Verdigrunnlag og prioriteringskriterier for folkehelsearbeidet

Notat utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

12/11, 2018

Ole Frithjof Norheim
Professor i medisinsk etikk og samfunnsmedisin
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen
ole.norheim@uib.no

Forslag til prioriteringskriterier for folkehelsearbeidet

- Nytte
- Ressursbruk
- Velferden for **de dårligst stilte**

Innholdsfortegnelse

Sammendrag 3
Verdigrunnlaget for folkehelsearbeidet 4
Mål for folkehelsearbeidet 7
Klassiske utfordringer for folkehelsearbeidet 9
Nye utfordringer 10
Nye muligheter 11
Mål og prinsipper for prioritering i folkehelsearbeidet 12
Mulige kriterier for prioritering i folkehelsearbeidet 13
Forutsetninger for kunnskapsbaserte prioriteringer 15
Åpne beslutningsprosesser med brukermedvirkning 15
Tentativ konklusjon 16
Referanser 18

Sammendrag

Hensikten med dette notatet er å drøfte verdigrunnlaget for folkehelsearbeidet i forhold til velferdsstatens verdier, tidligere meldinger og nye utfordringer. Notatet drøfter mål, prinsipper og kriterier for prioritering innen folkehelsearbeidet, forutsetninger for kunnskapsbasert prioritering og hvordan dette kan settes i system. Det viktigste budskapet er at norsk folkehelsearbeid bør utvide oppmerksomheten fra årsaker til hvilke tiltak som virker – og blant dem, hvilke som bør prioriteres. Notatet foreslår følgende justeringer, mål, prinsipper og kriterier for prioritering innen folkehelsearbeidet:

Justering av mål for folkehelsearbeidet:

1. Målet som knyttes til forventet levealder endres til «helsejustert levealder» ved fødsel. Dette målet tas nå i bruk internasjonalt og det fanger opp kronisk sykdom
2. Norge er blant de *fem landene i verden* som har høyest forventet helsejustert levealder.

Mål for prioritering innen folkehelsearbeidet:

1. Maksimere helse i hele befolkningen
   - Det vil si økt forventet levealder og helsejustert levealder
2. Fordele helse mer rettferdig
   - Det vil si å redusere ulikhet i helsejustert levealder assosiert med levekår, inntekt, utdanning, geografi; og
   - Redusere ulikhet i levekår
3. Respektere enkeltmenneskers frihet og medbestemmelse
   - Det vil si at delmål (1) og (2) er begrenset av (3)

De to første målene er forenlige med Folkehelseloven og tidligere Folkehelsemeldinger. Det tredje målet er aktuelt for vår moderne velferdsstat, men bør drøftes og presiseres.

Kriterier for prioritering innen folkehelsearbeidet:

- Nytte
- Ressursbruk
- Velferden for de dårligst stilte

De tre kriteriene bør vurderes samlet og avveies mot hverandre, på samme måte som kriteriene benyttes i spesialisthelsetjenesten. Kriteriet «velferden for de dårligst stilte» er en annen måte å fange opp informasjon som er relevant for å besvare «gradientutfordringen».

Åpne beslutningsprosesser med brukermedvirkning:

Disse bør tilfredsstille fire betingelser: i) åpenhet, ii) relevans, iii) klageadgang og korreksjon, og iv) regulering og institusjonalisering.

Etablering av enhet for evaluering folkehelsetiltak:

Folkehelseinstituttet, gjerne i samarbeid med Helsedirektoratet, bør styrke sitt arbeid med oppsummering av kunnskap og metodevurderinger, inkludert økonomiske evalueringer, ved å etablere en egen enhet for dette. Dette kan gjerne gjøres etter modell av Bestillerforum. På sikt kan det bygges opp en meny av dokumenterte tiltak som ansvarlige lokale og nasjonale myndigheter kan prioritere mellom for iverksetting.

Verdigrunnlaget for folkehelsearbeidet

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

Folkehelsearbeidet handler om noe mer enn lik tilgang til helsetjenester. Helsen i befolkningen formes også av den verden vi lever i. Helse er et grunnleggende gode som er viktig, uansett hvilke ønsker og planer man har for livet. God helse er en nødvendig, om ikke tilstrekkelig forutsetning for like muligheter til å leve et godt og meningsfullt liv.[1,2] Alle har behov for hjelp og behandling ved sykdom, og alle samfunn vil etablere systemer for å forebygge at slike behov oppstår. Ideen om like muligheter har derfor større rekkevidde enn kun lik tilgang til helsetjenester; den handler om at samfunnet legger til rette for, så langt som mulig, lik helse på høyest mulig nivå. Sosiale helseforskjeller som skyldes forhold samfunnet kan gjøre noe med bør reduseres så mye som mulig.[3,4]

Mange tenker nok at lik helse er et umulig ideal og at helse ikke kan omfordeles, selv i en velferdsstat. Hvis vi ser historisk på norsk folkehelse vil vi likevel se at helsen i tidligere tider var betydelig mer ulikt fordelt.[5] Det samme blir tydelig om vi sammenligner oss med land med lavere levekår. Levekår, inntekt, utdanning, marginalisering, kunnskap om risikofaktorer, teknologi, genetikk, miljø, tilgang til helsetjenester og valg av levevaner påvirker vår helse.[6] Hvis disse vilkårene er ulikt fordelt blir også helsen ulikt fordelt. I Norge, som i mange andre land, har prinsippet om lik tilgang til *helsetjenester* (tilgangslikhet) stått sterkt, mens prinsippet om lik helse (resultatlikhet) gjelder for *folkehelsearbeidet*. Riktig utformet politikk kan omfordele våre muligheter for god helse.

I Folkehelseloven av 2011 er folkehelsen definert som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning».[7] Befolkningens helse er summen av alle enkeltpersoners helse. Hvis befolkningens helse går ned, betyr det at hver enkelt av oss i gjennomsnitt har høyere risiko for prematur død eller nedsatt helsetilstand. Et vanlig brukt mål på en befolknings helse er forventet levealder ved fødsel. Et nyere og mer avansert mål er forventet levealder, justert for sykelighet i de årene vi lever. Det kalles helsejustert forventet levealder.[8]

Et mål på populasjonens sykdomsbyrde er summen av tapte gode leveår.[9] Forskning viser entydig at ulikhet i levekår og utdanning gir ulikhet helse.[10,11] Folkehelseloven har derfor tatt inn fordeling av helse som en del av selve definisjonen. Folkehelse handler med andre om hvor god helsen vår er – hvor lenge og godt vi lever – og hvordan de gode leveårene er fordelt.

I samme lov er også folkehelsearbeid definert: «Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen».[7] Folkehelse handler om nivå og fordeling, og begge deler kan påvirkes av politikk og levekår.

I tidligere folkehelsemeldinger har det vært bred enighet om målene. I Folkehelsemeldingen fra 2014-2015 heter det for eksempel at «Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder. Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller. Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen».[12]

Dette er klassiske mål for en velferdsstat av nordisk type. Historisk sett bygger vektleggingen av likhet og inklusjon, at «hele befolkningen skal med», på en typisk nordisk verdi: solidaritet.[13,14] Solidaritet kan best defineres som en fellesskapsverdi, en tilslutning til at felleskapet står sterkere enn enkeltindividet og sammen bidrar til felles velferd. Merverdien av felles innsats skal deles, også med de dårligst stilte. Ingen skal stå tilbake når felleskapet har framgang og samfunnet utvikler seg.

Velferdsstaten bygger også på andre verdier som demokrati, rettsikkerhet, rettigheter, forutsigbarhet – og ikke minst frihet. De klassiske liberale verdiene har historisk sett kanskje ikke stått like sterkt i velferdsstatens utvikling, men i den moderen velferdsstaten inngår også verdiene personlig frihet og medbestemmelse. Her ligger det en innebygd spenning mellom frihet og likhet, men også en indre spenning mellom *negativ frihet*: frihet fra statlige inngrep i den enkelte medborgers liv, og *positiv frihet*: frihet til å velge et liv og et livsløp som svarer til enkeltmenneskets egne ønsker og preferanser.[15-17] En begrenset stat kan sikre negativ frihet, mens positiv frihet i noen tilfeller krever at staten sikrer den enkelte et stort nok mulighetsrom. I den norske velferdsstatens utvikling har disse verdiene – solidaritet, likhet og frihet – blitt ulikt vektlagt.

Frihet gir også ansvar. Det vil ikke være riktig å hevde at ansvar for egen helse har vært en grunnverdi i folkehelsearbeidet. De fleste vil være enige at staten har et ansvar for å legge til rette for gode valg med hensyn til levevaner som påvirker den enkeltes helse, men mange vil også hevde, generelt, at velferdsstatens videreføring avhenger av en tydeligere avklaring av hvilken rolle enkeltpersoners valg og ansvar skal i forhold til tildeling av velferdsgoder.[18-20] I en relativt velutdannet befolkning som vår, virker det ikke unaturlig at folkehelsearbeidet i større grad kan legge til rette for og skape insentiver for at den enkelte i større grad kan ta ansvar for egen helse. På dette området er det stor uenighet, og framleggingen av Folkehelsemeldingen vil være en god anledning til å skape en informert offentlig debatt om denne viktige verdien og om dens grenser.[21,22]

Mange opplever folkehelsearbeidet som paternalistisk. Staten regulerer mange forhold i privatlivet, som påbud om bilbelte, motorsykkelhjelm, fartsgrenser og røykeforbud på offentlige steder. Dette er ikke vanligvis klassifisert som paternalisme. Hovedbegrunnelsen er å redusere skade og kostnader for andre. Den britiske filosofen og utilitaristen John Stuart Mill var opptatt av enkeltmenneskets frihet og frihetens grenser: «Det eneste formålet hvor makt rettmessig kan utøves over ethvert medlem av et sivilisert samfunn, mot hans vilje, er å forhindre skade på andre." Vår egen Torbjørn Egner formulerte det enda mer pregnant: «Man skal ikke plage andre, man skal være grei og snill, og for øvrig kan man gjøre hva man vil.» Statlig paternalisme kan defineres som tvang mot enkeltmennesker, til deres eget beste, men mot deres vilje. Hvordan tvang defineres og hvor grensen mellom paternalisme og legitim makt trekkes, er et sentralt tema for all utforming av folkehelsepolitikken. Bør

barnevaksiner gjøres obligatoriske? Er skatt på sukkerholdige drikker et illegitimt inngrep i enkeltmenneskers frihet?

Frihet fra ubegrunnede statlige inngrep i enkeltmenneskers privatliv sette skranker for folkehelsearbeidets mål om flere gode leveår og reduserte sosiale helseforskjeller. Statlige påbud og forbud kan gi bedre helse, men må veies opp mot personlig frihet. Storstilt innsamling av helsedata kan gi bedre grunnlag for utvikling av skreddersydde folkehelstiltak, men må veies mot hensynet til personvern. Den moderne velferdsstaten må veie ulike hensyn og finne nye løsninger som ikke bare sikrer bedre helse og mindre ulikhet, men også individets frihet.

I et demokrati som vårt er de viktigste mekanismene for å unngå en paternalistisk folkehelsepolitikk informasjon, åpenhet, medvirkning og medbestemmelse på alle nivåer. Gjennom utdanning og informasjon kan staten legge til rette for informerte og frie valg. I kommunene kan befolkningen bli informert og involvert i utformingen av lokale tiltak som reduserer risiko og fremmer helse. Gjennom brukermedvirkning kan faktisk politikk utformes slik at den både fremmer helse og respekterer enkeltmenneskers frihet. Likevel vil det alltid oppstå debatt om den riktige vektlegging av ulike hensyn.

Velferdsstatens verdier er også i utvikling. Rettsliggjøringen av velferdsgoder, som retten til individrettede spesialiserte helsetjenester (positiv frihet), kan ses som et eksempel på styrking av enkeltindividets stilling i forhold til staten. Et hovedfunn i den siste norske maktutredningen fra 2003 var at rettsliggjøring og rettighetstildeling gir enkeltindivider og domstolene mer makt enn det representative folkestyret.[23] Denne utviklingen ser ut til å fortsette. En viktig utfordring her er at befolkningen ser ut til å ha, relativt sett, sterkere rettskrav på individuelle spesialiserte helsetjenester enn på forebyggende tiltak: retten til å vokse opp og leve i et miljø som beskytter og fremmer helsen og forebygger sykdom. Dette er neppe intendert fra lovgiver sin side, men effekten i praksis synes klar.

Universelle ordninger har historisk sett vært en viktig grunnverdi. Universelle ordninger har typisk vært begrunnet i behovet for universell oppslutning om en felles skattefinansiert helsetjeneste, antatt høyere effekt av populasjonsbaserte tiltak, og høye transaksjonskostnader ved målrettede tiltak. Ønsket om å redusere sosial ulikhet i helse kan imidlertid stå i motsetning til denne verdien og i flere land går trenden vekk fra universelle tiltak.[24,25] Etablert erfaring og nyere forskning tyder på at flere forebyggende tiltak, som enkelte tiltak for røykeslutt og mediekampanjer virker best blant de resurssterke.[26] Dette gjelder særlig forsøk på å endre atferd. Enkelte folkehelsetiltak kan øke ulikhet i helse. Selv om alle effekter er positive spørres det nå oftere om det bør settes inn ekstra ressurser for å nå de dårligst stilte gruppene.[27] Dette er en viktig debatt som krever mer kunnskap og avklaring.

Til sist, men ikke minst, er det en grunnleggende verdi for velferdsstaten at politikk og utforming av tiltak skal være kunnskapsbasert.[7] Vi må kjenne årsakene til redusert og ulik helse og vi må være sikre på at tiltak virker. Det er viktig fordi de ofte kan være kostbare eller gripe inn i folks liv på en upopulær måte. Kunnskapsbasert folkehelsearbeid utfordres på minst tre måter.

Folkehelseforskning er komplisert og har relativt sett, i forhold til forskning på individrettede og kurative helsetjenester, fått mindre ressurser og kan bli bedre i Norge. Det gjelder særlig forskning som kan si noe om hva som virker og hvilke fordelingseffekter slike tiltak har. Forskning på årsaker og risikofaktorer står ganske sterkt, selv om registerforskningen (som Norge er særlig kjent for i utlandet) kan bli enda bedre og lettere å gjennomføre. Forskning på hva som virker har vi mindre av. Derfor er utvikling og styrking av tiltaksforskning det høyest prioriterte forskningsområdet i Forskningsrådets «Bedrehelse» program.[28] Vi har lite tradisjon for eksperimenter innen folkehelsearbeid, de er kostbare, resultatene kan ofte komme langt fram i tid og alternative metoder til de klassiske randomiserte forsøk er relativt lite utviklet. Privat sektor har færre insentiver til å investere i denne typen forskning.

I utlandet finnes det mye god forskning på hva som virker, men også her er forskningsressurser en begrensende faktor. Systemer for systematisk kunnskapsoppsummering om hvilke folkehelsetiltak som virker er under utvikling i Norge, men står enda ikke sterkt nok. Norge kan i enda sterkere grad ta i bruk internasjonal kunnskap, tilrettelagt for Norge.

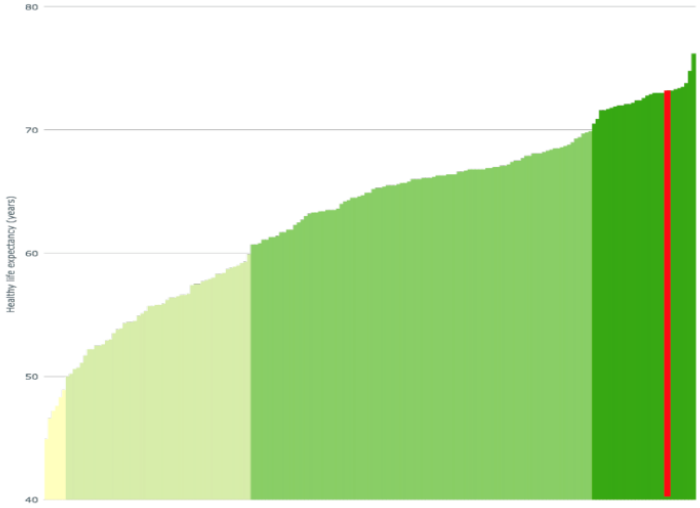
Meningsdannelse i befolkningen påvirkes av andre faktorer enn bare kunnskap. Kultur, journalistikkens logikk og markedstilpasning, sosiale medier og diskusjoner i mer eller mindre lukkede rom skaper alternative fortolkninger av årsaker og virkning. Politikkutforming påvirkes av dette.

Mål for folkehelsearbeidet

I tidligere folkehelsemeldinger har det vært bred enighet om målene: flere leveår med god helse og redusert ulikhet i helse – for hele befolkningen.[12,29] Kanskje bør det også være et uttalt mål at dette bør skje med respekt for enkeltmenneskers frihet og medbestemmelse?

Som nevnt over har flere Folkehelsemeldinger foreslått at Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder.[12] Et nyere og mer avansert mål er forventet levealder, justert for sykelighet i de årene vi lever (HALE). I følge Verdens Helseorganisasjon hadde Norge en helsejustert forventet levealder ved fødsel for begge kjønn på 73 år i 2016. Norge er rangert på en delt niendeplass sammen med Australia, Island og Sør-Korea (Figur 1). Singapore ligger øverst på denne listen med HALE for begge kjønn på 76.2.

Figur 1 Helsejustert forventet levealder ved fødsel, begge kjønn. Norge (markert med rød søyle) er rangert på delt 9. plass. Kilde (World Health Observatory, 2018)



En mulighet er å gjøre noen små, men viktige justeringer av målet for folkehelsearbeidet. For det første, bruk den mest avanserte målestokken: helsejustert forventet levealder. Det norske senteret for måling av sykdomsbyrde har vist at mer enn halvparten av sykdomsbyrden i Norge skyldes ikke-dødelig helsetap. Norges mål bør handle om god helse, ikke bare overlevelse. For det andre, endringer i forventet levealder tar tid. Et naturlig mål for neste perioden kan være at *Norge er blant de fem landene i verden som har høyest forventet helsejustert levealder.* Begrunnelsen for dette er at vi i Norge også vektlegger lik fordeling av helse. Vi vektlegger gode levekår for hele landet, enten man bor i Oslo, Bergen, Misvær eller Graddis. God fordeling av levekår vil gi mindre ulikhet i helse, men det koster. Derfor skal vi kanskje være fornøyd med topp fem – for de neste fem årene. Så kan vi sette oss høyere mål i neste omgang.

Målene kan også reflektere internasjonale mål som Norge har sluttet seg til. I 2013 kom den norske strategien for å forebygge og redusere konsekvensene av ikke-smittsomme sykdommer (NCD strategien 2013-2017).[30] Den bygger på anbefalinger fra Verdens Helseorganisasjon. Norge forpliktet seg da til «25x25 målet» om å «redusere for tidlig død [død før 70 års alder] av hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft med 25 prosent innen 2025.»

Internasjonalt er disse målene i praksis nå erstattet av mål og delmål som del av FNs bærekraftmål for 2030 (Sustainable Development Goals- SDGs).[31] Norge har forpliktet seg til å nå disse målene. Under helsemålet (SDG3) heter det i punkt 3.4: «innen 2030 redusere med en tredjedel prematur dødelighet [død før 70 års alder] fra ikke-smittsomme sykdommer (NCDs) gjennom forebygging og behandling, og fremme mental helse og velvære.»[32] Folkehelsemeldingen vil stå sentralt for Norges ambisjon om å nå «tredjedelsmålet». Norge står selvsagt fritt til å formulere mer ambisiøse mål ved for eksempel å endre definisjonen av prematur dødelighet fra 70 år til 75 eller 80.

Det er også relevant å se på hva bærekraftmål 10 sier om ulikhet i og mellom land. De tre første delmålene er særlig relevante for redusert ulikhet innen land:

- «Innen 2030 oppnå og opprettholde inntektsvekst for den laveste 40 prosent av befolkningen med en vekst som er høyere enn det nasjonale gjennomsnittet
- Innen 2030, styrke og fremme sosial, økonomisk og politisk inkludering av alle, uavhengig av alder, kjønn, funksjonshemming, rase, etnisitet, opprinnelse, religion, økonomi eller annen status
- Sikre like mulighet og redusere ulikhet i utfall, blant annet ved å eliminere diskriminerende lover, retningslinjer og praksis og fremme hensiktsmessig lovgivning, politikk og tiltak» [32]

Norsk folkehelsearbeid kan hente inspirasjon og strategier fra den måten bærekraftmålenes prinsipper er formulert. De er *universelle* og skal *integreres* med hverandre for å gi *transformasjon*. Målene henger sammen og bør iverksettes samtidig og integrert («Helse i hvert mål»).

Klassiske utfordringer for folkehelsearbeidet

Tidligere helsedirektør Torbjørn Mork uttalte en gang at det er uetisk «å ta fra de syke og gi til de friske». Utsagnet er provoserende og spissformulert, men inneholder et element som mange er enige i. I praksis blir ofte behandling prioritert høyere enn forebygging. Vi har en tendens til å prioritere etablert alvorlig sykdom høyere enn forebygging av alvorlig sykdom. Samtidig virker det mest fornuftig å forebygge framfor å behandle, et utsagn de fleste politikere ofte fremmer. Dette misforholdet mellom uttalt politikk og praktisk iverksetting krever ytterligere forskning. Hvorfor er det slik?

Problemstillingen har vært kjent lenge, og ble klart formulert i 1981 av epidemiologien Geoffrey Rose som forebyggingsparadokset: en liten forandring i en stor populasjon med lav risiko kan ha en langt større effekt på folkehelsen enn en stor forandring i en liten populasjon med høy risiko. Innen samfunnsmedisinen er dette blitt en etablert læresetning og et grunnlag for faget: populasjonsrettede tiltak har større effekt på folkehelsen enn individrettede tiltak til personer med høyere risiko. Populasjonsrettede tiltak er derfor viktigst. Dette er enkel matematikk og følger av prinsippet om helsemaksimering.

Klinisk medisin og medisinsk etikk har likevel utviklet seg slik at personer med høyest risiko blir høyest prioritert. Det er en spenning mellom populasjonsetikk som vektlegger statistiske liv og tradisjonell individrettet medisin og etikk som vektlegger risiko og høy alvorlighetsgrad for identifiserte mennesker med navn og et ansikt.[33] I praksis vinner ofte de pasientnære hensynene. Våre verdier og etiske intuisjoner passer nok best i forhold til enkeltmennesker, ansikt til ansikt.[34] I Norge forskyves ressursinnsatsen stadig mer mot økt innsats for de med høyest risiko, ofte i livets sluttfase. Siden ressursene for helse er relativt sett begrensede, er kanskje det en forklaring på at Norge ikke har klart å nå målet om å være blant de tre landene i verden som har høyest levealder?

En forenklet forståelse av alvorlighetskriteriet, ett av våre tre kriterier for prioritering, kan trekke i samme retning. Jo mer alvorlig syk og jo nærmere døden en pasient er, jo høyere prioritet skal hun eller han ha. Fra et folkehelseperspektiv kan ikke dette være riktig. Kan populasjon- og individ-perspektivet forenes? Kan forebyggingsparadokset forstås bedre i lys av de norske prioriteringskriteriene?

Dette ble vurdert av prioriteringsutvalget i 2014, og et forslag til svar ble utviklet.[35] En løsning ligger i å formulere alvorlighetskriteriet på en upartisk måte som er tidsnøytral og som ivaretar begge perspektiver (individ- og populasjonsperspektivet). Alvorlighetskriteriet blir gjerne oppfattet slik at det vektlegger hvor alvorlig *tilstanden* er på det tidspunktet oppstart av behandling er aktuelt. Prioritering av behandling for livmorhalskreft kan være et eksempel. Kvinner som utvikler kreft i livmorhalsen får behandling for en tilstand som har høy risiko for prematur død, altså et betydelig tap av gode leveår. Tilstanden oppfattes som alvorlig.

Evaluering av forebyggende tiltak kan benytte samme vurdering med hensyn på alvorlighetsgrad. Forebygging av livmorhalskreft med HPV vaksine er et godt eksempel. Alvorlighetsgraden ved livmorhalskreft kan oppfattes som høy, også om tiltaket som iverksettes er forebyggende, fordi tilstanden som forebygges er alvorlig. Dette perspektivet bygger på skillet mellom forventet utfall (ex ante) og faktisk utfall (ex post).[36] Alvorlighetsgrad vurderes ut fra det faktiske utfall i fravær av forebygging eller behandling. Tidspunktet for når tiltaket (forebygging eller behandling) iverksettes er ikke avgjørende. For folkehelsearbeidet er det *tilstandens* alvorlighetsgrad som er avgjørende.

Mange vil sikkert innvende som følger: HPV vaksinen er aktuell for unge, friske jenter. Dette er en stor populasjon med lav risiko for den enkelte. De har lav risiko for å utvikle kreft i livmorhalsen, og tilstanden deres, når de får vaksinen, kan ikke oppfattes som alvorlig. Etter en standard klinisk tolkning av alvorlighetskriteriet, får derfor HPV-vaksinen ikke noe ekstra prioritet på grunnlag av dette kriteriet. De friske, unge jentene har ikke alvorlig sykdom.

En alternativ fortolkning er denne: De kvinnene som senere faktisk får gevinst fra HPV-vaksinen er de som ellers ville utviklet kreft. Nytten av vaksinen tilfaller altså personer som ville hatt et betydelig helsetap uten vaksinen. Alvorlighetsgrad for en tilstand vurderes ut fra det faktiske utfall i fravær av forebygging. Denne fortolkningen tar hensyn til faktisk utfall og gir lik prioritet til forebygging og behandling, gitt samme nytte og samme ressursbruk.[1]

Dersom denne forståelsen av alvorlighetskriteriet legges til grunn, vil ikke forebyggende tiltak bli systematisk nedprioritert i dagens prioriteringssystem.

Nye utfordringer

Sykdomsbyrden: Nye norske rapporter om sykdomsbyrden gir bedre kvantitativ informasjon om årsaker til prematur død og ikke-dødelig helsetap enn noen ganger tidligere.[9] Gjennom samarbeid og analysehjelp fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet er det nå mulig å gjøre estimater over tapte gode leveår i Norge, målt mot en internasjonal referanse-standard.

Ved å måle sykdomsbyrden i helsetapsjusterte leveår (DALY), eller sagt enklere: summen av tapte gode leveår, får vi et nytt kunnskapsbasert blikk på utfordringer innen populasjonshelsen. I følge de sist publiserte data for 2015 fra FHI var mer enn halvparten av

[1] Nå skal ikke dette eksempelet tolkes for langt. Ved mange former for livmorhalskreft, og i de fleste stadier, er behandling også indisert, svært nyttig og dermed prioritert. Men dersom behandlingseffekten er liten nok, eller fraværende, bør ressurser brukt på marginalt livsforlengende behandling for de få heller omfordeles til forebyggende tiltak med større samlet helsegevinster for de mange.

den samlede sykdomsbyrden knyttet til sykelighet, ikke prematur død.[2] Å leve med kronisk sykdom dominerer. Muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser er viktige årsaker til ikke-dødelig helsetap i nesten alle aldersgrupper. Mindre enn ett av fire dødsfall skjer før fylte 70 år og kreft er her den største årsaken. Blant risikofaktorer er fortsatt røyking, usunt kosthold, høyt blodtrykk og bruk av alkohol og illegale rusmidler (narkotika) de viktigste risikofaktorene for død før fylte 70 år. Selvmord og overdoser er de viktigste årsakene til død blant unge og voksne i alderen 15 til 49 år.

Dette er kort oppsummert de viktigste utfordringene. Når vi snart får norske sub-nasjonale data for sykdomsbyrden vil de gi ytterligere informasjon for identifikasjon av de viktigste årsaksfaktorene.

Ansvaret for å iverksette forebygging ligger i all hovedsak der hvor folk bor, i kommunene. Har alle kommuner nok kompetanse til å etterspørre og ta i bruk denne kunnskapen?

Kunnskap om ressursbruk og nytte: Kunnskap om årsaker og risiko er ikke nok for å utforme folkehelsepolitikken. Etter min vurdering bør de ansvarlige for folkehelsen utvide oppmerksomheten fra årsaker til hvilke tiltak som virker – og blant dem, hvilke som bør prioriteres. Det trengs kunnskap om hvilke tiltak som virker best for å redusere sykdomsbyrden, hva de koster, og hva fordelingsvirkningen blir. Dette gjelder ikke bare tradisjonelle folkehelsetiltak, men også tverrsektorielle grep som kan ha bedre helse som hovedeffekt eller som tilleggseffekt (som for eksempel bedre tilrettelagte gang- og sykkelstier). Har nasjonale, statlige myndigheter gjort nok for å framskaffe slik kunnskap, og formidle den ut til kommunene? Finnes det en meny av dokumentert effektive og kostnadseffektive grep som kan forebygge muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser, selvmord og overdoser blant de unge – som kommunene kan velge blant?

Norge begynner å få god oversikt over sykdomsbyrden, men hva med oversikt over ressursstrømmen til folkehelsetiltak? Ifølge SSB sin oversikt over helseutgifter etter type tjeneste utgjør posten forebyggende og helsefremmende arbeid (HC.6) omlag 3.2 % av de totale utgiftene. Dette kan umulig fange opp alle de reelle utgiftene. Det er tankevekkende at det ikke finnes en god oversikt over dette, både av hensyn til planlegging og av hensyn til å holde beslutningstagere ansvarlige for ressursfordelingen.

Nye muligheter

Vi lever i en tid hvor muligheten for et enda bedre folkehelsearbeid er til stede. Innen klinisk medisin forskes det mye på å utvikle persontilpasset diagnostikk og behandling, såkalt presisjonsmedisin. Mange ser nå for seg muligheten også for å utvikle målrettede, skreddersydde folkehelsetiltak («precision public health»).[37,38] Kombinasjonen av bedre tilgang til større mengder data, gitt at personvernet respekteres, og ny teknologi som kan samle data og sende varsler og råd i sann tid kan gi uante muligheter. Redaktøren av the Lancet, Richard Horton, kaller det «å bruke kraften i data til å oppnå bedre helse og sosial rettferdighet». [38] Det foregår allerede nyskapende forskning som tester ut hvorvidt mobiltelefoner og annen teknologi kan brukes for å stimulere til økt fysisk aktivitet blant utvalgte risikogrupper, eller ungdom eller personer bosatt i spesielle områder. Her ligger også en spenning som bør avklares, både gjennom etisk og empirisk forskning. Er det ønskelig å gå fra universelle tiltak til målrettede tiltak mot utvalgte grupper? Har det virkelig

[2] Nyere data publiseres fortløpende fra IHME: https://vizhub.healthdata.org

større effekt? Et etisk argument for, er at skreddersydde tiltak kan gi økt effekt for utvalgte grupper og dermed har potensiale for redusert sosial ulikhet. Folkehelsetiltak kan skreddersys for immigranter, bydeler med lav gjennomsnittsinntekt, eller utvalgte aldersgrupper.

Nyere forskning innen psykologi og atferdsøkonomi har åpnet andre muligheter. Kanskje kan vi finne mer radikale løsninger for bedre folkehelse, med større effekt, som balanserer paternalisme og frihet på en akseptabel og god måte? Ideen om frie, informerte valg forutsetter at vi alle og alltid er rasjonelle. At vi velger og ender opp med løsninger som er i tråd med egne preferanser. Økonomen og nobelprisvinneren Richard Thaler har påpekt at ideen om det rasjonelle mennesket, *homo economicus*, innen økonomifaget gradvis er blir erstattet av ideen om vår feilbarlighet.[39] Vi er ikke, som han sier, "Econs" men "Humans". Dette gjelder ikke minst når vi er i sårbare situasjoner. Her kan folkehelsearbeidet lære av økonomene.

Hvis vi skal oppnå det vi egentlig vil, for eksempel bedre helse og økt velvære gjennom tening, trenger vi et lite dytt.[40] "Nudging" kan hjelpe oss til å nå våre mål, samtidig som vi beholder vår frihet. Det handler om å endre arkitekturen for våre valg. Hvis den sunne maten gjøres mest synlig i kantinen, og du må gå litt ekstra for å finne pizzaen, så dyttes du til å ta det valget som du egentlig ønsker: å spise sunn mat. Men du er fortsatt fri til å velge. I USA har det vært foreslått at ekstra store plastkrus ved salg av brus bør forbys, mens små plastkrus fortsatt skal være tillatt. Tilrettelegging av ordninger som hjelper enkeltmennesker til å ta gode valg, kombinerer hensynet til individets frihet og en forsiktig paternalisme.[3] Å gjøre dette på riktig måte er selvsagt ikke uproblematisk.

I England opprettet regjeringen i 2010 en egen Nudge-avdeling. Mange andre land følger etter og i Verdensbanken utformes disse ideene for å bidra til bedre økonomisk utvikling. Her ligger det et stort potensial. Nudge kan brukes på en god måte, men kan også misbrukes.

Mål og prinsipper for prioritering i folkehelsearbeidet

Prioritering innebærer å rangere; å sette noe foran noe annet. I helsetjenesten mener vi ofte rangering av ulike helsetiltak med hensyn til hvilke tiltak som skal få ressurser for å bli gjennomført. Når vi sier at et tiltak har prioritet over et annet, mener vi at dersom vi kun har nok ressurser til ett av dem, skal ressursene brukes på det tiltaket vi setter først. Denne tenkningen bør også gjelde for prioritering av folkehelsearbeidet, ikke minst i kommunene hvor utordringen er størst. Norge har nå en unik mulighet til å samordne mål, prinsipper og kriterier for prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i folkehelsearbeidet.

I det følgende drøfter jeg likheter og forskjeller mellom prioritering i folkehelsearbeidet og prioritering i spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i utredningen «Åpent og rettferdig» (NOU 2014: 12) og Stortingsmeldingen om prioritering fra 2016.[41,42]

---

[3] For oss i Norge er det interessant å vite at ordet «nudge» har norske røtter. Erik Arnesen skriver i Tidsskrift for Den norske legeforening at ordet antagelig stammer fra det gamle norske ordet nugge = dytte. Alle trenger av og til en liten dytt for å endre levevaner. Ideen er god og blir tatt i bruk i mange deler av samfunnslivet.

Det første spørsmålet som bør avklares er hvem som avgjør prioriteringer i folkehelsearbeidet. Innen spesialisthelsetjenesten er det slik at en viktig del av prioriteringene innen ny teknologi og nye kostbare medisiner er satt i system: spørsmål om innføring av ny teknologi blir utredet i regi av Bestillerforum og avgjort i Beslutningsforum (som består av direktøren av de fire regionale helseforetakene og en brukerrepresentant).[42] For prioritering innen folkehelsen er det lang mer komplisert.

Folkehelselovens formål sier blant annet at «Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid».[7] Ansvarsfordelingen er desentralisert og fordelt mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Det viktigste ansvaret ligger der folk bor og forvaltes på det kommunale nivået. Det gjør prioriteringsarbeidet ekstra utfordrende, men mål og prinsipper kan likevel være til hjelp.

NOU 2014: 12 foreslo at målet for prioritering bør være «Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt». Dette samsvarer godt med mål som har vært formulert i tidligere folkehelsemeldinger, Folkehelseloven, og med verdigrunnlaget for velferdsstaten, som drøftet over. Litt mer konkret kan dette målet formuleres i tre delmål:

Målet for prioritering innen folkehelsearbeidet bør være å

1. Maksimere helse i hele befolkningen
    - Det vil si økt forventet levealder og helsejustert levealder
2. Fordele helse mer rettferdig
    - Det vil si å redusere ulikhet i helsejustert levealder assosiert med levekår, inntekt, utdanning, geografi; og
    - Redusere ulikhet i levekår
3. Respektere enkeltmenneskers frihet og medbestemmelse
    - Det vil si at delmål (1) og (2) er begrenset av (3)

En annen og mer detaljert måte å måle helseforbedringer på er å følge endringer i sykdomsbyrden. Det kan legges til rette for bedre monitorering av helsejustert levealder og sykdomsbyrde etter levekår, inntekt, utdanning og geografi. Reduksjon av ulikhet i levekår kan knyttes til indikatoren som brukes i bærekraftmålet om ulikhet (SDG 10: «oppnå og opprettholde inntektsvekst for den laveste 40 prosent av befolkningen med en vekst som er høyere enn det nasjonale gjennomsnittet»). Det tredje delmålet klargjør at hensynet til frihet og medbestemmelse må balanseres mot målene om bedre helse og redusert ulikhet.

Mulige kriterier for prioritering i folkehelsearbeidet

På samme måte som i spesialisthelsetjenesten er det behov for et mer enhetlig prioriteringssystem for folkehelsearbeidet. Et sted å begynne er å klargjøre kriteriene og etablere et system for kunnskapsoppsummeringer. Det vil likevel være relevante forskjeller i forhold til spesialisthelsetjenesten[42]

I stortingsmeldingen om prioritering er følgende tre kriterier definert for gruppenivået (som er mest relevant for folkehelsearbeidet):

- Nytte
- Ressursbruk
- Alvorlighetsgrad

Er disse kriteriene relevante for folkehelsearbeidet? De løfter fram kravet om dokumentert nytte og de tydeliggjør avveiningen mellom nytte maksimering og alvorlighetsgrad. Som nevnt over kan alvorlighetskriteriet fortolkes ulikt, og den vanligste individrettede fortolkningen passer dårlig for forebyggende tiltak. Dersom forståelsen av alvorlighetskriteriet som ble foreslått i NOU 2014: 12 legges til grunn, vil ikke forebyggende tiltak bli systematisk nedprioritert.

Etter min mening er kriteriene nytte og ressursbruk godt etablert og godt begrunnet, også for prioritering mellom folkehelsetiltak. Alvorlighetskriteriet er mer omdiskutert. I folkehelseloven er målet om reduksjon av sosial ulikhet klart formulert. Det kan derfor være hensiktsmessig å reformulere det tredje kriteriet, men samtidig beholde oppbyggingen og den underliggende logikk. De tre kriteriene for prioritering innen folkehelsearbeidet kan da bli som følger:

- Nytte
- Ressursbruk
- Velferden for de dårligst stilte

Nytte kan defineres som helserelatert nytte, men ved tverrsektorielle tiltak kan det være relevant med et utvidet nyttebegrep. Ressursbruk gjelder alle typer ressurser, ikke bare penger, men vil alltid være relevant. Formuleringen av det tredje kriteriet fanger opp hensynet til redusert ulikhet i helse ved at det klargjøres at de dårligst stilte skal ha ekstra prioritet. Indikatoren for hvilken gruppe som er dårligst stilt bør prinsipielt være samlet velferd, men kan avhenge av sammenhengen. Det kan være en indeks for sosioøkonomisk status, levekår, inntekt, utdanning, bosted eller grad av marginalisering.

Kriteriet «velferden for de dårligst stilte» er en annen måte å fange opp informasjon som er relevant for å besvare «gradientutfordringen» (Figur 2).[4]

Figur 2. Forslag til prioriteringskriterier for folkehelsearbeidet

Det er velkjent at hensynet til lik fordeling av og til må veies opp mot hensynet til effektivitet.[43-45] De tre kriteriene bør vurderes samlet og avveies mot hverandre, på samme måte som kriteriene benyttes i spesialisthelsetjenesten.

Forutsetninger for kunnskapsbaserte prioriteringer

Et prinsipp- og kriteriebasert system for prioritering fortsetter et godt kunnskapsgrunnlag og åpne beslutningsprosesser med brukermedvirkning. Innen folkehelsearbeidet er kunnskapsgrunnlaget ofte av en annen karakter og kvalitet enn i spesialisthelsetjenesten, og behovet for skjønn og bred debatt enda større.

En fordel for dette feltet er at det gjennom Folkehelseloven er skapt en bred og tydelig enighet om mål og verdier. Utfordringen er om kunnskapsgrunnlaget godt nok. Norge er kommet langt i kartlegging av årsaker, mens mye gjenstår med hensyn på systematisk oppsummering av ressursbruk, nytte og fordelingseffekter av tiltak.

Et naturlig forslag vil være at Folkehelseinstituttet, gjerne i samarbeid med Helsedirektoratet, styrker sitt arbeid med oppsummering av kunnskap og metodevurderinger, inkludert økonomiske evalueringer, ved å etablere en egen enhet for evaluering av folkehelsetiltak. Dette kan gjerne gjøres etter modell av Bestillerforum. På sikt kan det bygges opp en meny av dokumenterte tiltak som ansvarlige lokale og nasjonale myndigheter kan prioritere mellom for iverksetting.

En viktig begrunnelse for dette forslaget vil være Riksrevisjonens tilbakemeldinger fra 2015. (Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid (2014 – 2015)). Riksrevisjonens hovedfunn er godt kjent:

- Arbeidet med folkehelse og folkehelsetiltak er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert.
- De fleste kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid.
- Folkehelsearbeidet er ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse.
- Det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet.

I forhold til prioriteringer er særlig de to første punktene avgjørende, og etableringen av et system for bedre kunnskapsoppsummeringer vil være et første steg på veien til bedre beslutningsstøtte til kommunene.

Åpne beslutningsprosesser med brukermedvirkning

Hovedprinsippene for åpne, legitimerende beslutningsprosesser med brukermedvirkning kan være de samme som ble foreslått i Prioriteringsutredningen.[41] Rammeverket «ansvar for rimelige beslutninger» (Accountability for Reasonableness, ofte kalt A4R) bygger på tanken om at det vil være lettere å oppnå enighet om generelle betingelser for en *legitim beslutningsprosedyre* enn om spesifikke prinsipper for en *rettferdig fordeling av helsehjelp* når ressursene er knappe.[46] Rammeverket består av fire betingelser som sammen skal sikre betingelsene for en legitim prioriteringsprosess:

1. ***Åpenhet:*** Beslutninger om prioriteringer skal være offentlige, og begrunnelsene skal være offentlig tilgjengelige.

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

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

Tentativ konklusjon

Hensikten med dette notatet har vært å drøfte verdigrunnlaget for folkehelsearbeidet i forhold til velferdsstatens verdier, tidligere meldinger og nye utfordringer. Notatet har drøftet mål, prinsipper og kriterier for prioritering innen folkehelsearbeidet, forutsetninger for kunnskapsbasert prioritering og hvordan dette kan settes i system. Det viktigste budskapet er at norsk folkehelsearbeid bør utvide oppmerksomheten fra årsaker til hvilke tiltak som virker – og blant dem, hvilke som bør prioriteres.

Notatet foreslår følgende justeringer, mål, prinsipper og kriterier for prioritering innen folkehelsearbeidet:

Justering av mål for folkehelsearbeidet:

3. Målet som knyttes til forventet levealder endres til «helsejustert levealder» ved fødsel. Dette målet tas nå i bruk internasjonalt og det fanger opp kronisk sykdom
4. Norge er blant de *fem landene i verden* som har høyest forventet helsejustert levealder.

Mål for prioritering innen folkehelsearbeidet:

1. Maksimere helse i hele befolkningen
   - Det vil si økt forventet levealder og helsejustert levealder
2. Fordele helse mer rettferdig
   - Det vil si å redusere ulikhet i helsejustert levealder assosiert med levekår, inntekt, utdanning, geografi; og
   - Redusere ulikhet i levekår
3. Respektere enkeltmenneskers frihet og medbestemmelse
   - Det vil si at delmål (1) og (2) er begrenset av (3)

De to første målene er forenlige med Folkehelseloven og tidligere Folkehelsemeldinger. Det tredje målet er aktuelt for vår moderne velferdsstat, men bør drøftes og presiseres.

[4] Norsk oversettelse fra Johansson og medarbeidere, TNLF, 2009. Tilpasset her til vår sammenheng.

Kriterier for prioritering innen folkehelsearbeidet:

- Nytte
- Ressursbruk
- Velferden for de dårligst stilte

De tre kriteriene bør vurderes samlet og avveies mot hverandre, på samme måte som kriteriene benyttes i spesialisthelsetjenesten. Kriteriet «velferden for de dårligst stilte» er en annen måte å fange opp informasjon som er relevant for å besvare «gradientutfordringen».

Åpne beslutningsprosesser med brukermedvirkning:
Disse bør tilfredsstille fire betingelser: i) åpenhet, ii) relevans, iii) klageadgang og korreksjon, og iv) regulering og institusjonalisering.

Etablering av enhet for evaluering folkehelsetiltak:
Folkehelseinstituttet, gjerne i samarbeid med Helsedirektoratet, bør styrke sitt arbeid med oppsummering av kunnskap og metodevurderinger, inkludert økonomiske evalueringer, ved å etablere en egen enhet for dette. Dette kan gjerne gjøres etter modell av Bestillerforum. På sikt kan det bygges opp en meny av dokumenterte tiltak som ansvarlige lokale og nasjonale myndigheter kan prioritere mellom for iverksetting.

Referanser

1. Daniels N. Just health care. New York: Cambridge University Press; 1985.
2. Daniels N. Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
3. Marmot M. Fair society healthy lives. In: Eyal N, Hurst S, Norheim OF, Wikler D, eds. Inequalities in health: ethics and measurement. New York: Oxford University Press; 2013.
4. Sosial- og helsedirektoratet. Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
5. Vaupel J, Zhang Z, van Raalte A. Life expectancy and disparity: an international comparison of life table data. *BMJ Open* 2011: 1:e000128.
6. Fleurbaey M, Schokkaert E. Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics 28 (2009) 73–90* 2009; **28**: 73-90.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV-2011-06-24-29.
8. Global Burden of Disease Study Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; **390**(10100): 1260-344.
9. Knudsen AK, Tollånes MC, Haaland ØA, Kinge JM, Skirbekk V, Vollset SE. Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015). Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.
10. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008; **372**(9650): 1661-9.
11. Marmot M. The Health Gap. The Challenge of an Unequal World. London: Bloomsbury; 2015.
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 19 (2014–2015). Melding til Stortinget. Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-15.
13. Holm S. Solidarity, justice, and health care priorities. In: Szawarski Z, Evans D, eds. Solidarity, justice and health care priorities. Linköping: Health service studies 8; 1993: 53-64.
14. Holm S, Liss PE, Norheim OF. Access to health care in the Scandinavian countries: ethical aspects. *Health Care Anal* 1999; **7**(4): 321-30.
15. Rawls J. A Theory of Justice. Cambridge, Mass: The Belknap Press of Harvard University Press; 1971.
16. Berlin I. Two Concepts of Liberty. In: Berlin I, ed. Four Essays on Liberty. London: Oxford University Press; 1969.
17. Sen A. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press; 1999.
18. Wikler D. Personal and Social Responsibility for Health. In: Anand S, Peter F, Sen AK, eds. Public Health, Ethics, and Equity. Oxford: Oxford University Press; 2004: 109-34.
19. Cappelen AW, Norheim OF. Responsibility, fairness and rationing in health care. *Health Policy* 2006; **76**: 312-19.
20. Cappelen AW, Norheim OF. Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *J Med Ethics* 2005; **31**(8): 476-80.
21. Bringedal B, Feiring E. On the relevance of personal responsibility in priority setting: a cross-sectional survey among Norwegian medical doctors. *J Med Ethics* 2011; **37**(6): 357-61.
22. Feiring E. Lifestyle, responsibility and justice. *J Med Ethics* 2008; **34**(1): 33-6.

23. Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Makt og demokrati. NOU 2003: 19. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet; 2003.
24. McLaren L, Petit R. Universal and targeted policy to achieve health equity: a critical analysis of the example of community water fluoridation cessation in Calgary, Canada in 2011. *Critical Public Health* 2018; **28**(2): 153-64.
25. Béland D, Blomqvist P, Goul Andersen J, Palme J, Waddan A. The universal decline of universality? Social policy change in Canada, Denmark, Sweden and the UK . . *Social Policy & Administration* 2014; **48**: 739-56.
26. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* 2013; **67**(2): 190-3.
27. Weatherly H, Drummond M, Claxton K, et al. Methods for assessing the cost-effectiveness of public health interventions: Key challenges and recommendations. *Health Policy* 2009; **93**(2-3): 85-92.
28. Forskningsrådet. Bedre helse og livskvalitet (BEDREHELSE). 2018. https://www.forskningsradet.no/prognett-bedrehelse/Om_programmet/1254013199397 (accessed November 1 2018).
29. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 34 (2012–2013). Melding til Stortinget. Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-13.
30. Helse- og omsorgsdepartementet. NCD-strategi 2013 – 2017. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2013.
31. United National General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. A/RES/ 70/1. New York: UnIted Nations, 2015.
32. United Nations. Sustainable Development Goals. 2018. https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/ (accessed November 1 2018).
33. Cohen GD, N. Eyal, N., editor. Identified versus Statistical Lives. An Interdisciplinary Perspective; 2015.
34. Wikler D, Brock D. Population-Level Bioethics: Mapping a New Agenda. In: Dawson A, Verweij M, eds. Ethics, Prevention, and Public Health. London: Oxford University Press; 2009.
35. utredninger No. Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten. NOU 2014: 12. [In Norwegian]. Oslo, 2014.
36. Fleurbaey M, Voorhoeve A. Decide as You Would with Full Information! An Argument against Ex Ante Pareto. In: Eyal N, Hurst S, Norheim OF, Wikler D, eds. Inequalities in health: ethics and measurement. New York: Oxford University Press; 2012.
37. Chowkwanyun M, Bayer R, Galea S. "Precision" Public Health - Between Novelty and Hype. *N Engl J Med* 2018; **379**(15): 1398-400.
38. Horton R. Offline: In defence of precision public health. *The Lancet* 2018; **392**: 1504.
39. Thaler RH. Misbehaving: The Making of Behavioral Economics. New York: W. W. Norton & Company; 2015.
40. Thaler RH, Sunstein C. Libertarian Paternalism. *AMERICAN ECONOMIC REVIEW* 2003; **93**(2): 175-9.
41. Norges offentlige utredninger. Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten. NOU 2014: 12. [In Norwegian]. Oslo, 2014.

42. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld.St.34 (2015-16) Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering. [Values in the patient's health care. Notification of priority-setting.]. Oslo, 2016.
43. Cookson R, Mirelman AJ, Griffin S, et al. Using Cost-Effectiveness Analysis to Address Health Equity Concerns. *Value Health* 2017; **20**(2): 206-12.
44. Asaria M, Griffin S, Cookson R. Distributional Cost-Effectiveness Analysis: A Tutorial. *Med Decis Making* 2016; **36**(1): 8-19.
45. Norheim OF. Implementing the Marmot Commission's Recommendations: Social Justice Requires a Solution to the Equity-Efficiency Trade-Off. *Public Health Ethics* 2009; **doi: 10.1093/phe/php006**.
46. Daniels N, Sabin JE. Setting limits fairly: learning to share resources for health. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2008.