

Prioriteringer i folkehelse: En gjennomgang av kunnskap internasjonalt

Notat utarbeidet for utvalg om prioritering av folkehelse tiltak
Simon Øverland
Professor, Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen
simon.overland@uib.no

September 2025

Innhold

Bakgrunn og sammendrag:	1
Innledning: Hva kan vi lære om?.....	1
Tilnærminger til prioritering.....	3
Omtale av utvalgt kunnskap fra forskning og internasjonal litteratur	3
Kunnskapsoppsummeringer	6
Verktøy og metoder til støtte for prioriteringsarbeid	8
Utvalgte eksempler på tilnærminger	9
Sverige.....	9
Danmark.....	10
Designprosess for prioriteringer i Skottland	11
Mål og indikatorsystem i Belgia.....	13
Utvikling av system for kunnskapsstøtte og lokale prioriteringsprosesser i England	14
Utvikling av kriteriesett gjennom «Healthy People 2030» i USA	15
Helseprioriteringer for lav- og mellominntektsland	15
FNs bærekraftsmål	16
Beste praksis-tilnærminger	16
Oppsummering	19
Konklusjon	21
Referanser	23

Bakgrunn og sammendrag:

Regjeringen har oppnevnt et utvalg som skal utrede og gi råd om prioritering av og mellom folkehelseiltak. Utvalget skal utrede verdigrunnlaget for folkehelsearbeidet, kunnskapsgrunnlaget og hvordan folkehelseiltak kan prioriteres enhetlig på tvers av ulike sektorer.

Utvalgets mandat spesifiserer at: «*Utvalget skal ... utveksle erfaringer med aktuelle miljøer nasjonalt og internasjonalt. Utredningsarbeidet skal bygge på norsk, nordisk og internasjonal kompetanse innen prioritering av folkehelseiltak*». Dette notatet er et bidrag til denne delen av oppdraget.

Notatet oppsummerer utvalgt internasjonal kunnskap og erfaringer med prioriteringer innen folkehelsearbeid. Det er basert på diskusjoner med fagmiljøer i Norge og utenfor samt faglitteratur. Utvalget har ikke hatt som mål å gjennomføre en uttømmende systematisk informasjonsinnhenting eller på annet vis søke en komplett oversikt, men å utveksle erfaringer og kunnskap av relevans for prioriteringsarbeid i folkehelse i Norge. Det er ikke gjort et systematisk litteratursøk. Litteraturen som er omtalt i dette notatet er samlet gjennom løpende søk i databaser, gjennom å forfølge relevante kilder fra artikler og rapporter av relevans og gjennom korrespondanse og innspill fra fagpersoner. Det er fokusert på kunnskap og erfaring om hvordan prioriteringer gjøres på feltet – ikke en oversikt over risiko, determinanter, aktuelle folkehelseiltak.

Notatet gir et perspektiv på utvalgt kunnskap, praksis og status for prioritering innen folkehelse i land utenfor Norge og fra internasjonal forskning. Det preges av vansker med å finne tydelige eksempler på etablerte, helhetlige og gjennomarbeidede system for prioriteringsarbeid innen folkehelse på land-nivå gjennom kontakt med fagpersoner og fagmiljø.

Notatet er utformet for å gi en samlet fremstilling av aktuelle bidrag til kunnskapsgrunnlaget, for å kunne informere utvalgets videre diskusjoner og som tekstbidrag til deler av utvalgets rapport. Det vil være tekstlikheter med utvalgets rapport der tekst fra dette notatet er brukt som utgangspunkt for innholdet i rapporten.

Innledning: Hva kan vi lære om?

Utvalgets mandat peker til både beslutningsarenaer og beslutningsprosesser, kunnskapsgrunnlag, samt verdier og verdivurderinger relatert til folkehelse. Kunnskap og arbeid med folkehelse i andre land kan i utgangspunktet være relevant for de fleste av underpunktene i utvalgets mandat.

Generelle betraktninger om overføringsverdi

Beslutninger og beslutningsprosesser for folkehelse henger tett sammen med politisk system og formelle rammer for folkehelsearbeidet slik som plassering av ansvar og myndighet, oppgavedeling mellom ulike forvaltningsnivå, utforming av helsesystemet, med mer. Folkehelse favner bredt og uten videre spesifisering er det nærmest ubegrenset hva som potensielt kan inngå som relevant for folkehelse.^{1,2} Ethvert program eller tiltak som angår folkehelse og forebygging må tilpasses og vurderes utfra andre aktiviteter og tiltak, tilgjengelige ressurser, samt muligheter og begrensninger for vellykket implementering i den aktuelle sammenhengen og det enkelte land. Utfordringsbildet som aktualiserer

og gir rammene for prioriteringsdiskusjoner kan også variere mellom forvaltningsnivå og hvordan folkehelsearbeidet organiseres med oppgaver, ansvar og rammebetingelser.

Alle disse forholdene påvirker praktisk arbeid med prioritering. Det er ikke lett å ha tilstrekkelig oversikt over alle disse forholdene mellom land, hvordan de virker inn på lands arbeid med prioritering generelt, og hvordan dette gjøres på de ulike forvaltningsnivåene der prioriteringene gjøres. Dette kompliserer vurderinger av overføringsverdi mellom land.

De mer prinsipielle utfordringene, verdier og prosesser i helseprioritering og folkehelsearbeid drøftes ofte gjennom overordnede konsepter som *helse*, *meneskerettigheter* og *etiske prinsipper*. Slike spørsmål kan ligge «forut for» tilpasning eller anvendelse i lovverk og tiltaksapparat, og kan i større grad være tilgjengelig for drøfting og sammenligning internasjonalt.³

WHO gir internasjonal veiledning for å støtte planlegging og utvikling av helsesystem på nasjonale nivå,⁴ og system for prioritering inkluderes i slike sammenhenger.⁵ Veilederne fokuserer på generelle prinsipper og på et overordnet nivå. Kunnskapen har derfor relevant overføringsverdi, men må uansett tas ned fra det generelle for å gi direkte nytte for videreutvikling av prioritering for folkehelsearbeid i Norge.

Det publiseres jevnlig kunnskap om enkelttiltak, tiltakspakker og program i internasjonale forskningsartikler og rapporter. Litteratur og kunnskap om tiltak kan ha god overføringsverdi mellom land, men vil ofte kreve oversikt over forskjeller og fellestrekk mellom de aktuelle landene, og hvordan forskjellene krever tilpasninger av tiltaket. Om tilpasninger ikke påvirker virkningsmekanismene vil overføringsverdien være større.

Analyser og kunnskapsoppsummeringer som viser variasjoner i effekter av tiltak kan også gi viktig informasjon, særlig dersom det er mulig å forstå hva som gir den observerte forskjellen i resultat. For bredere tiltakspakker som innføres nasjonalt, kan forskjeller mellom land, kontekster og over tid gi et analysegrunnlag. På samme måte kan kunnskapsoppsummeringer og utvikling av støtteverktøy for vurderinger av tiltak fungere på tvers land og befolkninger.

Utvikling over tid

Utvikling av system for helseprioriteringer har i større grad handlet om helsetjenestene enn folkehelsearbeidet. Viktige forskjeller mellom prioriteringsarbeid for individrettede helsetjenester og prioriteringer på folkehelseområdet er påpekt både i Norge og internasjonalt.⁶⁻⁹ Prioriteringsdebatten for folkehelse er av nyere dato enn tilsvarende diskusjoner med utgangspunkt i prioriteringer for individrettede helsetjenester.^{8,10-12}

I Oxford Textbook of Global Public Health hevdes det at litteraturen om «Public Health Ethics» ble mer strukturert utover 2000-tallet,¹⁰ blant annet gjennom grunnlagsarbeid for å definere folkehelseetikken, rammeverk og verktøy for analyse.^{10,13-17} I samme kapittel presenteres sentrale problemstillinger i folkehelseetikken, derunder hvilke perspektiv som arter seg forskjellig fra helsetjenester dominert av sykdom, behandling og individer, versus folkehelsearbeidet for grupper eller hele samfunn med forebygging og helsefremming som hovedtilnærming. Balansen mellom individuelle rettigheter versus samfunnets interesser er et sentralt dilemma. Videre hva som skal inkluderes innen nytte av intervensjoner, hvordan en skal veie nytte mot potensiell skade eller ulempe, og vurderinger av begrensning av enkeltindivider gjennom de aktuelle tiltakene.¹⁰

Tilnærminger til prioritering

Det er flere mulige tilnærminger til folkehelseprioriteringer. På et overordnet plan handler prioriteringer om å velge mellom ulike alternativ for å møte utfordringer gitt begrensede ressurser.⁵ Prioritering er sentralt i arbeid for universell helsedekning, som i seg selv er en helt sentral komponent for folkehelsearbeid i store deler av verden.^{18,19} WHO beskriver prioritering som del av en større sekvens; prioritering følger etter en problembeskrivelse eller situasjonsanalyse, og før en avgjør ressursallokering og planlegging av tiltak og intervensjoner.⁵ I praktisk bruk ved utvikling av program og prosjekt skjer det nok ofte (av mer eller mindre gode grunner) at en slik skjematisk sekvens ikke alltid vil følges eller fremstå like tydelig.

Det er stor bredde i hva som omtales i artikler, kapitler og rapporter som handler om prioritering og folkehelse (per søkeord som «priority setting» og «public health»): Verdier, kriterier, etablering av mål, oversikt over utfordringsbildet (sykdomsgrupper eller risikofaktorer) og tiltakseffekter. Befolkningsgrupper og determinanter lengre bak i årsakskjeden blir også omtalt i sammenheng med prioriteringsdiskusjoner, der en ønsker å fokusere særlig på utvalgte grupper, risikoforhold eller ressurser.

Litteraturen byr også på et stort omfang verktøy og sjekklister for å støtte vurdering, valg og implementering av aktuelle folkehelseiltak. Slike verktøy kan støtte vurderinger av aktuelle tiltak, men kommer ofte inn som et støtteverktøy når en først har prioritert et tema eller problemområde.

Et overordnet inntrykk er derfor at tilnærminger til prioritering på folkehelseområdet i faglitteraturen spriker, med betydelig variasjon i begrepsbruk og hva som legges i både *prioritering* og *folkehelse*.

Det er derfor krevende å tvinge frem forslag til konsensusbeskrivelse eller en samlet og tydeliggjørende struktur som beskriver hvordan prioriteringer gjøres i folkehelsearbeidet. Denne innledende betraktningen samstemmer med konklusjonene fra et eget notat om prioriteringsføringer i andre land som ble utarbeidet i forbindelse med Blankholm-utvalget. Mandatet til Blankholm-utvalget handlet om primærhelsetjenester og omsorgstjenester, men også forebygging.²⁰

Omtale av utvalgt kunnskap fra forskning og internasjonal litteratur

En enkel og treffende oppsummering av det etiske grunnlaget for folkehelsearbeid er at «*Ethically optimal public health policy simultaneously maximizes overall population health and compresses health inequalities*».¹ Det handler altså om å maksimere helse i befolkningen og redusere helseulikhet.

Prioriteringer vil ofte være informerte av både data, annen kunnskap og verdivurderinger. Det er også drøftet hva som er rett «nivå» for prioriteringsspørsmål, som for eksempel hvor langt tilbake i årsakskjeden innsatsen for folkehelse bør legges.¹ Valg av nivå for innsats kan trolig virke inn på valg og vekting av verdier og kriterier – og også operasjonaliseringen av verdier og kriterier. Under følger noen eksempler der disse spørsmålene er drøftet.

Oxford Textbook of Global Public Health

Hvordan sosiale verdispørsmål kan håndteres innen helseprioriteringer er drøftet i et bokkapittel i *Oxford Textbook of Global Public Health* (Kap 3.5: «Priority setting, social values, and public health»)⁸. Selv om tittelen fokuserer på folkehelse, preges diskusjonen av den bredere litteraturen på feltet med

utgangspunkt i helsetjenester og behandling. Forfatterne oppsummerer gjennom en liste på åtte grunnverdier som samler og aktualiserer sentrale verdispørsmål:

1. Effekt (*clinical effectiveness*)
2. Kost-nytte (*cost-effectiveness*)
3. Rettferdighet (*justice/equity*)
4. Solidaritet (*solidarity*)
5. Autonomi (*autonomy*)

I tillegg vektlegges det at prosessene involvert i prioriteringsarbeidet må preges av:

6. Transparens (*transparency*)
7. Ansvar (*accountability*)
8. Medvirkning (*participation*)

I kapitlet skilles det altså mellom verdier som angår tema, hensyn og dilemmaer en bør legge til grunn for å gjøre vurderinger, og verdier som preger hvordan en skal gjennomføre vurderingene.

Nuffield Council of Bioethics

En annen grundig gjennomgang av etiske grunnlagsproblemstillinger for folkehelsearbeid foreligger i en rapport fra Nuffield Council of Bioethics (UK, fra år 2007).¹² Rapporten beskriver grunnleggende etiske problemstillinger som ofte aktualiseres i forbindelse med folkehelsearbeid, og inkluderer diskusjoner om hvilket ansvar for befolkningens helse som ligger til ulike aktører. I forlengelsen behandler rapporten disse etiske problemstillingene i lys av et utvalg problemstillinger (infeksjonssykdommer, fedme, fluortilsetning i drikkevann, alkohol og tobakk) for å illustrere hvordan slike vurderinger og prinsipper kan avveies og håndteres i folkehelsearbeid.

National Institute for Health and Disability Insurance, Belgium

I Belgia har «National Institute for Health and Disability Insurance» (NIHDI) nylig fått utført en analyse av hvordan andre europeiske land jobber for å sette mål for helsetjenestene, og hvilken overføringsverdi dette kan ha for arbeid med å etablere målsetninger for sitt eget helsesystem.²¹ I rapporten omtales «målsetninger» som forpliktende for innsats og resultat på spesifiserte områder i en avgrenset periode, i forhold til enten helsetilstanden i befolkningen, en helsedeterminant eller helsetjenester. Rapporten vurderes som relevant da den er utarbeidet for å styre innsatsen for befolkningens helse, gi retning for arbeid på tvers av aktører og myndigheter, og for å informere valg av innsatsfaktorer.

«Prioriteringer» omtales gjennomgående i rapporten og det skilles ikke tydelig mellom «å prioritere» og «å sette mål». Rapporten tar også utgangspunkt i forskjeller mellom «public health» og «health care», men at disse overlapper og inngår som deler av et helhetlig system. Rapporten, som kom ut i 2024, beskriver fire tilnærminger i prioriteringsarbeid:²¹

- 1) Bruk og utvikling av mål og prioriteringer gjort av andre eller på andre nivå. I et eksempel fra USA vises det til hvordan de ulike statene har utarbeidet egne planer for folkehelse med utgangspunkt i en overordnet nasjonal plan («Healthy People 2030»). Noen stater har valgt å mer eller mindre la den nasjonale planen diktere sin egen og dermed basere seg på målsetninger etablert av et annet beslutningsorgan. Andre stater har brukt den nasjonale planen som utgangspunkt, men utviklet egne prosesser for å tilpasse og prioritere på føderalt nivå, ofte ut fra et ønske om å kunne utvikle mer samordnet politikk.²²

- 2) «Benchmark»-tilnærminger basert på sammenligning av resultater. Rangeringer av forventet levealder (eventuelt helsejustert forventet levealder) er for eksempel brukt som utgangspunkt for mål i det norske folkehelsearbeidet, med nasjonale eller internasjonale gjennomsnittsverdier som sammenligningsgrunnlag. De norske folkehelseprofilene er et annet eksempel på denne tilnærmingen der kommuner kan sammenligne seg med andre kommuner, samt tall for fylker og nasjonale gjennomsnitt på standardiserte indikatorer.²³ Benchmarking brukes også i en rekke andre land. Statistikk fra WHO's europaregion er for eksempel et viktig grunnlag for å definere helsemål for Frankrike.^{24,25}
- 3) En tredje tilnærming (som det norske prioriteringssystemet for helsetjenestene kan være et eksempel på) er prioriteringer drevet av kriterier. Kriteriene kan defineres langs ulike dimensjoner. Kriterier kan involvere epidemiologiske hensyn, som morbiditets- og mortalitetsrater, direkte eller indirekte økonomiske kostnader som belastningen på totale utgifter til helse- og sosiale tjenester eller tapte arbeidsdager på grunn av sykdom. Kriteriene kan reflektere etiske aspekt og verdier. Mer pragmatiske kriterier kan defineres i retning av tilpasning til regjeringsprioriteringer (øke gjennomførbarhet), tilgjengelighet av dokumentasjon (transparens og kunnskapsbasert praksis) eller interesser (implementering), eventuelt om det foreligger effektive intervensjoner og gjennomførbarhet er sannsynlig (pragmatikk).²⁶
- 4) Prioriteringer kan også gjøres etter politisk relevans eller agenda. Flere folkehelseiltak må behandles og prioriteres politisk for å kunne innføres, og politiske vedtak kan i seg selv være viktige folkehelseiltak. En pragmatisk tilnærming kan derfor være å la muligheter og begrensninger for innpass i politisk agenda inngå som grunnlag for prioriteringer.²⁷

De fire tilnærmingene er ikke gjensidig utelukkende, og alle kan i større eller mindre grad være drevet av eller informert av verdivalg. Det er ikke et etablert og internasjonalt konsept som samler og organiserer kriterier for helseprioriteringer.²⁸ Men, det er rimelig å anta at verdsettelse eller etiske vurderinger uansett påvirker beslutninger om hvilke eksempler man skal hente fra, hva som er relevante «benchmarks» å sammenligne langs, hvilke kriteriedomener som er relevante, og hva som regnes som å være politisk relevant. Selv i de mest tekniske tilnærmingene, hvor mål settes ut fra epidemiologiske data, vil verdispørsmål prege vurderinger og valg som gjøres i produksjon og fremstilling av de aktuelle data.²⁶ Arbeidet med «Healthy people 2030» i USA er et eksempel på dette, der det ble gjort et forarbeid for å vurdere hvilke kriterier som burde ligge til grunn for å velge ut de rette indikatorene.

Arbeid med «ti store folkehelseproblemer i Norge»

Rent epidemiologiske tilnærminger vil også kreve vurderinger og verdidiskusjoner. Folkehelseinstituttet sitt arbeid med å identifisere «Ti store folkehelseproblemer i Norge» var basert på kvantitativ analyse av sykdomsbyrdedata (fra the Global Burden of Disease Study (GBD)), men ble supplert med annen kunnskap for å styrke de faglige vurderingene.²⁹ Sykdomsbyrdeanalyser, som de fra GBD,³⁰ er et viktig grunnlag for situasjonsanalyser og problembeskrivelser. Dette er viktig informasjon for prioriteringsdiskusjoner, og sykdomsbyrdeanalyser er i økende grad brukt som grunnlag for utvikling av planverk og tiltak i europeiske land.³¹ Sykdomsbyrdeanalyser har likevel viktige begrensninger som avgrenser den direkte nytten som isolert grunnlag for helseprioriteringer.³²

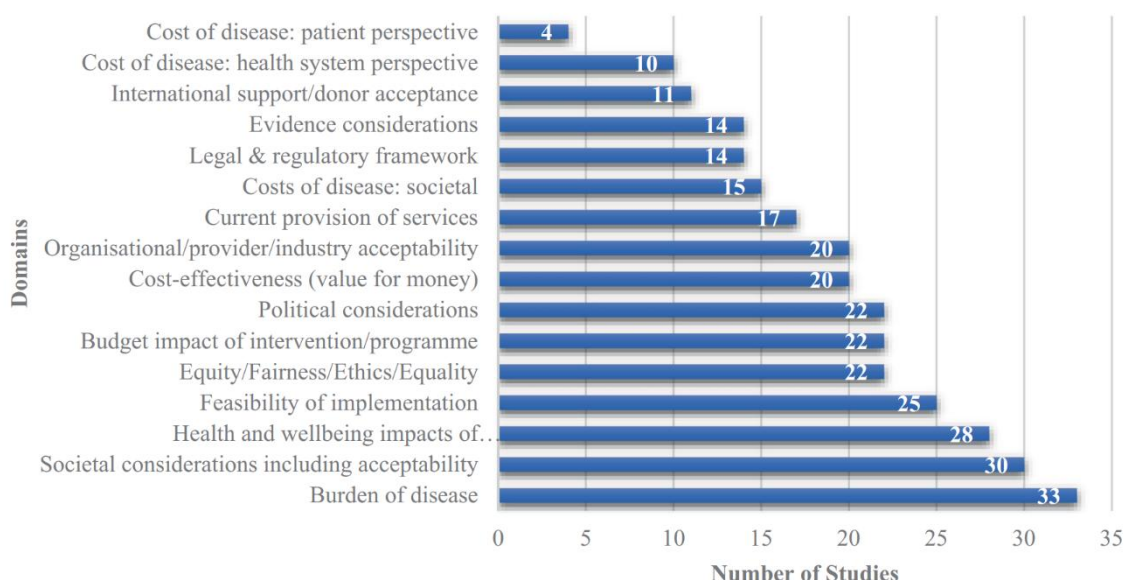
WHO

WHO sin veileder for å støtte planlegging og utvikling av helsesystem på nasjonale nivå tar utgangspunkt i helsesystemer med universell helsedekning som en overordnet målsetning. Tverrsektorielt arbeid, folkehelse og forebygging er inkludert blant de sentrale virkemidlene i helsesystemet. I veilederen (fra 2016) beskrives «prioriteringer etter kriterier» som en egen aktivitet.⁵ 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 prioriteringssituasjonene.⁵ Omtalen av prioriteringssystemer skiller ikke tydelig mellom folkehelse/forebygging og individrettede helsetjenester. Veilederen foreslår følgende fem kriterier for prioritering: 1) *Sykdomsbyrde (burden of the health issue)*, 2) *Effekt av tiltak (effectiveness of the intervention)*, 3) *Kostnader av tiltak (cost of the intervention)*, 4) *Aksept for tiltak (acceptability of the intervention)*, 5) *Rettferdighet (fairness)*. Det er imidlertid ikke tydelig diskutert eller problematisert hvorvidt kriteriene som foreslås er mer eller mindre egnede for både individrettede helsetjenester og det brede folkehelsearbeidet.⁵

Kunnskapsoppsummeringer

Som nevnt innledningsvis, fremstår forskning og faglitteratur om prioritering på folkehelseområdet som uoversiktlig med overlappende bruk av begreper, både når det gjelder hva som legges i prioritering og hva som menes med folkehelse og folkehelse tiltak. Systematisk arbeid med å oppsummere kunnskapen på tvers av artikler gir derfor verdifulle bidrag. Et utvalg oppsummeringsartikler gjengis derfor kort i det videre:

En nylig publisert systematisk kunnskapsoppsummering («scoping review») gir oversikt over kriterier som er brukt innen prioritering for folkehelse, og også hvilke kriterier som blir lagt til grunn for å



Figur 1: Vanligste prioriteringskriterier på tvers av 40 enkeltstudier. Kilde: Atwal et.al (2023) *Prioritisation processes for programme implementation and evaluation in public health: A scoping review. Front Public Health 11:1106163.*

Copyright: CC BY [Deed - Attribution 4.0 International - Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

prioritere at et gitt folkehelseiltak blir evaluert. Forfatterne identifiserte mer enn 300 ulike kriterier fra 40 studier.³³ Studiene ble identifisert gjennom søk etter ulike kombinasjoner av «public health» og «prioritering». Kriteriene ble videre kategorisert i 16 domener. Kriteriedomenene «sykdomsbyrde», «sosiale hensyn» og «helseeffekt av intervensjon» gikk igjen i flest studier (Figur 1). Et fåtall av rammeverkene eller kriteriesettene var brukt utover enkeltstudiet der det var presentert, og nytteverdi var i liten grad vurdert. Forfatterne fant kun ett studie som fokuserte på hvilke kriterier som legges til grunn for å prioritere evaluering av tiltak.

Studien gir et oversiktsbilde av kriterier som går igjen innen prioriteringer på folkehelseområdet. Flere av kriteriene som gikk igjen i enkeltstudier, harmonerer med kriterier foreslått andre steder. Forfatterne konkluderer likevel at det foreligger få studier som er spesifikt innrettet mot prioriteringer på folkehelseområdet, og lite kunnskap om hvordan evaluering av folkehelseiltak prioriteres. Konklusjonen ut fra denne systematiske oversiktsartikkelen understøtter behovet for videreutvikling av kunnskapsgrunnlaget for prioriteringsarbeid spesifikt innrettet for folkehelse

Det foreligger flere andre oversiktsartikler og systematiske kunnskapsoppsummeringer som bidrar til oversikt over tilgrensende spørsmål relatert til prioritering innen folkehelse:

- En systematisk kunnskapsoppsummering av kriterier som er brukt til prioritering og ressursfordeling i lav og mellominntektsland viste stor variasjon i hvilke kriterier som legges til grunn.³⁴ Kost-nytte og helseeffekter var inkludert i en stor andel av de 44 inkluderte studiene, og forfatterne konkluderte med at kriterier knyttet til lovverk og regulering, etikk og rettferdighet, samt politiske vurderinger burde vurderes i større grad.
- En annen oversiktsartikkel oppsummerte hvordan et utvalg større aktører innen forskningsfinansiering på tvers av fire land gjør sine prioriteringer knyttet til utlysninger av forskningsmidler.³⁵ Prioritering innen finansiering av forskning vil over tid påvirke kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeid. Forfatterne omtaler to hovedgrupper av slike prioriteringer. 1) Prioriteringer i tråd med et bredt og overordnet *makronivå*, der finansieringsorganisasjonen dreier forskning og kunnskapsutvikling i tråd med formålet for egen organisasjon og det aktuelle lands helsebehov. 2) Mer spissede prioriteringer etter tema eller avgrensede problemstillinger. Forfatterne konkluderer med at forskere og beslutningstagere er hyppigst konsultert i prosessen med å sette disse prioriteringene. De argumenterer for at organisasjoner som finansierer forskning med fordel kunne være mer tydelige og eksplisitte på sine prioriteringsprosesser, og også inkludere flere interessenter i arbeidet med å sette prioriteringer.
- En tredje oversiktsstudie har kartlagt i hvilken grad det gjøres systematiske kunnskapsoppsummeringer som kan støtte utvikling av tiltak og praksis innen folkehelse.³⁶ Forfatterne konkluderte med at systematiske kunnskapsoppsummeringer gjøres i mindre omfang enn innen kliniske intervensjoner. Kunnskapsoppsummeringene som gjennomføres innen folkehelse ble også vurdert som mindre grundige og basert på mer usikre grunnstudier.
- En fjerde systematisk litteraturgjennomgang har fokusert på økonomisk bærekraft og hvorvidt folkehelseiltak lønner seg ut fra økonomiske hensyn.³⁷ Forfatterne analyserte resultater på tvers av 52 studier. Konklusjonen deres er at kostnadene knyttet til lokale og nasjonale folkehelseiltak er lavere enn de økonomiske besparelsene. De bruker dette som argument for å hevde at kutt i budsjettildelinger til folkehelsearbeid over tid vil øke utgifter både relatert til helsetjenester og samfunnsøkonomi utover helsesystemet.

Verktøy og metoder til støtte for prioriteringsarbeid

Det finnes en rekke egne tekniske verktøy og tilnærminger som kan støtte systematikk i prioriteringsarbeid.³⁸ Noen av disse omtales kort her for å illustrere denne delen av prioriteringsarbeid.

Oversikt og problemanalyse

Oversiktsarbeid for å synliggjøre overordnede helseutfordringer og sentrale risikofaktorer foregår kontinuerlig globalt, nasjonalt og subnasjonalt.³⁹ Slike analyseverktøy, for eksempel det globale sykdomsbyrdeprosjektet (GBD), er omtalt i flere sammenhenger i utvalgets arbeid og omtales derfor ikke i videre detalj her. Det er likevel relevant å vise til slike former for kunnskapsgrunnlag ettersom de eksplisitt er utviklet og innrettet for å styrke kunnskapsgrunnlaget for prioriteringer, både for helsetjenester og for forebygging. Resultatene fra GBD blir også brukt som et datagrunnlag inn i mer omfattende analyser der samfunnskostnader for Norge kvantifiseres.⁴⁰ Internasjonale organisasjoner som WHO har også oversiktsarbeid som del av sitt mandat og utvikler verktøy for oversikt, tiltak, implementering og evaluering.⁴

Systemer for kunnskapsoppsummering

Ulike systemer for å oppsummere kunnskap gir informasjon om tilgjengelige tiltak for å møte en gitt helseutfordring. Systematiske tilnærminger er omtalt som «Health Technology Assessments (HTA)» og egne organisasjoner som Cochrane collaboration⁴¹ og Campbell collaboration⁴² jobber etter standardisert metodikk for å oppsummere kunnskap om tiltak og metoder. Et viktig formål er å oppsummere kunnskap på tvers av studier og vurdere hvor sikker en kan være på resultatene. Det er en vedvarende diskusjon hvordan en på best måte skal balansere mellom behovet for presisjon og standardisert metodikk opp mot mulighet til å gjøre vurderinger informert av kunnskapsgrunnlaget innen brede fagfelt og spørsmål.⁴³ Tilnærmingene angår blant annet diskusjoner om metodevalg og kunnskapsgrunnlag som blir drøftet av utvalget i andre sammenhenger, og omtales ikke i større detalj her.

Helseøkonomiske evalueringer

Helseøkonomiske evalueringer bruker en rekke modeller, tilnærminger og verktøy som på ulike måter bidrar til å kvantifisere ressursbehov og kostnader ved ulike tiltak, og sammenstille disse opp mot effekter av tiltak, enten i form av helse eller omregnet til økonomiske størrelser.^{44,45} Som for systematiske kunnskapsoppsummeringer, blir helseøkonomiske evalueringer drøftet av utvalget i andre sammenhenger, og omtales ikke i større detalj her.

Konkrete verktøy for å støtte prioriteringsarbeid

Det er også utviklet verktøy der flere av disse aspektene kombineres i et samlet system. Et eksempel er «Basic Priority Rating System (BPRS)», som er utarbeidet for å kunne vurdere ulike folkehelseproblemer mot hverandre. Systemet skårer langs tre dimensjoner: 1) Problemets størrelse/omfang, 2) Alvorlighet, uttrykt gjennom hastegrad, dødelighet, økonomisk tap og konsekvenser for andre. 3) Den tredje dimensjonen skårer effekt av tilgjengelige tiltak.⁴⁶ Utover disse tre dimensjonene krever modellen vurderinger av konkrete betingelser for gjennomføring av tiltak som lovlighet, ressurstilgang, akseptabilitet, økonomisk forsvarlighet og om et eventuelt tiltak eller problemet «hører til» der vurderingen blir gjort. Et eget vurderings og skåringssystem er innarbeidet som del av modellen og skal bidra til en konkretisering av sammenligninger langs et gjengs kriteriesett eller dimensjoner. Modellen er utviklet og endret i flere omganger, men kan spores tilbake til et utgangspunkt utviklet av Centre for

Disease Control (CDC) i 1988.⁴⁷ Modellen er et eksempel på konkretisering av kriterier/dimensjoner, hvordan en kan bruke disse systematisk på tvers av problemstillinger for systematisk beslutningsstøtte.

En annen tilnærming er å bruke økonomiske tilnærminger for budsjettprosesser og tilpasse disse til folkehelsesammenhenger. Ett eksempel på slike tilnærminger er der en «Program Budgeting and Marginal Analysis (PMBA)»-modell ble brukt for å gjøre folkehelseprioriteringer for et helsedistrikt i Canada.⁴⁸ Tilnærmingen bidrar med systematikk og metodikk, og kan gjøre at grunnlaget for prioriteringer blir mer transparente.

Dersom et tema eller område først er prioritert, finnes et stort omfang veiledere og verktøy som er ment for å støtte vurdering og valg av og mellom enkelttiltak. Tilsvarende finnes det omfattende veiledere til evaluering av tiltak.⁴⁹ Kunnskap om effekt av tilgjengelige tiltak er relevant både for prioritering av folkehelseiltak og prioritering mellom ulike tiltak. Utover at disse ressursene finnes, er det vanskeligere å få et klart bilde av hvordan de brukes, om de oppleves som nyttige, og om de fungerer på tvers av land og problemstillinger. Det er også påpekt at der er et misforhold mellom omfanget av tilgjengelige verktøy og kunnskap om hvordan verktøyene brukes.⁵⁰ Enkeltstudier indikerer at det i større grad legges vekt på subjektive vurderinger enn data i lokale prioriteringsprosesser.⁵¹

Utvalgte eksempler på tilnærminger

Der det gjøres folkehelsearbeid, gjøres det og prioriteringer. Det har likevel ikke lyktes å få på plass en helhetlig beskrivelse av nasjonale prioriteringssystem for folkehelse gjennom kontakt med kollegaer og fagmiljø internasjonalt. Det har ei heller lyktes å finne grundige skriftlige presentasjoner av slike system. Dette kan skyldes at vi ikke har fått kontakt med de rette fagmiljøene. Det kan også understøtte et inntrykk av uklart faglig landskap, eller manglende tradisjon for å gjøre informasjon tilgjengelig skriftlig. I det videre gis det likevel noen korte eksempler på ulike arbeid og tilnærminger til prioriteringer for folkehelse som pågår eller er nylig gjennomført.

Sverige

Sverige sitt overordnede nasjonale mål for folkehelsearbeidet er å skape samfunnsmessige forutsetninger for god og likeverdig helse i hele befolkningen og eliminere de påvirkbare helseforskjellene innen en generasjon. Målsetning og innretning vektlegger 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. Dagens svenske folkehelsepolitikk ble vedtatt av Riksdagen i 2018.

Det overordnede folkehelsepolitiske målet og innsatsen er videre konkretisert gjennom åtte målområder (Figur 2).



En god och jämlik hälsa – åtta målområden

Figur 2. De åtte målområdene i det svenske folkehelsearbeidet. Kilde: Illustrasjonen er laget av Folkhälsomyndigheten, og gjengitt hentet fra faktaarket: [Folkhälsopolitikens mål, ramverk och genomförande](#).

Copyright: [Illustrationer av folkhälsopolitikens åtta målområden — Folkhälsomyndigheten](#)

prioritering i helsetjenestene over lang tid.⁵³ Arbeidet har vært forankret i tre hovedprinsipper: *Menneskeverdsprinsippet, behovs- og solidaritetsprinsippet og kostnadseffektivitetsprinsippet*. Rekkefølgen tilsier at kostnadseffektivitet vurderes etter de to første prinsippene er anvendt.

Det er ikke umiddelbart tydelig i hvilken grad disse kriteriene eksplisitt også legges til grunn for prioritering innen folkehelse og i så fall på hvilken måte. Det synes uklart om prioritering innen helsetjenestene og folkehelsearbeidet henger sammen eller behandles som separate prioriteringsarenaer i Sverige.

De svenske målene for folkehelsearbeidet blir beskrevet som ambisiøse og gjennomarbeidede, men med utfordringer knyttet til implementering.²¹

Danmark

Folkehelsearbeidet i Danmark er omtalt i en gjennomgang av det danske helsesystemet.⁵⁴ Som i Norge (og Sverige), foregår folkehelsearbeidet dels i regi av kommunene og dels i regi av regionalt og statlig nivå. Kommunene sine oppgaver knyttes til helsefremmende og forebyggende arbeid, lokalt oversiktsarbeid og samarbeid med regionale nivå. Kommunene får støtte til arbeidet fra statlig nivå, men må selv gjøre prioriteringer ut fra egne behov og ressurser. Statlig nivå sørger for nasjonale screeningprogram, befolkningsdata og smittevern, og regionale helsetjenester skal blant annet gi kunnskapsstøtte til kommunene. Alle nivå har oppgaver knyttet til helseberedskap, oversikt og

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 som å vurdere utvikling og måloppnåelse.

Det svenske arbeidet med nasjonale mål og indikatorsett for folkehelsearbeidet har foregått over lang tid.²¹ Arbeidet blir beskrevet som omfattende, med serier av kommisjonsarbeid over flere tiår. Det pågår nå et utredningsarbeid for å styrke oppfølgingssystemet gjennom helseøkonomiske analyser.

Helsesystemet i Sverige styres gjennom de tre politiske nivåene. På nasjonalt nivå, styres folkehelse gjennom lover, reguleringer, veiledning og økonomiske rammer og tildelinger. Regionene og kommuner skal prioritere innsats basert på behovene for befolkningen i sitt område, innenfor ressursene de har til rådighet.⁵² Hvordan dette prioriteringsarbeidet gjennomføres på lokalnivået er det vanskeligere å få oversikt over.

Slik som i Norge, har en også i Sverige jobbet med utvikling av kriterier og etiske rammeverk for

miljørettet helsevern. Det forebyggende arbeidet på kommunenivået støttes gjennom nasjonale kunnskapsbaserte tiltakspakker på sentrale tema. Tilgangen på slike tiltakspakker er også omtalt som en støtte til lokal prioritering av de utvalgte temaene.⁵⁴ Prioriteringssystemet for Danmark fremstår mindre formalisert sammenlignet med Sverige og Norge. Det pågår nå arbeid for å etablere en folkehelselov for Danmark, som et ledd i arbeid for en styrket prioritering av arbeid med forebygging og folkehelse.

Designprosess for prioriteringer i Skottland

Skottland gjennomførte en prioriteringsprosess for sitt folkehelsearbeid i 2018.^{55,56} Arbeidet ble initiert som et samarbeid mellom regjeringen og den skotske paraplyorganisasjonen for det lokalpolitiske nivået (COSLA). Prosessen og resultatet er presentert i en egen artikkel fra 2023.⁵⁷ Prosessen gir et eksempel på mulig fremgangsmåte for å etablere prioriteringer på folkehelseområdet gjennom en arbeidsmodell som var regissert, systematisk og hurtig (6 måneder totalt). Prosessen er omtalt som kunnskapsbasert, transparent og med høy grad av medvirkning fra ulike interessenter.⁵⁷

I steg 1 ble det definert hva som ville være et egnet nivå eller detaljeringsgrad for å definere prioriteringer. Som et første nivå, ble det definert tre hoveddimensjoner:

- 1) Risikofaktorer (herunder helseadferd og tilstander som gir risiko)
- 2) Sosioøkonomiske eller miljørelaterte determinanter
- 3) System og tjenester

Det ble eksplisitt valgt å ikke la spesifikke sykdommer eller tydelig medisinsk avgrensede kategorier inngå som en av de overordnede dimensjonene. Et sentralt argument for dette var å unngå sykdomsfokus, for å sikre bred og involverende deltagelse fra interessenter utenfor helsesystemet, og fordi sterkere fokus på risikofaktorer kan gi en tydeligere vektlegging av en forebyggende innretning.

En lengre liste med mulige folkehelseutfordringer ble så sortert under en av de tre dimensjonene; risikofaktorer, determinanter eller system/tjeneste. Deretter ble det definert et sett med spørsmål som alle utfordringene skulle skåres etter. Spørsmålene fokuserte på:

- 1) Utgjør utfordringen en viktig trussel mot folkehelsen?
- 2) Er det mulig å gjøre noe med utfordringen?
- 3) Er det vilje til å gjøre noe med utfordringen?

For hvert av disse overordnede spørsmålene var der et sett med mer spesifikke underspørsmål som ble besvart og begrunnet i kunnskapsgrunnlaget.

I siste ledd av prosessen ble større utvalg (samlet over 400 deltagere på tvers av samlinger i tre byer) av bredt sammensatte grupper samlet for å rangere utfordringene gjennom en serie av strukturerte skåringsrunder. Rangering etter skårer ble først og fremst brukt for å bedre forstå om det er enkelte eller flere utfordringer som skiller seg tydeligere ut som viktigere enn andre – mindre enn rekkefølgen i rangeringen. I et siste ledd fikk en ekspertgruppe i oppgave å foreslå en endelig liste med prioriteringer som fanget opp de rangerte utfordringene (Figur 3).



Figur 3: De seks folkehelseprioriteringene for Skottland. Kilde: *Scottish Government*, hentet fra rapporten: [Public Health Priorities for Scotland](#) (2018). Copyright: [Open Government Licence](#)

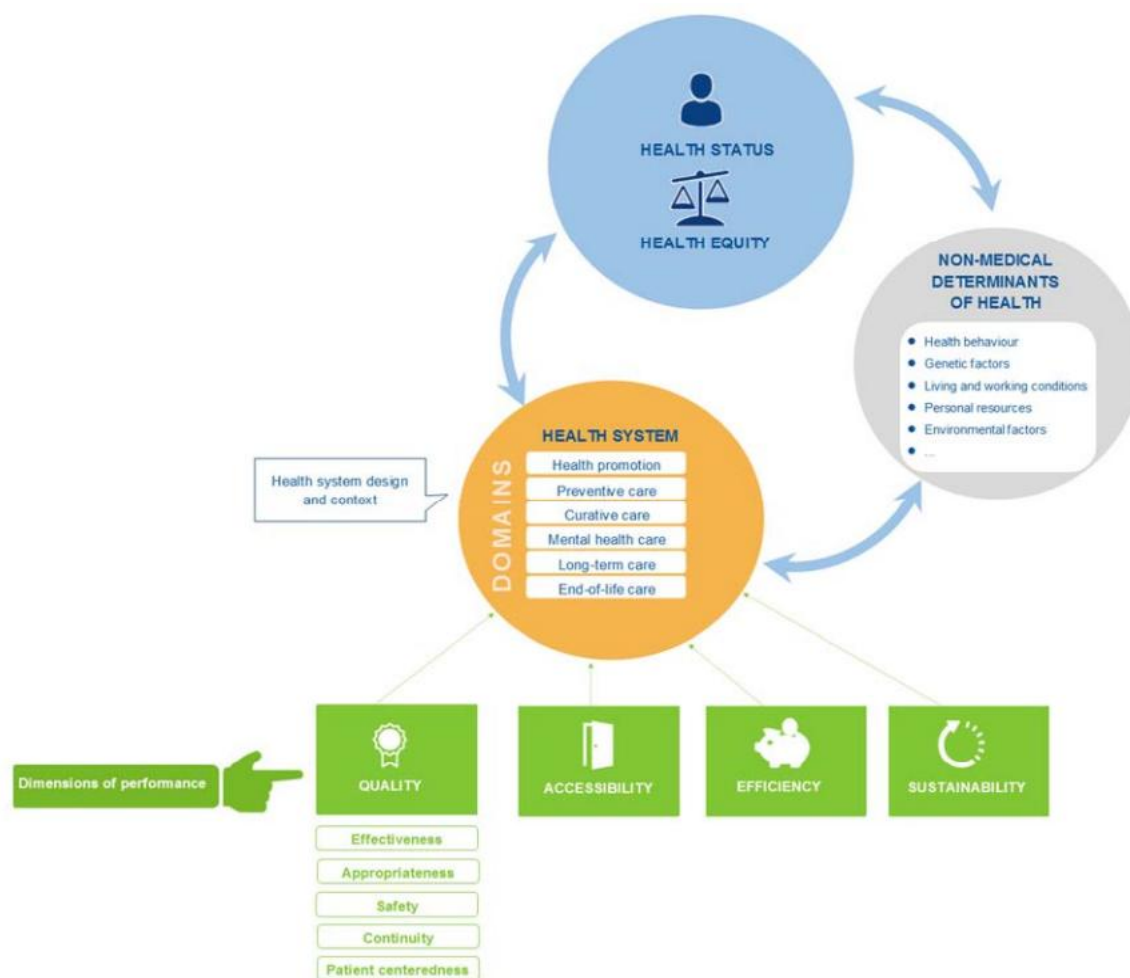
Samtidig (og i noen grad integrert i prosessen) ble «Public Health Scotland» opprettet for å understøtte implementering og videre utviklingsarbeid.⁵⁷ I tillegg til prioriteringene, er det også definert prinsipper for det videre arbeidet med å implementere tiltak knyttet til prioriteringene:

- 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*)

Resultatet av prioriteringsprosessen ble lansert like forut for Covid-19. Dette har utfordret implementeringen av arbeidet og det er uklart hvordan og hvor aktivt prioriteringene brukes i det pågående folkehelsearbeidet. Prosessen for å komme frem til prioriteringer er uansett relevant som eksempel på mulig metodikk for bred deltagelse, involvering av interessenter og en stegvis regissert prosess for å etablere prioriteringer. Prosessen hadde som mål å definere overordnede målsetninger. Det var ikke en målsetning om å spesifisere et anvendbart kriteriesett eller system for å gjøre konkrete prioriteringer av tiltak eller tilnærminger. Dette bidrar trolig mulig gjennomføring av en slik prioriteringsprosess over en relativt kort og avgrenset periode. Utfordringen med å trekke det tettere ned mot implementering og praktisk bruk i ulike beslutningssituasjoner trenger kanskje andre arbeidsmåter og andre former for oppfølging.

Mål og indikatorsystem i Belgia

Belgia har en etablert kontinuerlig prosess for å følge opp sine mål for helsesystemet: Belgian Health Systems Performance Assessment (HSPA).²⁴ «Mål» blir i prosjektet omtalt som sentralt for å styre, prioritere, forplikte og følge utvikling i helsesystemet, og arbeidet med å sette mål følges opp av system for å følge utviklingen gjennom indikatorer. De overordnede målene for arbeidet er å forbedre



Figur 4. Oversiktsskisse fra det Belgiske Health Systems Performance Assessment (HSPA) prosjektet. Hentet fra: Obyn et al (2017) *Exploratory steps for the formulation of Belgian health system targets*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 292. D/2017/10.273/61. Copyright: [Copyright | KCE](#) (by/nc/nd)

befolkningens helse og redusere helseulikhet, altså både nivå og fordeling. «God helse» uttrykkes både som levealder og livskvalitet. Arbeidet fokuserer på hele helsesystemet fra helsetjenester, forebygging og helsefremming. Betydningen av determinanter utenfor helsesystemet og tverrsektorielt arbeid blir vektlagt, men inngår ikke som del av HSPA-arbeidet. Figur 4 gjengir en konseptskisse for arbeidet.

Det belgiske helsesystemet blir evaluert på måloppnåelse gjennom dette indikatorsettet. Foreløpig siste statusrapport kom ut i 2019,⁵⁸ og det arbeides nå med en oppdatering av denne.

«Prioriteringer» er et viktig formål for arbeidet med mål for helsesystemet, men det er vanskelig å få oversikt over hvilke prioriteringer og prinsipper som ligger bak etableringene av de ulike målene og indikatorene. Utvalget av indikatorer synes også 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.²⁴

Utvikling av system for kunnskapsstøtte og lokale prioriteringsprosesser i England

Den nasjonale organiseringen av folkehelsearbeidet i England har vært omstrukturert flere ganger i senere år.⁵⁶ Det lokalpolitiske nivået («Local community») har vedvarende hatt en viktig rolle i folkehelsearbeidet, med selvstendig ansvar for å prioritere innen sin budsjettramme.^{56,59} Hvordan disse prioriteringene gjøres er dermed viktig for arbeid med prioriteringer i folkehelse i England.⁶⁰ Det er utviklet egne verktøy for å støtte det lokale prioriteringsarbeidet.⁶¹⁻⁶³ Det er imidlertid generelt lite kunnskap om hvordan verktøyene brukes og om de er til hjelp.⁶⁴ Et unntak er en evaluering av bruken av et prioriteringsrammeverk utviklet av (nå avviklede) Public Health England. Rammeverket^a var utviklet for å gi støtte og struktur til de lokale prioriteringsdiskusjonene. Det skulle blant annet bidra til bedre oversikt over på hvilke områder det var behov for oppskalert innsats, og områder der innsats kan reduseres. Rammeverket inkluderer en detaljert beskrivelse og prosessflyt, skjema for å støtte selve analysearbeidet, og videre veiledning for stegene etter prioriteringen er fullført^b. Verktøyet legger dermed opp til en omfattende prosess. Evaluering (basert på intervjuer av tidlige brukere) tyder på at rammeverket ble oppfattet som nyttig, både for å tydeliggjøre kunnskapsgrunnlag for prioriteringsdiskusjoner, men også som bidrag til bedre diskusjoner mellom de involverte interessentene. Samtidig er tidsbruk, behov for veiledning og mangler ved kunnskapsgrunnlaget som trengs for god bruk av rammeverket, vurdert som viktige hindringer for praktisk bruk.⁶⁴

I regi av National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ble det lagt ned et omfattende arbeid med å utvikle et eget system for kunnskapsstøtte spesifikt tilrettelagt for folkehelsearbeidet. NICE etablerte et eget Centre for Public Health Excellence (CPHE) som en del av satsingen. Bakgrunnen, utviklingen, og etter hvert avslutningen, er omtalt i et eget kapittel⁶⁵ i en bok som oppsummerer NICE sin utvikling over 25 år.⁶⁶ NICE og CPHE videreutviklet systemene for kunnskapsoversikter, syntese og økonomiske evalueringer spesifikt for folkehelse. Rammeverket som lå til grunn for arbeidet er presentert i en egen retningslinje, med en grundig beskrivelse av det konseptuelle grunnlaget som et eget vedlegg.⁶⁷ Et viktig formål med arbeidet var å tilpasse og utvikle metoder for kunnskapsoppsummeringer til kompleksiteten i folkehelsearbeidet. Arbeidet er et tydelig eksempel på innsats for å styrke kunnskapsgrunnlaget for folkehelse, med tilgjengeliggjort skriftlig materiale og dokumentasjon. 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. Drøftingene i konseptnotatet synes også relevante for Norge. Senteret som ledet utviklingsarbeidet er nå avviklet, på samme måte som Public Health England. Disse endringene, årsaker til avviklingene, og hva de betyr for dagens folkehelsearbeid, er omdiskutert.^{65,68-70}

^a<https://www.gov.uk/government/publications/the-prioritisation-framework-making-the-most-of-your-budget/overview-of-the-prioritisation-framework>

^bhttps://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fassets.publishing.service.gov.uk%2Fmedia%2F5d8b32e7ed915d0365031c5b%2FPrioritisation_framework_Sept19.xlsm&wdOrigin=BROWSELINK

Utvikling av kriteriesett gjennom «Healthy People 2030» i USA

Helsesystemet og folkehelsearbeidet i USA kan av flere grunner synes mindre overførbart til Norge. Det er likevel verdt å nevne arbeidet med «Healthy People 2030», som er et statlig «public health» rammeverk for USA.⁷² Rammeverket beskriver overordnede målbilder, indikatorer og sammenligningsgrunnlag for folkehelsearbeid på de ulike forvaltningsnivå.⁷¹ Arbeidet er omfattende omtalt, men i denne sammenheng er det relevant å vise til et underliggende arbeid og prosess for å definere kriteriene som ble lagt til grunn for arbeidet.⁷² En egen komite ble etablert for å utvikle 1) anbefalinger for kriterier for valg av helseindikatorer, og 2) et sett av indikatorer som kan vurderes for rammeverket. En egen rapport omtaler prosessen med å identifisere kriterier for valg av indikatorer. Rapporten går gjennom tidligere vurderte kriterier, og hvordan disse er blitt utviklet i perioden fra 1999. Etter Healthy People 2030 skal målsetninger og valg av indikatorer vurderes langs fire kriterier:

- Sykdomsbyrde (*public health burden*)
- Omfanget av helseforskjeller (*magnitude of the health disparity*)
- Utviklingstrekk og trender (*sentinel and bellwether*)
- Potensial for å iverksette tiltak (*actionability*)

Det første kriteriet angår sykdomsbyrde, men supplert med et krav om å også vurdere byrde dersom nåværende praksis (for eksempel vaksinerings) opphørte. Det andre angår ulikhet i helse og i hvilken grad oppnåelse av en målsetning vil bidra til mindre helseulikhet. Det tredje angår i hvilken grad en indikator kan gi viktig informasjon for å snu en negativ utvikling eller rette innsats mot grupper med forhøyet risiko. Det fjerde kriteriet angår evidensgrunnlag, kost-nytte aspekter ved aktuelle intervensjoner og gjennomførbare tiltak.⁷² Arbeidet er et eksempel på eksplisitt og dokumentert arbeid for å etablere et kriteriesett for anvendelse i folkehelsesammenheng. «Healthy people 2030» og de fire kriteriene har hatt betydning for folkehelsearbeid i flere av statene i USA.⁷³⁻⁷⁵

Helseprioriteringer for lav- og mellominntektsland

Beskrivelsene til hit i dette notatet har i hovedsak omtalt arbeid og kunnskap fra land geografisk nær Norge. Dette er rimelig all den tid utgangspunktet for notatet er å finne mulige læringspunkt for arbeid i en norsk kontekst.

Det er likevel verdt å også omtale arbeid med helseprioriteringer for lav- og mellominntektsland. Mange av landene som klassifiseres som lav- og mellominntektsland står i utfordringer med både kapasitet, kvalitet og fordeling av helsetjenester. De møter overganger i sykdomsbyrde gjennom demografisk utvikling og befolkningsvekst, samtidig som de må håndtere gjenstående helseutfordringer fra smittsomme sykdommer og mor-barn helse. Arbeid med helseprioriteringer inngår ofte som del av arbeid for mer bærekraftige helsetjenester og universell helsedekning.

En av tilnærmingene er å etablere «grunnleggende helsepakker», der målet er hensikten er å analysere behov og intervensjoner ut fra forhåndsdefinerte kriterier,³⁴ og så velge sett med intervensjoner som skal gjøres tilgjengelig for befolkningen. Forebygging, folkehelsetiltak og finansieringsmodeller kan også inkluderes som del av arbeidet.

Disease Control Priorities (DCP)-prosjektet har siden oppstarten i 1993 blitt revidert i flere runder. Prosjektet styrker det helseøkonomiske kunnskapsgrunnlaget for prioriteringer, med særlig vekt på

nytte for lavinntektsland der behovene for teknisk støtte og verktøy for utvikling av helsesystemet er større.⁷⁶ Den pågående revisjonen som vil ende opp med DCP-4, vil inkludere en egen modul for «intersektorielle prioriteringer for helse»^c.

Utgangspunktet for modulen er en anerkjennelse av at en rekke tiltak i eller i samarbeid med sektorer utenfor helse er viktige for å redusere sykdom og skade, og slike tiltak kan i mange tilfeller ha store effekter på helse på befolkningsnivå.⁷⁷ Slike tiltak kan også være av stor betydning for å redusere konsekvensene av helsevansker og beskytte mot økonomisk risiko som følge av sykdom.

FNs bærekraftsmål

FNs bærekraftsmål (SDG) fra 2015 setter retning for global samfunnsutvikling i stor bredde. Målene omtales her fordi de illustrerer prioriteringer som er gjort på et overordnet nivå, som en rekke land (derunder Norge) slutter seg til, og deretter bruker som rettesnor for egen samfunnsutvikling.⁴⁴ Mål 3 fokuserer innsatsen for «god helse og livskvalitet», som absolutt angår folkehelsearbeidet. Flere av de øvrige bærekraftsmålene har målsetninger som klart angår helse, som for eksempel mål 2 om utryddet sult, og mål 6 som omhandler rent vann og gode sanitærforhold. Bærekraftsmålene er dermed både eksempel på prioriterte innsatsområder direkte rettet mot helse, men også hvordan innsats innen andre sektorer kan ha sentrale roller i folkehelsearbeid. I Norge rapporterer regjeringen årlig til Stortinget om arbeidet med bærekraftsmålene. FNs bærekraftsmål er derfor et eksempel på at prioriteringer settes globalt, legges til grunn for innsats nasjonalt, og påvirker innsats og folkehelsearbeidet i Norge.

Beste praksis-tilnærminger

«Beste praksis»-tilnærminger handler om å tilgjengeliggjøre og spre kunnskap om gode tiltak, tiltakspakker og tilnærminger som andre kan lære av.⁷⁸

Som for de fleste andre aspekter ved prioritering i folkehelse, vil det også her være spørsmål om hvordan en skal kunne vurdere hva som er «beste praksis». En systematisk kunnskapsoppsummering har forsøkt å identifisere kriterier for hva som kan definere «beste praksis» i folkehelse.⁷⁸ Forfatterne foreslår åtte kriterier (*relevans, samfunnsdeltakelse, samarbeid med interessenter, etisk forsvarlighet, reproduserbarhet, effekt, effektivitet og bærekraft*) fordelt mellom kategoriene «kontekst, prosess og resultat» (Tabell 2).

^c <https://dcp4.w.uib.no/volumes/volume-3-interventions-outside-the-health-care-system/>

Category	Criterion	Example
Context	1. Relevant • Relevant to the needs of the community (conduct problem analysis and needs assessment of the community prior to programme development; consider perspectives of the target group and stakeholders) • Relevant to the setting of the community (describe characteristics of the community and context)	Evaluate disease burden in community. Involve target groups and stakeholders in needs assessment. Describe existing programmes, social and cultural perception of disease.
Process	2. Engage the community (community participation) • Describe who and how members of the community are involved • Empower the community • Achieve synergy through community participation in programme development and implementation 3. Involve the right stakeholders (stakeholder collaboration) • Ensure appropriate representation of relevant stakeholders • Describe who and how stakeholders are involved • Achieve synergy through stakeholder collaboration 4. Ethically sound • Ensure benefits outweigh harm to individuals and community • Distribute access, financing, benefits and harms equitably • Demonstrate respect for individual autonomy and privacy • Consider vulnerable groups • Ensure accountability to community • Demonstrate respect for local norms and cultures 5. Replicable* • Require expertise and resources that are generalisable to other settings	Ensure appropriate representation of target groups, including vulnerable groups. Improve knowledge about the disease in local community. Give rise to new approaches due to inclusion of the community. Give rise to new approaches due to pooling together of resources and competenc. of non-governmental organisations, donors and international organisations. Promote fair distribution of benefits across ethnicities, socioeconomic status and gender. Involve voluntary participants. Target the poor and females. Benefit the local community and do not deplete local resources.
Outcomes	6. Effective* • Achieve desirable outcomes and improve public health • Describe types of supporting evidence available 7. Efficient • Describe physical, financial and technical resources used • Use locally accessible resources • Demonstrate minimisation of resource use and wastage • Describe types of supporting evidence available 8. Sustainable • Demonstrate (potential of) continuation of programme activities through local ownership or institutionalisation • Demonstrate (potential of) continuation of benefits of programme • Demonstrate (potential of) continuation of community and organisational capacity to deliver programme, including source of funding in the long run • State duration of programme since start of implementation	Reduce morbidity and mortality, achieve universal access to healthcare, and enhance community awareness. Conduct case control studies, patient surveys, and routine monitoring. Describe expertise of public health workers required, and costs of intervention. Conduct cost-benefit analysis, and cost-effectiveness analysis. Train local public health workers to administer intervention. Ensure community awareness continues after programme ends. Self-financing of intervention by community.

*Replicability and effectiveness are fundamental criteria in line with the working definition of best practices

Tabell 1: Kategorier og kriterier for å identifisere «beste praksis» innen folkehelse, med eksempler. Hentet fra: Ng et al (2015) Framework for Selecting Best Practices in Public Health: A Systematic Literature Review. J Public Health Res 17;4(3):577. Copyright: CC-BY-NC [Deed - Attribution-NonCommercial 3.0 Unported - Creative Commons](#)

Flere internasjonale organisasjoner tilrettelegger for deling av kunnskap etter prinsippet om å dele eksempler på beste praksis:

WHO

Verdens helseorganisasjon (WHO) har sitt eget rammeverk for beste praksis, omtalt som «best buys».⁷⁹ Arbeidet inngår som del av WHO's globale handlingsplan for å forebygge og redusere ikke-smittsomme sykdommer. Oversikten inkluderer både enkeltstående intervensjoner og mer omfattende tiltakspakker. WHO omtaler tiltakene som «best buys», som viser til vurderinger av effekt, kostnad og implementerbarhet. WHO legger 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»

Oversikten over enkelttiltak og tiltakspakker er en idebank til inspirasjon men også teknisk informasjon som kan støtte enkeltland sitt eget folkehelsearbeid. Tiltakene rettes blant annet mot risikofaktorer som tobakksbruk, alkohol, kosthold og inaktivitet som er sentrale på tvers av en rekke enkeltsykdommer og sykdomsgrupper. I tillegg inneholder oversikten kunnskapsgrunnlag for tiltak og tiltakspakker mot spesifikke sykdommer og sykdomsgrupper, slik som vaksinasjon, screening, individualbehandling.

OECD

OECD har gitt ut en egen veileder som beskriver beste praksis innen folkehelsearbeid.⁸⁰ Veilederen vektlegger hvordan en skal velge tiltak, implementere disse, og evaluere dem. De argumenterer for bruk av «Multi-criteria decision analysis (MCDA)» som et godt egnet støtteverktøy for intervensjoner innen folkehelse^{80,81}. Det første steget er problemidentifikasjon. Det neste er å definere kriterier som kan støtte vurderinger av beste praksis. OECD har definert sine egne kriterier for folkehelseproblemstillinger (Figur 5).

Table 1.1. OECD Best Practice Identification Framework criteria – the 5 E's

Criteria	Definition
1. Effectiveness	Extent to which the objectives of the intervention were achieved
2. Efficiency	Extent to which inputs were used to achieve desired outcomes
3. Equity	Extent to which the intervention reduced inequalities in society
4. Evidence-base	The strength and validity of evidence used to develop or evaluate the intervention
5. Extent of coverage	Extent to which the intervention reached the target population

Figur 5: Utklipp av tabell med OECDs kriterier brukt for å vurdere om en intervensjon kan omtales som «beste praksis». Hentet fra: OECD (2022) Guidebook on Best Practices in Public Health, OECD Publishing, Paris.

Copyright: [Terms & Conditions](#) | [OECD](#)

OECD har publisert en serie analyser som foreslår beste praksis på en rekke folkehelseområder problemstillinger som eksempel kosthold,⁸² arbeidsliv,⁸³ og forebygging av kreft.⁸⁴ OECD gjør også egne omfattende analyser av store folkehelseproblemstillinger og hvilke konsekvenser disse kan ha for samfunn og økonomi. Et eksempel på dette er en omfattende rapport om samfunnskostnaden av kreftsykdommer.^{84,85} Samfunnskostnadene, som i dette eksempelet på kreftsykdommer, gir et viktig analytisk grunnlag for prioriteringsdiskusjoner av folkehelsearbeidet og forebygging. OECD gjør også analyser av innsatsfaktorer i folkehelsearbeidet mellom land.⁸⁶

EU

EU har også en egen nettressurs ([Best practices Portal](#)) der de gir en oversikt over beste praksis og lovende tilnærminger innen en rekke folkehelseutfordringer.⁸⁷ «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 «lovende praksiser» («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 gjøre samle og tilgjengeliggjøre kunnskap for utveksling av praksis. Som del av arbeidet er det oppnevnt et ekspertråd som skal støtte de faglige vurderingene. I nettressursen presenteres målsetningene for arbeidet som å:

- Redusere økonomisk og sosial sykdomsbyrde
- Styrke nasjonale helse og velferdssystem
- Legge til rette for økonomisk vekst og produktivitet gjennom helse i arbeidsstyrken

Innsats mot disse målene skal igjen bidra til å møte FNs bærekraftsmål og WHO-målsetninger. Det er etablert egne tematiske undergrupper, og nettressursen samler publikasjoner, veiledere, faktaark og andre ressurser som bidrag til kunnskapsgrunnlag. Nettressursen fungerer også som en portal med videre henvisning til publikasjoner og andre nettressurser.

Ressursene fra EU, OECD og WHO inneholder kunnskap og informasjon som er relevant for prioriteringer. Tilnærmingen bidrar med analysegrunnlag, oppsummerer erfaringer på tvers av kontekster og gir grunnlagstall for å støtte videre prioriteringer i enkeltland. I flere av eksemplene er vurderinger av overføringsverdi og krav for vellykket implementering av tiltaket del av kunnskapsgrunnlaget, og del av argumentasjonen for hvorfor tiltak eller tiltakspakker anses som beste praksis. Tilnærmingen gir dermed viktig kunnskapsstøtte for prioriteringer.

Oppsummering

Oppsummering, internasjonal forskningslitteratur

I utvalgets mandat er det trukket tydelige skillelinjer mot helsetjenester og tiltak rettet mot enkeltindivider. Dette skillet fremstår mindre tydelig i store deler av den internasjonale litteraturen. I mange sammenhenger blir ikke skillet problematisert. I andre sammenhenger gjøres det et skille, uten at det deretter er tydelig hvordan skillet skal håndteres i forbindelse med prioriteringer. Flere arbeider fokuserer på «public health», men handler mest om offentlig finanserte individuelle helsetjenester og individrettet forebyggende innsats. Prioritering for det brede folkehelsearbeidet og sektorovergripende innsats med effekt på helse synes gjennomgående mindre omtalt. I den grad det gjøres eksplisitt, varierer det hvorvidt prioritering for folkehelsearbeid vurderes i forhold til et helseperspektiv eller bredere samfunnsperspektiv.

Prioritering for ressursallokering innebærer fordeling av ressurser mellom konkurrerende programmer, grupper eller individer. Prioritering innebærer rasjonelle beslutninger om hvilke programmer/tjenester som skal støttes og finansieres, men også hvilke som skal reduseres eller avsluttes. Slike argument går igjen i den internasjonale litteraturen, og gir støtte til behovet for å utvikle praktisk gjennomførbare, etterprøvbare og systematiske arbeidsmåter for å prioritere innen folkehelsearbeidet. Eksplisitte og evidensbaserte tilnærminger kan bidra til mer informerte, konsistente og effektive beslutninger, og å gjøre prioriteringer på folkehelseområdet mer tilgjengelig for åpen debatt. Manglende tilgjengelig kunnskap om hvordan prioriteringsbeslutninger gjøres i folkehelsearbeidet kan skyldes manglende systematikk og/eller at dokumentasjonen av vurderingene ikke enkelt lar seg gjøre tilgjengelige.

Folkehelsearbeid gjennomføres ofte i komplekse systemer. Lokale forhold, utfordringer, ressurser og myndigheter fremheves som viktige premisser for folkehelsearbeid. Prioriteringer på feltet kan angå mange ulike interessenter, og kan være kontroversielle. Kompleksitet kan oppstå gjennom behov for å balansere mellom lokale folkehelsebehov, tilgjengelighet av ressurser, hva som skal tas med i vurderinger av kostnadseffektivitet av ulike programmer, og behov for samvirke med politiske prosesser

og andre interesser. Hvordan disse utfordringene løses og balanseres synes lite undersøkt, evaluert og dokumentert.

Eksempler fra enkelte land og tverrnasjonalt samarbeid

Oversikten gjennom dette notatet gir ingen tydelig konklusjon på hvordan prioriteringer innen folkehelse gjøres i andre land. I flere land jobbes det strukturert med mål og indikatorsystem, men det er mindre tydelig om disse systemene bygger på systematiske prioriteringer eller hvordan de omsetter resultatene inn i tydelige prosesser for prioriteringer. Det perspektivet synes å samstemme med et tidligere notat som ble utarbeidet i forbindelse med Blankholmutvalget.²⁰

Der viktige tiltak innføres på nasjonalt nivå, kan internasjonalt samarbeid og sammenligning være desto viktigere. I den grad det stemmer at ingen enkeltland synes å ha et godt gjennomarbeidet system for prioriteringer av folkehelseiltak som brukes aktivt og genererer ny kunnskap, kan en medvirkende årsak være at slikt arbeid blir for omfattende for det enkelte land. Dette gir et argument for internasjonalt samarbeid, blant annet om hva som kan være aktuelle tiltak som har vist seg nyttige (som eksemplene fra EU, WHO og OECD omtalt her). På et grunnleggende plan, gir slike oversikter innsikt i hva som finnes av tilgjengelige tiltak og hvilke tilnærminger som er forsøkt. Dette bør kunne inspirere arbeid med å utvikle tiltak på ulike nivå. Oversiktene kan også fungere rettleidende ved å gi kunnskap om de ulike tiltakene, evalueringer av tiltakene og effektspørsmål. For nasjonale tiltak, kan sammenligninger over tid og mellom land gi viktig kunnskap, selv om det kan være metodisk utfordrende.

Fellestrekk

Selv om litteraturen beskrives som sprikende, er der også viktige fellestrekk og dimensjoner som går igjen, særlig på et overordnet nivå. Flere kriterier og verdier går igjen i litteraturen, og en finner også disse igjen i flere av eksemplene fra enkeltland. *Verdier* som rettferdig fordeling, solidaritet og autonomi. *Kriterier* for å vurdere tiltak og tilnærminger som kostnader og effekt, sykdomsbyrde, og aksept for tiltaket i befolkning og politikk. Kvaliteter ved *prosesser* som åpenhet, medvirkning og ansvarlighet. Disse dimensjonene finner en også igjen på tvers av føringer for folkehelsearbeidet i Norge, eksempelvis lov om folkehelsearbeid, retningslinjer for folkehelsearbeid og målene for det norske folkehelsearbeidet som omfatter både leveår, livskvalitet og fordeling av helse. Dimensjonene er også gjenkjennelig fra en norsk ikke-systematisk litteraturgjennomgang der krav til målsetninger, effekt av intervensjoner, minimering av byrde, proporsjonalitet, sosial rettferdighet og rettvise prosedyrer alle blir presentert som del av folkehelseetikkenes grunnleggende prinsipper.⁸⁸

I utgangspunktet kan overføringsverdien mellom og internasjonal litteratur synes større på et overordnet og konseptuelt nivå, og på det mer tekniske nivået knyttet til enkelttiltak og verktøy for å systematisere vurderinger og kunnskap på tvers av studier. Det overordnede og det tekniske må uansett tilpasses hvert enkelt land sin kontekst, det etablerte virkemiddelapparatet, helsesystem og rammer for folkehelsearbeidet. Fellestrekkene gjennom verdiene og dimensjonene som går igjen mellom land understøtter imidlertid potensialet for å hente og tilpasse fra arbeid og analyse på tvers.

Implikasjoner for videre arbeid

Prioriteringene for helsetjenesten er godt etablerte, og har foregått over lang tid. Det pågående utvalgsarbeidet er det første som er eksplisitt innrettet for å styrke arbeidet med prioriteringer innen folkehelse i Norge. Denne kronologien synes å samstemme med det internasjonale. En kortere historikk

bidrar trolig til at kunnskapen om hvordan prioriteringer gjøres på folkehelseområdet per nå fremstår som mindre tydelig.

I den grad utvalgets arbeid er til nytte for kunnskapsutvikling også i andre land, bør utvalgets arbeid kommuniseres internasjonalt for å bidra til kunnskapsdeling og videreutvikling. Et bidrag kan være å tydeliggjøre oversikt og sammenheng mellom målsetninger, prioriteringskriterier, verdigrunnlag, og prinsipper for gjennomføring av folkehelsearbeidet i Norge. Oversikten bør også inkludere en beskrivelse av hvordan oppgaver og ansvar fordeles i folkehelsearbeidet. Denne typen fremstillinger ville vært nyttig, men har vært vanskelig å oppdrive for andre land i arbeidet med dette notatet.

Det kan også trolig hentes mer kunnskap ut fra arbeidet med internasjonale oversikter over tiltak og beste praksis. Dette arbeidet synes relevant både for å holde oversikt over kunnskapsstatus, men også for å informere behov for evaluering av aktuelle tiltak for norsk kontekst.

Konklusjon

Internasjonal kunnskap og praksis fra andre land gir ikke noen umiddelbar snarvei eller oppskrift for et helhetlig system for prioriteringer innen folkehelsearbeidet i Norge. Dette skyldes både at litteratur og erfaring fra andre land er vanskelig å sammenfatte enhetlig, og fordi konteksten for et lands folkehelsearbeid henger tett sammen med de ulike øvrige samfunnsstrukturer.

Det internasjonale kunnskapsgrunnlaget og eksempler på arbeid i land utenfor Norge gir likevel viktige bidrag. På et overordnet plan går flere tema igjen når verdier, aktuelle kriterier, arbeidsmåter og målsetninger omtales: Kunnskap om sykdomsbyrde og risiko, nytte og effekt, kostnader og ressursbehov går igjen når kunnskapsgrunnlaget for folkehelseprioriteringer drøftes. På samme vis går dimensjoner som aksept for tiltak blant befolkning og beslutningstakere samt fordelings effekter igjen som viktige i litteratur, veiledere og eksempler fra enkelte land sitt folkehelsearbeid. Medvirkning, samt åpenhet om beslutningsgrunnlag og vurderinger, går igjen som viktige prinsipper for folkehelsearbeid, også når det gjelder prioriteringsdiskusjoner. De gjenkjennelige dimensjonene gjør det mer aktuelt å se etter læringsmuligheter fra tiltak og tilnærminger som er forsøkt i ulike land.

Norge kan hente inspirasjon og lære av arbeidet med å styrke kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeid som ble gjort i regi av National Institute of Clinical Excellence (NICE) sin enhet for folkehelse. Det er også flere eksempler på forsøk på å etablere egne kriteriesett for vurderinger av aktuelle tiltak for bedre folkehelse, som for eksempel kriteriene som er brukt i forbindelse med Healthy People 2030 i USA, kriteriene OECD bruker for å identifisere beste praksis innen folkehelse og kriteriene fra WHO. Disse gir både konkrete eksempler og et utgangspunkt for å vurdere hvilken plass og funksjon kriterier kan ha i et helhetlig prioriteringssystem for folkehelse.

Behovet for kunnskap om effekt av tiltak og tiltakspakker er stort, og i seg selv et viktig kunnskapsgrunnlag for prioritering både av og mellom folkehelse tiltak. Behovet synes større enn at hvert enkelt land vil klare å selv opparbeide seg en tilstrekkelig kunnskapsbase innen rimelig tid og holde full oversikt over ny kunnskap. Internasjonalt samarbeid er derfor nødvendig for å heve kvaliteten i folkehelsearbeidet, og arbeidet med å gi oversikt og oppsummere beste praksis-modeller fra flere organisasjoner gir et godt utgangspunkt. En mer avklart arbeidsmåte for å gjøre prioriteringer

for folkehelsearbeidet i Norge kan gjøre det tydeligere hva som må vurderes fra internasjonal kunnskap og tilpasninger for å prøve tilsvarende ut i norsk kontekst.

Referanser

1. Goldberg DS. The implications of fundamental cause theory for priority setting. *American Journal of Public Health* 2014;104(10):1839-1843.
(<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4167122/pdf/AJPH.2014.302058.pdf>).
2. Greer SL, Jarman H. What is EU public health and why? Explaining the scope and organization of public health in the European Union. *Journal of health politics, policy and law* 2021;46(1):23-47.
3. Fleck LM. Just Caring: The Challenges of Priority-Setting in Public Health. *The Blackwell Guide to Medical Ethics* 2007:323-340.
4. Schmets G, Rajan D, Kadandale S. Strategizing national health in the 21st century: A handbook. Geneva: WHO, 2016.
5. Terwindt F, Rajan D, Soucat A. Priority-setting for national health policies, strategies and plans. In: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, eds. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: WHO; 2016:159-231.
6. Horn SA, Barra M, Norheim OF, Solberg CT. Public health priority setting: A case for priority to the worse off in well-being during the COVID-19 pandemic. *Etikk i praksis-Nordic Journal of Applied Ethics* 2021(2):5-15.
7. Lopez-Valcarcel BG. Prioritisation in public health: aims, methods, problems and practical experiences. 2018.
8. Littlejohns P, Clark S, Weale A. Priority setting, social values, and public health. In: Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC, eds. *Oxford Textbook of Global Public Health*: Oxford University Press; 2015:0.
9. Torjusen ML, Feiring E, Barra M, Vøllestad NK, Solberg CT. Priority Setting in Norwegian Municipal and Health Care Services: A Thematic Analysis of Public Consultation Documents. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2024(2):124-137.
10. Kass N, Paul A, Siegel A. Ethical principles and ethical issues in public health. In: Detels R, Karim QA, Baum F, et al., eds. *Oxford Textbook of Global Public Health*: Oxford University Press; 2021:0.
11. Bærøe K. Public Health Ethics: Resource Allocation and the Ethics of Legitimacy. *J Clinic Res Bioeth* 2011;4:2.
12. Nuffield Council on Bioethics. *Public health: Ethical issues*. London: Nuffield Council on Bioethics, 2007.
13. Childress JF, Faden RR, Gaare RD, et al. Public health ethics: mapping the terrain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 2002;30(2):170-178.
14. Kass NE. An ethics framework for public health. *American journal of public health* 2001;91(11):1776-1782.
(<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1446875/pdf/0911776.pdf>).
15. Bayer R, Fairchild AL. The Genesis of Public Health Ethics. *Bioethics* 2004;18(6):473-492. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2004.00412.x>.
16. Roberts MJ, Reich MR. Ethical analysis in public health. *The Lancet* 2002;359(9311):1055-1059.
17. Callahan D, Jennings B. Ethics and public health: forging a strong relationship. *American journal of public health* 2002;92(2):169-176.
(<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1447035/pdf/0920169.pdf>).
18. Ottersen T, Norheim OF. Making fair choices on the path to universal health coverage. *Bull World Health Organ* 2014;92(6):389. (In eng). DOI: 10.2471/blt.14.139139.
19. Organization WH. Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. 2014.
20. Førde R, Heggstad A. Oversikt over prioriteringsføringer i Norden, Storbritannia, Nederland og Tyskland. 2018.
21. Martini J, Davesne A. Health and health care targets: What lessons can Belgium learn from other countries? OSE paper series. Brussels: OSE, 2024. (65).

22. Fromknecht CQ, Hallman VA, Heffernan M. Developing state health improvement plans: exploring states' use of Healthy People. *Journal of Public Health Management and Practice* 2021;27(Supplement 6):S274-S279.
23. Aarø LE, Knapstad M, Nilsen T, et al. The Norwegian Counties Public Health Survey (NCPHS): a design study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2024;0(0):14034948241287853. DOI: 10.1177/14034948241287853.
24. Obyn C, Cordon A, Kohn L, Devos C, Léonard C. 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.
25. Paris V, Polton D. France: targeting investment in health. *Health targets in Europe: learning from experience Copenhagen (DK): WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies* 2008:101-22.
26. Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets—political strategies for better health outcomes: a conceptual and comparative study (part 2). *Health Policy* 2002;59(3):223-241. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851001001804?via%3Dihub>).
27. Baker P, Friel S, Kay A, Baum F, Strazdins L, Mackean T. What enables and constrains the inclusion of the social determinants of health inequities in government policy agendas? A narrative review. *International Journal of Health policy and management* 2017;7(2):101.
28. Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC Health Services Research* 2012;12(1):454. DOI: 10.1186/1472-6963-12-454.
29. Folkehelseinstituttet. Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde? Folkehelseinstituttet. (<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-notat-2019.pdf>).
30. Murray CJ. Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet* 2024;403(10440):2259-2262.
31. Chen-Xu J, Grad DA, Varga O, Viegas S. Burden of disease studies supporting policymaking in the European Union: a systematic review. *European Journal of Public Health* 2024;34(6):1095-1101. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11631514/pdf/ckae133.pdf>).
32. Ottersen T, Norheim OF. The uses of burden-of-disease data for priority setting. *Measuring the Global Burden of Disease: Philosophical Dimensions* New York: Oxford Academic 2020:293-308.
33. Atwal S, Schmider J, Buchberger B, et al. Prioritisation processes for programme implementation and evaluation in public health: A scoping review. *Front Public Health* 2023;11:1106163. (In eng). DOI: 10.3389/fpubh.2023.1106163.
34. Kaur G, Prinja S, Lakshmi PVM, Downey L, Sharma D, Teerawattananon Y. Criteria Used for Priority-Setting for Public Health Resource Allocation in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2019;35(6):474-483. DOI: 10.1017/S0266462319000473.
35. Cartier Y, Creatore MI, Hoffman SJ, Potvin L. Priority-setting in public health research funding organisations: an exploratory qualitative study among five high-profile funders. *Health research policy and systems* 2018;16:1-10.
36. Cyr PR, Jain V, Chalkidou K, Ottersen T, Gopinathan U. Evaluations of public health interventions produced by health technology assessment agencies: A mapping review and analysis by type and evidence content. *Health Policy* 2021;125(8):1054-1064. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.05.009>.
37. Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. Return on investment of public health interventions: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2017;71(8):827-834.
38. Hipgrave DB, Alderman KB, Anderson I, Soto EJ. Health sector priority setting at meso-level in lower and middle income countries: lessons learned, available options and suggested steps. *Social Science & Medicine* 2014;102:190-200.

39. Lucero-Prisno III DE, Shomuyiwa DO, Kouwenhoven MBN, et al. Top 10 public health challenges to track in 2023: Shifting focus beyond a global pandemic. *Public Health Challenges* 2023;2(2):e86. DOI: <https://doi.org/10.1002/puh2.86>.
40. Helsedirektoratet. Rapport om helserelaterte samfunnskostnader – verdien av tapte leveår og helsetap utgjør de største samfunnskostnadene. Oslo: Helsedirektoratet, 2024. (<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/rapport-om-helserelaterte-samfunnskostnader--verdien-av-tapte-leveaar-og-helsetap-utgjor-de-storste-samfunnskostnadene>).
41. Scholten R, Clarke M, Hetherington J. The cochrane collaboration. *European journal of clinical nutrition* 2005;59(1):S147-S149.
42. Littell JH, White H. The Campbell Collaboration: Providing better evidence for a better world. *Research on Social Work Practice* 2018;28(1):6-12.
43. Boon MH, Thomson H, Shaw B, et al. Challenges in applying the GRADE approach in public health guidelines and systematic reviews: a concept article from the GRADE Public Health Group. *Journal of clinical epidemiology* 2021;135:42-53.
44. Hagen KB. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Folkehelseinstituttet. 4. reviderte utg. 2018.
45. Edwards RT, Charles JM, Lloyd-Williams H. 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* 2013;13(1):1001. DOI: 10.1186/1471-2458-13-1001.
46. Neiger BL, Thackeray R, Fagen MC. Basic priority rating model 2.0: current applications for priority setting in health promotion practice. *Health promotion practice* 2011;12(2):166-171.
47. Vilnius D, Dandoy S. A priority rating system for public health programs. *Public Health Rep* 105(5):463-470 1990;105(5) (Journal Article) (In English) (<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/63515>).
48. Graham JR, Mackie C. Criteria-Based Resource Allocation: A Tool to Improve Public Health Impact. *Journal of Public Health Management and Practice* 2016;22(4):E14-E20. DOI: 10.1097/phh.0000000000000319.
49. Centers for Disease Control and Prevention. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. US Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention Office of the Director, Office of Strategy and Innovation, Atlanta 2011.
50. Marks L, Weatherly H, Mason A. Prioritizing investment in public health and health equity: what can commissioners do? *Public Health* 2013;127(5):410-418. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003335061300067X?via%3Dihub>).
51. Platonova EA, Studnicki J, Fisher JW, Bridger C. Local health department priority setting: an exploratory study. *Journal of Public Health Management and Practice* 2010;16(2):140-147.
52. Janlöv N, Blume S, Glenngård AH, Hanspers K, Anell A, Merkur S. Sweden: Health system review. *Health systems in transition* 2023;25(4):1-236.
53. Drees C, Krevers B, Ekerstad N, et al. Clinical Priority Setting and Decision-Making in Sweden: A Cross-sectional Survey Among Physicians. *Int J Health Policy Manag* 2022;11(7):1148-1157. (In eng). DOI: 10.34172/ijhpm.2021.16.
54. Birk HO, Vrangbæk K, Rudkjøbing A, et al. Denmark: Health System Review. *Health systems in Transition* 2024;26(1):1-186.
55. Christie B. Scotland identifies public health priorities. *British Medical Journal Publishing Group*; 2018.
56. Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. United Kingdom: health system review 2022. 2022.
57. Sumpter C, Bain M, McCartney G, Blair A, Stockton D, Frank J. Public health priority setting on a national scale: The Scottish experience. *Public Health in Practice* 2023;5:100327. (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10280051/pdf/main.pdf>).
58. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. KCE Reports. 313. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2019.

59. Willmott M, Womack J, Hollingworth W, Campbell R. Making the case for investment in public health: experiences of Directors of Public Health in English local government. *Journal of Public Health* 2016;38(2):237-242.
60. Hunter DJ, Marks L, Brown J, et al. The potential value of priority-setting methods in public health investment decisions: qualitative findings from three English local authorities. *Critical Public Health* 2016;26(5):578-587.
61. Marsh K, Dolan P, Kempster J, Lugon M. Prioritizing investments in public health: a multi-criteria decision analysis. *Journal of public health* 2013;35(3):460-466.
62. Morgan A, Ellis S, Field J, et al. 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.
63. Edwards RT, Charles JM, Lloyd-Williams H. 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* 2013;13:1-13.
64. Maniatopoulos G, Hunter DJ, Gray J. The art and science of priority-setting: assessing the value of Public Health England's Prioritization Framework. *Journal of Public Health* 2021;43(3):625-631.
65. Kelly MP. Public Health at NICE: Methods, politics and policy. NICE at 25. New York: Routledge:106-125.
66. Littlejohns P, Syrett K. NICE at 25. New York: Routledge, 2024.
67. National Institute for Health Care Excellence. Methods for the development of NICE public health guidance: National Institute for Health and Care Excellence, 2012.
68. Littlejohns P, Khatun T, Knight A, et al. Lessons from the demise of Public Health England: Where next for UK public health? 2022.
69. Hunter DJ, Littlejohns P, Weale A. Reforming the public health system in England. *The Lancet Public Health* 2022;7(9):e797-e800. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00199-2.
70. Atkinson P, Sheard S. Public health and social care. A Contemporary History of the National Institute for Health and Care Excellence. 1 ed. London: Routledge; 2025.
71. Pronk N, Kleinman DV, Goekler SF, Ochiai E, Blakey C, Brewer KH. Promoting health and well-being in healthy people 2030. *Journal of Public Health Management and Practice* 2021;27(Supplement 6):S242-S248.
72. National Academies of Sciences. Criteria for selecting the leading health indicators for healthy people 2030. 2020.
73. Levine RL. Healthy People 2030: A Beacon for Addressing Health Disparities and Health Equity. *Journal of Public Health Management and Practice* 2021;27(Supplement 6):S220-S221. DOI: 10.1097/phh.0000000000001409.
74. Giroir BP. Healthy People 2030: A Call to Action to Lead America to Healthier Lives. *Journal of Public Health Management and Practice* 2021;27(Supplement 6):S222-S224. DOI: 10.1097/phh.0000000000001266.
75. Gómez CA, Kleinman DV, Pronk N, et al. Addressing Health Equity and Social Determinants of Health Through Healthy People 2030. *Journal of Public Health Management and Practice* 2021;27(Supplement 6):S249-S257. DOI: 10.1097/phh.0000000000001297.
76. Jamison DT. Disease control priorities: improving health and reducing poverty. *The Lancet* 2018;391(10125):e11-e14.
77. Watkins DA, Nugent R, Saxenian H, et al. Intersectoral policy priorities for health. 2018.
78. Ng E, de Colombani P. Framework for Selecting Best Practices in Public Health: A Systematic Literature Review. *J Public Health Res* 2015;4(3):577. (In eng). DOI: 10.4081/jphr.2015.577.
79. WHO. Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases: World Health Organization, 2024.
80. OECD. Guidebook on Best Practices in Public Health: OECD, 2022.

81. Thokala P, Devlin N, Marsh K, et al. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making—An Introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. *Value in Health* 2016;19(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.12.003>.
82. OECD. Healthy Eating and Active Lifestyles: Best Practices in Public Health: OECD Publishing, 2022.
83. OECD. Promoting Health and Well-being at Work: Policy and Practices. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing, 2022.
84. OECD. Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing, 2024.
85. Limb M. Cancer: Health costs will become “unsustainable” without action, warns OECD. *BMJ* 2024;387:q2622. DOI: 10.1136/bmj.q2622.
86. Gmeinder M, Morgan D, Mueller M. How much do OECD countries spend on prevention? 2017.
87. Stepien M, Keller I, Takki M, Caldeira S. European public health best practice portal-process and criteria for best practice assessment. *Archives of Public Health* 2022;80(1):131. (https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9073824/pdf/13690_2022_Article_892.pdf).
88. Hofmann B. Folkehelseetikk—en oversikt. *Michael* 2023;20:355-68.