

Høring

NOU 2025: 8 Folkehelse – verdier, kunnskap og prioritering

Høringsinnspill fra

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Dato: 19. desember 2025

Vår ref.: 51/2025



NAPHA

Nasjonalt kompetansesenter
for psykisk helsearbeid

Innhold

Innledning	2
Nyttekriteriet.....	3
Fordelingskriteriet.....	3
Ny og bedre kunnskap om folkehelseiltak.....	4
Et helhetlig kunnskapsstøttesystem	5
Bedre prioriteringer og beslutningsprosesser	7
Anbefaling om forbedring av beslutningsprosessene.....	7
Avslutning.....	8
Referanser:	8

Innledning

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) takker for invitasjonen til å gi innspill til NOU 2025: 8 Folkehelse – verdier, kunnskap og prioritering.

Bo trygt hjemme-reformen (Meld. St. 24 (2022–2023)) og Opptrappingsplanen for psykisk helse (Meld. St. 23 (2022–2023)) viser begge til at vi må vri innsatsen mot nye områder, samskape mer, og planlegge bedre for å kunne tilby nye forebyggende og aktivitetsfremmende tjenester, samt sørge for bedre oppgavedeling mellom helse- og velferdstjenestene. Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023: 4) konkluderte med at vi må tenke nytt og samarbeide mer på tvers av aktører, sektorer og tjenester for å kunne imøtekomme behovet for tjenester i framtiden, hvor det blir mangel på helsepersonell.

NAPHA opplever at det i NOU 2025: 8 Folkehelse tas høyde for mange av disse utfordringene, og at den har gode anbefalinger og foreslår gode prioriteringskriterier.

NAPHA stiller seg bak behovet for et mer enhetlig prioriteringssystem for folkehelsearbeid, de fire hovedanbefalingene og de fire prioriteringskriteriene som foreslås. Både anbefalinger og kriterier ser ut til å være godt begrunnet.

Vårt viktigste innspill er at anbefalinger og kriterier samlet sett bør bidra til å styrke befolkningens mulighet for å opprettholde eller styrke *både fysisk og psykisk helse*, gjennom hele livsløpet og i ulike livssituasjoner. Prioritering av innsatser knyttet til utenforskap begrunnet i psykisk uhelse kunne med hell fremstått enda mer tydelig i NOUen. Dette begrunner vi ut ifra økt sykdomsbyrde i befolkningen på grunn av psykiske helseproblemer og at [FHI](#) fremhever tiltak rettet mot psykiske problemer som et av de viktigste folkehelseiltakene fremover.

Utvalget om prioritering av folkehelseiltak kunne med fordel hatt en større bredde i kompetansebakgrunn og perspektiver, med deltagere som utfører praktisk folkehelsearbeid. Så vidt vi registrerer er det ingen folkehelsekoordinatorer, helsesykepleiere eller sosialfaglig ansatte fra kommunen inkludert i utvalget. Disse kunne tilført verdifulle perspektiver på hva kommunene opplever at de trenger for å gjøre gode prioriteringer.

For øvrig har vi noen kommentarer knyttet til de to prioriteringskriteriene nytte og fordeling, anbefalingen om en satsing på ny og bedre kunnskap om folkehelseiltak, samt forslaget om å prioritere ressurser til fagmiljøer som arbeider med kunnskapsstøtte knyttet til folkehelseiltak i kommunene.

Nyttekriteriet

NAPHA stiller seg bak vurderingene om at *nytte* bør være et av de utvalgte prioriteringskriteriene når man vurderer folkehelseiltak. Samtidig er det viktig for oss å presisere at man ikke kan stille samme strenge krav til forskning på folkehelseiltak som retter seg mot psykisk uhelse og problematisk rusmiddelbruk, som til forskning på andre områder. Dette er ofte komplekse tilstander og fenomener hvor det er vanskeligere å måle direkte effekter med eksperimentelle design, sammenlignet med mer avgrensede tiltak som for eksempel vaksiner, røykeloven og bilbeltebruk, eller behandlingstiltak i klinisk virksomhet.

De forebyggende innsatsene rettet mot psykiske og sosiale forhold er en veldig stor del av folkehelsearbeidet, men altså vanskelig å ha for strenge forskningskrav til. Det er for eksempel vanskelig å måle direkte effekter av komplekse og helhetlige innsatser rettet mot forebygging av selvmord, og av brede samfunnsrettede tiltak som har til hensikt å redusere stigma, ensomhet og utenforskap. En del av tiltakene er for eksempel ikke rettet mot å redusere sykdomstrykk, men snarere å øke subjektiv livskvalitet for de som har kroniske lidelser.

NAPHA er opptatt av at innsatser skal være forskningsbaserte, men vi ser også at på dette området er det vanskeligere enn på andre områder. Det betyr ikke at vi skal avvente med å iverksette viktige innsatser rettet mot store samfunnsutfordringer, selv om det ikke finnes et godt nok kunnskapsgrunnlag fra forskning.

Fordelingskriteriet

Vi er helt enige med utvalget i at kriteriet *fordeling* vil være særlig viktig for å sikre prioritering av nye tiltak som har til hensikt å hindre utenforskap og utjevne levekår. Vi stiller oss bak beskrivelsene i kapittel 8 om at det er store forskjeller i helse mellom ulike sosiale grupper, at det er mange ulike syn på hva som er et godt liv, og at det bør være et viktig mål for folkehelsepolitikken å utjevne sosiale forskjeller.

Utenforskap, medborgerskap og recovery har vært en langvarig satsing for NAPHA. Det er godt kjent at innbyggere som har langvarige og sammensatte psykisk helse- og/eller rusmiddelproblem opplever mer utenforskap, levekårsutfordringer og har dårligere somatisk helse enn befolkningen ellers. [Riksrevisjonens rapport \(2025\)](#) har også pekt på store mangler i helse- og velferdstjenestene for ROP-målgruppen.

Vi er, som utvalget, opptatt av at fordelingskriteriet må ivareta prioritering av tiltak som omfatter det sosiale perspektivet ved god folkehelse, det som WHO kaller sosial helse. Dette innebærer for eksempel samfunnsrettede intervensjoner hvor man legger til rette for at man kan etablere og opprettholde positive sosiale relasjoner, etablering av arenaer hvor man kan oppleve tilhørighet og felleskap, og tiltak som styrker sosiale nettverk.

Videre er vi opptatt av at personer med langvarige og sammensatte psykisk helse- og/eller rusmiddelproblem skal ha like lett tilgang til folkehelseiltak som andre, og ha

samme muligheter til å medvirke i planprosesser som har til hensikt å utvikle slike tiltak. Hvis man aktivt prøver å legge til rette for at andre enn ressurssterke grupper kan benytte seg av slike tiltak (jf. kapittel 8), kan det resultere i mindre sosiale helseforskjeller mellom ulike grupper.

Forebygging av diskriminering, stigmatisering og rasisme er en viktig del av et moderne folkehelsearbeid. Å forebygge utenforskap handler om mer enn å gi alle like muligheter eller sørge for mulig medvirkning for alle. Man må også sørge for mer reell inkludering og forebygge utenforskap i samskapende demokratiske prosesser.

Innbyggere som opplever at de får delta i utviklingen av eget lokalsamfunn, opplever seg ofte som aktive aktører i eget liv, noe som i sin tur kan resultere i større mestringstro og tro på at man kan endre egne livsbetingelser. Dette er et annet utgangspunkt enn å være en passiv mottaker av tjenester fra sin kommune.

NAPHA har lenge vært en pådriver for å styrke innbygger- og brukerinvolvering i kommunene, og vi stimulerer til samskapende prosesser på tvers av fag- og brukerkompetanse. Våre erfaringer tilsier at det er både mulig og nødvendig å legge mer til rette for en bredere innbygger- og brukerinvolvering enn det som er tilfellet i folkehelsearbeidet mange steder i dag.

Det er ikke tilstrekkelig å gi alle like muligheter til å delta «på papiret». Ofte må det en ekstra innsats til for å sikre at alle kan bli like involvert og lyttet til. Noen grep man kan gjøre er å være tydelig i invitasjonene om hva man ønsker innspill på, å sørge for en trygg og god innramming, å ta godt imot de innspillene som kommer, og gi muligheter til å gi innspill anonymt. Det kan også være at man bør oppsøke ulike møtesteder og arenaer for å treffe personer fra alle samfunnslag, minoriteter, stigmatiserte grupper, og andre som sjelden deltar i slike prosesser.

Gjennom disse grepene kan man få mye nyttig informasjon om hvilke særlige hensyn som bør tas når man skal tilrettelegge for ulike tiltak, for eksempel tiltak som skal øke fysisk aktivitet for ulike grupper eller hva som er gode ensomhetsforebyggende tiltak, som ikke bidrar til ytterligere stigmatisering.

Vi stiller oss bak utvalget som tar utgangspunkt i prioriteringer ut ifra grunnleggende menneskerettigheter, og viktigheten av å prioritere tiltak som kan utjevne helseforskjellene i befolkningen. Alle har ulike forutsetninger for å ta gode helsevalg på egne vegne.

Ved å involvere en stor bredde av innbyggerne unngår man å bruke store summer på tiltak som innbyggerne ikke ønsker seg, eller ikke ser for seg at de vil bruke. En folkehelseplan med tiltak som utarbeides i tett samarbeid med innbyggerne vil med større sannsynlighet være en mer effektiv og treffsikker plan.

Ny og bedre kunnskap om folkehelse tiltak

I hovedanbefalingene er behovet for mer systematisk forskning på effektive folkehelse tiltak fremhevet. Dette er det lett for NAPHA å stille seg bak. Vår erfaring er at kommunene særlig kan ha behov for bistand til analysearbeidet knyttet til uttak av viktige folkehelse data fra sine lokalsamfunn, samt i prosessen for å finne ut hvilke tiltak og endringer som bør settes i verk på bakgrunn av disse analysene.

NAPHA stiller også seg bak mange av beskrivelsene og vurderingene knyttet til kunnskapsgrunnlaget i kapittel 7. Vi mener, som utvalget, at man ikke kommer unna at mange beslutninger knyttet til strategier og tiltak må tas under usikkerhet. Selv om vi også er en sterk pådriver for at forebyggende tiltak og lavterskeltilbud bør bygge på oppdatert forskning, er det mye som gjør at man ikke kan ha samme krav til dokumentasjon for folkehelseiltak, forebyggende tiltak og innsatser. Mange innsatser har ikke en åpenbar og tydelig årsak-virkningssammenheng, og mange tiltak er først og fremst utviklet lokalt, for å svare ut en lokal utfordring. Selv om noen slike eksempler på tiltak kan bidra til å inspirere andre, vil mye også ha liten overføringsverdi. Våre erfaringer stemmer godt med beskrivelsene i kapittel 7 i NOUen.

Vi deler også vurderingen av at den kunnskapen vi har i all hovedsak er på overordnet nivå. Den er vanskelig å bryte ned, og den er mindre nyttig i lokale beslutnings- og prioriteringsprosesser. Det er også vår erfaring at det kommunene først og fremst etterlyser er veiledning om hvordan man kan bruke ulike datakilder samlet sett, hvordan ulike typer kunnskap skal vurderes, hvordan evaluering av ulike typer tiltak bør gjøres, og hva som bør ligge til grunn for lokale vurderinger og beslutninger.

I opptrappingsplanen for psykisk helse er helsefremmende og forebyggende tiltak og kunnskapsbaserte lavterskeltjenester der folk bor, to av tre hovedinnsatsområder. Hvis man skal nå opptrappingsplanens mål, bør man i større grad svare ut kommunens behov for ny kunnskap knyttet til forebyggende psykisk helsearbeid. Med dette utgangspunktet kan vi stille oss bak anbefalingen om en satsing på ny og bedre tilpasset kunnskap om folkehelseiltak, og merker oss særlig anbefalingen om å utvikle en oversikt over effektive nasjonale og lokale tiltak med tilhørende kvalitetsvurdering og lokal relevans. Det tror vi vil være nyttig for å støtte opp om kommunale beslutninger og prioriteringer knyttet til målsettinger i opptrappingsplanen.

I kommuner av en viss størrelse vil det som regel være et mangfold av helsefremmende og forebyggende tiltak, både frisklivs- og mestringstilbud, møteplasser, ensomhetsforebyggende tiltak, «drop-in»-tilbud og lavterskel samtaletilbud. I tillegg vil det være tilbud i regi av frivillig sektor, brukerstyrte tilbud og tilbud i regi av brukerorganisasjoner. Mange av disse tilbudene bygger ikke på omfattende forskning, men vil som oftest være lokale innovasjoner som svarer ut innbyggernes utfordringer og behov.

Ut over kjennskap til forskningsbaserte tiltak, tror vi derfor at kommunene kan ha behov for noe veiledning om hvilke vurderinger som bør gjøres i forkant av etableringen av slike lokalt tilpassede tiltak.

Hvilke «krav» skal stilles til kunnskapsgrunnlaget, særlig hvis det ikke finnes tilstrekkelig med forskning? Og hva er gyldig kunnskap i slike sammenhenger?

Et helhetlig kunnskapsstøttesystem

Vi støtter anbefalingen om å prioritere ressurser til fagmiljøer som arbeider med kunnskapsstøtte knyttet til folkehelseiltak i kommunene. Når det gjelder psykisk helse- og rusforebyggende tiltak, vil kompetanse- og beslutningsstøtte til kommunene være i kjernen av oppdraget til de regionale og nasjonale kompetansesentrene på psykisk helse- og rusområdet.

Kompetansesentrene som retter sin virksomhet mot kommunene skal de nærmeste årene organiseres mer samlet, som en del av Helsedirektoratet. Det kan være naturlig å vurdere om disse miljøene kan få en større rolle når det gjelder kompetanse- og beslutningsstøtte til kommunene på det helsefremmende og forebyggende området, særlig etter at Program for folkehelsearbeid avsluttes i 2027.

Vi registrerer at utvalget viser til mange ulike aktører som kan ha en rolle og bidra med kompetansestøtte til kommunene. I nyeste revisjon av folkehelseloven legges det også opp til at staten tar et større ansvar for å gi støtte til kommunene og fylkeskommunene i sitt folkehelsearbeid.

Med bakgrunn i NAPHAs erfaringer fra FACT-satsingen i Norge, foreslår vi et helhetlig kompetansestøttesystem til kommunene. Både Helsedirektoratet, fylkeskommuner, FremSAM og regionale kompetansesenter på psykisk helse- og rusområdet bør inngå, men en aktør på nasjonalt nivå bør ha et tydelig koordineringsansvar. Ansvar, oppgaver og roller må være tydelige. Våre erfaringer tilsier at det er lettere å få til utvikling av folkehelsearbeid med mindre variasjon, hvis man organiserer kompetansestøtten på denne måten.

NOUen viser til at det foreligger et forslag om at 85 millioner, som til nå har gått til program for folkehelsearbeid, fremover skal inn i rammen til fylkeskommunen, for å støtte kommunene i sitt folkehelsearbeid. Vi tror det blir viktig å sikre at noen av disse pengene blir brukt til prosess-støtte til kommunene. Vi opplever en stor interesse for samskaping som metode i kommunene, og det er et stort behov for prosess-støtte i arbeidet med folkehelseplaner.

Selv om KS har laget en [håndbok om hvordan man kan benytte samskaping i kommunal tjeneste](#), trengs det noen som kan lede an i prosessarbeidet og legge til rette for workshoper lokalt.

Mer samskaping i planleggingen av folkehelsearbeidet kan gjøre at man kan hente ut gevinster i form av at befolkningen blir mer aktivt involvert, og får større eierskap til planene som legges.

Videre bør kompetanse- og prosess-støtten være direkte knyttet til utbredelsen av folkehelsekampanjen og rammeverket «ABC for god psykisk helse». Kampanjen er en av de prioriterte satsingene i opptrappingsplanen for psykisk helse.

Gjennom ABC samarbeider frivilligheten, skoler, arbeidsplasser og lokalsamfunn om å samskape folkehelse tiltak som er tilpasset lokale forhold. Tiltakene bygger på tre bærende helsefremmende prinsipper om å gjøre noe *aktivt (A)*, *sammen (B)* og noe *meningsfylt (C)*. ABC for god psykisk helse bygger også på de teoretiske prinsippene fra recovery, mattering og salutogenese.

Gjennom prosessbaserte metoder blir lokalbefolkning og frivillighet invitert inn til å lage egne opplegg og folkehelse tiltak, basert på ABC-kriteriene, som kan passe inn på egen arbeidsplass, skole eller idrettslag. På denne måten får innbyggerne mer eierskap til tiltakene, siden de treffer bedre på hva befolkningen faktisk ønsker seg

ABC-tiltakene er lokalt tilpasset skreddersøm, og dermed mer utfordrende å forske på ved bruk av eksperimentelle design. De vil derfor ikke bli høyt prioritert hvis man legger en snever tolkning av nyttekriteriet til grunn. Dette er et eksempel på hvorfor NAPHA mener man må være tilstrekkelig pragmatisk i bruken av nyttekriteriet.

Bedre prioriteringer og beslutningsprosesser

Utvalget har sett på analysen for hvordan beslutningsprosesser er i dag og hvordan folkehelseiltak prioriteres i ulike sektorer. De legger også fram hva som er barrierene for en enhetlig vurdering av folkehelseiltak og god implementering. I siste vedlegg i NOUen er det også skjematisk framstilt hvilke strukturer som finnes for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i sine prioriteringer, men som per nå mangler for folkehelsearbeidet. I denne oversikten blir det tydelig at det ikke er egne prioriteringer for tiltak i folkehelsearbeidet i dag.

I tillegg har utvalget sett på den norske innsatsen for å redusere sosiale forskjeller i helse og livskvalitet som regjeringen bestilte i forbindelse med arbeidet med den siste folkehelsemeldingen (Meld. St. 15 (2022-2023)). Folkehelsearbeidet er en politisk styrt strategi med utspring i Stortinget, som utarbeides som en folkehelsemelding hvert fjerde år. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har sentrale roller i å bidra med faglig grunnlag og gjennomføre politikken. Utvalget oppsummerer med anbefalinger om forbedringer av beslutningsprosesser.

NAPHA støtter at det blir viktig å evaluere innsatsen for å redusere sosiale helseforskjeller. Ved å klargjøre verdigrunnlaget som er det første kriteriet, sikrer man at folkehelsearbeidet skal bygge på tydelige verdier som rettferdighet, likhet og bærekraft. Kommuner må derfor vurdere tiltak ikke bare ut ifra kostnadskriterier, men også ut fra om de bidrar til sosial utjevning. Når det gjelder prioriteringer i folkehelsearbeidet, er vi enige i at man må se på kunnskapsgrunnlaget for de valgene man tar, gjennom systematisk innhenting og bruk av data om helse og effekter av ulike tiltak. NAPHA støtter at vi må bruke helsestatistikk vi har tilgjengelig, og forskning, når man prioriterer forebyggende tiltak. Vi tenker også at å utvikle rammer og metodikk for å sammenligne tiltak på tvers av sektorer er en måte å gjøre dette på, hvor tiltak i ulike sektorer som skole, trafikk og helsesektor blir vurdert samlet sett. NAPHA ser behovet for at kommuner får styrket sin implementering av folkehelseiltak gjennom mer aktiv bruk av folkehelseloven og andre verktøy.

Anbefaling om forbedring av beslutningsprosessene.

Siden folkehelsearbeid er en type arbeid som utføres og berøres av alle deler av samfunnet, som skole, transport og boligpolitikk, trengs det åpenbart kontakt mellom ulike departement og direktorat. Utvalget anbefaler bedre koordinering mellom sektorer og nivåer, stat og kommune, for å lykkes med det tverrsektorielle samarbeidet. Dette er gjenkjennelig for oss i NAPHA – større satsinger krever samarbeid på tvers av ulike direktorat og lovverk i ulike sektorer, på tvers av utdanning, arbeidsliv og helselovverk. Ofte har ulike sektorer ansvar for deler av et større folkehelse- eller forebyggingsansvar, men det er viktig at det finnes en felles overbygning, slik at noen holder tråden i det totale folkehelsearbeidet. Kriteriene vil også kunne føre til mer rettferdighet, som at utsatte grupper prioriteres høyere enn i dag, siden vi har et eget kriterium for utjevning.

Utvalget understreker videre behovet for innbyggerinvolvering og åpenhet, som vi tidligere har skrevet om. Innbyggernes modell fra Trondheim kommune, er i en faktaboks i NOUen lagt fram som et eksempel på samskaping – i tråd med omtalen tidligere i vårt

høringssvar. NAPHA framhever innbyggerinvolvering og samskaping i kommunene og tjenesteutvikling, som et av de viktigste grepene for demokratisk utforming av folkehelseiltak for våre målgrupper, i tillegg til alle innbyggere i et lokalsamfunn.

Utvalget peker på viktigheten av strukturert og systematisk tverrsektorielt samarbeid, også på departements- og etatsnivå, og det pekes på vellykkede eksempler som «Kjernegruppen for utsatte barn og unge», «Samfunnsoppdraget om inkludering av barn og unge» og det tverrsektorielle arbeidet med meldingen om sosial utjevning og mobilitet «Meld. St. 28 (2024–2025) Tro på framtida – uansett bakgrunn». Det er betegnende at alle disse eksemplene dreier seg om barn og unge. Det er påfallende mangel på eksempler på strukturert statlig, tverrsektorielt samarbeid når det gjelder voksnes levekår og psykiske helse. Vi vet mye om effekten av å stå i arbeid og meningsfull aktivitet, både for den enkeltes psykiske helse og for samfunnsøkonomien. Samarbeid på tvers av departementer og etater knyttet til denne tematikken, bærer imidlertid preg av enkeltsatsinger rettet mot relativt snevre målgrupper, og mangler den samme overordnede koordineringen og tenkningen som preger de framhevede eksemplene.

Avslutning

NAPHA støtter de fire hovedanbefalingene og prioriteringskriteriene i NOU 2025: 8 Folkehelse – verdier, kunnskap og prioritering, men understreker behovet for en tydeligere vektlegging av psykisk helse, sosiale forhold og ulike former for utenforskap. NAPHA mener det er avgjørende at nyttekriteriet må tolkes vidt til å også ta innover seg de komplekse faktorene som ofte ligger bak psykisk uhelse og livskvalitet i befolkningen. Vi ser at fordelingskriteriet som spesielt gunstig for våre målgrupper som strever med psykisk uhelse og for grupper som er stigmatiserte på andre områder. Det tar innover seg at økonomi og andre sosiale parametere er viktige når vi skal jobbe med å utjevne helseforskjellene i befolkningen. Vi vil løfte og støtte utvalgets søkelys på at kommunene trenger tilgang på operativ støtte både i prosess og kompetanseutvikling for å velge og utvikle folkehelseiltak. Til slutt mener NAPHA at det må prioriteres midler til innbyggerinvolvering og samskaping og det bør utvikles rammer for sammenligning av tiltak på tvers av sektorer.

Referanser:

Meld. St. 15 (2022–2023). *Folkehelsemeldinga. Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>

Meld. St. 23 (2022–2023). *Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>

Meld. St. 24 (2022–2023). *Felleskap og meistring. Bu trygt heime*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/?ch=1>

NOU 2023: 4 (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

Riksrevisjonen. (2025). *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse* (Dokument 3:5 (2024–2025)). Riksrevisjonen.
<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2024-2025/helse-og-velferdstjenester-til-personer-med-samtidig-rusmiddellidelse-og-psykisk-lidelse/>