingen av folkehelsearbeidet i kapittel 4.

Et faglig grunnlag for prioritering

Det nasjonale systemet skal i teorien gi muligheter for faglig funderte prioriteringer gjennom kunnskapsgrunnlaget som etatene bidrar med. Folkehelse rapporten fra Folkehelseinstituttet og folkehelsepolitisk rapport fra Helsedirektoratet (senere kalt sektorrapport) er en del av modellen for det systematiske folkehelsearbeidet. I tillegg bidrar Helsedirektoratet med rapporter hvert fjerde år som innspill til arbeidet med folkehelsemeldingene. Disse rapportene er en anledning for fagetatene til å gi en vurdering av hvilke folkehelseutfordringer og virkemidler som bør prioriteres. Folkehelseinstituttets rapport beskriver helsetilstanden i befolkningen, og er nå en nettpublikasjon som oppdateres løpende. Helsedirektoratets rapporter skal gi en oversikt over utviklingstrekk i samfunnet som påvirker befolkningens helse og fordelingen av denne, og råd om videreutvikling av folkehelsepolitikken.

Rapportene peker i liten grad på hva som totalt sett er de største utfordringene, og hva som bør prioriteres for å videreutvikle folkehelsearbeidet på tvers av ulike fagområder. Det er vanskelig å se at det er gjort systematiske vurderinger av helheten i folkehelseutfordringer og virkemidler i disse rapportene, ut over at sosial ulikhet er et gjennomgående tema i rapportene fra begge etater. Det finnes likevel eksempler på at de to fagetatene på folkehelseområdet har samarbeidet etter en mer stringent og systematisk prioriteringslogikk. I 2018 utarbeidet Folkehelseinstituttet et notat om ti store folkehelseutfordringer i Norge, basert på en sykdomsbyrdeanalyse. Notatet ble fulgt opp med Helsedirektoratets ti anbefalte tiltak for å redusere denne sykdomsbyrden (Folkehelseinstituttet, 2018; Helsedirektoratet, 2019). Se boks 9.1. Selv om det er flere utfordringer knyttet til både sykdomsbyrdeanalysen og grunnlaget for utforming av tiltak, er dette likevel et godt eksempel på god prioriteringstenkning i det statlige folkehelsearbeidet.

Det er flere grunner til at Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet ikke har fulgt opp dette arbeidet. Prosessen var ressurskrevende og fag-

etatene erfarte at tiltakene som ble foreslått, i liten grad er fulgt opp. Etatenes erfaring er nok et stykke på vei at rasjonelle prioriteringsprosesser kortsluttes av politiske prioriteringer, og derfor har begrenset effekt (Giæver, 2025). I stedet for spissede innspill med tydelige prioriteringer, har etatene levert større «menyer» av tiltak som departementer og politikere kan velge mellom. Prioriteringene er fremdeles faglig begrunnet, men i mindre grad spisset mot de største utfordringene og de mest effektive tiltakene. Det kan oppleves som en bedre strategi å spre risikoen over mange tiltak, enn å satse på et lite antall tiltak som likevel ikke vil bli fulgt opp. Et eksempel på dette er tiltak knyttet til bruk av prisvirkemidler. Det er godt kjent og dokumentert at prisvirkemidler generelt har stor forventet effekt på helseatferd, men de fleste regjeringer har likevel vært varsomme med å bruke prisvirkemidler. Det er også en tydelig folkehelseprofil på pris- og avgiftspolitikken på enkelte områder som gjør at en del av helseeffektene allerede er hentet ut.

Vurderingen er likevel at det er større rom for fagetatene til å gjøre faglige prioriteringer i den første delen av syklusen, som er knyttet til utfordringsbildet (Giæver, 2025). Når politikken er vedtatt og skal implementeres, er rommet for prioritering mer begrenset. Oppdragene fra departementet på folkehelseområdet peker ofte direkte på løsning eller tiltak, og gir lite rom for faglig vurdering av hva

som er de mest effektive virkemidler for å møte en folkehelseutfordring. Helsedirektoratet fikk for eksempel høsten 2023 i oppdrag å «lage en veiviser til folkehelseiltak mot ensomhet, som sammenfatter risikogrupper og mulige tiltak knyttet til ulike former for ensomhet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Problemet er at oppdraget ikke er åpent nok, det peker på en konkret løsning som ikke er utredet. Det kan være at det er riktig å prioritere ensomhet som en folkehelseutfordring, men valg av løsning bør utredes, og alternative løsninger vurderes opp mot hverandre. Ved å peke på løsninger i styringsdialogen heller enn utfordringer eller mål, begrenser departementet fagetatens prioriteringsrom betydelig (Giæver, 2025). Rommet for systematisk prioritering forutsetter også at ikke alle ressurser i etaten er bundet opp gjennom departementets oppdragsstyring. Det er en utbredt oppfatning i Helsedirektoratet at rommet for faglig prioritering er blitt vesentlig mindre over tid, fordi mengden oppdrag har vokst.

En vanlig oppfatning om forholdet mellom politikk og (fag)byråkrati er ideen om at politikere først og fremst skal sette mål og retning for politikk og samfunnsutvikling. I praksis er det imidlertid ofte *midlene* som er politisk omstridt, mens det er bred enighet om målene:

«Folkehelsepolitikken er en god illustrasjon av dette: folkehelsemålene har ligget fast gjennom

Boks 9.1 Ti tiltak for bedre folkehelse

I 2018 laget Folkehelseinstituttet en beskrivelse av de største folkehelseutfordringene i Norge på grunnlag av sykdomsbyrdedata. Helsedirektoratet laget en oversikt over ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen (Helsedirektoratet, 2018). Direktoratet pekte på at en liste med ti tiltak ikke kan gi et svar på bredden i utfordringsbildet, at en sammensatt og bred innsats er nødvendig for å oppnå resultater, og at det er nødvendig med tiltak langs hele årsakskjeden.

Tiltakene ble delt inn etter risikofaktorer (tobakk, alkohol, kosthold, fysisk aktivitet, luftforurensing og overvekt), sykdomsgrupper (psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser og kreft) og overgripende tiltak (persontilpasset forebygging gjennom digital satsing og tiltak for å redusere antibiotikaresistens). Listen omfatter både befolkningsrettede tiltak og høyrisiko

strategier. Rekkefølgen av tiltakene ble ikke prioritert.

Ti anbefalte tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen (Folkehelseinstituttet, 2018):

- tiltakspakke for at flere voksne slutter å røyke
- økt alkoholpris gjennom alkoholskatt
- sunn skatteveksling og gratis skolemåltid
- økt sykling og gåing som transport
- overvektbehandling i primærhelsetjenesten
- lett tilgang til behandling for psykiske problemer
- aktivitet og deltakelse i arbeidslivet
- screening mot tarmkreft
- persontilpasset forebygging gjennom digitale verktøy
- redusere antibiotikabruk for å minske antibiotikaresistens

mange år og regjeringer, mens synspunktene på virkemidler som lovregulering, pris osv. skifter med regjeringens og stortingsflertallets farge. Slik må det også være i et demokrati; fra fagbyråkratiets side kan man alltid ønske seg større spillerom for en faglig fundert praksis, men de folkevalgte må alltid ha siste ord»

(Giæver, 2025).

Giæver mener likevel at det kunne vært et større rom for systematisk prioritering på folkehelseområdet, dersom området i større grad var målstyrt. Han tar samtidig til orde for mer operasjonaliserbare mål, og viser til forslag fra Helsedirektoratet (2022) om å uforme delmål for å gi mer retning i det statlige folkehelsearbeidet. Vurderingen er at de tre overordnede målene for folkehelsepolitikken er så generelle at de vanskelig kan danne utgangspunkt for denne typen prioriteringer. Helsedirektoratet anbefalte at målene operasjonaliseres gjennom tverrsektorielle delmål, det utvikles indikatorer som erstatter nåværende rapporteringssystem, og at utviklingen rapporteres i folkehelsemeldingene til Stortinget.

Utvalget mener at endringene i folkehelseloven, som ble vedtatt i juni 2025, og som tydeliggjør statens ansvar for folkehelsearbeidet, er et godt utgangspunkt for å oppdatere og revitalisere modellen for det systematiske folkehelsearbeidet. Det bør vurderes hvordan de fireårige stortingsmeldingene i større grad kan tydeliggjøre reelle prioriteringer og sette politisk retning, enn det som er tilfelle i dag. Det kan også være aktuelt å vurdere om meldingene i større grad skal rapportere om utviklingen til Stortinget, slik Helsedirektoratet foreslår. Etter loven er det departementet som skal fastsette de nasjonale folkehelseutfordringene som grunnlag for en samordnet og helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk. Videre mener utvalget at det er aktuelt å utfordre og gi fagetatene rom til å gi tydeligere råd om hva som er de største utfordringene for folkehelsen, og hvilke virkemidler og tiltak som er mest effektive for å bedre befolkningens helse og utjevne sosiale helseforskjeller.

9.1.2 Evaluering av innsatsen for å redusere sosiale helseforskjeller

Den norske innsatsen for å redusere sosiale helseforskjeller er evaluert i rapporten *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014* (Institute of Health Equity, 2023). Rapporten ble utarbeidet som ledd i arbeidet med den siste folkehelsemeldingen, og er den mest oppdaterte vurderingen av det nasjonale folkehelse-

arbeidet (Meld. St. 15 (2022–2023), s. 10). Vurderingen tar utgangspunkt i en tilnærming som legger stor vekt på betydningen av bakenforliggende faktorer. Budskapet i rapporten er at Norge har styrket tilnærmingen til folkehelsearbeidet de siste årene, gjennom en tverrsektoriell politisk forankring for å redusere sosiale helseforskjeller. Rapporten anbefaler likevel at nasjonale myndigheter tar et sterkere grep om politikken, for å redusere sosial ulikhet i helse. De anbefaler å etablere en nasjonal strategi for å redusere ulikhet i helse, som er bredt forankret og rettet mot sosiale helsedeterminanter.

Det vises til at arbeidet som er rettet mot sosiale helsedeterminanter, til en viss grad har vært integrert i folkehelsepolitikken siden tidlig på 2000-tallet, da St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge* ble lagt fram. Ifølge rapporten er det imidlertid ikke lagt tilstrekkelig vekt på sosiale påvirkningsfaktorer. Det blir pekt på som en utfordring at den konkrete politikken i mange tilfeller har en mer individrettet tilnærming, drevet fram av helsesektoren og med størst vekt på livsstilsfaktorer. Det vises til den nasjonale strategien for å redusere sosiale helseforskjeller (St.meld. nr. 20 (2006–2007)). Denne stortingsmeldingen løftes fram som det beste eksemplet på en tilnærming for å møte utfordringene med sosial ulikhet. Det legges vekt på at strategien har en tydeligere tverrsektoriell tilnærming med vekt på oppvekstvilkår og utdanning, arbeid og arbeidsmiljø, inntektsutjevning, tilgang til helse tjenester, levevaner og sosial inkludering. Senere meldinger vurderes å ha en smalere tilnærming, og i mindre grad rette oppmerksomheten mot den sosiale gradienten i helse. Rapporten peker på at denne utviklingen også har preget utformingen av folkehelseloven – med en relativt svak regulering av statens ansvar for å fremme helse og redusere sosiale forskjeller i helse og livskvalitet.

9.1.3 Nasjonale tiltak det siste tiåret

I dette delkapittelet beskriver utvalget nye nasjonale tiltak som er innført eller foreslått innført det siste tiåret. Hovedinntrykket er kontinuitet og videreutvikling av innsatsen på et bredt felt av områder.

Utvalget har ikke kartlagt feltet systematisk, men har prøvd å gi en overordnet beskrivelse av nasjonale tiltak som har bedre helse som hovedmål. Oversikten dekker i liten grad bredden i tiltak rettet mot bakenforliggende påvirkningsfaktorer som påvirker helse og sosiale helseforskjeller. Det handler om et vidt spenn av tiltak

for å redusere økonomiske forskjeller, skape trygge oppvekstsvilkår og like muligheter, legge til rette for et inkluderende arbeidsliv og sunne arbeidsmiljøer, tiltak for å redusere sosial ekskludering, prisvirkemidler og regulering for å påvirke helsevaner, og tiltak for å redusere sosial ulikhet i tilgang til helsetjenester. Omtalen dekker heller ikke det pågående og løpende nasjonale folkehelsearbeidet i regi av departementer og etater.

Juridiske virkemidler

Endringer i folkehelseloven, som Stortinget vedtok i juni 2025, skal bidra til å tydeliggjøre statens ansvar for folkehelsearbeidet. Loven har fått nye bestemmelser som stiller krav om nasjonal oversikt over folkehelseutfordringer og politisk forankring og oppfølging. Statlige myndigheter skal, etter § 22, vurdere konsekvenser for befolkningens helse, der det er relevant. Endringene skal tydeliggjøre Helse- og omsorgsdepartementets ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, som grunnlag for å fastsette nasjonale mål og gjennomføre nødvendige tiltak.

Tobakksstrategien, som ble lansert på 1970-tallet, og som regulerer etterspørsel og tilgjengelighet til tobakksvarer, er videreført det siste tiåret. Det har vært flere endringer i tobakksskadeloven, for eksempel innføring av standardiserte tobakbspakninger i 2016, en registrerings- og tilsynsordning for tobakkssalg i 2017, bevillingsordning for import, eksport og produksjon av tobakksvarer i 2018, og strengere regulering av elektroniske sigaretter i 2023, med krav om standardiserte pakninger og forbud mot smakstilsetninger.

På alkoholområdet er det gjort enkelte endringer og justeringer de senere årene. I 2016 ble det innført normerte regler om inndragning av salgs- og skjenkebevillinger (prikktildelings-system) og Vinmonopolets åpningstider ble justert slik at butikkene kan holde åpent på pinseften, påskeaften og på valgdager. I 2024 kom det regler som gjorde det mulig å ilegge overtredelsesgebyr for brudd på enkelte bestemmelser i alkoholloven, herunder brudd på reklameforbudet.

Det er fastsatt en ny forskrift om forbud mot markedsføring av usunn mat og drikke, særlig rettet mot barn (2025). Forslag om forbud mot salg av energidrikk til barn under 16 år ble sendt på høring i mars 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025a). I april ble det sendt på høring et forslag til innskjerping av kravene om alderskontroll for solarium, for å sikre at ingen under 18

år får tilgang, skjerpede krav til informasjonsplikt, og forbud mot reklame for å redusere eksponeringen blant unge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025b).

Mattrygghetsområdet er det største enkeltstående regelverksområdet i EØS-avtalen. Omtrent 40 prosent av rettsaktene som tas inn i EØS-avtalen, gjelder dette området. Hovedprinsippene i regelverket har ligget fast de siste tiårene. Nye nasjonale mål for vann og helse, som følger opp WHO/UNECEs protokoll om vann og helse, ble fastsatt i 2024. Sikkerhet og beredskap i vannforsyningen har vært det viktigste området de senere årene. Drikkevannforskriften ble fullstendig revidert og fastsatt på nytt, gjeldende fra 2017.

Økonomiske virkemidler

Bruk av avgifter med folkehelsebegrunnelse er videreført, men det har ikke skjedd store endringer det siste tiåret. Avgiftene på alkohol og tobakk er videreført med jevnlig prisjusteringer. Det ble gjennomført diverse endringer i særavgifter på alkoholfrie drikkevarer og sjokolade og sukkervarer i perioden 2015 til 2021, men i 2021 ble begge avgiftene avviklet som følge av et budsjettforlik.

Det er gjort endringer i taxfree-kvoten på tobakk og alkohol i tiårsperioden. I 2014 ble det tillatt å bytte tobakskvoten med 1,5 liter øl eller vin. Dette ble reversert igjen fra 2022, og fra 2023 ble tobakskvoten halvert.

Økonomiske virkemidler inkluderer også tilskudd til folkehelse tiltak. Et eksempel er det tiårige programmet for folkehelsearbeid i kommunene med en tilhørende tilskuddsordning, som ble etablert i 2017. I dette programmet er tilskuddsordninger rettet mot psykisk helse og rusforebygging samlet.

Pedagogiske og andre virkemidler

I 2024 publiserte Helsedirektoratet en temaveileder til utredningsinstruksen med anbefalinger om hvordan statlige myndigheter kan bruke instruksen i vurderinger av virkninger på befolkningens helse, for eksempel ved innføring av tiltak (Helsedirektoratet, 2024a). Helsedirektoratet støtter det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene gjennom folkehelse- og oppvekstprofiler, veileder i systematisk folkehelsearbeid og veivisere i lokale folkehelse tiltak (Helsedirektoratet, 2023b).

Folkehelse og livsmestring er blitt et tverrfaglig tema i læreplanen for grunnskolen og videregående opplæring fra 2020, med innføringen av

Kunnskapsløftet 2020 (LK20). Temaet skal bidra til at elevene utvikler kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og evne til å ta ansvarlige livsvalg. Temaet omfatter blant annet psykisk helse og selvbylde, levevaner og fysisk aktivitet, seksualitet og kjønn, rusmidler og mediebruk, personlig økonomi og forbruk.

Det er satt i verk en rekke tiltak for å bedre trafikksikkerheten det siste tiåret. Eksempler er satsing på midtrekkverk på høytrafikkerte veier for å redusere møteulykker. Automatisk trafikkontroll (ATK) og økt fartsovervåking for å redusere gjennomsnittsfart og risikoen for alvorlige ulykker, er andre eksempler.

Ordningen med gratis frukt for elever på 1.–10. trinn ble avvirket i 2014, men skolefrukt-abonnementsordningen, der staten subsidierer frukt og grønt til barn, er videreført. Det gis et statlig tilskudd på to kroner per frukt og grønt, med en egenandel på 4,20 kroner per frukt og grønt. Kommuner og andre aktører kan velge å sponse frukt og grønt, slik at det blir gratis for elevene. I forskrift om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger (§ 9) er det spesifisert: «(...) tilstrekkelig tid og ro til å spise. Spisetiden bør være minimum på 30 minutter i barnehagen og minimum 20 minutter i skolen og skolefritidsordninger.»

Nøkkelhullsmerkingen for matvarer ble innført i 2009, men det har vært flere endringer i ordningen det siste tiåret. Kriteriene ble revidert i 2016 for å inkludere flere matvaregrupper og justere kravene til innhold av næringsstoffer, basert på ny ernæringskunnskap. I 2019 kom strengere krav til innhold av sukker og salt. I 2021 ble merkeordningen utvidet til å omfatte ferdigmat, og kravet til porsjonsstørrelse ble fjernet for å gjøre det enklere å merke ferdigretter. Det ble også tillatt å nøkkelhullsmerke ferdigmatprodukter, som mel, gryn, grøt, brød og pasta. I 2023 ble kriteriene for fullkorn og fiber ytterligere justert for å fremme produkter med høyere innhold av fullkorn og kostfiber. Det pågår et nordisk samarbeid med å revidere kravene i forskriften, basert på de nordiske ernæringsanbefalingene fra 2023. I 2024 ble de norske kostholdsrådene revidert, og Helsedirektoratet oppdaterer nå nasjonale faglige retningslinjer, veiledninger og råd som er basert på kostrådene.

Samarbeidsavtalen med matbransjen for å redusere inntaket av salt, sukker og mettet fett i befolkningen og øke inntaket av frukt, bær, grønnsaker, grove kornprodukter, fisk og sjømat, ble første gang inngått i 2016, reforhandlet i 2021 og resignert i 2022 (Helsedirektoratet, 2025).

Avtalen varer ut 2025, og planlegges forlenget til ut 2026.

Det har også vært gjennomført en rekke informasjonskampanjer det siste tiåret, som er relevant for folkehelsen. Kampanjene dekker alt fra trafikksikkerhet (setebelte, fart og oppmerksomhet), forebygging av drukning og tobakk og alkohol.

Røykesluttappen *Slutta* ble lansert for første gang i 2013, men det er gjennomført flere forbedringer i siste tiårsperiode. Det er også utviklet mer strukturert røykesluttveiledning og tilbud om nikotinlegemidler i helsetjenesten. En pilot for røykeslutt ble gjennomført i Vestre Viken i perioden 2020 til 2023. Deltakerne fikk veiledning ved frisklivssentraler og gratis legemidler til røykeslutt. Helsedirektoratet har anbefalt nasjonal utbredelse av tiltaket.

Vaksinasjon og kreftscreening

Vaksinasjonstilbudet gjennom det nasjonale vaksinasjonsprogrammet er endret flere ganger det siste tiåret.

Vaksinasjon mot HPV har vært tilbudt tolv år gamle jenter fra 2009. I 2016 startet et midlertidig, toårig vaksinasjonsprogram med tilbud om HPV-vaksine til unge kvinner født i 1991 og senere. Fra 2018 fikk tolv år gamle gutter født 2006 og senere, tilbud om HPV-vaksine i 7. klasse.

Fra 2017 har alle barn fått tilbud om vaksinasjon mot hepatitt B i første leveår. Tilbudet var en utvidelse av et risikogruppebasert tilbud fra 2007.

Fra 2024 fikk gravide kvinner tilbud om kikhostevaksine. Vaksinen gis fra 24. svangerskapsuke, og tilbudet er knyttet til barnevaksinasjonsprogrammet. Formålet er å beskytte det nyfødte barnet de første levementene.

Blant de største endringene i kreftscreeningprogrammene det siste tiåret er innføringen av tarmscreeningprogrammet med tilbud til 55-åringer i 2022. HPV-hjemmetester ble lansert i 2023 for å øke deltakelsen i livmorhalsprogrammet.

DigiUng – et eksempel på tverrsektorielt samarbeid

DigiUng og tjenestene på ung.no er statens primære kanal for kvalitetssikret informasjon, dialog og digitale tjenester til barn og unge. DigiUng er et eksempel på et tiltak som har vokst fram gjennom et tverrsektorielt samarbeid. Det startet med et oppdrag til Helsedirektoratet og Barne- ungdoms og familiedirektoratet i 2016 om å integrere den digitale helsesvartjenesten Klara Klok som del av Ung.no. Se boks 9.2.

Boks 9.2 DigiUng – tverrsektorielt samarbeid

«Noen ganger går det veldig sakte i det offentlige, spesielt når flere trenger å samarbeide på tvers. Men når vi først får det til, så når vi plutselig ut til så mange og skaper så store og langvarige gevinster, at det hele blir verdt det.»

Dette sitatet fra prosjektlederen på DigiUng viser at ungdom søker digital informasjon på en trygg plattform. DigiUng er et samarbeid mellom offentlige etater og virksomheter. DigiUng er statens primære kanal for kvalitetssikret informasjon, dialog og digitale tjenester til barn og unge, på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer.

Flere titalls aktører innen statlig, kommunal, frivillig og privat sektor og fra academia deltar i DigiUng-samarbeidet. Fra 2024 er samarbeidet etablert med en varig organisering og en felles

forvaltnings- og finansieringsmodell. Samarbeidet omfatter tjenester på tre nivåer:

1. åpen informasjon og veiledning
2. anonym dialog og selvhjelpsverktøy
3. informasjon og veiledning

De fleste trenger bare åpen informasjon på nivå 1, andre trenger noe mer, som løses på nivå 2. På nivå 3 tilbys individuell hjelp og oppfølging via sikker innlogging.

Samarbeidet ledes av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, og er forankret i Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, Kulturdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet.

9.1.4 Tverrsektorielt samarbeid på nasjonalt nivå

Utvalget legger vekt på at det særlig er behov for bedre samarbeid om prioriteringer på tvers av sektorer, slik at innsatsen blir rettet mot de mest effektive tiltakene, uavhengig av organisatoriske skiller og sektorer. Samarbeid på tvers av sektorer kan være krevende i en statlig organisering, som i stor grad er basert på sektoransvar. Det finnes likevel gode eksempler på samarbeidsmodeller som har som mål å møte utfordringer som krever tverrsektoriell innsats.

Forsøk med etablering av kjernegrupper for å samarbeide på tvers, er et eksempel på en ny arbeidsform mellom departementene. Målet er bedre samarbeid for å løse såkalt gjenstridige problemer som krever samordnet innsats over tid. Forsøket er forankret i *Gode hver for oss. Best sammen – Overordnet strategi for departementsfellesskapet 2021–2025*. Det er så langt opprettet fem kjernegrupper:

1. utsatte barn og unge
2. kompetanse i staten og departementene
3. bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser
4. klima og omstilling
5. vann og avløp

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) har evaluert bruken av kjernegrupper. De konkluderer med at dette er en god metode for å arbeide på tvers av forvaltningen, men at det er viktig å være kritisk til hvilke kjernegrupper som videreføres (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, 2024a). Kjernegruppen for utsatte barn og unge er et eksempel på at arbeidsformen kan fungere godt. DFØ skriver:

«Kjernegruppe for utsatte barn og unge (KUBU) startet opp i februar 2021 og ledes av departementsråden i Barne- og familiedepartementet. De andre departementene som deltar er Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kulturdepartementet og Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet. Gruppen er forankret i regjeringen og er godt etablert, arbeider effektivt og kan vise til resultater på alle nivåer i samordningstrappen. Kjernegruppen har også gått sammen om å etablere et samarbeid med 13 underliggende etater» (s. 16).

Kjernegruppen for utsatte barn og unge har med utgangspunkt i etatssamarbeidet gitt ni etater et felles oppdrag om å utarbeide veiledning som kommunenes forebyggende ansvar innen opp-

vekstområdet. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet leder arbeidet. Etatssamarbeidet leverte en rapport om kommunenes utfordringer og behov 15. desember 2024.² Videre leverte etatene en plan for å møte behovene 20. juni 2025. Planen består av en oppvekstpakke for kommunenes arbeid med barn og unges oppvekstsvilkår og tre utredningstiltak. Utredningstiltakene inkluderer strukturer for veiledning og kompetansestøtte, behov for regelverksendringer og mer stabil finansiering av kommunenes arbeid på oppvekstområdet. Etatene har frist for endelig leveranse februar 2026.

DFØ viser til at utsatte barn og unge representerer et svært sammensatt problem, hvor løsninger og problemforståelse til dels kan være uklare. En rekke interessenter er berørt både i og utenfor forvaltningen. Selv med sammenfallende interesser kan det være komplisert å komme fram til gode løsninger, fordi interessentene har ulike faglig tilnærming og forståelse. Oppgaver og tjenester som kreves, vil ofte være både sektorovergripende og omfatte flere forvaltningsnivåer.

Samfunnsoppdrag er et annet eksempel på en metode for å løse problemer som krever samordnet innsats over tid. I en NIFU-rapport beskrives samfunnsoppdrag eller «missions» som store, dristige og målrettede satsinger for å løse store og komplekse samfunnsutfordringer som klima eller utenforskap (Endresen et al., 2022). Rapporten inngikk som en del av kunnskapsgrunnlaget i arbeidet med å revidere langtidsplanen for forskning. Den peker på at for å lykkes, må samfunnsoppdraget:

1. ha konkrete mål forankret på høyt politisk nivå
2. være utfordringsdrevet
3. forstås som en prosess – ikke som et tiltak
4. være koordinert på tvers av politikkområder
5. ha langsiktig finansiering
6. ha finansieringsmekanismer på tvers av departementer
7. ta i bruk finansieringssystemer som gir mulighet for målretting
8. ha prosjektutlysninger som er innrettet mot bestemte mål

Det er etablert to slike samfunnsoppdrag i Norge, ett om bærekraftig fôr som startet høsten 2024, og ett om inkludering av barn og unge som startet våren 2025. Samfunnsoppdraget om inkludering av barn og unge er planlagt som et tiårig arbeid for å bekjempe ungt utenforskap. Målgruppen for arbeidet er barn og unge mellom 0–29 år som av ulike årsaker står i fare for å bli marginalisert eller falle

utenfor, og barn og unge som allerede står utenfor. Forskningsrådet utlyste inntil 117 millioner kroner til forskning på området. Regjeringen presenterte samfunnsoppdraget som en ny måte å arbeide på i Norge, der ambisiøse politiske mål kombineres med bredt engasjement og lokal innsats. Målet er å mobilisere hele samfunnet, inkludert offentlige tjenester, frivillige organisasjoner, næringslivet og forskningsinstitusjoner i samarbeidet. Barne- og familiedepartementet, Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kulturdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet samarbeider om oppdraget.

Det er foreløpig begrenset erfaring med denne typen samfunnsoppdrag, og i hvilken grad de er høyt nok prioritert og innrettet på en måte som gjør dem til et kraftfullt virkemiddel. NIFU-rapporten har vurdert erfaringene fra Nederland, Danmark og Sverige. Nederland og Danmark har lagt vekt på målrettede samfunnsoppdrag for å styrke forskning og teknologiutvikling innenfor grønn omstilling. Sverige har en bred tilnærming som tar utgangspunkt i innovasjon som del av systemet for samfunnsendring. Dette har de testet ut gjennom tre piloter: sunn og bærekraftig skolemat, bærekraftige gater og mobilitet, og bærekraftig industri. Rapporten er forsiktig med å trekke konklusjoner fordi det er begrensede praktiske erfaringer med å gjennomføre samfunnsoppdragene.

Et tredje eksempel på modeller for tverrsektorielt samarbeid er arbeidet med meldingen om sosial utjevning og mobilitet Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på framtida – uansett bakgrunn*. Fem departementer har samarbeidet om meldingen: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Justis- og beredskapsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet har bidratt i arbeidet. Regjeringens begrunnelse for en felles melding er å synliggjøre at politikken henger sammen på dette området, og videreutvikle arbeidet på tvers av sektorer og departementer. Utvalget har ikke kjennskap til de interne prosessene, men tilgjengelig informasjon tyder på at det er lagt større vekt på samarbeid på tvers av departementer enn det som er vanlig i meldingsarbeid. Et eksempel på at samarbeid kan gi resultater, er ambisjonen et forslag som samler tilskuddsordninger på tvers av sektorer i et større program. Barn og unges oppvekstsvilkår ser ut til å være et tema der denne typen samarbeid er vektlagt, jf. forsøket med kjernegruppe og etatssamarbeid om utsatte

² Se omtale av kartleggingen i kapittel 9.2.1 og Sjøvold et al., 2024.

barn og unge, og samfunnsoppdraget om inkludering av barn og unge.

9.2 Folkehelsearbeid i kommunene

Et sentralt spørsmål i denne utredningen er i hvilken grad kommunene prioriterer folkehelsearbeid, og barrierer for prioritering og implementering av folkehelse tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet skriver i høringsnotatet til endringer i folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024):

«Selv om folkehelse er relativt godt ivaretatt på planstrategi nivå, er det mindre ivaretatt i andre planer hvor ansvar til de ulike sektorene er mer konkret beskrevet, herunder også kommuneplanens arealdel og i reguleringsplaner. Strategisk planlegging er en generell utfordring i mange kommuner, men en forutsetning for å løfte folkehelse og utjevning som hensyn på tvers i kommunen» (s. 21).

Departementet skriver videre at tverrsektorielt samarbeid er en generell utfordring og sentralt for å ivareta folkehelse og fordeling i oversiktsarbeid, planlegging, forvaltning og tjenesteyting i kommunene, i tillegg til å understøtte kommuner med størst behov.

Utvalget har bestilt to oppsummeringer som grunnlag for å vurdere dagens beslutningsprosesser. De handler om hvordan folkehelseloven og det systematiske folkehelsearbeidet setter rammer for kommunenes arbeid, og hvordan folkehelsearbeid blir prioritert og integrert i kommunenes planprosesser, allokering av ressurser og gjennomføring av tiltak. By- og regionsforskningsinstituttet NIBR har levert en oppsummering om potensialet for prioritering av folkehelse i plan- og styringssystemet. Den andre oppsummeringen fra Institutt for helse, miljø og likeverd HEMIL handler om erfaringer fra det systematiske folkehelsearbeidet (Hofstad, 2025; Fosse & Oldeide, 2025).

Utvalget har supplert analysen med funn fra Riksrevisjonens undersøkelser, Helsetilsynets tilsyn med lokalt folkehelsearbeid, og kartlegginger som er gjennomført på oppdrag fra Folkehelseinstituttet.

9.2.1 Kapasitet til å styrke folkehelsearbeidet lokalt

Kommunenes kapasitet til å prioritere folkehelsearbeid er styrket de siste tiårene. Med utgangs-

punkt i ambisjonen i folkehelseloven har det skjedd en institusjonalisering av folkehelsearbeidet (Hofstad, 2025). Kjerneelementer er oppfordringen om å ansette en folkehelsekoordinator med ansvar for å drive folkehelsearbeidet, og folkehelselovens forventning om at kommunene utvikler et systematisk folkehelsearbeid. Fosse og Oldeide (2025) peker på at det har vært en positiv utvikling på plannivå i mange kommuner, og at det brede folkehelsearbeidet har fått fotfeste som prinsipp i kommunenes planer og strategier.

Det ble gjennomført en undersøkelse av det forebyggende arbeidet i kommunene før innføring av folkehelseloven, som skulle danne grunnlag for framtidige undersøkelser av utviklingen i lokalt og regionalt folkehelsearbeid (Helgesen & Hofstad, 2012). Undersøkelser som er gjennomført etter innføring av folkehelseloven, tyder på at loven har hatt effekt.

I en rapport om samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør, konkluderes det med at folkehelseloven på en helt ny og mer forpliktende måte har formalisert forventningene til folkehelsearbeidet (Helgesen et al., 2014). Alle rede to år etter innføring av loven rapporterte kommunene om et større trykk på folkehelsearbeidet:

«[...] folkehelsearbeidet har blitt mer systematisk, det er mer prioritert, det er mer tverrsektorielt, det er mer strukturert, er bedre forankret i planverk, er mer tydeliggjort, får større oppmerksomhet og at det er lettere å legitimere satsning på folkehelsearbeid nå enn før»

(Helgesen et al., 2014, s. 33).

I Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid, som ble gjennomført i perioden 2012 til og med januar 2015 (Riksrevisjonen, 2015), vises det likevel til at de fleste kommuner foreløpig ikke har etablert et systematisk folkehelsearbeid, arbeidet er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert, og det er ikke godt nok forankret utenfor helsesektoren. Et stort flertall av kommunene ga uttrykk for at det var behov for klarere nasjonale føringer om hva som er godt folkehelsearbeid, og at bredden i arbeidet var krevende å håndtere. Kommuner som var kommet kort med oversiktsarbeidet, oppga manglende kapasitet og kompetanse som viktige årsaker. Samtidig viste undersøkelsen at kommunene var positive til folkehelseloven, og at nær ni av ti kommuner mente at den hadde ført til økt satsing på folkehelsearbeid lokalt.

I Helsetilsynets oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunenes oversiktsarbeid i 2014 var vurderingen at mange kommuner hadde kommet i gang med arbeidet, men at det var stor variasjon i hvor langt de var kommet (Helsetilsynet, 2015). Videre går det fram av oppsummeringen at god forankring i ledelsen er nødvendig for at arbeidet skal komme i gang. Helsetilsynet viser til at implementering av ny lovgivning tar tid, og vurderer det som positivt at to tredjedeler av kommunene har startet arbeidet. Riksrevisjonen legger mer vekt på at mye av innholdet i folkehelseloven er en videreføring av tidligere lovkrav, og derfor ikke nytt for kommuner og fylkeskommuner.

Kommunenes vurdering av at folkehelseloven har bidratt til en styrking av folkehelsearbeidets posisjon, ser ut til å ha holdt seg over tid. I en midtveisevaluering av folkehelseprogrammet i 2021 formidlet informantene en opplevelse av at folkehelseutfordringer har stor politisk oppmerksomhet og prioritet i kommunen (Helsetilsynet, 2025). Det er samtidig verdt å understreke at det er store forskjeller mellom kommunene, og at kommunestørrelse påvirker kapasiteten til å følge opp folkehelsearbeidet.

Kommuneoverlegens rolle er tverrsektoriell, og rådgivningsfunksjonen gjelder både det brede folkehelsearbeidet og kommunenes planlegging, organisering og drift av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Funksjonen er lovfestet i folkehelseloven (2011), i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og i smittevernloven (1995). Funksjonen er sentral i beredskapsarbeidet, og kommuneoverlegen er tillagt hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap. Kommuneoverlegens rolle i det lokale folkehelsearbeidet ble tydelig under koronapandemien. Koronakommisjonen, som gjennomgikk håndteringen av pandemien, anbefalte flere tiltak for å styrke og stabilisere kommuneoverlegefunksjonen (NOU 2022: 5). I veileder for kommuneoverlegefunksjonen skriver Helsedirektoratet (2025b):

«Som medisinskfaglig rådgiver for administrativ ledelse og styrende organer vil kommuneoverlegens oppgave være å gi beslutningstakere premisser for å treffe avgjørelser på et forsvarlig grunnlag. Kommuneoverlegens råd vil være viktig i saker der befolkningens helse-tilstand kan bli berørt.»

Formålet med veilederen er å sikre forsvarlig samfunnsmedisinsk kapasitet i kommunene, både under normale forhold og i kriser.

Tidlig på 2000-tallet vokste folkehelsekoordinatoren fram som administrativ ressurs i norske kommuner. Etter hvert fikk de en aktiv rolle i implementering av folkehelseloven. Ideen kom fra miljøfeltet som hadde bygd opp satsingen på miljøvernrådgivere i kommunen fra 1990-tallet (Helgesen et al., 2014, s. 44). Til tross for at det er frivillig for kommunene å prioritere ressurser til å ansette en folkehelsekoordinator, bredte dette seg på 2000-tallet. Andelen kommuner med folkehelsekoordinator økte fra 61 prosent i 2008 til 74 prosent i 2011, og i 2014 hadde 85 prosent av kommunene folkehelsekoordinator (Helgesen et al., 2014). Dette kan tolkes som en vilje i kommunene til å arbeide med folkehelse og gjøre feltet til en tydeligere del av kommunens arbeid. En studie som fulgte utviklingen i det kommunale folkehelsearbeidet fra 2011 til 2014, konkluderte med at kommuner som ansatte folkehelsekoordinator i høy stillingsprosent og plasserte stillingen sentralt i administrasjonen, hadde mer oppmerksomhet på levekår og fordelingshensyn og mer tverrsektorielt samarbeid (Hagen et al., 2017).

Folkehelsekoordinator viser seg å ha positiv effekt på kommunenes folkehelsearbeid (Hofstad, 2025). De bidrar til å mobilisere ressurser internt på tvers av kommunens virksomheter, og eksternt gjennom samarbeid med frivillige organisasjoner. Deres kompetanse og kapasitet bidrar både til faglig oppfølging av folkehelseloven og til å styrke kommunens samlede ressurser til folkehelsearbeid. Folkehelsekoordinatoren bidrar også til å koble helseoversikten og planleggingen sammen (Schou et al., 2022). I kommuner med folkehelsekoordinator i full stilling er det større sannsynlighet for at helseutfordringene som er avdekket i helseoversikten, får betydning for prioriteringene i kommuneplanleggingen.

I kartleggingen av kommunenes systematiske folkehelsearbeid våren 2023 svarte i overkant av 90 prosent av kommunene at de har utarbeidet et oversiktsdokument over helsetilstanden og faktorer som påvirker denne (Folkehelseinstituttet, 2023a). I 2014 var det kun 40 prosent av kommunene som hadde en slik oversikt. Nærmere 70 prosent av kommunene som har svart på undersøkelsen, oppgir at kommunen drøftet identifiserte folkehelseutfordringer i arbeidet med den kommunale planstrategien. Dette er noe lavere enn i 2022. 50 prosent mente at utfordringene hadde påvirket prioriteringene, i overkant av 40 prosent besvarte ikke spørsmålet eller visste ikke om dette var tilfelle. Nærmere sju prosent mente at det ikke hadde påvirket prioriteringene. Psykisk helse og sosial ulikhet er blant de mest priori-

terte temaene i kommunenes folkehelsearbeid, og aldri skårer høyt. Samsvaret mellom identifiserte utfordringer og tiltak synes å være større i dag enn i 2014, men fortsatt er det enkelte områder med mindre grad av samsvar. Det gjelder skole og utdanning som er prioritert høyere enn vurderingen av utfordringene skulle tilsi, og levekår og utenforskap og/eller ensomhet som er prioritert lavere når det gjelder iverksatte tiltak.

Tverrsektorielt samarbeid bidrar også til å tilføre ressurser til folkehelsearbeidet, og en tverrsektoriell arbeidsgruppe kan bidra på samme måte som en folkehelsekoordinator (Schou et al., 2022). Samarbeid om folkehelse bidrar til å koble helseoversikten og kommuneplanleggingen, særlig dersom kommunedirektørens stab er involvert. Folkehelseprogrammet har også bidratt til å styrke det tverrfaglige samarbeidet i kommunene de siste årene, til tross for at mangel på sterke samarbeidsrelasjoner er en utfordring for etablering av et langsiktig folkehelsearbeid (Gotaas et al., 2022). I folkehelseprogrammet er samarbeid og samskaping viktige virkemidler for kunnskapsinnhenting, forankring av ressursbruk og for å styrke mulighetene for at tiltak videreføres i kommunal drift. Hofstad (2025) legger vekt på at påvirkningsperspektivet på helse går hånd i hånd med en bred samfunnstilnærming, der aktører møtes, forhandler og utvikler løsninger på tvers av lokalsamfunn og kommuneorganisasjon.

Midtveisevalueringen av folkehelseprogrammet viser at kommunene samarbeider mest på tvers av egne sektorer, og med målgruppen for tiltakene som er iverksatt. Over 80 prosent av kommunerespondentene oppgir dette. Over 60 prosent samarbeider med forsknings- og utviklingsmiljøer og fylkeskommunen om gjennomføring av prosjekter. Disse er sentrale samarbeidsaktører i programmet. Bare litt over 30 prosent samarbeider med frivilligheten, til tross for at frivillige er en sentral aktør i folkehelsearbeidet.

Tilgang til pedagogiske og økonomiske ressurser som er øremerket folkehelsearbeid, har også betydning for kommunenes prioritering. Program for folkehelsearbeid i kommunen er et eksempel på dette. Programmet kombinerer tilskudd, støtte fra fylkeskommunene og krav om samarbeid med forsknings- og utviklingsmiljøer. Det skal bidra til å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet ved å legge vekt på barn og unges psykiske helse, livskvalitet og rusforebygging (Hofstad, 2018b; Gotaas et al., 2022). Utviklingsarbeidet skal ta utgangspunkt i lokale utfordringer, og utføres i samsvar med det systematiske folkehelse-

arbeidet, slik det beskrives i folkehelseloven. At programmet varer i ti år, blir trukket fram som den viktigste suksessfaktoren i midtveiseevalueringen. Effekten av den langsiktige satsingen synes å overgå størrelsen på midlene som legges inn. Programmet signaliserer at myndighetene ønsker at folkehelse skal prioriteres. Dette påvirker kommunenes vilje til å satse på og utvikle folkehelsearbeidet.

En fersk undersøkelse av kommunens arbeid med forebygging for gode oppvekstvilkår, gir langt på vei det samme inntrykket som undersøkelsene i kjølvannet av folkehelseloven. Undersøkelsen, som er gjennomført på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, er basert på spørreskjema og intervjuer med representanter for kommuner, fylkeskommuner og statsforvaltere (Sjøvold et al., 2024). Resultatene tyder på at det har skjedd en positiv utvikling i kommunenes forståelse av eget ansvar for det forebyggende arbeidet for gode oppvekstvilkår. Kommunenes forståelse omtales som mer helhetlig og tverrfaglig enn tidligere. Samtidig viser også denne undersøkelsen at det er variasjon mellom kommuner. Videre går det fram av undersøkelsen at:

«Kommunenes fokus i det forebyggende arbeidet fremstår, basert på funn fra spørreundersøkelsen og intervju, som i størst grad rettet mot tjenester og tiltak som er i direkte kontakt med barn og unge, og i mindre grad på tjenester og tiltak som har en indirekte effekt på barn og unges oppvekstvilkår (f.eks. velferdstjenester fra NAV, byutvikling og samfunnsplanlegging, miljørettet helsevern, trafiksikkerhet og transport). Også kriminalitetsforebygging er et område som tilsynelatende ikke er like langt fremme i kommunenes bevissthet i forbindelse med det forebyggende arbeidet» (s. 4).

Selv om de aller fleste kommuner er enige om at forebyggende arbeid for gode oppvekstvilkår er viktig, viser de til at begrenset økonomisk handlingsrom, politiske prioriteringer, utformingen av finansieringsordninger og lovverk gjør det krevende å få til i praksis. Både fylker og kommuner peker på tilskuddsmidler som et viktig virkemiddel for å kunne prioritere forebyggende arbeid. Også kapasitetsutfordringer gjør at tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid er utfordrende å få til. Det pekes videre på manglende samarbeid og koordinering mellom direktorat og departement. De viktigste suksesskriteriene er: for-

ankring i politisk og administrativ ledelse, tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, systemer og rutiner for forebygging, dedikerte ressurser, organisering i færre og bredere kommunalområder, stillinger med organisatorisk tilknytning til kommuneadministrasjonen, forankring i planer, og felles forståelse for kommunens ansvar for forebyggende arbeid.

9.2.2 Folkehelsearbeidets legitimitet i kommunene

Det systematiske folkehelsearbeidet bygger på en sammenhengende kjede som starter med kunnskapsinnhenting gjennom oversiktsdokumentet, prioritering gjennom planstrategien, målformuleringer i kommuneplaner, tiltaksutvikling og evaluering (Hofstad, 2025). Folkehelseloven spesifiserte prosessen og etablerte samtidig en tydelig kobling til planlegging etter plan- og bygningsloven. Se omtale av nye endringer i folkehelseloven som gjelder oversiktsarbeidet og planarbeidet i kapittel 4.2.1.

Oversikt over helsetilstanden

Det er opp til kommunene å sette sammen kunnskap om helsetilstanden og til å velge hvordan kunnskapen skal benyttes. Hofstad (2025) viser til at kommunen bruker både statistikk fra folkehelseprofiler og kvalitativ eller erfaringsbasert kunnskap om lokale forhold. Flere kommuner kartlegger levekår i kommunen og deltar i Ungdata-undersøkelsen, som gir innsikt i de unges helsetilstand.

Evalueringen av plan og bygningsloven i 2018 inkluderte en vurdering av hvilken plass folkehelse hadde i kommuneplanleggingen (2018a). Politikere og fagfolk svarte at utredninger og analyser skaper et felles referansepunkt som bidrar til refleksjon, diskusjon og læring. En utfordring er at helseoversiktene inneholder et mangfold av påvirkningsfaktorer, og det er en utfordring å skape et godt kunnskapsgrunnlag for lokale prioriteringer. Det er vanskelig for kommunene å skaffe informasjon som gjør det mulig å prioritere påvirkningsfaktorene med størst potensial for ønskede resultater og kostnadseffektive tiltak. Når kommunene mangler informasjon, velger de å stole på anbefalinger fra nasjonale myndigheter, eller egen erfaringsbasert kunnskap. Uavhengig av kunnskapsgrunnlag vil folkehelseprioriteringer til syvende og sist handle om politiske prioriteringer (Hofstad, 2018b).

Utvalget har lagt vekt på at det er forskjeller mellom prioritering på folkehelseområdet og prioriteringssystemet i helsetjenesten. Mens systemet i helsetjenesten er etablert for prioritering innenfor bevilgede budsjettammer til helsetjenesten, er folkehelseiltakene i større grad underlagt direkte politiske beslutninger knyttet til et bredt spekter av virkemidler som strekker seg langt utover helsesektoren. Et bedre kunnskapsgrunnlag skal bidra til bedre beslutninger og til å styrke legitimiteten til folkehelsearbeidet, men det vil ikke erstatte politiske prioriteringer.

Integrering av folkehelsehensyn i planlegging

Folkehelseloven peker på planstrategien som den viktigste koblingen mellom helseoversikten og kommunal planlegging. Dette er den eneste plan-typen som omtales eksplisitt i folkehelseloven (Hofstad, 2025). Kravet om planstrategi skal bidra til å rydde i plansystemet, og ved starten av hver kommunestyreperiode gjennomgås eksisterende planer for å vurdere om det er behov for revideringer eller utvikling av nye planer (plan- og bygningsloven 2008, § 10-1). Hofstad peker på at planstrategien ideelt sett kunne bidra til bredt engasjement, og fungere som et politisk verktøy for å ta stilling til og prioritere kommunens samlede planbehov. Evalueringen av plan- og bygningsloven fra 2018 viser imidlertid at planstrategien i liten grad har hatt betydning for de folkevalgte engasjement i planlegging og politiske prioriteringer. Inntrykket er at dette har vedvart. Hofstad (2025) peker på at dette er et viktig bakteppe når en vurderer hvor stor betydning det har for det lokale folkehelsearbeidet at hele 77 prosent av kommunene har brukt helseoversikten som grunnlag for kommunal planstrategi (Helsedirektoratet, 2021).

Økonomiplanen, kommuneplanens arealdel og kommuneplanenes samfunnsdel er viktige for kommunens politiske prioriteringer. Økonomiplanen er viktigst, og skal vise hvordan langsiktige utfordringer, mål og strategier i kommunale og regionale planer skal følges opp økonomisk. Deretter kommer kommuneplanens arealdel som er juridisk bindende, og som viser sammenhengen mellom framtidig samfunnsutvikling og arealbruk. Kommuneplanens samfunnsdel skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier. Mens folkehelsehensyn har en nokså enkel tilgang til kommuneplanens samfunnsdel, har det vært vanskeligere å få operasjonalisert mål og prioriteringer for folkehelse i arealplanen og økonomiplanen (Hofstad, 2025).

Plan- og bygningsloven § 3-1 inneholder en rekke oppgaver og hensyn som skal ivaretas i planlegging som er relevant for folkehelsearbeidet. Det gjelder hensynet til å fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, legge til rette for gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår, og å fremme samfunnssikkerhet. Evalueringen av plan- og bygningsloven finner at gode oppvekst- og levekår og gode bomiljøer er blant hensynene som får mest oppmerksomhet i kommuneplanleggingen. Over halvparten av kommunene ivaretar disse hensynene i stor eller svært stor grad i planleggingen. Om lag 40 prosent ivaretar hensynet til å fremme folkehelse i stor eller svært stor grad, mens bare 15 prosent i like stor grad ivaretar hensynet til å motvirke sosiale helseforskjeller. Det er likevel funn som tyder på at sosial ulikhet i helse har vunnet terreng i kommunene i løpet av den perioden folkehelseloven har virket (Fosse & Oldeide, 2025). Kommunene er interessert i temaet, og de ønsker å bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Forskerne peker på at det er en del strukturelle begrensninger når det gjelder kommunenes mulighet til å påvirke sosiale forskjeller. Dette er et innfløkt problem som krever politisk handling på alle nivåer, og det krever vilje til å ta tak i de sosiale påvirkningsfaktorene.

Planlegging vurderes som et egnet redskap for prioritering av folkehelsehensyn, men kommu-

neplanleggingen mangler virkemidler for å ivareta sosiale hensyn (Hofstad, 2025). Helsekonsekvensutredninger og levekårskartlegginger er verktøy som ideelt sett kan bidra til å sette folkehelse og sosiale helseforskjeller på planagendaen. Stedskompasset er et nytt verktøy som er i tatt i bruk i noen kommuner (Fremsam, u.å.).

Plan- og bygningsloven § 14 gir et grunnlag for kunne ta i bruk konsekvensutredninger som et redskap for å sikre at det blir tatt hensyn til miljø og samfunn. En bestemmelse om helsekonsekvensutredning i folkehelseloven § 11 gir kommunen mulighet til å pålegge at mulige helsemessige konsekvenser av et tiltak utredes. Både bestemmelsen i plan- og bygningsloven og folkehelseloven gir imidlertid stort rom for lokalt skjønn. Det gjelder både valg av metode og omfanget og innholdet i konsekvensvurderingen (Junker, 2013, s. 479). Ofte er det tiltakshaver, som i praksis er utbyggeren, som bestiller og dermed legger ramme for konsekvensutredningen.

Levekårskartlegginger kan bidra til å gi fagfolk og politikere innsikt i sosiale forskjeller i ulike deler av kommunen. På den måten kan de få felles virkelighetsforståelse og utgangspunkt for målrettet innsats (Hofstad, 2025). Fredrikstad kommune bruker levekårskartlegginger for å vurdere hvor og hvilke tiltak som bør settes i verk, og hvilke områder kommunen skal satse på. Målet er

Boks 9.3 Innbyggernes modell i Trondheim

Innbyggernes modell er Trondheim kommunes satsing i det nasjonale programmet Pilot for programfinansiering 0–24. Målet med modellen var å gi barn, unge og familier i utsatte livssituasjoner større innflytelse over eget liv, og fremme mer helhetlige tjenesteleveranser fra kommunen. En annen ambisjon var å forenkle finansieringsstrukturen og etablere nye fysiske møteplasser mellom kommunen og innbyggerne. Innbyggernes modell hadde et todelt formål:

- For innbyggerne: øke målgruppens livskvalitet, selvhjelpenhet og tilhørighet i fellesskapet.
- For kommunen: gi tidligere, bedre og mer samordnet støtte til familier og ungdommer i utsatte posisjoner.

Delprosjektene handlet om tjenester og praksis med vekt på fleksibilitet og penger, familieperspektiv og relasjoner, og å bygge på folks res-

surser. Det var åpent for å tenke utenfor boksen og i større grad samarbeide tverrfaglig i kommunen.

Prosjektet var et samarbeid mellom oppvekst-, helse- og velferdssektoren og kultursektoren. Det ble etablert en styringsgruppe med områdedirektører fra de to sektorene og direktør for finans i kommunen.

NTNU, By- og regionforskningsinstituttet NIBR (OsloMet), Folkehelseinstituttet, og SINTEF har drevet følgeevaluering fra 2021 til 2023. Målet var å finne ut hva som faktisk har skjedd i kommunen, hvilke erfaringer som er gjort, og hvilke læringspunkter som kan utvikles videre for å fremme målgruppenes livskvalitet og samfunnsdeltakelse. Hovedfunnet var at innbyggerne opplevde at de fikk god hjelp, og at det førte til positive endringer i livskvalitet og helse (Heimburg et al., (2024).

å bidra til mer velferd og utjevning av levekårsforskjeller. Levekårskartlegging og område-satsing er omtalt på Fredrikstad kommunes nettsider. Stedskompasset er testet i Fredrikstad, Stavanger og Kristiansand (Hofstad, 2025). Verktøyet skal bidra til å løfte fram prioriteringene til befolkningen i et nabolag (Fremsam, u.å.).

9.2.3 Kritiske faktorer for prioritering

Begge rapportene som utvalget bestilte, konkluderer med at det har vært en positiv utvikling, og at folkehelseloven har bidratt til å styrke folkehelsearbeidets posisjon. Samtidig peker begge rapportene på utfordringer med å ta skrittet fra prioritering i overordnede planer til gjennomføring i praktisk politikk. Hofstad (2025) peker på at folkehelse er et «snilt» felt som ikke vekker sterk motstand, men som samtidig mangler sterke drivkrefter. Feltet oppleves ikke som akutt, og gir heller ikke umiddelbart utslag i kommunebudsjettet. Fosse og Oldeide (2025) legger vekt på at sosial ulikhet i helse er et innfløkt problem som krever innsats på tvers av sektorer og nivåer i en sektorisert organisering.

Forskerne peker på kritiske faktorer og anbefalinger som kan bidra til å styrke den lokale prioriteringen av folkehelsearbeidet.

Statlig prioritering av folkehelsearbeid: Hofstad peker på program for folkehelse med langsiktig finansiering som viser at staten prioriterer folkehelsearbeidet. Fosse og Oldeide legger vekt på at det statlige ansvaret for folkehelsearbeidet blir tydeliggjort, og at det tverrsektorielle folkehelsearbeidet må styrkes også på statlig nivå. Begge rapportene legger vekt på at kommunene har begrensede ressurser, og at folkehelsearbeidet trenger en stabil finansiering.

Folkehelsekoordinator i tilstrekkelig stor stillingsprosent: Begge rapportene viser til betydningen av folkehelsekoordinator i stor stillingsprosent organisert på tilstrekkelig høyt administrativt nivå. Hofstad skriver at folkehelsekoordinatorenes innsats ser ut til å ha vært helt avgjørende for at folkehelse har gått fra å være et smalt felt innenfor helsesektoren, til et politisk mål på tvers av kommunen, og støttet opp med virkemidler som sikrer kobling mellom helseoversikt og planlegging. Fosse og Oldeide (2025) legger vekt på behovet for folkehelsevitenskaplig kompetanse hos folkehelsekoordinatorene.

Folkehelsekompetanse hos administrativ og politisk ledelse: Hofstad viser til politisk og administrativt lederskap som en viktig faktor for å styrke prioritering av folkehelsearbeid. Politikerne må

kjenne til målene for folkehelsepolitikken, hvor skoen trykker i egen kommune og de viktigste virkemidlene. Helseoversiktene gir innsikt i det sammensatte bildet, og lederes oppgave er å prioritere hvilke påvirkningsfaktorer det skal arbeides med.

Virkemidler for å ivareta folkehelsehensyn i planlegging: Hofstad legger vekt på mer aktiv bruk av virkemidler som evner å fange menneskelige behov, slik som stedskompasset. Det er særlig avgjørende for å håndtere fordelingsmessige aspekter ved folkehelsearbeidet. Planlegging etter plan- og bygningsloven har en slagside mot regulering av fysiske aktiviteter og hensyn (grøntområder, boliger, skoler og infrastruktur), og legger mindre vekt på hvilke menneskelige aktiviteter som skal foregå på disse arealene. Det handler dels om at plan- og bygningsloven er underutviklet på dette området, og dels om faglige normer og verdier. Det ligger et potensial for økt vektlegging av folkehelse i planlegging ved å utvikle tydeligere krav til hva konsekvensutredninger og helsekonsekvensutredninger skal inneholde, og når de skal gjennomføres. Samtidig er testingen av stedskompasset som verktøy lovende, fordi det svarer på et vedvarende problem med å inkludere befolknings verdier og interesser tidlig i planprosessen.

Virkemidler for samarbeid på tvers av aktører: Hofstad (2025), Fosse og Oldeide (2025) legger vekt på tverrsektoriell organisering, og peker på at begreper som sosial bærekraft eller levekår kan være et viktig tillegg til «helse i alle politikkområder» for å skape tverrsektorielt samarbeid.

9.3 Anbefaling om forbedring av beslutningsprosessene

Folkehelsearbeidet har, etter utvalgets vurdering, fått en tydelig plass i helsepolitikken med faste stortingsmeldinger, krav i folkehelseloven, større grad til tverrsektoriell forankring av helsehensyn og mer systematisk tilnærming.

På nasjonalt nivå er det imidlertid en utfordring at det mangler tydelige faglige prioriteringer, at prioritering og ressursbruk i for stor grad er preget av kortsiktige hensyn, og at det er utfordrende å få til felles prioriteringer på tvers i en sektorisert stat.

Folkehelsearbeidet er også styrket i kommunene etter innføring av folkehelseloven, men det er fortsatt en utfordring med kapasitet og kompetanse. Det kan være vanskelig å prioritere langsiktig folkehelsearbeid i konkurranse med det som oppleves som mer akutte behov, og dette får konsekvenser når kommunene skal prioritere knappe ressurser. Videre krever tiltak for å bedre befolk-

ningens helse og utjevne sosiale helseforskjeller kontinuerlig innsats på tvers av sektorer og nivåer.

Både når det gjelder prioritering av og mellom folkehelse- og tverrsektoriell tilnærming med vekt på oppvekst- og utdanning, arbeid og arbeidsmiljø, inntektsutjevning, tilgang til helsetjenester, levevaner og sosial inkludering. Utvalget legger vekt på at prioritering av folkehelse- og tverrsektorielle tiltak må ta hensyn til at vurderinger gjøres i mange sektorer. Derfor må det legges til rette for å sammenlikne og prioritere på tvers av tiltak og sektorer.

Utvalget anbefaler at det arbeides videre med å utvikle systemet som er etablert gjennom folkehelse- og tverrsektorielle tiltak, og beskrevet i flere stortingsmeldinger. Endringene i folkehelse- og tverrsektorielle tiltak som gjelder statens oppgaver og kommunenes oversikts- og planarbeid, er et godt utgangspunkt for dette arbeidet. Støtte til lokalt og regionalt folkehelse- og tverrsektorielt samarbeid er en viktig del av det statlige folkehelse- og tverrsektorielle samarbeid, og det forutsetter gode systemer for dialog mellom nivåene der både fylkeskommunene og KS har en viktig rolle. Videreutvikling av den statlige støtten til kommunene bør ses i sammenheng med fylkeskommunenes oppgaver og KS' rolle som representant for kommunesektoren.

Utvalgets vurdering er at en mer enhetlig prioritering og bedre nasjonale beslutningsprosesser forutsetter videre utvikling av tverrsektorielle samarbeidsmodeller. Det bør arbeides videre med å utforske nye og videreutvikle samarbeidsformer i arbeidet med stortingsmeldingene om folkehelse, som kommer hvert fjerde år. Samarbeidet bør særlig knyttes til innsats rettet mot utsatte barn og unge. Kjernegrupper på tvers av departementer og samfunnsoppdrag er aktuelle eksempler på slike samarbeidsmodeller. Videre kan det være aktuelt å se nærmere på potensialet i felles styringssignaler fra departementene, for å støtte tverrsektorielt samarbeid.

Utvalget legger også vekt på behovet for å styrke kunnskapsgrunnlaget for prioriterings- og beslutningsprosesser, særlig behovet for kunnskapsproduksjon om effekt av tiltak og forutsetninger for vellykket gjennomføring. Utvalget mener at det er nødvendig å utvide perspektivet i kunnskapssystemet for å tilpasse kunnskapen til hele bredden av tiltak på folkehelseområdet. Departementet bør etterlyse tydeligere faglige anbefalinger som grunnlag for arbeidet med å videreutvikle folkehelsepolitikken.

Et godt beslutningsgrunnlag er viktig for alle beslutninger som tas i den enkelte sektor innenfor fullmaktene til det enkelte departement, for eksempel Helse- og omsorgsdepartementet.

Beslutningene kan være knyttet til virkemidler som legger rammer for kommunesektoren, i form av øremerkede tilskudd eller reguleringer. Det kan også være styring av statlige virksomheter på nasjonalt nivå.

I arbeidet med statsbudsjettet vil det enkelte fagdepartement fremme forslag for regjeringen om å prioritere tiltak innen deres sektor. Teknisk sett innebærer dette at forslaget føres til profilbehandling, som er en særlig pott med penger som fordeles til nye tiltak og satsinger ved regjeringens sluttbehandling av budsjettet, før det legges fram om høsten. I rundskriv med regler for hvordan slike forslag skal fremmes, sies det blant annet (Finansdepartementet, 2024):

«Tiltak som er mangelfullt utredet og dokumentert, vil normalt ikke bli foreslått ført til profilbehandling. I Finansdepartementets vurdering av hvilke satsingsforslag som anbefales ført til profilbehandling, legges det vekt på tiltakets samfunnsøkonomiske lønnsomhet. Ved beregning av samfunnsøkonomisk lønnsomhet skal kostnads- og nyttesiden av et tiltak tallfestes og dokumenteres så langt det er mulig.»

Utvalget vil peke på behovet for gode utredninger og for å dokumentere eller sannsynliggjøre at tiltak har forventet effekt, og at nytten står i forhold til kostnadene. Det kan være mange forhold som påvirker hvilke prioriteringer som faktisk gjøres av regjeringen og Stortinget, og det er mange gode formål som kjemper om å bli prioritert. Et godt faglig grunnlag for prioriteringer av folkehelse- og tverrsektorielle tiltak vil uansett være viktig for at tiltakene skal nå fram i avveininger mellom ulike formål.

Utvalget anbefaler at støtten til kommunene videreutvikles gjennom tydelig statlig prioritering, mer operativ kunnskaps- og beslutningsstøtte, og mer langsiktig og fleksibel innretning av tilskuddsordninger gjennom organisering i bredere program, for å legge til rette for lokal tilpasning og forutsigbar finansiering.

Utvalget legger vekt på at rammene for prioritering må ta hensyn til at prioritering skjer på tvers av sektorer, og at åpenhet og offentlig debatt har stor betydning for å opprettholde tilliten i befolkningen og legge grunnlaget for gode beslutninger. Forslaget om prioriteringskriterier for nytte, kostnad, fordeling og autonomi skal bidra til å øke forståelsen av hva som bør inkluderes i og vurderes som grunnlag for prioriterings- og beslutninger. Utvalget mener at vurdering og avveininger mellom disse kriteriene bør få en tydeligere plass i beslutningsgrunnlaget.

Kapittel 10

Bedre prioritering av folkehelsetiltak

I dette kapittelet presenteres de overordnede anbefalingene for bedre prioritering av folkehelse-tiltak. Anbefalingene tar utgangspunkt i dagens system for det systematiske folkehelsearbeidet, som er forankret i folkehelseloven, og beskrevet i flere stortingsmeldinger.

Hovedtilnærmingen er at anbefalingen skal bidra til å forbedre systemet og støtte prioriteringsbeslutningene gjennom:

- etablering av nye kriterier for prioritering
- satsing på utvikling av ny og bedre tilpasset kunnskap
- etablering av mer operativ støtte til kommunene
- utvikling av bedre nasjonale beslutningsprosesser

Målet er å legge til rette for gode og demokratisk forankrede avveininger mellom ulike hensyn, basert på kunnskap om hva som påvirker befolkningens helse, og hvilke tiltak som kan bidra til å forbedre denne, og utjevne sosiale forskjeller i helse. Figur 10.2 til slutt i kapittelet illustrerer det helhetlige systemet for folkehelsearbeidet.

10.1 Nye kriterier for prioritering

Utvalget anbefaler at det etableres egne prioriteringskriterier for folkehelsetiltak, for å avklare hva som skal være styrende for prioritering, og fange opp de brede hensynene som bør ligge til grunn for folkehelsearbeid. Dette er et nytt virkemiddel som skal bidra til bedre prioriteringsbeslutninger. Kriteriene skal bidra til at folkehelsetiltak blir utredet bedre og mer enhetlig, og at verdivurderingene er åpne og transparente.

Utvalget har lagt vekt på at kriteriene må ta hensyn til at vurderinger gjøres i mange sektorer. Det må derfor legges til rette for å sammenlikne og prioritere på tvers av tiltak og sektorer. Videre må det legges til rette for åpenhet om begrunnelser og offentlig debatt om tiltakene. Folkehelsetiltak krever en samlet vurdering av nytte opp mot

samlede kostnadene, og må reflektere målet om å bidra til å redusere sosiale helseforskjeller og vektlegge hensynet til autonomi.

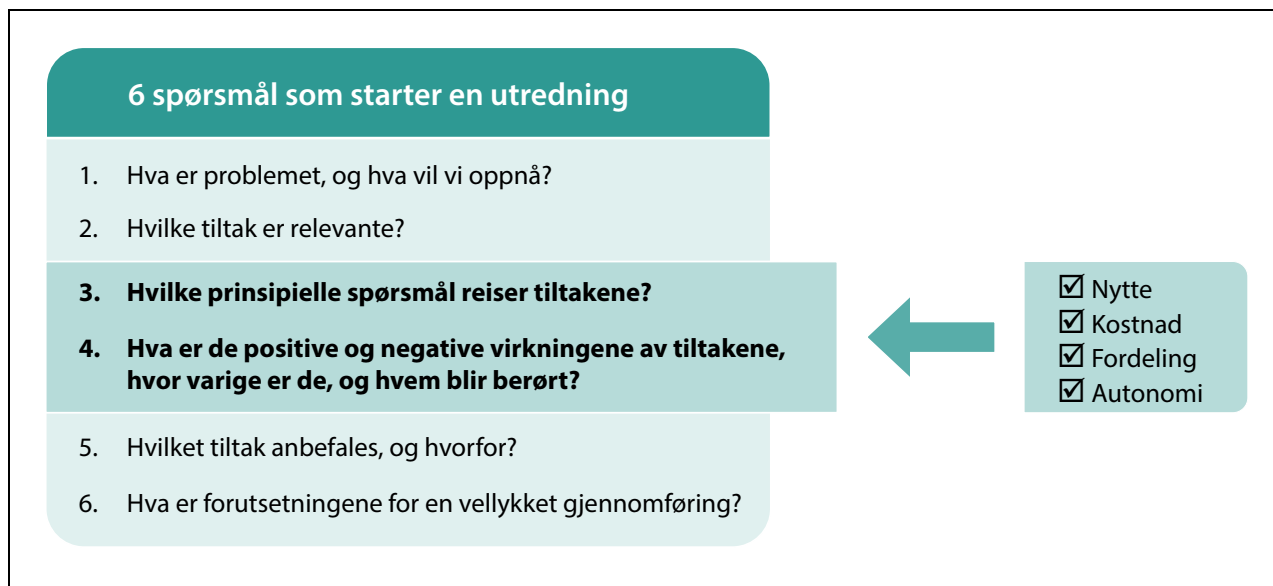
På bakgrunn av dette foreslår utvalget følgende kriterier:

- *Nytte*: Tiltakenes effekt på folkehelsen, faktorer som påvirker folkehelsen, og annen samfunnsnytte. Et tiltaks prioritet øker i tråd med forventet nytte av tiltaket.
- *Kostnader*: Tiltakenes ressursbruk og andre samfunnskostnader. Et tiltaks prioritet øker jo mindre kostnader og ressurser tiltaket krever.
- *Fordeling*: Fordeling av tiltakenes nytte og kostnad på ulike grupper. Et tiltaks prioritet øker i tråd med tiltakets utjevning av sosiale helseforskjeller.
- *Autonomi*: Begrensninger som tiltakene legger på den enkelte. Et tiltaks prioritet reduseres jo mer begrensende tiltaket er.

De fire kriteriene skal ses under ett og i relasjon til hverandre. Det skal gjøres en samlet vurdering, og det er ingen forhåndsdefinert vektning av enkeltkriterier.

Utvalget foreslår at kriteriene innarbeides i folkehelseloven som grunnlag for prioritering. Det er vurdert om et alternativ til å formulere et nytt sett med kriterier kunne være å videreutvikle eksisterende veiledning om avveiningene som må gjøres i folkehelsearbeid, både av fordelingsvirkninger og prinsipielle hensyn. Utvalget mener imidlertid at dette ikke vil gi tilstrekkelig gjennomslagskraft på tvers av forvaltningsnivåer, eller tydelig nok retning for den videre utviklingen av prioriteringsarbeidet på folkehelseområdet.

Bruk av kriteriene må ses i sammenheng med kravene i folkehelseloven om oversikt over folkehelseutfordringer og utredningsinstruksen for statlige tiltak. Figur 10.1 illustrerer at kriteriene må settes inn i en sammenheng. Kriteriene er spisset inn mot avveiningen mellom tiltak, og vil derfor bare dekke en del av beslutningsgrunnlaget. Først er det nødvendig å avklare hva som er problemet, og hvilke tiltak som er relevante. I til-



Figur 10.1 Kriterier for folkehelsearbeid

legg er det nødvendig å gjøre en vurdering av hva som kreves for en vellykket gjennomføring.

Utvalget anbefaler at Helsedirektoratet får i oppgave å gi informasjon og veiledning i bruk av kriteriene, herunder revidere eller supplere nåværende veiledere. Kriteriene bør også inkluderes i regelverk for tilskuddsordninger på folkehelseområdet. Det gjelder også i sammenheng med at tilskuddsordninger samles i bredere programmer. Videre er det aktuelt å vurdere om fylkeskommunene og eventuelt andre aktører bør ha en rolle i arbeidet med å implementere kriteriene. Utvalget anbefaler på bakgrunn av dette at det arbeides videre med å etablere gode rammer rundt implementering av kriteriene.

10.2 Ny og bedre tilpasset kunnskap

Utvalget anbefaler en satsing på ny og bedre tilpasset kunnskap om effekt av tiltak, inkludert fordelingseffekter og hva som skal til for effektiv gjennomføring. Utvalget legger vekt på at god kunnskap om folkehelseutfordringer, årsaks-sammenhenger og effekt av tiltak er avgjørende for prioriteringsarbeidet. Et bedre kunnskaps-system på folkehelseområdet er også et viktig bidrag for å styrke kunnskapsberedskap og helseberedskap for kriser.

10.2.1 Prioritere utvikling av kunnskap om effekt av tiltak

Utvalget anbefaler å styrke kunnskap om effekt av folkehelse tiltak gjennom en strategisk forsknings-satsing og virkemidler for å bygge opp sterke forskningsmiljøer.

Utvalget mener at det bør vurderes å ta i bruk flere av Forskningsrådets virkemidler for å gi forskning på effekt av folkehelse tiltak et nødvendig løft. Eksempler på dette er senterordningen for å bygge opp sterke og langsiktige forskningsmiljøer, strategiske satsinger, og at det i prosjekt-utlysninger stilles krav om samarbeid mellom institusjoner eller sektorer. Dette forutsetter at tilgangen til registerdata forenkles, og at det legges bedre til rette for å koble data mellom registre og andre datakilder.

Utvalget støtter endringer i ny folkehelselov om krav til evaluering av større nasjonale tiltak og målet om at flere lokale tiltak skal evalueres. Utvalget mener videre at det bør legges til rette for å gjennomføre flere utprøvinger av tiltak, og utvikle en praksis ved innføring av tiltak som gjør det mulig å vurdere effekter. Utvalget viser til Rege-gruppens anbefalinger om å etablere et kompetansemiljø på forsøk i forvaltning og en felles hjemmel for denne typen forsøk (Rege-gruppen, 2022). Utvalget støtter etablering av et kompetansemiljø og gjennomføring av endringer i regelverket for å styrke hjemmelsgrunnlaget. Evne og kapasitet til å evaluere tiltak kan vanskelig bygges opp på kort varsel, særlig under en krise når kunnskapsbehovet er størst. En felles

forståelse om forskjellige metoders styrker og begrensninger kan utvikles gjennom løpende arbeid med å evaluere folkehelseiltak, og deles på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer.

10.2.2 Utvide perspektivet på kunnskap om folkehelseiltak

Utvalget anbefaler at perspektivet på kunnskap utvides med større vekt på gjennomføring av forskning, og bruk av forskningsmetoder og effektmål tilpasset folkehelseiltakenes karakter.

Viktige deler av folkehelsearbeidet rettes mot forhold med lange tidsløp mellom årsak og effekt, og er rettet mot svært sammensatte årsaksforhold. Dette gjør det praktisk umulig å evaluere endelig effekt av helseutfall i alle sammenhenger. Kunnskap om effekter på mellomliggende variabler kan derfor inngå som en viktig del av kunnskapsgrunnlaget, gitt at det er en dokumentert eller sannsynlig sammenheng mellom disse variablene og endelig helseutfall. Det er derfor nødvendig at kunnskapsutviklingen inkluderer effekter av faktorer langs hele årsakskjeden, og inkluderer evaluering av sammensatte tiltak eller tiltakspakker. Med mer sammensatte tiltak og tiltak rettet mot bakenforliggende årsaker kan det også være behov for kunnskap fra flere fagdisipliner for å vurdere virkninger.

Effektive tiltak kan også øke helseforskjeller. Derfor er det nødvendig med kunnskap om hvilke mulige fordelings effekter tiltakene kan gi. Utvalget mener at prosess- og følgeevaluering er nødvendig for å få kunnskap om gjennomføring av tiltak og en anledning til mer systematisk læring gjennom praksis.

Utvalget anbefaler at det gjøres en vurdering av hvordan kunnskapsutviklingen på folkehelsefeltet i større grad kan tilpasses behovet for prioritering på tvers av sektorer. Utvalget viser også til Folkehelseinstituttets anbefalinger om kunnskapssystem for å håndtere kriser og pandemier, se boks 7.2 i kapittel 7. Dette er forhold som, etter utvalgets vurdering, er i tråd med hovedområdene for videre arbeid som kjernegruppen for kunnskap i kriser har pekt på, og forhold som er relevante for å videreutvikle kunnskapssystemet for folkehelsearbeidet mer generelt. Utvalget anbefaler at arbeidet som er satt i gang, videreføres gjennom forankring i ordinære ansvarslinjer i departementene.

10.2.3 Styrke kunnskapen om årsaker og påvirkningsfaktorer

Utvalget anbefaler å forenkle tilgang til helsedata, å bedre datagrunnlaget og sørge for forutsigbar

finansiering av befolkningsundersøkelser gjennom å videreutvikle og forbedre etablerte systemer for å dokumentere og ta i bruk kunnskap om folkehelseutfordringer. Kunnskap om årsakssammenhenger, påvirkningsfaktorer og sykdomsbyrde må oppdateres og videreutvikles. Denne typen kunnskap er en nødvendig del av grunnlaget for å evaluere og dokumentere effekt av tiltak.

Fra 1. januar 2024 er de nasjonale helseregistrene samlet hos Folkehelseinstituttet. Utvalget mener at dette gir et stort potensial for å forbedre systemet for innsamling, tilgjengeliggjøring og bruk av data fra helseregistrene og befolkningsundersøkelsene. Utvalget anbefaler at de viktigste befolkningsundersøkelsene sikres en mer forutsigbar finansiering.

Utvalget støtter også det pågående arbeidet med å videreutvikle analyseinfrastrukturene for sensitive data ved Universitetet i Oslo, NTNU og Universitet i Bergen til en nasjonal infrastruktur (Kunnskapsdepartementet, 2025).

Utvalget legger vekt på at Folkehelseinstituttets kunnskapsproduksjon og faglige rådgivning om årsakssammenhenger, påvirkningsfaktorer og sykdomsbyrde er avgjørende, både for det nasjonale og det lokale folkehelsearbeidet.

10.3 Operativ støtte til kommunene

Utvalget anbefaler at den statlige støtten til kommunene videreutvikles. Et viktig formål med omorganiseringen av helseforvaltningen, som ble gjennomført fra 1. januar 2024, var å bedre støtten til kommunene. Stortinget har også vedtatt endringer i folkehelseloven som gir statlige myndigheter og fylkeskommunene et tydeligere ansvar for å understøtte kommunenes arbeid. Dette handler om at styringsdata skal gjøres tilgjengelige, men også mer kunnskap om effekter av folkehelseiltak. Lovendringen innebærer en presisering av oppgavene til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Forslaget innebærer også å lovfeste de regionale helseforetakenes ansvar for å bidra med kunnskap, og for å samarbeide med fylkeskommuner og kommuner om folkehelsearbeid.

10.3.1 Operativ kunnskaps- og beslutningsstøtte

Utvalget anbefaler at det utvikles mer operativ kunnskaps- og beslutningsstøtte til kommunene, som inkluderer støtte til prosessen med å identifi-

sere, prioritere og gjennomføre folkehelseiltak. Innretning bør vurderes nærmere og eventuelt prøves ut i pilotforsøk. Det vil være aktuelt å ta utgangspunkt i den nye rollen til Helsedirektoratet og eksisterende miljøer ved Folkehelseinstituttet som tilbyr kunnskapsstøtte til kommunene.

Støtte til lokalt og regionalt folkehelsearbeid er en viktig del av det statlige folkehelsearbeidet. Helsedirektoratets bidrag omfatter tilgjengeliggjøring av oppvekst- og folkehelseprofiler og veiledning etter folkehelseloven – blant annet gjennom veileder i systematisk folkehelsearbeid og veivisere i lokale folkehelseiltak. Som følge av endringene i helseforvaltningen, erfaringer med dagens veiledningstilbud og endringene i folkehelseloven vil det være behov for å gjennomgå tilbudet og vurdere endringer. Helsedirektoratet er også i prosess med KS om veiledningen til kommunene. Folkehelseinstituttet har etablert statistikkbankene KommuneHelse og Norgeshelse, og gir kunnskapsstøtte til kommunene gjennom Senter for evaluering av folkehelseiltak, klynge for vurdering av tiltak og Senter for sykdomsbyrde. Innretningen av den videre utviklingen av operativ støtte til kommunene bør vurderes nærmere langs flere spor, eventuelt ved pilotforsøk for å teste ut ulike modeller.

Utvalget mener at en videreutvikling av den statlige støtten til kommunene bør ses i sammenheng med fylkeskommunenes oppgaver, eventuelt også med Statsforvalterens rolle. Det er også hensiktsmessig å gå i dialog med KS om hva som kan være deres rolle. Det gjelder også Kommunenes samarbeidsarena for forskning, som i dag primært er rettet mot helse- og omsorgstjenesten, og som det kan være aktuelt å vurdere som en arena for å stimulere til forskning på det brede folkehelsearbeidet.

En videreutvikling av kunnskaps- og beslutningsstøtte til kommunene bør også ses i sammenheng med Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med å utrede en mer samlet organisering av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten, hvor målet er en mer helhetlig tilnærming og koordinert støtte til kommunesektoren.

Til tross for at det finnes kunnskap både om folkehelseutfordringer og aktuelle tiltak, kan det være vanskelig for beslutningstakere å få tak i informasjonen og bruke den i beslutninger. Gjennomgang av det systematiske folkehelsearbeidet har vist at kommunene etterspør kunnskap om folkehelseutfordringer og om effekt av tiltak. Kommunene har særlig ønsket kunnskap om lokale forhold og kunnskap som er relevant i

deres lokale kontekst. I rapporten fra NIBR (Hofstad, 2025) vises det til at regionale og lokale myndigheter synes det er vanskelig å skaffe til veie informasjon som gjør det mulig å prioritere de påvirkningsfaktorene og tiltakene som gir best effekt.

10.3.2 Erstatte smale tilskuddsordninger med bredere programmer

Utvalget anbefaler at smale tilskuddsordninger erstattes med bredere programmer gjennom å samordne eksisterende tilskuddsordninger rettet mot kommunene. Et nærliggende eksempel kan være å samle tilskuddsordninger rettet mot barn og unge, i et bredere program om barn og unges oppvekstsvilkår. Etablering av bredere programmer gir større mulighet for å legge til rette for prioriteringer basert på lokale utfordringer og behov. Videre kan det bidra til å styrke organiseringen av folkehelsearbeidet i kommunene (folkehelsekoordinator, organisatorisk forankring osv.). Utvalget viser til at KS har tatt til orde for programfinansiering av tiltak for å inkludere barn og unge, i et innspill til arbeidet med stortingsmeldingen om sosial ulikhet og mobilitet.

Det kan også være aktuelt å se på muligheter for å etablere regionale partnerskap mellom stat, fylke og kommuner – med samfinansiering og ulike former for støttefunksjoner. Et aktuelt eksempel på et slikt partnerskap mellom stat og kommuner er områdesatsingen for tjenesteutvikling og bedre nærmiljøkvaliteter i levekårsutsatte områder. Staten har i dag avtaler med Oslo, Bergen, Drammen, Stavanger, Trondheim, Sarpsborg, Fredrikstad, Kristiansand, Skien, Gjøvik, Halden, Indre Østfold, Larvik og Tromsø.

Utvalget viser til at det tiårige folkehelseprogrammet løftes fram som et godt eksempel på statlig støtte og prioritering. I midtveisevalueringen av programmet kommer varigheten av programmet ut som den viktigste suksessfaktoren. Effekten av programmets langsiktige satsing synes å overgå størrelsen på midlene som legges inn. Det framheves at programmet har vært et tydelig signal fra statlige myndigheter om at folkehelse skal prioriteres, og det har påvirket kommunenes vilje til å satse på og utvikle folkehelsearbeidet.

10.4 Bedre nasjonale beslutningsprosesser

Utvalget anbefaler å videreføre og videreutvikle modellen for det systematiske folkehelsearbeidet,

prøve ut nye samarbeidsmodeller, en mer strategisk innretning på stortingsmeldingene om folkehelse, og etterspørre tydeligere faglige anbefalinger fra etatene. Sammen med anbefalingen om å etablere kriterier for prioritering av folkehelseiltak, er utvalgets vurdering at dette er nødvendig for å bidra til at folkehelseiltak skal behandles mest mulig enhetlig på tvers av sektorer.

Utvalget viser til endringene i folkehelseloven, som ble vedtatt i juni 2025, og mener at det er et godt utgangspunkt for å gjennomgå og forbedre de nasjonale beslutningsprosessene. Staten har fått det samme lovfestede kravet som kommuner og fylkeskommuner om å beskytte, fremme og utjevne helse i befolkningen. Etter utvalgets vurdering kan de lovfestede kravene til staten bidra til å styrke arbeidet på tvers av sektordepartementene, og legge grunnlaget for mer enhetlig prioritering.

Utvalget legger vekt på at det er behov for gode utredninger, og for å dokumentere eller sannsynliggjøre at tiltak har forventet effekt, og at nytten er større enn kostnadene. Det kan være mange forhold som påvirker hvilke prioriteringer som faktisk gjøres av regjeringen og Stortinget, og det er mange gode formål som kjemper om å bli prioritert. Et godt faglig grunnlag for prioriteringer av folkehelseiltak vil uansett være viktig for at tiltakene skal nå fram i avveininger mellom ulike formål.

10.4.1 Oppdatere modellen for det systematiske folkehelsearbeidet

Utvalget anbefaler at modellen for det systematiske folkehelsearbeidet oppdateres og videreutvikles med utgangspunkt i erfaringene med de fireårige prosessene med stortingsmelding om folkehelse og endringene i folkehelseloven.

Utvalget viser til at endringene i folkehelseloven tydeliggjør statens ansvar for å fremme befolkningens helse og livskvalitet, og for å bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Ifølge § 22 tredje ledd skal departementet ha nødvendig oversikt over helse og livskvalitet i befolkningen og faktorene som kan virke inn på denne. Departementet skal fastsette de nasjonale folkehelseutfordringene som grunnlag for en samordnet og helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk. Videre gir loven en føring om at store nasjonale folkehelseiltak bør evalueres for å dokumentere effekt.

Et viktig hensyn bak etableringen av det systematiske folkehelsearbeidet var ønsket om en mer helhetlig tilnærming til prioritering på feltet. Utvalget anbefaler at folkehelsemeldingene

videreutvikles og gis en mer strategisk innretning, basert på en analyse av hva som er de største utfordringene, og de mest effektive virkemidlene. Meldingene bør dekke hele bredden av forhold som har betydning for befolkningens helse, «løfte blikket» ut over små og store enkelttiltak, og presentere de viktigste prioriteringene i den kommende fireårsperioden. I den sammenheng er det aktuelt å utfordre og gi fagetatene rom til å gi tydeligere råd om hva som er de største utfordringene for folkehelsen totalt sett, og hvilke virkemidler og tiltak som er mest effektive for å bedre befolkningens helse og utjevne de sosiale helseforskjellene.

Det bør også vurderes om det er behov for å justere og konkretisere målene, og om stortingsmeldingene i større grad skal inkludere rapportering om erfaringene fra forrige periode som grunnlag for å justere prioriteringene i neste periode. Dette er i tråd med krav i loven om at departementet skal fastsette de nasjonale folkehelseutfordringene som grunnlag for en samordnet og helhetlig nasjonal folkehelsepolitikk.

Utvalget mener at det bør arbeides videre med hvordan tiltak i og utenfor helsetjenesten kan vurderes og prioriteres mer helhetlig. Utvalget mener at helsetjenestens forebyggende og helsefremmende arbeid må være en del av en samlet tilnærming til folkehelsearbeidet. I mange tilfeller gir det liten mening å gjøre et skarpt skille mellom forebyggende og helsefremmende tiltak innenfor helsetjenesten og tilsvarende tiltak utenfor helse-tjenesten.

10.4.2 Etterspørre tydeligere faglige anbefalinger

Utvalget anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet etterspør tydeligere faglige prioriteringer på tvers av fagområder i rapportene fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Det gjelder både hva som er de viktigste utfordringene, og de mest effektive tiltakene – gitt målene om bedre helse og utjevning av sosiale helseforskjeller.

Det nasjonale systemet for å følge opp folkehelsepolitikken og modellen for det systematiske folkehelsearbeidet gir etatene mulighet til å legge fram tydelige faglige prioriteringer til utforming av den nasjonale politikken. I dag gir rapportene i hovedsak anbefalinger innenfor det enkelte fagområdet, og i mindre grad faglige anbefalinger om hva som bør prioriteres på tvers av fagområdene. Utvalget vil framheve verdien av at etatene har rom til å gi faglige og politisk uavhengige anbe-

falinger, og muligheten det gir til å påvirke prioriteringene i folkehelsepolitikken.

Utvalget anbefaler videre at Helsedirektoratet får som fast oppdrag, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, å utarbeide og vedlikeholde en oversikt over effektive tiltak, basert på en analyse av hva som er de viktigste folkehelseutfordringene. Arbeidet bør ha en bred tilnærming til utfordringene. Det bør tas utgangspunkt i hele bredden av folkehelseutfordringer, inkludert helsetrusler og beredskap for nye folkehelseutfordringer, men tiltakene må ikke nødvendigvis dekke hele bredden. Tilsvarende bør vurderingen både inkludere tiltak rettet mot bakenforliggende faktorer, og tiltak som har mer direkte effekt på helsen. Tiltakene som vurderes, bør omfatte både befolkningsrettede strategier og høyrisikostrategier, og ha en tverrsektoriell tilnærming. Utvalget foreslår også at oversikten inneholder en vurdering av kunnskapsgrunnlaget for tiltakene og gjennomførbarhet i en norsk kontekst. I 2018 og 2019 gjennomførte Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet et arbeid for å identifisere de ti største folkehelseutfordringene og gi anbefalinger om ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden. Utvalget anbefaler at Helsedirektoratet sammen med Folkehelseinstituttet fortsatt er pådrivere og hovedansvarlige for oversikter over effektive tiltak, og at det vurderes å etablere en tverrsektoriell gruppe med etater og fagmiljøer for å gi arbeidet større bredde.

10.4.3 Forbedre det tverrsektorielle samarbeidet på nasjonalt nivå

Utvalget anbefaler at det gjøres et arbeid for å forbedre det tverrsektorielle samarbeidet på nasjonalt nivå, gjennom å bygge videre på og forbedre dagens samarbeidsmodeller, prøve ut nye samarbeidsformer og vurdere mer bruk av felles styringssignaler på tvers av sektorer, for å legge til rette for samarbeid på etatsnivå.

Folkehelsemeldingene, som legges fram i hver stortingsperiode, er forankret i Helse- og omsorgsdepartementet. Hovedvekten av arbeidet skjer i dette departementet selv om folkehelsepolitikken er tverrsektoriell. Utvalget mener at det kan være aktuelt å se nærmere på grep for å styrke tverrsektorielt eierskap og felles prioriteringer, gjennom en bredere forankring av dette arbeidet. Det betyr ikke nødvendigvis at hele bredden av tiltak som er relevante for befolk-

ningens helse, forankres i folkehelsemeldingen, men at ulike politikkområder støtter opp om hverandre og henger sammen på tvers av sektorer. Helsesektoren har et særlig ansvar for å synliggjøre hvordan samfunnsutviklingen og helheten i velferdspolitikken påvirker befolkningens helse. I den sammenheng mener utvalget at det kan være aktuelt å gjennomgå hvordan beslutningsprosesser i ulike sektorer bidrar til helse og livskvalitet.

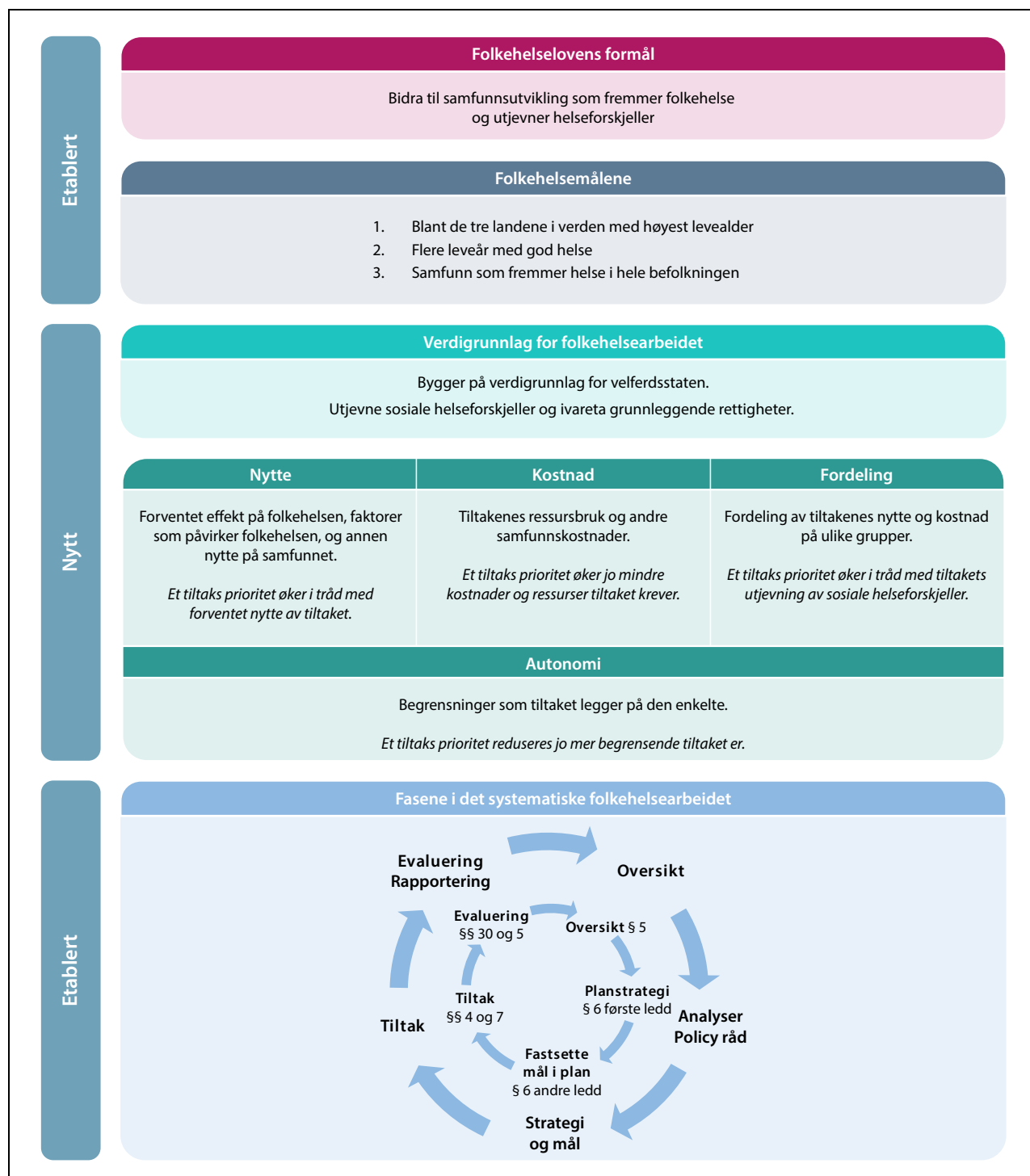
Utvalget mener at det bør arbeides videre med å teste ut ulike samarbeidsformer for å løse utfordringer som krever samarbeid på tvers av sektorer.

Et aktuelt eksempel er modellen med etablering av kjernegrupper, som er en ny samarbeidsform. Blant annet brukes den for å samarbeide om tiltak rettet mot utsatte barn og unge. Evalueringen som Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) har gjennomført av forsøket med kjernegrupper, tyder på at samarbeidsmodellen og etatssamarbeidet har fungert godt.

Et annet eksempel er bruken av samfunnsoppdrag som et nytt virkemiddel for å løse krevende samfunnsutfordringer, med behov for samordning på tvers av mange politikkområder. Dette er et nytt virkemiddel, og det er interessant å følge erfaringene fra samfunnsoppdraget om inkludering av barn og unge, som kom i gang våren 2025.

Et tredje eksempel er samarbeidet om Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på framtida – uansett bakgrunn*, om sosial utjevning og mobilitet for barn og unge, som regjeringen la fram i juni 2025. Fem departementer har samarbeidet om denne stortingsmeldingen. Samarbeidet kan gi erfaringer som departementene kan trekke på i arbeidet med nye folkehelsemeldinger og mer avgrensede områder i folkehelsepolitikken. Arbeidet som er gjennomført i regi av etatssamarbeidet og kjernegruppen for usatte barn og unge, har også vært viktig for arbeidet med stortingsmeldingen. Slike samarbeidsformer er krevende, og utvalget viser til DFØs evaluering av kjernegruppene og NIFUs rapport om samfunnsoppdrag, som gir noen råd om hva som er forutsetninger for å lykkes.

Et annet mulige virkemiddel er felles styringssignaler til velferdsdirektoratene og eventuelt andre etater som er sentrale i arbeidet med å fremme helse og bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller. Dette virkemiddelet er blant annet brukt i sammenheng med arbeidslivskriminalitet. Bruk av felles styringssignaler har vært omtalt i flere folkehelsemeldinger.



Figur 10.2 Et helhetlig system for folkehelsearbeid

Kapittel 11

Økonomiske og administrative konsekvenser

Utvalget foreslår at det innføres kriterier for prioritering av folkehelseiltak. Kriteriene må ses i sammenheng med kravene i folkehelseloven om å ha oversikt over folkehelseutfordringene, og utredningsinstruksen for tiltak i staten. Formålet med kriteriene er å bidra til bedre grunnlag for beslutninger om prioritering av folkehelseiltak, og fange opp de brede hensynene som bør ligge til grunn for folkehelsearbeidet. Utvalget foreslår at kriteriene innarbeides i folkehelseloven. Det vil være behov for informasjon og veiledning om bruk av kriteriene, herunder å revidere eller supplere nåværende veiledere. Det gjelder særlig veiledning rettet mot kommunene. Etter utvalgets vurdering bør dette prioriteres som en del av det veiledningsarbeidet Helsedirektoratet i dag driver. Bruk av kriteriene bør ikke føre til økte kostnader av betydning, men skal fungere som en støtte til og bidra til bedre beslutninger innenfor rammene av eksisterende krav til beslutningsgrunnlag for offentlige tiltak.

Anbefalingen om å styrke kunnskapsutviklingen om effekt av folkehelseiltak vil kreve at det tilføres mer ressurser til forskning og evaluering. Dette er skalerbart, og omfanget av styrkingen, herunder innretning av nåværende kunnskapsutvikling, bør vurderes nærmere. Utvalget anbefaler at det vurderes å ta i bruk flere av Forskningsrådets virkemidler for å gi forskning på effekt av folkehelseiltak et nødvendig løft, for eksempel senterordningen for å bygge opp sterke og langsiktige forskningsmiljøer, strategiske satsinger og at det stilles krav om samarbeid mellom institusjoner eller sektorer i prosjektutlysninger. Utvalget foreslår videre at det etableres en mer forutsigbar finansiering av de befolkningsbaserte helseundersøkelsene.

Når det gjelder anbefalingen om mer operativ støtte til kommunene, viser utvalget til at et viktig

formål med omorganiseringen av helseforvaltningen som, ble gjennomført fra 1. januar 2024, var å bedre støtten til kommunene. Videre får fylkeskommunene et tydeligere ansvar for å bidra til forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet gjennom endringene i folkehelseloven. Dessuten er bevilgningen på drøyt 85 millioner kroner til Program for folkehelsearbeid i kommunene tenkt overført til rammen til fylkeskommunene. Innretning av operativ støtte til kommunene bør vurderes nærmere, eventuelt prøves ut i pilotforsøk. Omfanget vil være skalerbart. Anbefalingen om å samle eksisterende tilskuddsordninger i bredere program rettet mot barn og unges oppvekstsvilkår, kan omfatte ordninger i Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Kunnskapsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. Det vil kreve arbeid med nye rammer for forvaltning av midlene, budsjettekniske endringer og behov for å gå opp ansvarsfordelingen mellom departementer og etater som har ansvar for dagens tilskuddsordninger. Samtidig kan dette bidra til å forenkle søknadsprosessene, og legge til rette for at aktiviteten bedre kan tilpasses lokale utfordringer og behov.

Utvalget anbefaler også at det gjøres et arbeid for å videreutvikle modellen for det nasjonale systematiske folkehelsearbeidet, inkludert en mer strategisk tilnærming i de fireårige stortingsmeldingene, etterspørre tydeligere faglige anbefalinger på tvers av fagområdene i rapportene fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, og forbedre det tverrsektorielle samarbeidet. Det handler om å forbedre eksisterende prosesser og vurdere nye samarbeidsformer for å få til bedre prioriteringer og dermed bedre ressursbruk. Dette vil, etter utvalgets vurdering, ikke ha administrative konsekvenser av vesentlig betydning.

Referanser

- Aase, H., Pettersen, J. H., Bang, L., Havdahl, A. & Biele, G. (2025). *Tidstrender i forekomst av ADHD-diagnoser*. I: Temautgave av Folkehelse rapporten 2025. Barn og unges psykiske helse. Hentet 22. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/barn-og-unges-psykiske-helse/del-1-7/del-3-tidstrender-i-adhd-diagnoser-i-norge/>
- Atkinson, P. & Sheard, S. (2025). *NICE – A Contemporary History of the National Institute for Health and Care Excellence*. Routledge.
- Atwal, S., Schmider, J., Buchberger, B., Boshnakova, A., Cook, R., White, A. & El Bcheraoui, C. (2023). Prioritisation processes for programme implementation and evaluation in public health: A scoping review. *Frontiers in public health*, 11, 1106163. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1106163>
- Baicker, K. & Chandra, A. (2025). *Can Prevention Save Money?* JAMA Health Forum. Vol. 6. No. 4. American Medical Association, 2025 doi:10.1001/jamahealthforum.2025.1464
- Bakken, A. (2024). *Ungdata 2024. Nasjonale resultater*. NOVA Rapport 6/24. Oslo: NOVA, Oslo-Met. <https://kudos.dfo.no/documents/103156/files/40699.pdf>
- Bang, L., Furu, K., Handal, M., Torgersen, L., Støle, H. S., Surén, P., Odsbu, I. & Hartz, I. (2024). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet 22. juni 2025 fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Barendregt, J. J., Bonneux, L. & van der Maas, P. J. (1997). The health care costs of smoking. *The New England journal of medicine*, 337(15), 1052–1057. <https://doi.org/10.1056/NEJM199710093371506>
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2025). Oversendelsesbrev til KUBU – delleveranse 2 i oppdrag om å utarbeide veiledning til kommunene om deres forebyggende ansvar på oppvekstområdet (Oppdrag 2024-t2:7) – En plan med tiltak for å møte kommunenes behov. [Brev av 20. juni 2025]
- Blane, D., Kelly-Irving, M., d'Errico, A., Bartley, M. & Montgomery, S. (2013). Social-biological transitions: how does the social become biological? *Longitudinal and Life Course Studies*, 2013(4). doi:<https://doi.org/10.14301/llcs.v4i2.236>
- Birk, H. O., Vrangbæk, K., Rudkjøbing, A., Krasnik, A., Eriksen, A., Richardson, E. & Jervelund, S. S. (2024). Denmark: Health System Review. *Health systems in transition*, 26(1), 1–186.
- Bye, E. K. & Moan, I. S. (2020). Trends in older adults' alcohol use in Norway 1985–2019. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2020;37(5):444–458 <https://doi.org/10.1177/1455072520954325>
- Bye, E. K., Bogstrand, S. T. & Rossow, I. (2021). The importance of alcohol in elderly's hospital admissions for fall injuries: a population case-control study. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2021;39(1):38–49. doi:10.1177/14550725211015836
- Bye, E. K. & Bretteville-Jensen, A. L. (2024). *Narkotikabruk blant ungdom*. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-blant-ungdom/?term=#om-denne-siden>
- Bye, E. K. & Rossow, I. M. (2023). *Alkoholbruk i den voksne befolkningen*. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholnorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/?term=#om-denne-siden>
- Byggteknisk forskrift (TEK17). (2017). Forskrift om tekniske krav til byggverk (FOR-2017-06-19-840)
- Bævre, K. (2025). *Forventet levealder i Norge*. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/samfunn/levealder/?term=#om-denne-siden>
- Christie, B. (2018). Scotland identifies public health priorities. *BMJ (Clinical research ed.)*, 361, k2662. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2662>

- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2023). *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. <https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser>
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2024a). *Evaluering av kjernegruppeforsøket 2022–2024*. DFØ-rapport 2024:7. juni 2024. <https://dfo.no/dfo-rapport-20247-evaluering-av-kjernegruppeforsoket>
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (2024b). *Veileder til utredningsinstruksen*. <https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/veileder-til-utredningsinstruksen>
- Direktoratet for medisinske produkter. (2025). *Metodevurdering av vaksiner*. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.dmp.no/offentlig-finansiering/metodevurdering-av-medisinske-produkter/metodevurdering-av-vaksiner>
- Edwards, R. T., Charles, J. M. & Lloyd-Williams, H. (2013). Public health economics: a systematic review of guidance for the economic evaluation of public health interventions and discussion of key methodological issues. *BMC public health*, 13, 1001. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1001>
- Ekelund, U. & Nystad, W. (2023). *Fysisk aktivitet i Norge*. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/levemanner/fysisk-aktivitet/>
- Ekspertgruppa om kostnadseffektive tiltak som kan føre til eit betre kosthald og jamne ut sosiale forskjellar i kosthaldet. (2024). *Effektive kosthaldstiltak – Rapport frå ekspertgruppa om kostnadseffektive tiltak som kan føre til eit betre kosthald og jamne ut sosiale forskjellar i kosthaldet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/effektive-kosthaldstiltak/id3021006/>
- Ekspertgruppen om perspektiv i prioritering. (2024). *Perspektiv og prioriteringer – Rapport fra ekspertgruppen perspektiv i prioritering nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-ekspertgruppe-om-perspektiv-og-prioriteringer/id3025560/?ch=1>
- Ekspertgruppen om tilgang og prioritering. (2024). *Rapport fra ekspertgruppen om tilgang og prioritering*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-ekspertgruppe-om-tilgang-og-prioritering/id3025561/?ch=1>
- Ekspertgruppen om tillit til prioriteringer. (2024). *Tillit til prioriteringer – økt åpenhet, medvirkning og kompetanse – Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-ekspertgruppe-om-åpenhet-id3025562/?ch=1>
- Elster, J. (2015). *Explaining social behavior: More nuts and bolts for the social sciences*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Endr. i utredningsinstruksen. (2024). *Vedtak om endringer i instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen)* (FOR-2024-10-18-2492).
- Endresen, H., Normann, L. S., Solberg, E., Thune, T. M. & Koch, P. M. (2022). *Måltrettede samfunnsoppdrag i Norge*. NIFU rapport, 2022:7. <https://www.nifu.no/rapporter/malrettede-samfunnsoppdrag-i-norge/>
- Evensen, M., Klitkou, S. T., Tollånes, M. C., Øverland, S., Lyngstad, T. H., Vollset, S. & Kinge, J. M. (2021). Parental income gradients in adult health: a national cohort study. *BMC Medicine* (152). doi:<https://doi.org/10.1186/s12916-021-02022-4>
- Feinberg, J. (1984). *Harm to Others. The Moral Limits of the Criminal Law*. Oxford: Oxford University Press
- Feinberg, J. (1985). *Offense Others. The Moral Limits of the Criminal Law*. Oxford: Oxford University Press
- Feinberg, J. (1986). *Harm to Self. The Moral Limits of the Criminal Law*. Oxford: Oxford University Press
- Feinberg, J. (1988). *Harmless Wrongdoings. The Moral Limits of the Criminal Law*. Oxford: Oxford University Press
- Finansdepartementet. (2024). *Retningslinjer for materialet til regjeringens konferanse i mars om statsbudsjettet for 2026*. R-9/2024 [Rundskriv]. <https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/fin/rundskriv/arkiv/id446220/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-notat-2019.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Helseeffekter av fysisk aktivitet*. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/le/aktivitet/helseeffekter-av-fysisk-aktivitet/>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Folkehelse rapportens temautgave 2022: Framtidens utfordringer for folkehelsen I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Hentet 23. juni 2025 fra

- <https://www.fhi.no/he/fr/fremtidens-utfordringer-for-folkehelsen/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2023a). Kommunenes systematiske folkehelsearbeid - resultater fra kartlegging våren 2023. https://www.helse-direktoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsearbeid-i-kommunen/status-for-systematisk-folkehelsearbeid-i-kommunene/_/attachment/inline/e10d5fc2-8e47-49ab-a39d-0f1e4740dbb4:29d215f67adefbf943a47-da8c91473e043c2bc0f/Kommunenes%20systematiske%20folkehelsearbeid%20-%20resultater%20fra%20kartlegging%20v%C3%A5ren%202023.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2023b). *Sosial ulikhet i bruk av tobakk*. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/le/royking/tobakkinorge/bruk-av-tobakk/royking-og-sosial-ulikhet/?term=#om-denne-siden>
- Folkehelseinstituttet. (2024a). *Hva er sykdomsbyrde?* Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/hva-er-sykdomsbyrde/#ml-p-sykdomsbyrde>
- Folkehelseinstituttet. (2024b). *Sykdomsbyrde i Norge*. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrde-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (u.å.). Fylkeshelseundersøkelser. Hentet 8. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/hs/fylkeshelseundersokelser/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29).
- Folkhälsomyndigheten. (2025). *Folkhälsopolitikens mål, ramverk och genomförande*. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/94818c561f2b4e089731038d99eb6a56/folkhalsopolitikens-mal-ramverk-genomforande.pdf>
- Forskrift om forbud mot markedsføring av visse næringsmidler særlig rettet mot barn. (2025). *Forskrift om forbud mot markedsføring av visse næringsmidler særlig rettet mot barn* (FOR-2025-04-25-684).
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR-2018-10-19-1584).
- Forskrift om oversikt over folkehelsen. (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen* (FOR-2012-06-28-692)
- Forthun, I., Madsen, C., Gulseth, H. L., Dahl, J. & Knudsen, A. K. S. (2025). *Dødelighet i Norge*. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet 23. juni 2025 fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/samfunn/dodelighet/>
- Fosse, E. & Oldeide, O. B. (2025). *Implementering av folkehelseloven i kommuner – Erfaringer med det systematiske folkehelsearbeidet fra 2012–2024*. Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL), Universitetet i Bergen. Rapport bestilt av utvalget.
- Fremsam. (u.å.). *Dialogverktøyet stedskompasset*. Fremsam – Nettverk for helsefremmende samfunn. Hentet 11. Juni 2025 fra <https://www.fremsam.no/kunnskapslaboratoriet/dialogverktoyet-stedskompasset>
- Fromknecht, C. Q., Hallman, V. A. & Heffernan, M. (2021). Developing State Health Improvement Plans: Exploring States' Use of Healthy People. *Journal of public health management and practice: JPHMP*, 27(Suppl 6), S274–S279. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001421>
- Giæver, Ø. (2025). *Folkehelseloven, statlig folkehelsearbeid og prioritering av folkehelse tiltak*. Notat til utvalg om prioritering av folkehelse tiltak. Innspill bestilt av utvalget.
- Gmeinder, M. D., Morgan & M. Mueller. (2017). *How much do OECD countries spend on prevention? OECD Health Working Papers*, No. 101, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/f19e803c-en>.
- Goodin, R. E. (1989). *No Smoking: The Ethical Issues*. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press
- Gotaas, N., Bergsli, H. & Danielsen, O. A. (2022). Midtveisevaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017–2027. NIBR-rapport 2022:5 Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. Hentet 25. juni 2025 fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/2995568>
- Grootjans van Kampen, I., Engelfriet, P. M. & van Baal, P. H. (2014). Disease prevention: saving lives or reducing health care costs? *PLoS One*. 2014 Aug 12;9(8):e104469. doi: 10.1371/journal.pone.0104469
- Grunnloven. (1814). *Kongeriket Norges grunnlov* (LOV-1814-05-17)
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M. & Fosse, E. (2017). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health promotion international*, 32(6), 977–987. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw052>
- Hakulinen, C., Mok, P. L., Horsdal, H. T., Pedersen, C. B., Mortensen, P. B., Agerbo, E. & Webb, R. T. (2020). Parental income as a

- marker for socioeconomic position during childhood and later risk of developing a secondary care-diagnosed mental disorder examined across the full diagnostic spectrum: a national cohort study. *BMC Medicine*, 2020(18). doi:<https://doi.org/10.1186/s12916-020-01794-5>
- Hansson, L. F. (1999). «Man skal ikke plage andre... «Om grenser for offentlig maktutøvelse for å redusere skader og død. Forskningsstiftelsen Fafo, 1999(288). <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/man-skal-ikke-plage-andre>
- Hatløy A., Bråthen K., Stave S. E. & Hilsen, A. I. (2022). *Intensjonsavtalen for sunnere kosthold*. Forskningsstiftelsen Fafo, 2022(29) <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/intensjonsavtalen-for-sunnere-kosthold>
- Heath, J. (2020). *The machinery of government: Public Administration and the Liberal State*. New York, NY: Oxford University Press.
- Heggebø, K. & van der Wel, K. A. (2024). *Sosiale ulikheter i for tidlig død: – de kan unngås!* Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen. doi: https://nasjonalforeningen.no/contentassets/1e46f40e5b8943029aec9c5437c33e37/ferdig-rapport_sosiale-ulikheter-i-for-tidlig-dod-de-kan-unngas.pdf
- Heimburg, D., Ness, O., Svensson, H. B., Krokstad, M. A., Kojan, B. H., Nielsen, H. H., Krokstad, S., Kaspersen, S., Eilertsen, M. Nes, R. B., Hofstad, H., Vedeld, T. (2024). *Innbyggernes Modell i Trondheim kommune: Hovedrapport*. IPLs rapportserie nr: 9/2024
- Helgesen, M. & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. NIBR-rapport 2012:13 Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. <https://oda.oslo-met.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/5507>
- Helgesen, M., Hofstad, H. & Schou, A. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør*. NIBR-rapport 2014:21 Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. <https://oda.oslo-met.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/5922>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Tillegg til tildelingsbrev til Helsedirektoratet, 20.09.2023. TTB2023-47 Plan for arbeid med veiviser til folkehelseiltak mot ensomhet*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Høring – forslag til endringer i Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* [Høring]. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forslag-til-endringer-i-lov-om-folkehelsearbeid-folkehelseloven/id3062015/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025a). *Høring – forslag til ny forskrift om forbud mot salg av energidrikk til barn under 16 år* [Høring]. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forslag-til-ny-forskrift-om-forbud-mot-salg-av-energidrikk-til-barn-under-16-ar/id3091503/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025b). *Regjeringen foreslår strengere regulering av solarium*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-foreslar-strengere-regulering-av-solarium/id3098793/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30)
- Helsedirektoratet. (1992). *Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet 1989–94*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sosial-ulikhet-i-alkoholbruk-og-alkoholrelatert-sykkelighet-og-dodelighet/Sosial%20ulikhet%20i%20alkoholbruk%20og%20alkoholrelatert%20sykelighet%20og%20d%C3%B8delighet.pdf/_/attachment/inline/3fba9cab-c9a3-477d-89
- Helsedirektoratet. (2019). *Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen*. <https://kudos.dfo.no/dokument/6789/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen-2>
- Helsedirektoratet. (2020). *Systematisk folkehelsearbeid*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid>
- Helsedirektoratet. (2021). *Sektorrapport om folkehelse 2021*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>
- Helsedirektoratet. (2022a). *Folkehelse i et livsløpsperspektiv – Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsløpsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding>
- Helsedirektoratet. (2022b). *Screeningprogram for kreft*. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/diagnose-og-behandling/kreft/screeningprogram-for-kreft>
- Helsedirektoratet. (2023a). *Kunnskapsoppsummering om ulikheter i helse og livskvalitet i Norge siden 2014 – sammendrag*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsoppsummering-om-ulikheter-i-helse-og-livskvalitet-i-norge-siden-2014-sammendrag>

- mering-om-ulikheter-i-helse-og-livskvalitet-i-norge-siden-2014-sammendrag
- Helsedirektoratet. (2023b). *Lokale folkehelse tiltak – veiviser for kommunen*. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelse-tiltak-veiviser-for-kommunen>
- Helsedirektoratet. (2024a). *Nasjonal veileder om virkninger på helse og livskvalitet i utredninger og samfunnsøkonomiske analyser – tema-veileder til utredningsinstruksen*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/virkninger-pa-helse-og-livskvalitet-i-utredninger-og-samfunnsokonomiske-analyser>
- Helsedirektoratet. (2024b). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2019–2021*. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker-2019-2021>
- Helsedirektoratet. (2025a). *Intensjonsavtalen for et sunnere kosthold*. <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/kosthold-og-ernaering/intensjonsavtalen-for-et-sunnere-kosthold>
- Helsedirektoratet. (2025b). *Kommuneoverlege – kommunens organisering av kommuneoverlegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommuneoverlege>
- Helsedirektoratet. (u.å.a). *Folkehelsestatistikk og profiler*. Hentet 8. juni 2025 fra <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler>
- Helsedirektoratet. (u.å.b). *Status for systematisk folkehelsearbeid i kommunene*. Hentet 25. juni 2025 fra <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsearbeid-i-kommunen/status-for-systematisk-folkehelsearbeid-i-kommunen>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64)
- Helsetilsynet. (2015). *Med blikk for bedre folkehelse*. Rapport fra Helsetilsynet 4/2015. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2015/med-blikk-for-betre-folkehelse-oppsummering-av-landsomfattande-tilsyn-i-2014/>
- Helsetilsynet. (2025). *Har kommunene god nok systematikk i arbeidet med å fremme barn og unges psykiske helse?* Rapport fra Helsetilsynet 1/2025. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2025/kommuner-systematikk-barn-unge-psykiske-helse/#>
- Hofmann, B. (2023). Folkehelseetikk – en oversikt. *Tidsskriftet Michael* (3). <https://www.michaeljournal.no/article/2023/08/Folkehelseetikk%20%E2%80%93%20en%20oversikt>
- Hofstad, H. (2018a). *Folkehelse – proaktivt grep i PBL 2018, hva er status ti år etter?* I: Hanssen, G.S og Aarsæther, N. (red), Plan- og bygningsloven – en lov for vår tid? Oslo: Universitetsforlaget.
- Hofstad, H. (2018b). *Hva er viktige faktorer for lokal utøvelse av folkehelseoppdraget, og hvordan kan folkehelsemyndighetene støtte opp?* NIBR-notat 2018:103.
- Hofstad, H. (2025). *Potensialet for prioritering av folkehelse i plan- og styringssystemet – En analyse for Utvalg om prioritering av folkehelse tiltak*. By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Storbyuniversitetet. Rapport bestilt av utvalget.
- Holden-utvalget. (2020a). *Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – covid-19 – Rapport fra ekspertgruppe på oppdrag for Helse-direktoratet*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomisk-vurdering-av-smitteverntiltak-covid-19>
- Holden-utvalget. (2020b). *Covid-19 – samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – andre rapport – Rapport fra ekspertgruppe på oppdrag for Helsedirektoratet*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomisk-vurdering-av-smitteverntiltak-covid-19>
- Holden-utvalget. (2021a). *Covid-19 – Samfunnsøkonomiske vurderinger Tredje rapport, del I – Rapport fra ekspertgruppe på oppdrag for Helse-direktoratet*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomisk-vurdering-av-smitteverntiltak-covid-19>
- Holden-utvalget. (2021b). *Covid-19 – Samfunnsøkonomiske vurderinger Tredje rapport, del II – Rapport fra ekspertgruppe på oppdrag for Helse-direktoratet*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomisk-vurdering-av-smitteverntiltak-covid-19>
- Holden-utvalget. (2022). *Samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak. Holden-IV (covid-19) Hovedrapport – Rapport fra ekspertgruppe på oppdrag fra Helse- og omsorgs-departementet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samfunnsokonomiske-vurderinger-av-smitteverntiltak/id2907388/>
- Hunter, D. J., Marks, L., Brown, J., Scalabrini, S., Salway, S., Vale, L. & Payne, N. (2016). The potential value of priority-setting methods in public health investment decisions: qualitative findings from three English local authorities.

- Critical Public Health*, 26(5), 578–587. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1164299>
- Høye, A. K. & Elvik, R. (2024). *Hvilke effekter kan man forvente av et sykkelhjelpåbud i Norge?* Transportøkonomisk institutt. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.toi.no/publikasjoner/hvilke-effekter-kan-man-forvente-av-et-sykkelhjelpåbud-i-norge>
- Innst. 221 S (2021–2022) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2021-2022/inns-202122-221s/?all=true>
- Innst. 423 L (2010–2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2010-2011/inns-201011-423/>
- Innst. 57 S (2016–2017) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Verdier i pasientens helse-tjeneste*. Melding om prioritering. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2016-2017/inns-201617-057s/?all=true>
- Institute of Health Equity. (2023). *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014*. <https://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/rapid-review-of-inequalities-in-health-and-wellbeing-in-norway-since-2014>
- Janlöv, N., Blume, S., Glenngård, A. H., Hanspers, K., Anell, A. & Merkur, S. (2023). Sweden: Health System Review. *Health systems in transition*, 25(4), 1–236.
- Junker, E. (2013). Legal requirements for risk and vulnerability assessments in Norwegian land-use planning. *Local Environment*, 20(4), 474–488. <https://doi.org/10.1080/13549839.2013.852164>
- Kaasbøll, J. & Brøndbo, P. H. (2023). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket: Cool Kids (1. utg.). *Ungsinn. Tidsskrift for virk-somme tiltak for barn og unge*, 15(2). <https://doi.org/10.7557/25.7289>
- Kadandale, S., Rajan, D. & Schmets, G. (2018). *Strategizing National Health In the 21st Century: A Handbook*. World Health Organization.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Strauss and Giroux.
- Kelly, M. (2025). *NICE at 25: a quarter-century of evidence, values, and innovation in health*. Routledge
- Kinge, J. M., Øien, H. & Dielman, J. L. (2025). *Forecasting total and cause-specific health expenditures for 116 health conditions in Norway, 2022–2050*. *BMC Med* 23, 116 DOI <https://doi.org/10.1186/s12916-025-03917-2>
- KS. (2025). *Programfinansiering av tiltak for å inkludere barn og unge*. [Brev av 3. februar 2025 til Arbeids- og inkluderingsdepartementet]
- Kunnskapsdepartementet. (2025). *Forespørsel om forslag til ny styringsstruktur for infrastruktur-løsningene for personsensitive data slik at de kan danne en nasjonal infrastruktur*. [Brev av 26.01.2025] Hentet 25. juni 2025 fra <https://helsedata.no/contentassets/bdc68d971f1343ed92fb3d3673fb9905/helsedata-aratet/foresporsel-til-nordre-universitetene-om-forslag-til-styringsstruktur-for-infrastruktur-rene-for-sensitive-data.pdf>
- Limb, M. (2024). Cancer: Health costs will become «unsustainable» without action, warns OECD *BMJ*; 387 :q2622 doi:10.1136/bmj.q2622
- Lund, I. O. & Bye, E. K. (2022). *Bruken av alkohol og rusmiddel i Noreg*. I: Folkehelserapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet 25. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/levevaner/alkohol-og-andre-rusmid-del-folkehe/>
- Lund, K. E. (2005). *Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument*. SIRUS skrifter nr 4/2005. Statens institutt fo rusmiddelforskning, Oslo. <https://www.fhi.no/publ/eldre/tobakksavgif-ten-som-helsepolitisk-styringsinstrument/>
- Magnussen-gruppen. (2015). *På ramme alvor Alvorlighet og prioritering Rapport fra arbeids-gruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet*. https://www.regjeringen.no/contentassets/d5da48ca5d1a4b128c72fc5daa3b4fd8/paa_ramme_alvor.pdf
- Maniatopoulos, G., Hunter, D. J. & Gray, J. (2021). The art and science of priority-setting: assessing the value of Public Health England's Prioritization Framework. *Journal of public health*, 43(3), 625–631. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa016>
- Marsh, K., Dolan, P., Kempster, J. & Lugon, M. (2013). Prioritizing investments in public health: a multi-criteria decision analysis. *Journal of public health*, 35(3), 460–466. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fds099>
- Martini, J. & Davesne, A. (2024). *Health and health care targets. What lessons can Belgium learn from other countries?* OSE Paper Series, Research Paper No. 65, Brussels: European Social Observatory. <https://www.ose.be/sites/>

- default/files/publications/2024_OseResearch-Paper65_Martini-Davesne_HCO-report.pdf
- Masters, R., Anwar, E. & Collins, B. (2017). *Return on investment of public health interventions: a systematic review*. J Epidemiol Community Health 2017;71: 827–834
- Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse*.
- Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helse-tjeneste – Melding om prioritering*.
- Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helse-tjeneste – Melding om prioritering*.
- Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*.
- Meld. St. 14 (2020–2021) *Perspektivmeldingen 2021*.
- Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse og omsorgstjenesten*.
- Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2030*.
- Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller*.
- Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og sam-handlingsplan 2024–2027*.
- Meld. St. 12 (2023–2024) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv – Folkehelse og levekår i den samiske befolkningen*.
- Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*.
- Meld. St. 28 (2024–2025) *Tro på framtida – uansett bakgrunn*.
- Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (LOV-1999-05-21-30)
- Meyer, H. E. & Bergh, I. H. (2023). *Overvekt og fedme i Noreg*. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet 25. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- Mill, J. S. (1984 [1859]). *On Liberty*. I H.B. Acton (red) John Stuart Mill Utilitarianism, On Liberty and Considerations on Representative Government London Dent Everyman Library.
- Mill, J. S. (1985 [1848]). *Principles of Political Economy*. Books IV and V. Red. D. Winch London: Penguin Books.
- Moseng, O. (2003). *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Bd. 1 ansvaret for undersåttenes helse 1603-1850. Universitetsforlaget.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Committee on Informing the Selection of Leading Health Indicators for Healthy People 2030. (2019). *Criteria for Selecting the Leading Health Indicators for Healthy People 2030*. National Academies Press (US)
- Nes, R. B., Hansen, T., Eilertsen, M., Røysamb, E. & Nilsen, T. S. (2021). *Livskvalitet i Norge*. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2012). *Methods for the Development of NICE Public Health Guidance*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- NICE cost impact project. (2011). *Supporting investment in public health: Review of methods for assessing cost effectiveness, cost impact and return on investment. Proof of concept report*. London: NICE; 2011. <https://www.nice.org.uk/media/default/About/what-we-do/NICE-guidance/NICE-guidelines/Public-health-guidelines/Additional-publications/Cost-impact-proof-of-concept.pdf>
- Nordahl, V. M. (2024, 29. juli). *Vil senke dagens promillegrense på sjøen*. NRK. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.nrk.no/sorlandet/vil-senke-dagens-promillegrense-pa-sjoen-1.16981094>
- Norges institusjon for menneskerettigheter. (2023). *Veileder for utredning av menneskerettslige problemstillinger – Kilder, tolkning, metode*. Norges institusjon for menneskerettigheter. <https://www.nhri.no/rapport/veileder-for-utredning-av-menneskerettslige-problemstillinger/>
- Norheim, O. F. (2018). *Verdigrunnlag og prioriteringskriterier for folkehelsearbeidet*. Notat utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Universitetet i Bergen. https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/norheim_notat_om_verdigrunnlag_og_kriterier_for_prioritering_innen_folkehelsearbeidet_181112_0.pdf
- NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*.
- NOU 1991: 10 *Flere gode leveår for alle – Forebyggingsstrategier*.
- NOU 1997: 18 *Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*.
- NOU 1997: 7 *Piller, prioritering og politikk – Hva slags refusjonsordninger trenger pasienter og samfunn?*
- NOU 1998: 18 *Det er bruk for alle – Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*.

- NOU 2003: 19 *Makt og demokrati*.
- NOU 2007: 8 *En vurdering av særavgiftene*.
- NOU 2012: 16 *Samfunnsøkonomiske analyser*.
- NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*.
- NOU 2018: 16 *Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelse-tjenester*.
- NOU 2019: 26 *Rusreform – fra straff til hjelp*.
- NOU 2022: 5 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*.
- NOU 2022: 7 *Et forbedret pensjonssystem*.
- NOU 2023: 4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.
- Nuffield Council on Bioethics. (2007). *Public health: ethical issues*. Nuffield Council on Bioethics, London, UK. Hentet fra <https://cdn.nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/Public-health-ethical-issues.pdf>
- Nyborg, K. (2016, 7. oktober). *Å snu onde sirkler* [Kronikk]. Dagens Næringsliv. Hentet 25. juni 2025 fra https://folk.universitetet-i-oslo.no/karineny/media_files/SnuOndeSirklerDN.pdf
- Obyn, C., Cordon, A., Kohn, L., Devos, C. & Léonard C. (2017). Exploratory steps for the formulation of Belgian health system targets. Health Services Research (HSR) Brussels: *Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) KCE Reports 2017*;292. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_292_Belgian_health_system_targets_Report_0.pdf
- OECD. (2022a). *Guidebook on Best Practices in Public Health*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/4f4913dd-en>.
- OECD. (2022b). *Healthy Eating and Active Lifestyles: Best Practices in Public Health*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/40f65568-en>.
- OECD. (2024). *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.
- Ot.prp. nr. 23 (2002–2003). *Om lov om endringer i lov 9. mars 1973 nr. 14 om vern mot tobakksskader*.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (LOV-1999-07-02-63)
- Pronk, N., Kleinman, D. V., Goekler, S. F., Ochiai, E., Blakey, C. & Brewer, K. H. (2021). Promoting Health and Well-being in Healthy People 2030. *Journal of public health management and practice* : JPHMP, 27(Suppl 6), S242–S248. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001254>
- Prop. 46 L (2017–2018) *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*
- Prop. 1 S (2024–2025) *For budsjettåret 2025 under Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Prop. 82 L (2024–2025) *Endringer i folkehelseloven m.m. (krav til systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, helsemessig beredskap)*.
- Prop. 90 L (2010–2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*.
- Prop. 55 L (2012–2013) *Endringer i tobakksskadeloven (bevillingsordning mv.)*
- Prop. 146 S (2024–2025) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2025*.
- Public Health England. (2019). *Overview of the Prioritisation Framework*. Hentet 25. juni 2025 fra <https://www.gov.uk/government/publications/the-prioritisation-framework-making-the-most-of-your-budget/overview-of-the-prioritisation-framework>
- Public Health England. (u.å.). *Prioritisation tool – Making the most of your budget*. [Nettside]. Hentet 25. juni 2025 fra https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fassets.publishing.service.gov.uk%2Fmedia%2F5d8b32e7ed915d0365031c5b%2FPrioritisation_framework_Sept19.xlsm&wdOrigin=BROWSELINK
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice: Original Edition*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjf9z6v>
- Rawls, J. (1993). *Political liberalism*. New York: Columbia University Press.
- Rege-gruppen. (2022). *Juridiske og etiske problemstillinger knyttet til innsamling, tilgjengeliggjøring, deling og bruk av data, samt bruk av randomiserte forsøk, i kriser – Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/436542ebbc77473b96e4c45c5668b07a/juridiske-og-etiske-problemstillinger-knyttet-til-innsamling-tilgjengeliggjoringdeling-og-bruk-av-data-samt-bruk-av-randomiserte-forsok-i-kriser.pdf>
- Regjeringen. (2023). *Mandat for kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/mandat-for-kjernegruppen-for-et-bedre-kunnskapssystem-for-handtering-av-kriser/id2965367/>
- Regjeringen. (2025a). *Nasjonal livskvalitetsstrategi*. <https://www.regjeringen.no/no/>

- dokumenter/nasjonal-livskvalitetsstrategi/id3111081/
- Regjeringen. (2025b). *Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport - oppfølging av Stortingets vedtak*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/urfolk-og-minoriteter/oppfolging-av-sannhets-og-forsoningskommisjonens-rapport/id3088271/>
- Riksrevisjonen. (2015). *Undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. Dokument 3:11 (2014–2015). <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2014-2015/offentlig-folkehelsearbeid/>
- Rose, G. (1981). Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 282(6279), 1847–1851. <https://doi.org/10.1136/bmj.282.6279.1847>
- Rossow, I. & Bye, E. K. (2024). The alcohol harm paradox: is it valid for self-reported alcohol harms and does hazardous drinking pattern matter? *BMC Public Health*. 2024 Nov 5;24(1):3053. doi: 10.1186/s12889-024-20530-9.
- Sanchez, A. M., Pettersen, J. H., Bjuland, K. J., Scheiene, M., Bang, L., Aase, H. & Havdahl, A. (2025). *Tidstrender i forekomst av autismediagnoser*. I: Temautgave av Folkehelse rapporten 2025. Barn og unges psykiske helse. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/barn-og-unges-psykiske-helse/del-1-7/del-2-tidstrender-i-forekomst-av-autismediagnoser/>
- Sannhets- og forsoningskommisjonen. (2023). Dokument 19 (2022–2023) *Sannhet og forsoning – grunnlag for et oppgjør med forsoningspolitikk og urett mot samer, kvener/norskfinner og skogfinner*. Rapport til Stortinget fra Sannhets- og forsoningskommisjonen. Avgitt til Stortingets presidensskap 1. juni 2023. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/sannhets-og-forsoningskommisjonen/rapport-til-stortinget-fra-sannhets-og-forsoningskommisjonen.pdf>
- Schelling, Thomas C. (1986). Economics and Cigarettes. *Preventive Medicine* 15: 549–560.
- Schiøtz, A. & Skaset, M. (2003). *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Bd. 2 Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Universitetsforlaget.
- Schou, A., Hofstad, H. & Monkerud, L. (2022). The role of organisational resources for integrating health surveillance data into municipal action in Norway. *International Journal of Health Promotion and Education*, 61(3), 140–153. <https://doi.org/10.1080/14635240.2022.2107556>
- Sjøvold, J. M., Gitlestad, K., Makridis, I. M. & Haave, M. (2024). *Undersøkelse av kommunens arbeid med forebygging for god oppvekstvilkår*. Oslo: Rambøll på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Hentet 25. juni 2025 fra <https://www.bufdir.no/rapporter/dokumentside/buf00005894/>
- Smittevernloven. (1995). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* (LOV-1994-08-05-55)
- Snowdon, C. (2025). *Nanny State Index 2025*. Institute of Economic Affairs. Hentet 25. juni 2025 fra <https://nannystateindex.org/>
- Spilker, R. S., Kumar, B. N., Labberton, A. S., Olsen, A. O., Syse, A., Hussaini, L., Straiton, M. L., Qureshi, S. A., Indseth, T., Bruun, T. & Ali, W. A. (2022). *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn*. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse-og-helsetilstanden-i-norge/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/>
- St.meld. nr. 37 (1992–93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*.
- St.meld. nr. 41 (1987–88) *Helsepolitikken mot år 2000 – Nasjonal helseplan*.
- St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge – folkehelsepolitikken*.
- St.meld. nr. 17 (2004–2005) *Makt og demokrati*.
- St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.
- St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*.
- St.meld. nr. 41 (1987–88) *Helsepolitikken mot år 2000 – Nasjonal helseplan*.
- St.meld. nr. 50 (1993–94) *Samarbeid og styring – Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*.
- Statens vegvesen, Politiet, Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet & Trygg Trafikk. (2022). *Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på vei 2022–2025*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/c91632e1e2a84454b72072c5d51bf517/nasjonal-tiltaksplan-for-ts-pa-vei-2022-2025-endelig.pdf>
- Statens vegvesen. (2022). *Forslag til endring i regelverket for små elektriske kjøretøy*. [Høring]. Hentet 25. juni 2025 fra <https://www.vegvesen.no/fag/publikasjoner/hoeringer/forslag-til-endring-i-regelverket-for-sma-elektriske-kjoretoy/>
- Statistisk sentralbyrå. (2022). *Dødelighet etter yrke – Utvikling etter 2000*. Hentet 23. juni 2025 fra https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/artikler/dodelighet-etter-yrke.utvikling-etter-2000/_/attachment/inline/4b3416c9-a586-44d3-830f-495ff5ab062f:3bb8095fb-dc0d0578f283c50614b81dd15fe4a35/RAPP2022-24.pdf
- Statistisk sentralbyrå. (2024a). *Færre barn lever i familier med lavinntekt*. Hentet 23. juni 2025

- fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/faerre-barn-lever-i-familier-med-lavinntekt>
- Statistisk sentralbyrå. (2024b). Statistikk om Livskvalitet. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levetkar/statistikk/livskvalitet>
- Statistisk sentralbyrå. (2024c). Statistikk om Røyk, alkohol og andre rusmidler. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levetkar/statistikk/royk-alkohol-og-andre-rusmidler>
- Statistisk sentralbyrå. (2025). Normal økning i forventet levealder. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/dode/artikler/normal-okning-i-forventet-levealder>
- Statistisk sentralbyrå. (u.å.a). Nasjonale befolkningsframskrivninger Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/14286/>
- Statistisk sentralbyrå. (u.å.b). Røyk, alkohol og andre rusmidler. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/05307>
- Stepien, M., Keller, I., Takki, M. & Caldeira, S. (2022). European public health best practice portal – process and criteria for best practice assessment. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 80(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00892-5>
- Stortinget. (2025). *Endringer i folkehelseloven m.m. (krav til systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, helsemessig beredskap) – Prop. 82 L (2024–2025), Innst. 332 L (2024–2025), Lovvedtak 81 (2024–2025)*. Hentet 12. juni 2025 fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=102930>
- Strand, B. H., Berg, C. L., Syse, A., Nielsen, C. S., Skirbekk, V. F., Hansen, T., Vollrath, M. E. M. T., Blix, H. S., Husabø, K. J., Meyer, H. E., Kvaavik, E., Nes, R. B., Reneflot, A., Ranhoff, A. H., Bye, E. K., Holvik, K., Hjellvik, V., Dalene, K. E., Steingrimsdottir, O. A. & Engdahl, B. L. (2023). *Helse hos eldre*. I Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/grupper/eldre/>
- Sumpter, C., Bain, M., McCartney, G., Blair, A., Stockton, D. & Frank, J. W. (2022). Public health priority setting on a national scale: The Scottish experience. *Public health in practice (Oxford, England)*, 5, 100327. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2022.100327>
- Surén, P., Abel, M. H., Bye, E. K., Solberg, S. L., Methi, F., Bruun, T., Stene, L. C. M., Brantsæter, A. L., Torheim, L. E., Nystad, W. & Holvik, K. (2022). *Barn og unges fysiske helse*. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/grupper/barn-fysisk-helse/>
- Svalheim, O. K. (2023, 28. mai). «Sirkusløype» på ikonisk fjell kan bli stengt for allmenn bruk. NRK. Hentet 23. juni 2025 https://www.nrk.no/vestland/_sirkusloype_pa-ikonisk-fjell-kan-bli-stengt-for-allmenn-bruk-1.16418117
- Svendsen, L. F. H. (2016). *Liberal folkehelsepolitikk*. Civita-notat 14(2016) Hentet 23. juni 2025 fra https://civita.no/content/uploads/2016/10/Civita-notat_21_2016.pdf
- Sveriges Riksdag. (2024). *Effektiva folkhälsosinsatser genom hälsoekonomiska analyser. Kommittédirektiv 2024:21*. Hentet 8. Juni 2025 fra https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/kommittedirektiv/effektiva-folkhalsoinsatser-genom_hcb121/#Uppdraget%20att%20f%C3%B6resl%C3%A5%20ett%20komplement%20till%20folkh%C3%A4lsopolitikens%20uppf%C3%B6ljningssystem%20genom%20h%C3%A4lsoekonomiska%20analyser
- Syse, A., Grøholt, E. K., Madsen, C., Aarø, L. E., Strand, B. H. & Næss, Ø. E. (2022). *Sosiale helseforskjeller i Norge*. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet 25. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/samfunn/sosiale-helseforskjeller/>
- Tesli, M. S., Kirkøen, B., Handal, M., Torvik, F. A., Odsbu, I. & Knudsen, A. K. S. (2023). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Thaler, R. H. and Sunstein, C. R. (2021). *Nudge: The final edition*. Allen Lane, Penguin Books.
- The Lancet. (2025). Global Burden of Disease. Hentet 25. juni 2025 fra Lancet Global Burden of Disease (GBD) Resource Centre: <https://www.thelancet.com/gbd>
- Torheim, L. E., Abel, M. H., Brantsæter, A. L., Meltzer, H. M., Paulsen, M. M. & Holvik, K. (2024). *Helse og levekår i den samiske befolkningen*. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet 23. juni 2025 fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/grupper/helse-i-den-samiske-befolkningen/>
- Totland, T. H., Torheim, L. E., Abel, M. H., Brantsæter, A. L., Meltzer, H. M., Bærug, A. B., Paulsen, M. M. & Holvik, K. (2024). *Kosthold i Norge*. I: Folkehelse rapporten – Helsetil-

- standen i Norge. Hentet 25. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse-rapporten/levevaner/kosthold/>
- Ungdata. (u.å.). *Ungdata*. Ungdatasenteret, Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet – storbyuniversitetet (OsloMet). Hentet 12. juni 2025 fra <https://www.ungdata.no/>
- Utredningsinstruksen. (2016). *Instruks om utredning av statlige tiltak* (utredningsinstruksen) (FOR-2016-02-19-184)
- Utvalg for styrket vern mot nattarbeid mv. for arbeidstakere i varehandelen. (2024). *Natt- og alenearbeid i varehandelen – Rapport fra utvalg oppnevnt av Arbeids- og inkluderingsdepartementet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/natt-og-alenearbeid-i-varehandelen/id3051160/>
- van Baal, P. H., Polder, J. J., de Wit, G. A., Hoogenveen, R. T., Feenstra, T. L., Boshuizen, H. C., Engelfriet, P. M. & Brouwer, W. B. (2008). Lifetime medical costs of obesity: prevention no cure for increasing health expenditure. *PLoS medicine*, 5(2), e29. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050029>
- Vedaa, Ø., Knapstad, M., Nilsen, T. S., Aarø, L.E., Bang Nes, R., Hussaini, L., Trung Nguyen, T. & Indseth, T. (2025). *Folkehelseundersøkelsen i Oslo 2024: Fremgangsmåte og utvalgte resultater* Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 23. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/publ/2025/folkehelseundersokelsen-i-oslo-2024-fremgangsmate-og-utvalgte-resultater/>
- Vedøy, T. F., Aarø, L. E. & Lund, K. E. (2022). *Røyking og snusbruk i Noreg*. I: Folkehelse-rapporten – Helsetilstanden i Norge. Hentet 25. juni 2025 fra <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse-rapporten/levevaner/royking-og-snusbruk-i-noreg/?term=#om-den-siden>
- Walsh, S., Wallace, L., Merrick, R., Hayat, S., Luben, R., Mytton, O., Lafortune, L. & Brayne, C. (2024). How many future dementia cases would be missed by a high-risk screening program? A retrospective cohort study in a population-based cohort. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 20(9), 6278–6286. <https://doi.org/10.1002/alz.14113>
- Williams, O. & Fullagar, S. (2019). Lifestyle drift and the phenomenon of 'citizen shift' in contemporary UK health policy. *Sociology of health & illness*, 41(1), 20–35. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12783>
- Willmott, M., Womack, J., Hollingworth, W. & Campbell, R. (2016). Making the case for investment in public health: experiences of Directors of Public Health in English local government. *Journal of public health (Oxford, England)*, 38(2), 237–242. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv035>
- World Health Organization. (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. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- World Health Organization. (2014). Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>
- World Health Organization. (2025). World report on social determinants of health equity. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>
- World Health Organization. (2024). Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2nd ed. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. <https://iris.who.int/handle/10665/349652>

Vedlegg 1

Helse- og omsorgstjenesten versus folkehelsearbeid

I utvalgets mandat er det vist til det systematiske arbeidet med prioriteringsspørsmål i helsetjenesten over flere tiår og rapporter fra tidligere utvalg som har bidratt til utviklingen av prioriteringskriterier. Mandatet skiller mellom kommunenes tiltak rettet mot definerte pasientgrupper eller enkeltpersoner, og kommunenes forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot hele eller deler av befolkningen.

Prioriteringskriteriene for helsetjenestene er et viktig bakteppe for utvalgets arbeid. Selv om det gjøres et tydelig skille i mandatet, er det ikke vanntette skott mellom tjenestene og folkehelsear-

beidet, kanskje særlig i kommunene der de involverte kan ha flere roller og oppgaver. Folkehelsearbeid skal eksplisitt foregå tverrsektorielt og strekker seg langt ut over helsesystemet. Helsesystemet er likevel viktig for folkehelsearbeidet gjennom utvikling av kunnskapsgrunnlag og overiksarbeid, forståelse av mekanismer som fremmer og hemmer helse, utdanning av fagpersoner som er involverte og så videre. I tabellen er det gitt en forenklet fremstilling av helse-tjenestenivåene og folkehelsearbeidet, som kan bidra til oversikt over likheter og forskjeller mellom disse områdene.

	Spesialisthelsetjenesten	Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Folkehelsearbeid
<i>Samfunnsoppdrag</i>	<i>Pasientbehandling:</i> sikre at alle får tilgang til nødvendige helsetjenester av høy kvalitet <i>Forskning:</i> utføre forskning for å forbedre diagnostikk, behandling og teknologi <i>Utdanning av helsepersonell:</i> gi opplæring og videreutdanning til helsepersonell <i>Opplæring av pasienter og pårørende:</i> støtte pasienter og pårørende i å mestre sykdom og helseutfordringer	<i>Forebygging og helsefremmende arbeid:</i> fremme helse og forebygge sykdom, skade og sosiale problemer gjennom opplysning, råd og veiledning <i>Behandling og rehabilitering:</i> tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester, inkludert behandling og rehabilitering, for å sikre at innbyggerne får den hjelpen de trenger <i>Omsorgstjenester:</i> gi omsorg til personer som trenger det, inkludert eldre, funksjonshemmede og andre med behov for støtte i hverdagen <i>Koordinering og samarbeid:</i> samarbeide med spesialisthelsetjenesten og andre aktører for å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester	<i>Forebygging:</i> arbeide for å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer i befolkningen gjennom pedagogiske virkemidler, og samfunnsrettet innsats <i>Helsefremmende tiltak:</i> fremme helse og livskvalitet i befolkningen ved å påvirke faktorer som livsstil, miljø og sosiale forhold <i>Reduksjon av helseforskjeller:</i> jobbe for å utjevne sosiale helseforskjeller og sikre at alle har like muligheter til god helse <i>Tverrsektorielt samarbeid:</i> samarbeide med ulike sektorer og aktører for å sikre helhetlige og effektive tiltak

	Spesialisthelsetjenesten	Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Folkehelsearbeid
<i>Viktigste lovverk</i>	<i>Lov om spesialisthelsetjenesten og krav i folkehelseloven</i>	<i>Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og krav i folkehelseloven</i>	<i>Lov om folkehelsearbeid, og spisset lovverk (alkohol-loven, smittevernloven), og lovverk i andre sektorer med tydelig helseformål</i>
<i>Formål i lovtekst</i>	Spesialisthelsetjenestens formål er å: <i>Fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming</i> Bidra til å sikre <i>tjenestetilbudets kvalitet</i> Bidra til et <i>likeverdig tjenestetilbud</i> Bidra til at <i>ressursene utnyttes best mulig</i> Bidra til at tjenestetilbudet blir <i>tilpasset pasientenes behov</i> Bidra til at tjenestetilbudet blir <i>tilgjengelig for pasientene</i>	Helse- og omsorgstjenesteloven skal sikre gode helse- og omsorgstjenester til kommunens innbyggere: <i>Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestrings</i> av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne Fremme sosial <i>trygghet</i>, bedre <i>levevilkårene</i> for vanskeligstilte, bidra til <i>likeverd</i> og <i>likestilling</i> og forebygge sosiale problemer Sikre at den enkelte får mulighet til å <i>leve og bo selvstendig</i> og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre Sikre tjenestetilbudets <i>kvalitet</i> og et likeverdig tjenestetilbud Sikre <i>samhandling</i> og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig <i>opplæring</i> av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er <i>tilpasset</i> den enkeltes behov Sikre at tjenestetilbudet <i>tilrettelegges</i> med <i>respekt</i> for den enkeltes integritet og verdighet Bidra til at <i>ressursene</i> utnyttes best mulig	Formålet med loven er å bidra til en <i>samfunnsutvikling</i> som <i>fremmer folkehelse</i>, herunder <i>utjevner sosiale helseforskjeller</i>. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens <i>helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold</i> og bidra til å <i>forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse</i>. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter <i>setter i verk tiltak og samordner</i> sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et <i>langsiktig og systematisk folkehelsearbeid</i>.

	Spesialisthelsetjenesten	Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Folkehelsearbeid
<i>Prioriteringskriterier</i>	Nyttekriteriet: Tiltakets prioritet øker med den forventede nytten av tiltaket. Dette betyr at tiltak som gir stor helsegevinst for pasienten, prioriteres høyere. Ressurskriteriet: Tiltakets prioritet øker jo mindre ressurser det krever. Effektive tiltak som bruker færre ressurser, prioriteres høyere. Alvorlighetskriteriet: Tiltakets prioritet øker med alvorligheten av tilstanden. Pasienter med alvorlige tilstander får høyere prioritet.	Nyttekriteriet: Tiltakets prioritet øker med den forventede nytten av tiltaket. Dette betyr at tiltak som gir stor helsegevinst for brukeren, prioriteres høyere. Ressurskriteriet: Tiltakets prioritet øker jo mindre ressurser det krever. Effektive tiltak som bruker færre ressurser, prioriteres høyere. Alvorlighetskriteriet: Tiltakets prioritet øker med alvorligheten av tilstanden. Brukere med alvorlige tilstander får høyere prioritet.	Ikke etablerte
<i>Organisering og aktører</i>	Spesialisthelsetjenesten i Norge er organisert gjennom <i>fire regionale helseforetak</i>. Helseforetakene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen i sine respektive helseregioner. Helseforetakene eier og driver sykehusene og andre spesialisthelsetjenester, og de er underlagt styring fra <i>Helse- og omsorgsdepartementet</i>. Departementet har ansvar for den overordnede styringen og finansieringen av spesialisthelsetjenesten.	<i>Kommunene</i> har ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester til alle innbyggere som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Dette inkluderer tjenester som hjemmesykepleie, fastlegeordning, fysioterapi, og omsorgstjenester. Kommunene skal også tilby helsefremmende og forebyggende tjenester. <i>Staten</i> har ansvar for å sikre like <i>rammevilkår</i> gjennom regelverk og økonomiske rammer. <i>Staten</i> fører også <i>tilsyn og kontroll</i> med tjenestene. Kommunene har stor handelfrihet når det gjelder organisering og tildeling av tjenester. Dette betyr at selv om innbyggerne har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, har de ikke rett til å velge en bestemt tjeneste eller organiseringsform.	Folkehelsearbeidet i Norge er organisert på flere nivåer og involverer ulike aktører: <i>Kommuner og fylkeskommuner</i>. Har ansvar for å fremme helse innen sine oppgaver og med de virkemidlene de er tillagt. De skal ha oversikt over helsetilstanden til befolkningen og faktorer som påvirker helsen. <i>Statlige myndigheter</i>. Helsedepartementet og Folkehelseinstituttet spiller sentrale roller. Helsedirektoratet utvikler nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid, mens Folkehelseinstituttet overvåker folkehelsen og driver forskning. <i>Tverrsektorielt samarbeid</i>. Folkehelsearbeidet krever samarbeid på tvers av sektorer, inkludert utdanning, miljø, transport og arbeidsliv, for å sikre helhetlige og effektive tiltak.

	Spesialisthelsetjenesten	Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Folkehelsearbeid
<i>Faglig og politisk styring</i>	Politisk styring går gjennom budsjetter og ressurstildeling, forskrifter, faglige veiledere og retningslinjer, kvalitetsregistre. Individuelle rettigheter til pasientbehandling er sentrale for prioriteringer. Politisk styring kan gi spesifikke faglige føringer, men helseforetakene har stor selvstendighet. Prioriteringer gjøres innen strukturerte rammer etter faglig forankrede fremgangsmåter.	Politisk styring går gjennom budsjetter og ressurstildeling, forskrifter, faglige veiledere og retningslinjer, kvalitetsindikatorer. Individuelle rettigheter til pasientbehandling er sentrale for prioriteringer. Statlig politisk styring kan gi spesifikke faglige føringer, og lokalpolitisk styring har betydning for lokale beslutninger og ressurstilgang.	Politisk styring går gjennom budsjetter og ressurstildeling, forskrifter, faglige veiledere og retningslinjer, kvalitetsindikatorer. Politisk styring kan være tett involvert i folkehelsearbeid. Mange folkehelseiltak må behandles og vedtas lokalpolitisk. Lokalpolitiske prosesser kan være beslutningssituasjon og arena for medvirkning i folkehelsearbeid.
<i>Arenaer</i>	Sykehus, avtale-spesialister, akuttkjede	Legevakt, fastleger, sykehjem, skolehelsetjeneste mm	Tverrsektorielt
<i>Mottakere</i>	Pasienter med rett til spesialisthelsetjenester	Individer med behov for helse- eller omsorgstjenester levert av kommunenes tjenesteytere	Hele befolkningen, eller befolkningsgrupper.
<i>Kunnskapsutvikling</i>	Forskning for å utvikle kunnskap relevant for å forbedre spesialisthelsetjenestene er en inkludert del av samfunnsoppdraget til spesialisthelsetjenesten. Tjenesten avsetter egne midler for å understøtte forskning i sektoren.	Kommunene skal medvirke og legge til rette for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den enkelte kommune kan selv stille midler til rådighet for å støtte forskning, og det finnes egne programmer for å støtte forskning i kommunene.	Statlige aktører som Folkehelseinstituttet og kompetansesentre har kunnskapsstøtte for folkehelsearbeid som del av sitt mandat. Forskningsfinansiering bidrar til å rette forskningsinnsats og kunnskapsutvikling innen folkehelse.

Norges offentlige utredninger

2024

Arbeids- og inkluderingsdepartementet:

NOU 2024: 3 Felles innsats mot ekstremisme:
Bedre vilkår for det forebyggende arbeidet
NOU 2024: 6 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2024
NOU 2024: 11 Lavlønn i Norge
NOU 2024: 13 Lov og frihet

Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet:

NOU 2024: 1 Definisjon og registrering av ideelle
velferdsaktører
NOU 2024: 14 Med lov skal data deles
NOU 2024: 17 Kommersielle og ideelle aktørers rolle
i fellesskapets velferdstjenester

Finansdepartementet:

NOU 2024: 16 Endringer i verdipapirhandelloven
NOU 2024: 21 Trygge og enkle betalinger for alle
NOU 2024: 22 Norske sparebanker – tradisjon og
tilpasning

Helse- og omsorgsdepartementet:

NOU 2024: 18 En universell tannhelsetjeneste

Justis- og beredskapsdepartementet:

NOU 2024: 4 Voldtekt – et uløst samfunnsproblem
NOU 2024: 5 Maktens ansikt
NOU 2024: 12 Håndheving av mindre
narkotikaovertrедelser
NOU 2024: 24 Prøvd på nytt

Klima- og miljødepartementet:

NOU 2024: 2 I samspill med naturen
NOU 2024: 10 Ny motorferdsellov

Kommunal- og distriktsdepartementet:

NOU 2024: 19 Ny boligleielov
NOU 2024: 23 Det tekniske beregningsutvalg for
kommunal og fylkeskommunal økonomi

Kultur- og likestillingsdepartementet:

NOU 2024: 8 Likestillingens neste steg

Kunnskapsdepartementet:

NOU 2024: 20 Det digitale (i) livet

Nærings- og fiskeridepartementet:

NOU 2024: 9 Ny lov om offentlige anskaffelser
– Andre delutredning

Samferdselsdepartementet:

NOU 2024: 15 En bedre regulert drosjenæring

Utenriksdepartementet:

NOU 2024: 7 Norge og EØS: Utvikling og erfaringer

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon: TIBE.no

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon – 09/2025