

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Dykkar ref.:
25/3680

Vår ref.:
25/03946-2

Dato:
19.12.2025

HØYRINGSSVAR - NOU 2025: 8 FOLKEHELSE - VERDIER, KUNNSKAP OG PRIORITERING

Folkehelseinstituttet (FHI) syner til Helse- og omsorgsdepartementet si høyring om NOU 2025:8 Folkehelse – verdier, kunnskap og prioriteringer, datert 16.09.2025. FHI ynskjer å kommentere på hovudtilrådingane til utvalet, i tillegg til å andre relaterte tema i rapporten. FHI takkar for høve til å kome med høyringssvar.

Samandrag av Folkehelseinstituttet sine innspel

- FHI støttar intensjonen om å etablere eit system for prioritering av folkehelsetiltak som kan fungere nasjonalt og kommunalt. Systemet bør sikre at omsynet til folkehelse inngår prioritering av tiltak også i andre samfunnssektorar
- FHI meiner det er viktig å sjå forslaget som ein start på ei langsiktig utvikling av system for prioritering av folkehelsetiltak, på same vis som prioriteringsrutinane innan helsetenestene har utvikla seg over fleire tiår.
- FHI støttar at ein etablerer overordna kriterium for prioritering av folkehelsetiltak, men meiner det er nødvendig med operasjonalisering av dei kriteria som er føreslått og relasjonen mellom dei
- FHI meiner at det er viktig at ein i bruken av kriteria også har med ei vurdering av kor sikkert kunnskapsgrunlaget er
- FHI meiner at i samband med prioritering av vaksinar og vaksineprogram må ein inkludere eit prinsipp om å vurdere alvoret ved vaksinebruk
- FHI støttar ei styrka operativ støtte til kommunane i det generelle folkehelsearbeidet, inkludert støtte til lokalt prioriteringsarbeid
- FHI støttar tilrådingane om ei styrka satsing på kunnskapsutvikling om folkehelsetiltak, inkludert gjennom internasjonalt forskings- og utviklingsarbeid

Folkehelseinstituttet si generelle vurdering

FHI helsar velkomen initiativet til å styrke fokuset på prioritering av folkehelsetiltak. Det er instituttet si generelle vurdering at rapporten lukkast i å løfte fram problemstillingar og tema som er relevant og viktige for det vidare arbeidet med dette. Eit sentralt poeng i rapporten og mandatet til utvalet er at grunlaget for god folkehelse vert skapt i alle samfunnssektorar. Skal ein lukkast i å få betre prioriteringsprosessar vil ein vera avhengig av at slike prosessar vert forankra på tvers av samfunnssektorar, t.d. ved at ein legg til rette for at omsynet til folkehelse også inngår i prioriteringar som ulike sektorar gjer. Utvalet sin rapport vil vera ein viktig

milepåle i arbeidet med å styrke prioriteringsprosessar på folkehelsefeltet, samstundes som at det er viktig å ha eit utviklingsperspektiv på dette arbeidet. Det kan her være relevant å sjå til lærdomar og erfaringar frå arbeidet med prioritering i helsetenestene, og tenke korleis desse kan være med å informere etablering, implementering og forbetring av prioriteringsprosessane over tid.

FHI støttar intensjonen om å etablere eit system for prioritering av folkehelsetiltak. Det er også fornuftig å gjere seg bruk av den eksisterande strukturen som ligg i utgreiingsinstruksen i staden for å introdusere nye system. På same vis er det naturleg av grunnlova og menneskerettane ligg fast som det grunnleggjande verdigrunnlaget slik utvalet peikar på. Samstundes vil prosessar omkring prioritering av folkehelsearbeidet vera ulike i kommunal samanlikna med ein nasjonal samanheng. Det er derfor viktig at ein tek høgde for denne skilnaden når ein skal utvikle systemet for prioritering.

Prioritering av folkehelsetiltak dreier seg ikkje berre om prioritering og innføring av *nye* tiltak, men vil også kunne vera eit spørsmål om å prioritere *vidareføring* av allereie eksisterande tiltak, eller til og med å prioritere å *avvikle* tiltak. I Noreg har ein i dag strukturelle tiltak som t.d. tobakksavgift og marknadsføringsforbod av alkohol som er viktige for folkehelsa, men som likevel vil kunne kome under press der ei vidareføring vil vera ei prioritering.

Eit aspekt som ikkje er omtala i rapporten men som kan bli aktualisert er relatert til utvikling av legemiddel knytt til ikkje-smittsame sjukdomar som potensielt kan bli framstilt som førebygging og fremjing av god folkehelse. Her bør ein ha prinsipp som er eintydige på innanfor kva prioriteringsregime slike legemiddel skal vurderast.

Prioriteringskriteria

FHI støttar forslaget om å etablere overordna kriterium for prioritering av folkehelsetiltak, og at dette er kriterium som er enkle å forstå og bruke. Det er også naturleg at slike kriterium vert kopla opp mot dei overordna spørsmåla som er formulert i utgreiingsinstruksen. I rapporten er dei fire prioriteringskriteria som er føreslått kopla opp mot to av dei seks spørsmåla i utgreiingsinstruksen (spørsmål 3 som gjeld prinsipielle sider ved tiltaka og spørsmål 4 som gjeld positive og negative verknader). Dette er spørsmål som ein kan stille etter at ein har definert ei utfordring eller problem som ein vil løyse (spørsmål 1 i instruksen) og har identifisert moglege tiltak (spørsmål 2 i instruksen). Sjølv om utvalet har kopla prioriteringsprosessen opp mot spørsmål 3 og 4, vil det liggje ei form for prioritering allereie i valet av problem ein vil løyse, samt i vurderinga av om nye tiltak eventuelt er *nødvendige* og om dei er *proporsjonale* sett i lys av allereie eksisterande tiltak.

Når det gjeld dei fire kriteria som er føreslått, er det instituttet si vurdering at det vil vera viktig med ei grundig vurdering av kriteria slik dei er formulert, og ikkje minst at det vil vera behov for ei ytterlegare operasjonalisering eller eventuell justering av desse. Ei mogleg utfordring med alle fire kriteria er at dei legg til grunn at ein har kunnskap om mogleg effekt for å kunne gjere bruk av dei, men i mange tilfelle vil ein vurdere tiltak der ein ikkje nødvendigvis har god evidens. Derfor bør ein i bruken av kriteria også ha med ei vurdering av kor sikkert kunnskapsgrunnlaget er. Slik det er skildra i rapporten er det ein kompleksitet i folkehelsearbeidet som gjer at rangeringar kunnskap i form av t.d. evidens-hierarkiet ikkje nødvendigvis gjev gode svar på dette spørsmålet. Denne kompleksiteten er det viktig å ta omsyn til i prioriteringsarbeidet.

Nedanfor er kommentarar til dei fire kriteria som er føreslått.

Kriteriet om *nytte* legg til grunn at ein har kunnskap eller forventning om at tiltaket har effekt – om tiltaket er eigna til å løyse den utfordringa ein har identifisert. For ein del folkehelsetiltak vil det finnast eit kunnskapsgrunnlag som kan støtte forventninga om effekt, mens for andre tiltak kan kunnskapsgrunnlaget vera skrinna. Eit skrint kunnskapsgrunnlag treng likevel ikkje bety at eit tiltak ikkje har effekt, det kan t.d. også skuldast at det er mangel på studiar (t.d. av strukturelle folkehelsetiltak) eller at overføringsverdien av resultat til ein norsk kontekst er usikker. I dei tilfella der det ikkje føreligg eit vitenskapleg kunnskapsgrunnlag for tiltak, bør det gjerast tydleg kva anna type kunnskap, erfaring eller resonnement som ligg til grunn for

prioriteringar som vert gjort. I slike tilfelle der kunnskapsgrunnlaget er usikkert, er det eit særleg viktig at ein leggje til rette for evaluering og kunnskapsutvikling.

Når det gjeld om *kostnad* vil dette openbart vera eit viktig kriterium som vil vera knytt til kunnskap eller forventning om effektar av tiltaket, særleg når det dreier seg om kostnadskrevjande tiltak. I ein kommunal kontekst bør ein vurdere kor godt bruken av *kostnad* som kriterium i prioritering av folkehelseiltak vil fungere saman med bruken av omgrepet *ressurs* som vert brukt i kommunal prioritering innanfor helse- og omsorgstenesta. Ein bør sikre seg at bruk av ulike omgrep ikkje gjer lokale prioriteringsprosessar unødvendig kompliserte.

Kriteriet om *fordeling* er godt forankra i måla for folkehelsepolitikken om å redusere sosial ulikskap i helse. Det er mange og samansette årsaker til slik ulikskap, og derfor vil også arbeidet for å redusere ulikskap vera komplekst. I den seinare tida er det fleire rapportar med forslag og innspel til detteⁱ. Tiltak som kan bidra til å redusere sosial ulikskap i helse er openbart viktig å prioritere. Dette vil typisk vera tiltak innanfor ulike samfunnssektorar.

Når det gjeld *autonomi* er det i utgangspunktet eit rimeleg krav og prinsipp at ein i vurderinga av tiltak må ta omsyn til om tiltaket vert opplevd som inngripande i folk sine liv. Det å løfte fram omgrepet autonomi i seg sjølv eit uttrykk for å løfte fram individet og den einskilde sine verdiar og interesser er eit uttrykk for å balansere samfunnsperspektivetⁱⁱ som ofte vert vektlagt i forståinga av det breie folkehelsearbeidet.

Det er FHI si vurdering at det vil vera eit behov for å ein nærmare diskusjon om korleis omgrepet autonomi skal brukast i prioriteringsarbeidet på folkehelsefeltet. I rapporten er omsynet til *autonomi* framstilt substansielt (s.9) og visuelt (s.93) som eit kriterium som kan utlikne dei tre andre kriteria. Autonomi-omgrepet er brukt i ei snever tyding med fokus på individet si evne til å ta rasjonelle val mellom gjevne handlingsalternativ. Ei utfordring ved å bruke akkurat dette omgrepet er at det uttrykkjer eit sterkt individfokus, men det er også ei utfordring om omsynet til autonomi skal ha ein særskilt posisjon i prioriteringa. Åtferd ikkje berre er eit spørsmål om individet sine preferansar og val, men val vil ofte vera avgrensa av ei rekkje strukturelle, sosiale, kulturelle og miljømessige tilhøve. Kommersielle interesser og private aktørar kan t.d. leggje føringar for dei vala ein tek t.d. gjennom plassering av varer i butikk, prissetting og marknadsføring. Men også avgjersler om t.d. plassering av barnhage nær trafikkert veg eller manglande fortau langs skuleveggar er døme strukturelle tilhøve legg føringar og avgrensar individuelle val. Åtferd er også meir komplisert enn å berre snakke om autonome val, det er skilnad på gjennomtenkte og impulsive val, mellom korttids- og langtidspreferansar som individ har. Eit alternativt autonomiomgrep kan vera *relasjonell autonomi*ⁱⁱⁱ som i større grad tek omsyn til sosial kontekst, sårbarheit og tilrettelegging for val. Ei tydlegare vektlegging av det relasjonelle og kontekstuelle vil kunne komplementere forståinga og bruken av autonomiomgrepet.

Eit anna argument mot eit for einsidig individfokus er at det i samfunnskontrakten mellom individ og stat ligg ei forventning om at ein t.d. skal få fri behandling og pleie ved sjukdom. Dette gjev på mange måtar staten eit mandat til å redusere sjansane for at befolkninga vert skada eller sjuke gjennom innføring av tiltak som individ ikkje nødvendigvis kan velje frå. Det er heller ikkje nødvendigvis eit klart skilje mellom å gjera skade på seg sjølv versus gjera skade på andre slik utvalet framstiller det. Ei handling vil kunne føre til bruk av offentleg tenester, stønader og tapt samfunnsnytte men også påføre skade for andre.

I skildringa av autonomi som eit kriterium manglar og vurderingar av vaksiner som eit tiltak for å regulere skade for andre (flokkimmunitet, sårbare individ som ikkje kan vaksinerast), samstundes som det er eit tiltak for å verne den einskilde.

Spesifikt om prioritering av vaksiner og vaksineprogram

FHI ser at det er særskilte utfordringar knytt til å bruke dei føreslegne prinsippa i samband med prioritering av vaksinar og vaksineprogram og utelate prinsippet om å vurdere alvoret ved vaksinebruk. Sjølv om

nyttekriteriet til ein viss grad omfattar alvoret ved vaksinebruk, er det langt mindre eksplisitt enn det som til dømes blir angitt i dagens metodevurderingar av vaksinar (DMP). Det er uklart korleis dette vil slå ut i praksis og endre føremålet med vaksinasjonsprogramma. Eit døme: Skal føremålet med HPV-vaksinasjon endrast til å omfatte ein ikkje-alvorleg, men kostnadskrevjande sjukdom som kjønnsvorter, framfor innføring av meningokokkvaksine til ungdom – som fører til svært alvorleg sjukdom, men hos få – dersom innsparingane tilseier at det er mest å hente på å verne mot kjønnsvorter?

Det er fleire grunnar til at det kan stillast spørsmål ved om vaksinar i vaksinasjonsprogram skal vurderast på same måte og etter dei same prinsippa som andre folkehelsetiltak. Å tilrå medikament med potensielle biverknader som eit førebyggjande tiltak til vaksne og barn er langt meir inngripande for enkeltpersonar enn mange av dei andre folkehelsetiltaka det blir vist til. Effekten av vaksinerings tiltak kviler på etterleving i målgruppene. Etterlevinga kan potensielt bli påverka av grunngevingane og kriteria for innføring. Fram til no har kriteriet om å vurdere alvoret ved vaksinebruk vore sentralt ved innføring av vaksinar i program. Det har vore kommunisert til målgruppene at føremålet med vaksinerings er å verne mot alvorleg sjukdom, sekvele og død. FHI meiner at dette framleis bør vere eit sentralt mål ved vaksinerings.

Når det gjeld val av perspektiv meiner FHI at det er særskilde utfordringar som skuldast at vaksinar både er ein medisinsk intervensjon (legemiddel) og eit folkehelsetiltak. I eit reguleringsperspektiv er vaksinar eit legemiddel, og det kan oppstå situasjonar der dei vert samanlikna med andre legemiddel (til dømes immunoglobulinar, slik som for RSV nyleg) – som etter noverande retningslinjer skal vurderast i eit utvida helsetenesteperspektiv. Det trengs tydelege føringar på kva perspektiv som skal nyttast ved metodevurdering av vaksinar, og kva terskelverdiar (for når eit tiltak vert rekna som kostnadseffektivt) som gjeld.

I Noreg er det ikkje fastsett eit eksakt terskelnivå for når ein intervensjon blir rekna som kostnadseffektiv, men basert på indikasjonar frå helsepolitiske dokument kan ein anta at terskelverdien ligg mellom 275 000 og 825 000 norske kroner per kvalitetsjusterte leveår^{iv}. Terskelverdien blei opphavleg laga for eit helsetenesteperspektiv, men sidan dette perspektivet ikkje vert brukt i Noreg i dag, antar ein same terskelverdiar i utvida helsetenesteperspektiv. Det er varsla ei revidering av terskelverdiane, og det ville vere nyttig med verdiar for ulike perspektiv så lenge ulike perspektiv skal brukast for ulike typar tiltak.

For internasjonale samanlikningar vil det vere føremålstenleg å vise *helsetenesteperspektivet* i helseøkonomiske analysar av vaksinar. I dette perspektivet er det lett å avgjere kva som skal vere med og ikkje i helseøkonomiske analysar.

Per i dag tilrår Direktoratet for medisinske produkt i sine retningslinjer for metodevurdering av vaksinar at eit *utvida helsetenesteperspektiv* blir lagt til grunn i helseøkonomiske vurderingar av vaksinar^v. I det utvida helsetenesteperspektivet blir direkte ressursbruk i tenesta og effekt på pasienten lagd til grunn, slik som i helsetenesteperspektivet, men i tillegg blir det teke omsyn til helseeffektar for pårørande og tids- og transportkostnader til vaksinerings for den enkelte pasient. For vaksinar kan dette perspektivet føre til relativt sett høgare kostnader ved innføring av vaksine samanlikna med situasjonen utan vaksine. Bakgrunnen er at tilbodet blir gitt til store grupper i befolkninga– dermed blir utgiftene knytte til tapt fritid og transportkostnader store på vaksinesida, medan utgiftene knytte til tapt fritid og transportkostnader ved helsehjelp som følgje av sjukdommen det blir vaksinert mot sjeldan er like store.

Vi oppfattar *samfunnsperspektivet* som sentralt for vaksiner, men det finst ingen retningsgivande terskelverdiar for når eit tiltak vert rekna som kostnadseffektivt i samfunnsperspektivet for helseøkonomiske analysar. Det kan bli krevjande å bruke dette perspektivet fordi vi manglar kunnskap om ikkje-prissette og indirekte positive verknader av vaksinerings, og har avgrensa moglegheit til å finne sikker informasjon om dette gjennom til dømes register. Dermed vil truleg den største forskjellen mellom eit utvida helsetenesteperspektiv og eit samfunnsperspektiv i realiteten vere samfunnet sine kostnader knytt til produksjonstap. Dette kan i praksis gi alder ei større rolle i prioritering, ved at vaksinar til barn blir prioriterte framfor vaksinar til eldre.

Innføring av ein vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet vil ofte kome betre ut enn ein vaksine i vaksinasjonsprogrammet for vaksne, fordi barns sjukdom i større grad fører til produksjonstap når foreldre må vere heime med sjukt barn. Vaksinasjonsprogrammet for vaksne omfattar få yrkesaktive, noko som gjer at sjukdom i denne gruppa ikkje gir like stort produksjonstap. Samstundes peikar framskrivingar frå Statistisk sentralbyrå på aukande forventade levealder, og fleire rapportar tyder på at dette blir følgt av fleire funksjonsfriske år. Eit primært mål for folkehelsearbeidet bør vere betre helse, òg for eldre, og det er derfor uheldig om vaksining av vaksne blir nedprioritert til fordel for barnevaksinasjon grunna produksjonstap. Det kan også bli utfordrande om vaksinar skal vurderast i eit samfunnsperspektiv, men samanlikna med andre legemiddel som blir vurdert i eit anna perspektiv. Samstundes må ein ta med omsyn til kva vaksining betyr for kvalitetsjusterte leveår. Sjukdomsførebyggjande tiltak for barn og unge vil ofte ha større samfunnsnytte enn tilsvarande hjå eldre.

Kunnskap om folkehelseiltak

FHI støttar tilrådingane frå utvalet om ei satsing på kunnskapsutvikling om folkehelseiltak både i ein nasjonal, fylkeskommunal og kommunal kontekst. Store nasjonale og befolkningsretta folkehelseiltak bør i størst mogleg grad evaluerast slik det også nyleg er presisert i den reviderte folkehelselova. Dette inneber at staten også har eit ansvar for å leggje til rette evaluering i innføringa av tiltak, t.d. ved stegvis eller tilfeldig innføring. I slike tilfelle vil det vera viktig å sikre god planlegging og tett samarbeid med forskingsmiljøa. Det bør vera ein ambisjon at ein gjennomfører fleire eksperiment i offentleg forvaltning enn det som er tilfelle i dag^{vi}. For gjennomføring av studiar av folkehelseiltak i kommunar kan ein tenkje seg at Kommunanes samarbeidsarena for forskning (KSF) kan få ei rolle, og ein bør vurdere mekanismar (inkludert finansiering) for å stimulere til fleirkommunal forskning i samarbeid med etablerte forskingsmiljø med relevant kompetanse.

FHI er positive til utvalet si tilråding om at det blir etterspurt ei meir heilskapleg og samanhengande skildring av folkehelseutfordringar, og tydelegare prioriteringar i faglege tilrådingar om verkemiddel og tiltak. Det er viktig å vidareutvikle og forbetre etablerte system for å dokumentere og ta i bruk kunnskap om folkehelseutfordringar. Utvalet viser til at dei fleste nasjonale registera frå 1. januar 2024 er samla ved FHI, og meiner dette gir eit stort potensial for å forbetre systemet for innsamling, tilgjengeleggjing og utnytting av data frå helseregistra og befolkningsundersøkingane. Utvalet tilrår at dei viktigaste befolkningsundersøkingane blir sikra ei meir føreseieleg finansiering. Utvalet støttar òg det pågåande arbeidet med å utvikle ein nasjonal analyseinfrastruktur for sensitive data, basert på eksisterande analyseinfrastruktur ved Universitetet i Oslo, NTNU og Universitetet i Bergen.

Faktorane som påverkar og legg grunn for god folkehelse er mange og samansette. Derfor er det viktig og positivt at rapporten framhevar behovet for kunnskap om tiltak retta inn mot samansette utfordringar. Samstundes som at ein undersøker lineære effektar, er det viktig å ha eit systemperspektiv der ein ser på endringar i eit breiare spekter og på mange faktorar, ser tiltaka i samanheng med andre tiltak men at ein også kan fange opp utilsikta endringar. Det er særleg effekten av dei større, strukturelle og befolkningsretta folkehelseiltaka ein treng meir kunnskap om. Sidan dei langsiktige effektane av folkehelseiltak kan vera vanskeleg å identifisere, meiner instituttet at det ofte kan vera hensikt å måle effektar på mellomliggjande endepunkt tett på tiltaket i tid og innhald slik det er føreslått i rapporten.

FHI deler utvalet sitt syn om at det innanfor folkehelsefeltet er viktig med eit utvida perspektiv på kunnskap. Det er også viktig at ein i tillegg til bruk av RCT som studiedesign, og gjer bruk av andre typar design som t.d. naturlege eksperiment. Det er derfor viktig å arbeide vidare med å sikre enklare datatilgang. Ein langsiktig finansieringsplan av regelmessige befolkningsundersøkingar vil gjere at ein over tid vil ha tilgang til data for slike analysar, slik utvalet føreslår.

FHI støttar utvalet si tilråding om å forenkle tilgangen til helsedata, betre datagrunnlaget og sikre føreseieleg finansiering av befolkningsundersøkingar gjennom å vidareutvikle og forbetre etablerte system for å dokumentere og ta i bruk kunnskap om folkehelseutfordringar. Kunnskap om årsakssamanhengar,

påverknadsfaktorer og sjukdomsbyrde må oppdaterast og vidareutviklast, og bli brukt i utforming og evaluering av tiltak.

FHI støttar òg utvalet si tilråding om at departementet etterspør tydelege faglege prioriteringar frå FHI – ikkje berre i samband med folkehelse rapportane men også konkrete spørsmål folkehelse tiltak om folkehelse tiltak der FHI kan bidra med kunnskapsbaserte og politisk uavhengige vurderingar.

Operativ støtte til kommunane

FHI støttar tilrådinga om å styrke den operative støtta til kommunane. Gjennom folkehelselova og folkehelsemeldingane har kommunane fått ei meir systematisk tilnærming og utøving av det systematiske folkehelsearbeidet. Dei fleste kommunane lagar regelmessig oversiktsdokument for helsetilstand og utfordring. Samstundes er inntrykket at det ofte kan vera krevjande både å identifisere verdien av eksisterande tiltak og vurdere behov for eventuelt nye tiltak. Etter instituttet si vurdering vil kommunar kunne ha nytte av støtte til analyse av eige utfordringsbilete, identifisering av eigna tiltak og ikkje minst støtte til å planleggje for gjennomføring og evaluering av folkehelse tiltaka. Det vil kunne bidra til å styrkje lokal oppfølging og tilpassing av tiltaka slik at ein lettare vil kunne vurdere om ein når måla ein har sett seg. I rapporten skriv ein om «kunnskap- og beslutningsstøtte» utan at det er tydeleg definert kva som ligg i dei to ulike omgrepa.

Demografiske endringar og strammare økonomi vil for kommunane framover kome til å bety at prioriteringsarbeidet på kommunalt nivå i større og større grad vil dreie seg om prioritering innanfor rammer med knappe ressursar. I praksis vil dette bety at prioriteringa ofte vil dreie seg om å prioritere lovpålagte oppgåver. I ein kommunal kontekst er det viktig å ha ei brei forståing av tiltak som også kan inkludere nye samarbeidsformer, endring av oppgåvefordeling, organisering, kunnskapsbruk osv.

Ei styrka operativ støtta til kommunane bør også innebere ei presisering av ansvarsfordeling og avklaring av roller til dei ulike aktørane som jobbar opp mot kommunane i dag. I tillegg til KS, er det mange direktorat, forskingsmiljø, fylkeskommunar og kompetansesenter som kommunane har samarbeid med. Ei styrking av den operative støtta til kommunane bør utviklast i samråd mellom aktørar som i dag har ei rolle ovanfor kommunane. Ambisjonen på sikt bør vera at det for kommunane er ein veg inn til rettleiing og faglege råd om tolking og vurdering av folkehelseutfordringar, lokal tilpassing og evaluering av tiltak.

Program for folkehelsearbeid (2017-2027) retta inn mot barn og unge si psykiske helse og rusførebygging blir trekt fram som ein god modell i rapporten. Dette kan ha samanheng med at programmet har vore langsiktig og forutsigbart. Samstundes har det vore ein kvalitet ved programmet at nasjonale aktørar som Helsedirektoratet, KS og FHI har hatt definerte roller omkring i gjennomføringa ved å leggje til rette for nasjonale og fylkesvise samlingar, læringsnettverk og andre aktivitetar der kommunar og fylker kan utveksle erfaringar og lære av kvarandre. Basert på erfaringane er det grunn til å vurdere korleis nasjonale og regionale samlingar og møteplassar kan inngå som ein del av den operative støtta til kommunane også framover.

Presisering av FHI si rolle

I NOU-en er FHI i to tilfelle omtalt i same setning som Helsedirektoratet utan at det er presisert skilnader mellom dei to institusjonane sine roller og oppdrag. Det fyrste tilfelle gjeld forslaget frå utvalet om å etterspørje tydelegare faglege tilrådingar og prioriteringar frå FHI og Helsedirektoratet (s.9 og s.118). Det er i rapporten ikkje gjort noko skilje på kva tilhøve eller tema ein skal gje tilrådingar på. FHI sin faglege tilrådingar er i følgje den reviderte folkehelselova (§ 25) avgrensa til smittevern, miljømedisin, eksponering av helseskadeleg miljøfaktorar og beredskap. Samstundes skal FHI levere kunnskapsstatus på alle folkehelse relaterte områder.

Det andre tilfelle der rapporten set fram likelydande oppgåver for FHI og Helsedirektoratet gjeld omtalen av det å utarbeide og vedlikehalde oversikt over effektive nasjonale tiltak og lokale tiltak eller tiltakspakker (s. 82 og s. 119). FHI skal summere og formidle kunnskap om tiltak, bla. av folkehelse tiltak både etter vurderte behov

eller oppdrag frå t.d. HOD. Men sjølv om FHI har ei rolle med å oppdatere kunnskapsgrunnlaget om folkehelseiltak, er det etter instituttet si oppfatning naturleg at Helsedirektoratet har rolla med å ha oversikt over særleg lokale folkehelseiltak på linje med den rettleiarrolla direktoratet har i dag.

For FHI vil bidra med kunnskap om inn i prioriteringsarbeidet gjennom internasjonalt forskingssamarbeid som vil vera relevant og formidlast til t.d. kommunane.

Vennleg helsing

Dagfinn Mørkrid Thøgersen
Dagfinn Mørkrid Thøgersen
områdedirektør

Arnfinn Helleve

Dokumentet er godkjent elektronisk og har derfor ikkje handskrivne signaturar

ⁱ Ekspertgruppen om barn i fattige familier (2023/4). En barndom for livet Økt tilhørighet, mestring og læring for barn i fattige familier:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/df568c8ea68f48d6b03f2cca6149cf77/no/pdfs/barn-i-fattige-familier.pdf> og Meld. St. 28 (2024 –2025) Tro på framtida – uansett bakgrunn:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/9586a180c27d41ddb85836f38900b772/no/pdfs/stm202420250028000dddpdfs.pdf>

ⁱⁱ WHO (2025) Social determinants of health https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

ⁱⁱⁱ Zimmerman FJ. Public Health Autonomy: A Critical Reappraisal. Hastings Cent Rep. 2017 Nov;47(6):38-45. doi: 10.1002/hast.784. PMID: 29171049.

^{iv} Regjeringen (2015). På ramme alvor Alvorlighet og prioritering Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet

https://www.regjeringen.no/contentassets/d5da48ca5d1a4b128c72fc5daa3b4fd8/paa_ramme_alvor.pdf

^v Statens legemiddelverk, FHI (2019). Retningsgivende notat. Om dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av vaksiner. <https://www.dmp.no/globalassets/documents/offentlig-finansiering-og-pris/dokumentasjon-til-metodevurdering/retningsgivende-notat-01062019---vaksiner.pdf>

^{vi} FHI (2023). Randomiserte og kvasieksperimentelle studier i den statlige forvaltningen: en

Kartlegging. Rapport. <https://www.fhi.no/contentassets/b8bd72b1e3614d0e99aba9b365c88d87/ceir-rapport.pdf>