

Folkehelseloven, statlig folkehelsearbeid og prioritering av folkehelseiltak

Notat til utvalg om prioritering av folkehelseiltak, 21. januar 2025

Avdelingsdirektør Øyvind Giæver, Helsedirektoratet

Bakgrunn

Direktoratet mottok 25. oktober 2024 en anmodning fra Utvalg om prioritering av folkehelseiltak, om bistand til en "oppsummering av hvordan folkehelseloven og det systematiske folkehelsearbeidet setter rammer for statens arbeid, og hvordan folkehelsearbeid blir prioritert og integrert i arbeid med planprosesser, allokering av ressurser og gjennomføring av tiltak." I anmodningen het det videre at "Vi er interessert i kunnskap om hele bredden av virkemidler som det statlige folkehelsearbeidet tar i bruk (organisatoriske, regulatoriske, økonomiske og pedagogiske). Vi også interessert i kunnskap om hvordan arbeidet vektlegger verdier når det settes mål for folkehelsearbeidet og beslutter tiltak, dersom slik kunnskap er tilgjengelig."

Avgrensninger

Jeg forstår anmodningen slik at den er avgrenset til *statlig* politikk og tiltak, primært på *nasjonalt* nivå. Videre forstår jeg, basert på utvalgets mandat, at utvalgets arbeid skal handle om tiltak som har eller kan ha effekt på hele eller deler av *befolkningens* helse. Utvalgets mandat avgrenser eksplisitt også arbeidet fra "individ- og grupperette forebyggende tiltak innenfor helse- og omsorgstjenestene."

Til tross for at folkehelsearbeidet i sin natur er sektorovergripende, kommer jeg i notatet til å avgrense begrepet *folkehelseiltak* til tiltak innenfor den sentrale folkehelseforvaltningen – men inkluderer i dette tiltak i denne del av forvaltningen som har til hensikt å fremme tverrsektorielt samarbeid for å fremme folkehelsen, også når disse er innrettet for å understøtte folkehelsearbeid lokalt og regionalt. Denne avgrensningen kan verken begrunnes i utvalgets mandat eller i folkehelselovens definisjoner, men er likevel hensiktsmessig for at mengden av aktuelle tiltak skal bli håndterbar, og de eventuelle mekanismene som prioriterer blant dem identifiserbare.

En alternativ definisjon av *folkehelseiltak* kunne være tiltak som eksplisitt har til hensikt å fremme folkehelsen (og/eller en jevnere fordeling av helsen i befolkningen). Langt på vei vil antakelig disse to forståelsene av begrepet *folkehelseiltak* overlappe hverandre, tiltak innenfor den sentrale folkehelseforvaltningen har vel nærmest per definisjon til hensikt å bedre folkehelsen, bl.a. fordi de vil være finansiert over statsbudsjettets folkehelsekapittel (714). På den annen side vil det være mange tiltak i andre sektorer som har som *ett av flere formål* å fremme folkehelsen, uten at de vil være inkludert i min avgrensning.

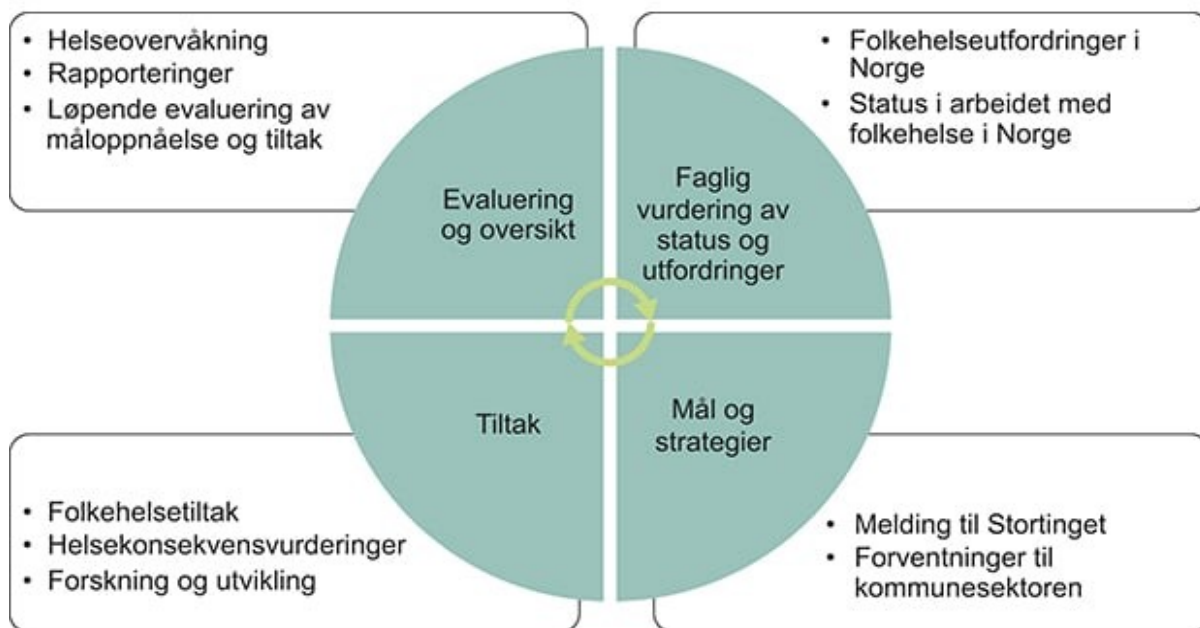
Jeg kommer til å fokusere på den fire-årige, sykliske systematikken som ble initiert med folkehelsemeldingen fra 2013, som en oppfølging av en merknad fra Stortingets helse- og sosialkomité under dennes behandling av folkehelseloven: "Komiteen vil videre understreke at den forutsetter at regjeringen velger en tilsvarende arbeidsform som den som nå blir pålagt kommunene" (Innst. 423 L 2010-2011). Det er denne rammen, som nå er foreslått lovfestet i folkehelseloven, som legger premissene for prioritering i det statlige folkehelsearbeid. I praksis vil mer kortsiktige, ofte politiske og mediedrevne behov påvirke ressursbruk og prioriteringer i folkehelsebyråkratiet, men mulighetene for en mer systematisk og langsiktig tilnærming til prioritering på folkehelsefeltet, ligger i det fireårige systemet.

Statens folkehelsearbeid i Folkehelsemeldingen fra 2013

Den systematiske arbeidsformen som ble tegnet opp i folkehelsemeldingen fra 2013, og som i grove trekk har vært fulgt siden, inneholder følgende elementer:

1. Staten skal ha nødvendig oversikt over status for a) folkehelsetilstanden og b) folkehelsearbeidet. I teorien er det Folkehelseinstituttets *Folkehelse rapporter* som beskriver folkehelsetilstanden, mens Helsedirektoratets *Folkehelsepolitiske rapporter* beskriver status for folkehelsearbeidet. I praksis har grensen mellom disse to rapportseriene ikke vært skarp, og den har endret seg underveis. Helsedirektoratet har for eksempel ansett *påvirkningsfaktorer* for helse – eksempelvis helseatferd og arbeidsmiljø – som indikatorer i folkehelsearbeidet, mens Folkehelseinstituttet i økende grad har inkludert slike indikatorer i rapporten om folkehelsetilstanden. Dette har ført til noe overlapp mellom rapportene, men det har kanskje ikke vært noe egentlig problem. Begge rapporter leveres hvert fjerde år på oppdrag fra departementet, men som faglig uavhengige publikasjoner.
2. På grunnlag av disse rapportene har Helsedirektoratet gjort en faglig vurdering av status og utfordringer i folkehelsen og i folkehelsearbeidet, og levert en rapport med *anbefalinger* om tiltak og videre retning for folkehelsepolitikken til departementet (Helsedirektoratet 2014, 2018, 2022). Også denne rapporten (på grunn av leveringsfristen ofte referert til som "1. juli-rapporten") bestilles av departementet som en del av fireårs-syklusen, men er faglig uavhengig.
3. Alle tre rapporter har så ligget til grunn for regjeringens *Folkehelsemelding*, som setter endelig mål og retning – og i noen grad også innhold i form av tiltak – for folkehelsepolitikken de kommende fire årene.
4. Folkehelsemeldingen følges i sin tur opp gjennom nasjonale handlingsplaner, strategier og budsjetter, i prinsippet i alle sektorer
5. Deretter starter en ny runde i systematikken, i det nye folkehelse rapporter og folkehelsepolitiske rapporter både utgjør en slags evaluering av folkehelsepolitikken de foregående fire årene, og startpunktet for en ny syklus.

Det statlige systematikkhjulet ble i stortingsmeldingen illustrert i følgende figur:



Figur 1 Det systematiske folkehelsearbeidet, slik det ble illustrert i Meld. St. 34 (2012-2013). Figuren ble laget før denne systematikken ble implementert som konkrete rapporter, så rapportene beskrevet i teksten er ikke umiddelbart gjenkjennelige i figurens mer generiske stikkord.

Denne systematikken har i grove trekk har vært fulgt gjennom 3-4 sykluser, men i praksis har nok ikke roller og oppgaver vært like velavgrenset som skjemaet skulle tilsi. Som nevnt har grensen mellom Folkehelseinstituttets og Helsedirektoratets oppgaver og innspill til departementet ikke vært trukket særlig skarpt. På den ene siden har Folkehelseinstituttet ikke avgrenset seg fra å gi anbefalinger om folkehelsepolitikken (særlig, og kanskje minst problematisk, i når det gjelder forsknings- og kunnskapsbehov, men også om mer generelle folkehelsetiltak). På den andre siden har Helsedirektoratet også i stor grad bygget på andre kunnskapskilder og -grunnlag enn Folkehelseinstituttets rapporter.

Det viktigste er vel likevel at de faglige grunnlagene begge etater har levert, ikke har vært politisk styrt fra departementet, noe som bl.a. kan dokumenteres i ordlyden i oppdragene i tildelingsbrevene til etatene. Arbeidsdelingen mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har uansett alltid vært preget av mange gråsoner; begge etaters rapporter presenterer for eksempel tall for helsepåvirkningsfaktorer i flere sektorer.

Et punkt som muligens i større grad bidrar til å skape uorden i systematikken, iallfall i den siste årgangen av syklusen, er mangelen på asymmetri i tid mellom de ulike produktene. Slik systematikken opprinnelig var tenkt, skulle de i hovedsak deskriptive rapportene fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet – *Folkehelserapporten* og *Folkehelsepolitisk rapport* – ligge til grunn for de senere vurderinger, anbefalinger og beslutninger fra både faglig og politisk hold (først de faglige fra Helsedirektoratet, så de mer politiske fra HOD). Men i siste runde av syklusen fikk etatene samme frist for å levere tilstands-rapporter og faglige vurderinger – slik at Helsedirektoratets vurderinger og anbefalinger ble levert samtidig som det faktagrunnlaget de skulle bygge på. Begge etater erkjente dette som en utfordring som ble søkt løst gjennom løpende dialog underveis.

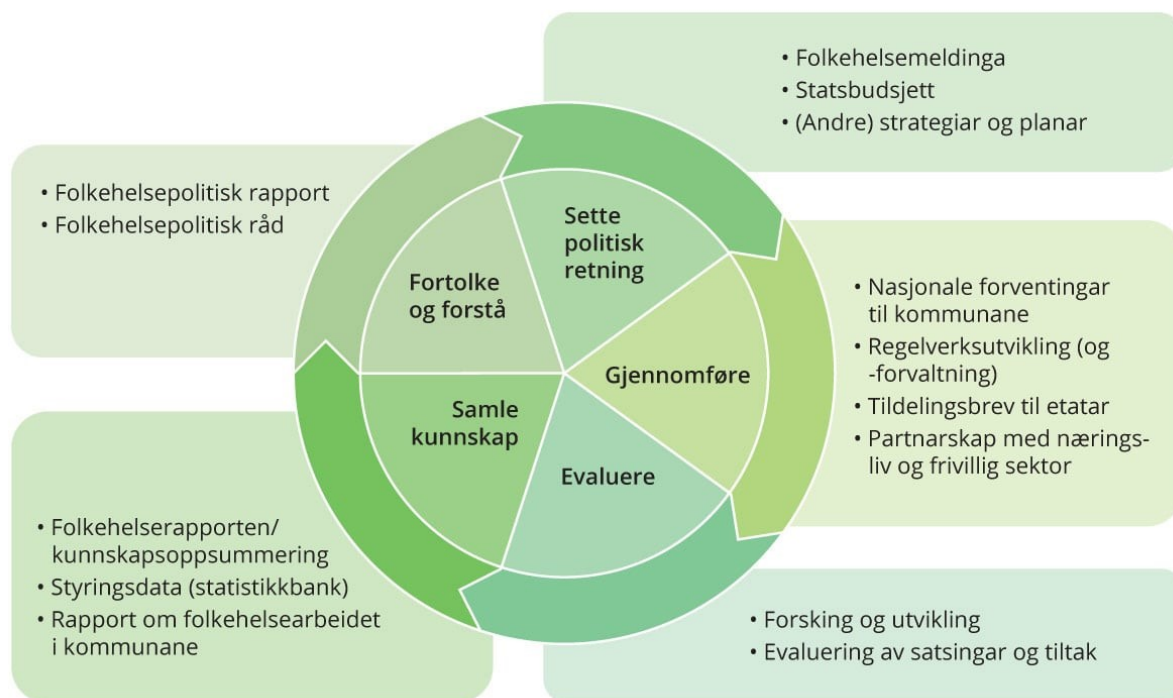
Utvikling av systematikken siden 2013

Det har vært en rekke justeringer i denne systematikken underveis, og et stykke på vei kan det også argumenteres for at dette har vært noe av intensjonen med systemet. Den evalueringen som skal skje

i siste fase av hver syklus gjelder nemlig ikke nødvendigvis bare innholdet i folkehelsepolitikken, men også systematikken i seg selv. To områder som særlig har vært gjenstand for justeringer, er allerede nevnt: arbeidsdelingen mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har vært gjenstand for gråsoner som har vært drøftet og justert fortløpende, og tidskjemaet for de ulike fasene i hjulet har fra HODs side vært endret flere ganger gjennom frister gitt i de årlige tildelingsbrevene (fristen for den såkalte "1. juli-rapporten" var for eksempel 31. januar forrige gang). Andre elementer har vært bemerkelsesverdig stabile over tid, ikke minst gjelder dette de tre overordnede folkehelsemålene: (1) Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder; (2) Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller og (3) Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen. Disse tre har stått fast siden 2013 gjennom skiftende regjeringer, Storting og ministre. Et annet stabilt element har som nevnt vært hovedelementene (og, med enkelte unntak av mindre prinsipiell betydning, hovedrollene) i systematikken.

Men fra 2023 er det satt i gang en større revisjon av både roller og systematikk. Endringene i den sentrale helseforvaltningen som trådte i kraft 1. januar 2024 endret en del på oppgave- og rollefordelingen mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet; det er foreslått en rekke endringer i folkehelseloven som potensielt kan påvirke det systematiske arbeidet på statlig nivå (den viktigste foreslåtte endringen innebærer riktignok primært å lovfeste allerede etablert praksis) og den siste folkehelsemeldingen lanserte våren 2023 en ny variant av systematikkhjulet (se illustrasjon neste side).

Foreløpig mangler vi erfaring med disse endringene, og endringene i folkehelseloven har nylig vært på høring (Helse- og omsorgsdepartementet 2024). Nye folkehelsemelding kom dessuten før endringene i den sentrale helseforvaltningen ble besluttet, så det pågår fortsatt diskusjoner mellom departement, direktorat og institutt om hvordan den nye versjonen av systematikkhjulet skal fortolkes i praksis. I det følgende legges det etablerte og gjeldende systemet til grunn for diskusjonen.



Figur 2 Det systematiske folkehelsearbeidet, slik det er illustrert i Meld. St. 15 (2022-2023)

Kort om statlig understøttelse av kommunenes folkehelsearbeid

Folkehelseloven legger opp til en systematikk i det lokale folkehelsearbeidet som er helt parallell til den statlige systematikken som er beskrevet ovenfor. Kommunene skal ha "nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne" (§ 5); oversikten "skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi" (§ 6 første ledd) og kommunen skal "fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten" (§ 6 andre ledd). Kommunene har også en plikt til å iverksette folkehelseiltak: "Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer" (§ 7).

En ikke uvesentlig del av det statlige folkehelsearbeidet er statens understøttelse av dette lokale og regionale folkehelsearbeidet:

Helsedirektoratet skal gi kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Direktoratet skal videre gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Opplysningene skal være basert på statistikk Folkehelseinstituttet har utarbeidet på grunnlag av de sentrale helseregistrene etter helseregisterloven §§ 19 flg., samt annen relevant statistikk. Direktoratet skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse (folkehelseloven § 24, andre ledd)

Direktoratets støtte til kommunenes systematiske folkehelsearbeid skjer hovedsakelig gjennom to typer produkter:

1. [Folkehelse- og oppvekstprofiler](#) med utvalgte indikatorer lokalt på folkehelsen og utvalgte påvirkningsfaktorer. Flere indikatorer på fylkes- og kommunenivå, i enkelte tilfeller også på bydelsnivå, er tilgjengelige i en egen [statistikkbank](#). Ansvar for å publisere folkehelseprofiler ble flyttet fra Folkehelseinstituttet til Helsedirektoratet i og med endringene i de sentrale helseforvaltningen 1.1.2024.
2. Veiledning etter folkehelseloven, primært [veileder i systematisk folkehelsearbeid](#) og [veivisere i lokale folkehelseiltak](#).

Som følge av endringene i den sentrale helseforvaltningen og revisjon av folkehelseloven, samt erfaringer som er gjort over tid, er det behov for en gjennomgang av denne veiledningen så snart ny folkehelselov er endelig vedtatt. Helsedirektoratet har også en pågående prosess med KS om veiledning til kommunene som vil kunne påvirke hvordan denne typen veiledning vil utformes i fremtiden.

Det er gjort relativt mange undersøkelser av og mye forskning på kommunenes folkehelsearbeid etter at folkehelseloven trådte i kraft (blant annet gjør direktoratet en årlig spørreundersøkelse om status for den kommunale folkehelsesystematikken), så jeg skal ikke gå nærmere inn på det her. Men nedlastningstall for direktoratets veivisere i tiltaksutforming i det lokale folkehelsearbeidet viser at de er relativt mye brukt (særlig med tanke på antall kommuner):

Tabell 1. Antall nedlastninger av temaveivisere i lokalt folkehelsearbeid

Tema	2021-2022	2023-2024
Alkohol	1551	1425
Fysisk aktivitet	3098	4253
Seksuell helse	2843	1981
Tobakk	1018	872
Ernæring	2250	1699
Bolig	852	1114
Arbeid	1042	1776
Økonomi	811	614
Psykisk helse og livskvalitet	5262	4223

Har det systematiske folkehelsearbeidet medført en høyere prioritering av folkehelsearbeid?

Et hovedhensyn bak opprettelsen av denne systematikken, slik det framstår i den første folkehelsemeldingen, var ønsket om en mer helhetlig tilnærming til prioritering på folkehelsefeltet. Meldingen sier imidlertid lite om hvordan og hvor i systematikken prioritering skal skje, og i de tekstplassene der prioritering er eksplisitt nevnt, handler det primært om problemstillingen forebygging versus behandling – og altså prioritering av folkehelsearbeidet, ikke prioritering *innenfor* folkehelsearbeidet:

"Folkehelse og forebygging må inn i diskusjonen om hva som er riktig prioritering på lang sikt for å sikre en bærekraftig velferdsstat. Eksempelene 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)

Den daværende regjering (Stoltenberg II) var i ferd med å gjennomføre en samhandlingsreform, som bl.a. hadde som mål å flytte ressurser i helsesystemet fra dyre spesialisthelsetjenester til antatt mer kostnadseffektive primærhelsetjenester. Men dermed var det også en frykt for at et økt ressursbehov i de kommunale primærhelsetjenestene ville gå utover det lokale folkehelsearbeidet, ikke minst i kommunenes helsebudsjetter. Folkehelseloven og det systematiske folkehelsearbeidet skulle føre til bredere fokus og større langsiktighet, og derved bl.a. motvirke slike effekter.

På nasjonalt nivå er en mulig mekanisme for prioritering av folkehelsearbeid *innenfor* helsesektoren, økonomisk: budsjettfordelingen mellom folkehelse og andre formål i HODs budsjett. Et grovt mål på dette forholdet, er Statistisk sentralbyrås [Helseregnskap](#). Dette viser at prosentandelen av helseutgifter i den statlige forvaltningen riktignok økte noe de første årene etter at folkehelseloven trådte i kraft, fra 2,33 prosent i 2012 til 2,89 prosent i 2015. Men deretter sank andelen i flere år, til 1,28 prosent i 2018, før den igjen har steget til ganske nøyaktig 2 prosent i 2020 (som er det siste året SSB har tall for). Det er således vanskelig å se noen tydelige økonomiske tegn på at innføringen av folkehelseloven og et systematisk, statlig folkehelsearbeid har medført en opprioritering av

folkehelsearbeidet, relativt til andre deler av helsesystemet (i absolutte tall har både folkehelse- og andre utgifter økt i perioden).

Siden folkehelsearbeidet imidlertid er og skal være tverrsektorielt, kan det argumenteres for at helsesektoren gir et for snevert perspektiv. Både folkehelseloven og Folkehelsemeldingen fra 2013 var tydelige på at folkehelsearbeid ikke begrenser seg til tiltak som skjer i helsesektoren eller finansiert over helsebudsjettene. Fordelingen av ressurser mellom folkehelse og helsetjenester *innenfor* helsesektoren gir derfor ikke nødvendigvis et helhetlig bilde av prioriteringen av det brede folkehelsearbeidet.

Det er selvsagt vanskelig å utforske økonomisk hvorvidt folkehelseloven og den statlige systematikken har medført en høyere prioritering av folkehelsehensyn på tvers av sektorer. En mulig tilnærming, som går utover rammen for dette notatet, kunne være å undersøke hvorvidt ulike sektorer faktisk og eksplisitt i større grad tar helsehensyn nå, enn i f.eks. 2012. Helsedirektoratet gjorde i 2013 en gjennomgang av samtlige NOUer som ble publisert året før (2012) for å se om og eventuelt hvordan konsekvenser for befolkningens helse ble vurdert i utvalgenes arbeid. Den gangen inneholdt ikke utredningsinstruksen noe eksplisitt krav om at folkehelse skulle vurderes (den gjør det i dag), så det ville da være opp til de oppdragsgivende departementer og utvalgene selv hvorvidt de anså dette hensynet som vesentlig. Direktoratets vurdering var at folkehelsehensyn *burde* vært vurdert i iallfall åtte av 18 NOUer publisert det året, mens det faktisk bare var én av utredningene som omtalte helsekonsekvenser, og da både i mandatet og i selve utredningen.

Som sagt er vil det gå langt utenfor rammene for dette notatet å gjennomføre en liknende dokumentanalyse av de 24 NOUene som ble publisert i 2024, men det er mulig å gjøre en rask sjekk av en veldig grov indikator, nemlig hvor ofte ordet "helse" er nevnt. I 2012-NOUene forekommer ordet "helse" i gjennomsnitt 170 ganger per utredning, i 2024 er snittallet nesten tredoblet, til 484. Det er selvsagt grunn til å ta alle mulige forbehold her, men det kan iallfall slås fast at folkehelsehensyn *muligens* utredes oftere nå enn da folkehelseloven kom. Det ville i så fall ikke være veldig overraskende, siden flere mekanismer i dag bør trekke i denne retningen. Blant annet er det laget en egen veileder til utredningsinstruksen om konsekvenser for befolkningens helse og livskvalitet; folkehelselovens § 22 pålegger statlige myndigheter i sin virksomhet å "vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant" og staten jobber generelt i større grad i dag på tvers av sektorer enn tidligere.

Det er også rimelig å se det statlige, systematiske folkehelsearbeidet som en faktor i denne utviklingen; særlig de første årene ble det årlig, i et tverrsektorielt samarbeid i Helsedirektoratets regi, rapportert på utviklingen i en rekke faktorer av betydning for folkehelsen i de "folkehelsepolitiske rapportene".

Har det systematiske folkehelsearbeidet medført en mer systematisk prioritering *innen* folkehelsearbeidet?

Når det gjelder prioritering *innenfor* folkehelsearbeidet sier meldingen fra 2013 f.eks. at "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." Historisk sett var nok folkehelsearbeid ofte assosiert med et lite knippe av påvirkningsfaktorer, kanskje særlig innenfor smittevern og helseatferd. Det bredere bildet av folkehelsas påvirkningsfaktorer har nok vokst fram gradvis, men ikke minst i og med den økte bevisstheten rundt sosioøkonomiske helseforskjeller som bl.a. kom til uttrykk i stortingsmeldingen om sosiale helseforskjeller fra 2007.

I teorien ligger det muligheter for faglig funderte prioriteringer i systematikken, kanskje først og fremst gjennom vurderingen og rangeringen av folkehelseutfordringer i kunnskapsgrunnlaget som Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet leverer. Folkehelse rapporten og folkehelsepolitisk rapport utgjør begge anledninger for fagetatene til å gi en faglig vurdering av hvilke folkehelseutfordringer som bør prioriteres. Folkehelsepolitisk rapport inneholdt for eksempel de første årene et forord fra helsedirektøren der hen pekte på de viktigste utfordringene i årets utgave. Folkehelse rapporten er nå en nettpublikasjon som oppdateres løpende, noe som tilslører rangeringen av hva som er det største folkehelseutfordringene på et gitt tidspunkt. En periode publiserte Folkehelseinstituttet derfor et *sammendrag* av Folkehelse rapporten som en del av kunnskapsgrunnlaget for ny folkehelsemelding.

Det er likevel vanskelig å se at det er gjort prioriteringer etter noen fastlagt metodikk eller bestemt systematikk i disse rapportene, utover noen nokså skjønsmessige vurderinger av f.eks. utfordringens størrelse og utviklingstrender. Men det finnes andre eksempler der samspillet mellom de to statlige fagetatene på folkehelseområdet har samarbeidet etter en mer stringent og systematisk prioriteringslogikk. I 2018 skrev Folkehelseinstituttet et notat om ti store folkehelseutfordringer i Norge basert på sykdomsbyrdeanalyse, og basert på dette skrev Helsedirektoratet i 2019 et notat om ti tiltak for å redusere denne sykdomsbyrden. Det ligger en del både eksplisitte og implisitte føringer f.eks. i måten sykdomsbyrde data er bygget opp, og det finnes ingen aksepterte kalkyler for tiltaksutforming på folkehelseområdet, så prosessen fra 2018-19 er ikke et eksempel på perfekt prioriteringsrasjonalitet, men det er likevel et godt eksempel på god prioriteringstenkning i det statlige folkehelsearbeidet.

Dermed er det naturlig å spørre om hvorfor ikke Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet følger en slik prosedyre oftere – hver eneste syklus i den statlige systematikken utgjør en anledning til å gjennomføre den samme typen systematikk. Det kan være flere grunner til dette. Prosessen fra 2018-19 var nokså ressurskrevende, og fagetatene mener kanskje at denne typen investering ikke forsvarer seg dersom den ikke faktisk følges opp i og med departementets egne prioriteringer. Et fåtall av de ti tiltakene foreslått i 2019 er faktisk fulgt opp til nå. Erfaringen i fagetatene er nok et stykke på vei at rasjonelle prioriteringsprosesser kortsluttes av politiske prioriteringer, og derfor har begrenset effekt. I stedet for spissede innspill med tydelige prioriteringer, har etatene derfor i økende grad levert større "menyer" av tiltak som departement og politikere kan velge og vrake fra. Sett fra en fagbyråkratisk synsvinkel er kanskje bedre å spre risikoen over mange tiltak med forventet moderat effekt, enn å satse alt på noen få tiltak med stor forventet effekt som likevel ikke vil bli fulgt opp av politiske årsaker.

Et godt eksempel på dette er tiltak knyttet til pris. Det er godt kjent og dokumentert i fagmiljøene at prisvirkemidler generelt har stor forventet effekt på helseatferd, og de fleste mer stringente prioriteringsutredninger på folkehelseområdet som har forventet effekt og kostnadseffektivitet som mål, vil derfor peke på prisvirkemiddelet i ulike varianter. Det kan imidlertid synes som dette virkemiddelet har en høy politisk pris, for å bruke en nærliggende metafor, og de fleste regjeringer er derfor svært varsomme med å ta dem i bruk. (Til politikernes forsvar skal det sies at norsk pris og avgiftspolitik på enkelte områder allerede har en ganske tydelige folkehelseprofil, så en del av helseeffektene er i så måte allerede hentet ut.)

Mangelen på systematisk prioritering av utfordringer og tiltak i de periodevis rapportene fra etatene, henger trolig også sammen med mangelen på operasjonaliserbare mål for folkehelsepolitikken. De tre folkehelsemålene er såpass generelle at de vanskelig kan danne utgangspunkt for en rasjonell utrednings- eller prioriteringsprosess. Mengden av mulige utfordringer og tiltak vil være tilnærmet uendelig, så hvor skal en utredningsprosess starte? I motsetning til de ordinære fireårs-syklusene

hadde utredningene fra 2018-19 veldefinerte delmål, siden disse eksplisitt var knyttet til en strategi for å redusere ikke-smittsomme sykdommer.

Det ene punktet i systematikkhjulet der det er enklere for fagetatene å legge en faglig fundert prioritering til grunn, er altså i problem- og utfordringsdefinisjonen tidlig i syklusen. Vi har sett at dette av ulike grunner bare skjer i begrenset grad – det vil si, det ligger nok en faglig fundert prioritering i de forslagene som sendes til departementet, men den er ikke særlig spisset. Forslagene kvernes så gjennom departementets i hovedsak politiske mølle, en ny eller revidert folkehelsepolitikk vedtas av Stortinget, og den vedtatte politikken implementeres gjennom styringsdialogen (mål og oppdrag) i tildelingsbrev til fagetatene, i første rekke Helsedirektoratet som iverksetterorgan.

Litt avhengig av hvordan styringsdialogen utformes fra departementets side, utgjør denne iverksetterrollen et annet punkt i systematikkhjulet der en faglig og systematisk prioritering kan spille en viktig rolle. Denne prioriteringen skal følge logikken i utredningsinstruksen, som legger opp til at ulike løsninger (tiltak) på et gitt problem skal vurderes systematisk, og at denne vurderingen skal legges til grunn for valg og implementering av tiltak. Dersom direktoratet faktisk skal få tilstrekkelig "utredningsrom" til at en faglig prioritering kan finne sted, fordrer imidlertid dette systemet at departementet i styringsdialogen begrenser sin styring til å peke på problemer som skal løses og mål som skal nås, og ikke direkte på løsningen. I realiteten peker oppdragene fra HOD relativt ofte på folkehelseområdet direkte på løsningen eller tiltaket, og direktoratets anvendelse av utredningsinstruksen blir i realiteten en øvelse i å "regne bakover" fra en foretrukket løsning, til hva som var problemet og hvilke alternative tiltak som kunne ha vært valgt. For å ta et konkret eksempel: høsten 2023 fikk direktoratet et oppdrag om å "lage en veiviser til folkehelseiltak mot ensomhet som sammenfatter risikogrupper og mulige tiltak knyttet til ulike former for ensomhet" (oppdrag TTB2023-47). En veiviser er (i beste fall) en løsning på et problem, og ikke en folkehelseutfordring som skal løses gjennom utredning og prioritering. Kan hende er det riktig å prioritere ensomhet som en folkehelseutfordring, men hvilken løsning som best løser utfordringen, er noe som bør utredes, alternative løsninger bør vurderes opp mot hverandre osv. Ved å peke på løsninger i styringsdialogen snarere enn utfordringer eller mål, begrenser departementet fagetatenes prioriteringsrom betydelig.

En vanlig oppfatning om forholdet mellom politikk og (fag)byråkrati, som bl.a. Norges (og verdens) første vinner av "Sveriges Riksbanks pris i økonomisk vitenskap til Alfred Nobels minne" utforsket, er ideen om at politikere først og fremst skal sette mål og retning for politikk og samfunnsutvikling. Fagbyråkratene skal på dette grunnlag utrede og regne seg fram de beste midlene til å nå målene. 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 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.

Det er likevel verdt å merke seg at det kunne vært et større rom for systematisk prioritering på folkehelseområdet dersom området i større grad, og på et litt mer spesifikt nivå, var målstyrt. Når de tre overordnede folkehelsemålene er såpass lite omstridt, skyldes det sikkert langt på vei at de er så generelle at det er vanskelig å være uenig i dem. I sitt innspill til den siste folkehelsemeldingen, foreslo direktoratet at de overordnede folkehelsemålene burde operasjonaliseres ved hjelp av delmål, fordi dette ville gi mer retning i det statlige folkehelsearbeidet.

Hvilke muligheter gir fagdirektoratsrollen for egne prioriteringer?

Det norske fagbyråkratiet har tradisjonelt en nokså sterk og uavhengig rolle, og litt av rasjonale bak opprettelsen av en rekke fagdirektorater, var å etablere en viss institusjonell (og fysisk) avstand mellom faglig byråkrati og politisk sekretariat. Selv om direktoratene er en del av regjeringsapparatet, og for eksempel vis-a-vis Stortinget i prinsippet kun svarer gjennom ministeren, er det vært bred aksept i sentralforvaltningen for at direktoratene bør og skal være *faglig* uavhengige. Dette gir direktoratene – og i denne sammenheng Helsedirektoratet spesifikt – en interessant dobbeltrolle, både som faglig uavhengig, bl.a. i sine råd til departementet, og som politisk styrt gjennom konkrete oppdrag. Helsedirektoratet kan eksplisitt være uenig i oppdragene det får, men likevel måtte utføre dem. Innenfor rammer og mål gitt av departementet, kan direktoratet også gjennomføre faglig funderte tiltak på eget initiativ.

Denne fagdirektoratsrollen gir et mulig, relativt fritt, rom for en systematisk prioritering på folkehelsefeltet. Hvor stort dette rommet er, avhenger imidlertid av at ikke alle ressurser i direktoratet er bundet opp av departementets oppdragsstyring. En utbredt oppfatning i direktoratet er at dette "frie" rommet til fagdirektoratsrollen, har blitt vesentlig mindre over tid. Selv om direktoratet selv har vokst, har også mengden av oppdrag vokst vesentlig. Hvorvidt denne oppfatningen stemmer, vil imidlertid kreve en grundigere gjennomgang av styringssignaler fra departement til direktorat (først og fremst tildelingsbrev) over tid, og det faller utenfor rammene av dette notatet.

Konklusjon: hvordan prioritere?

Dette notatet har identifisert flere områder innenfor det statlige, systematiske folkehelsearbeidet der det er mulig å gi rom for en mer systematisk tilnærming til prioritering:

- (1) Først og fremst kan problem- og utfordringsdefinisjon fra fagetatene i systematikkens innledende faser prioritere bedre og tydeligere. Imidlertid krever denne overordnede prioriteringen på et område som i sin natur er svært bredt, mye ressurser, og systemet for å opprettholde den vil lett kunne forvitte dersom den over tid faktisk får liten effekt.
- (2) På et "lavere" nivå er utredningen av konkrete tiltak som løsning på et gitt problem (i tråd med utredningsinstruksen) en anledning for å anvende en prioriteringsmetodikk. Dette fordrer imidlertid at fagbyråkratiet i størst mulig grad styres gjennom mål, og ikke gjennom eksplisitte valg av midler.
- (3) Endelig utgjør fagdirektoratsrollen, gitt at det er ressurser nok til faktisk å utøve den, en mulighet for fagbyråkratiet til selv å prioritere både problemer og løsninger. Dette krever imidlertid at direktoratet ikke er for detaljstyrt.

Selv gitt optimale betingelser på alle disse områdene – et lydhørt politisk byråkrati, målstyrende tildelingsbrev og god plass for fagdirektoratsrollen, er det imidlertid ikke gitt *hvordan* prioritering bør skje. Samme året som folkehelseloven trådte i kraft, utga Helsedirektoratet en såkalt "utviklingstrekkrapport" om prioriteringer i helsesektoren, der et eget kapittel drøftet prioriteringer på folkehelseområdet (Helsedirektoratet 2012). Utgangspunktet for drøftingen var kriteriene som den gang var etablert i spesialisthelsetjenesten ("Lønning 2"). Drøftingen den gangen pekte på en del generelle poenger som for lengst er god latin i folkehelsearbeidet, som at sykdomsbyrde knyttet til forebyggbare sykdommer er et brukbart kriterium, og at strukturelle tiltak som regel er mer kostnadseffektive enn pedagogiske. Men diskusjonen pekte også på en del kompliserende faktorer som gjør at "prioriteringsparadigmet" fra spesialisthelsetjenesten ikke uten videre kan overføres til folkehelsefeltet.

Referanser

Finansdepartementet: *Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen)*. Fastsatt ved kgl.res 18. oktober 2024 med hjemmel i instruksjonsmyndigheten. Fremmet av Finansdepartementet

Folkehelseinstituttet: [*Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?*](#) (Folkehelseinstituttet notat 10.08.2018)

Folkehelseinstituttet: [Folkehelse rapporten](#)

Helse- og omsorgsdepartementet (2024): [Høring - forslag til endringer i Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\)](#)

Helsedirektoratet: [Folkehelsepolitisk rapport](#)

Helsedirektoratet (2014): *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge* (IS-2203)

Helsedirektoratet (2018): [Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken](#) (IS-2748)

Helsedirektoratet (2022): [Folkehelse i et livsløpsperspektiv - Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding](#). Publisert 11. mars 2022

Helsedirektoratet (2012): [Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer](#). Rapport 2012 (IS-1967)

Helsedirektoratet (2018): [Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen](#). September 2018 (IS-2810)

Innst. 423 L 2010-2011 [Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\)](#)

[Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\)](#)

Meld. St. 15 (2022-2023) [Folkehelsemeldinga: Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar](#)

Meld. St. 19 (2018-2019) [Folkehelsemeldinga: Gode liv i eit trygt samfunn](#)

Meld. St. 19 (2014-2015) [Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter](#)

Meld. St. 34 (2012-2013) [Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar](#)

St.meld. nr. 20 (2006-2007) [Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller](#)