



UNIVERSITETET I BERGEN  
*Institutt for politikk og forvaltning*

AORG350  
Masteroppgåve

**Er kvinner berre små menn?**

**Ei studie av prosessar om kvinnehelsepolitikk**

---

**Tora Elisabeth Hovland**

**Vår / 2024**

## **Forord**

Denne masteroppgåva i Administrasjon og organisasjonsvitskap markerer slutten på fem fine år ved Universitetet i Bergen. Å skrive masteroppgåve har vore ein lærerik og krevjande prosess. Det er mange som har bidrege med gode råd og støtte, og desse fortener ein stor takk. Eg vil takke *Institutt for politikk og forvaltning* og forskingsgruppa *Kunnskap, politikk og organisering*. Ein spesiell takk til min rettleiar Kari Tove Elvbakken for eit godt samarbeid gjennom haustsemesteret 2023 og vårsemesteret 2024. Takk for nyttige innspel, faglege diskusjonar og hyggelege møte gjennom året.

Eg vil gi ein stor takk til mine medstudentar frå lesesal på Sofie Lindstrøms hus. Året med masterskriving ville ikkje vore det same utan dykk. Takk for hyggelege samtalar både faglege og uformelle. Eg vil takke Nora Imrik for godt fagleg samarbeid og godt vennskap gjennom alle dei fem åra som student i Bergen. Du har bidrege til å gjere studietida i Bergen veldig fin.

Eg vil også takke min nærmaste familie og venner. Ein stor takk til mine foreldre som har bidrege med korrekturlesing og støtte gjennom heile studieløpet mitt.

Tora Elisabeth Hovland

3. juni 2024

## **Samandrag**

I denne studien har eg samanlikna politiske prosessar om kvinnehelse i Noreg, med utgangspunkt i NOU 1999: 13 *Kvinner si helse i Noreg* og NOU 2023: 5 *Den store forskjellen*. Eg har samanlikna mandat, utvalssamansetnad, kunnskapsgrunnlag og tilrådingar til tiltak for å undersøke kva endringar som har skjedd frå første til andre prosess, og kva som karakteriserer kvinnehelsepolitikk i Noreg. Tilhøyrande høyringsprosessar til dei to utgreiingane og meldingar til Stortinget, har saman med rapportane vore ein del av datagrunnlaget for studien. Eg har undersøkt om politiske preferansar kan forklare endringane, og om det har skjedd endringar i kva som karakteriserer kvinnehelsepolitikk.

Eg har gjennomført ei innhaldsanalyse av dokument knytt til dei politiske prosessane om kvinnehelse opp mot dokument som seier noko om dei politiske preferansane til parti og regjeringar. Det teoretiske grunnlaget for studien er tre steg i Howlett, Ramesh og Perl sin modell *policy-cycle*. Dette er agendasetting, politikktutforming og evaluering. Tilrådingane til tiltak frå dei to utvala er kategorisert etter Nato-rammeverket til Hood for å kunne spore endring i kva type tiltak ekspertutvala rådar til å bruke når det gjeld kvinnehelse.

Gjennom undersøkingane av dokumenta har eg peika på at politiske preferansar kan forklare nokon av endringane i dei politiske prosessane. Kvinnehelsepolitikk har fått ei breiare tilnærming i 2023 enn i 1999.

## Innhald

Kapittel 1 Innleiing .....	1
1.1 Problemstilling og forskingsdesign .....	3
Kapittel 2 Kvinnehelse som tema i vitskap og politikk.....	5
2.1 Kva er kvinnehelse? .....	5
2.2 Sosiale ulikskapar .....	7
2.3 Kvinnehelse i eit historisk perspektiv .....	8
Kapittel 3 Teori .....	13
3.1 Agendasetting .....	14
3.1.1 Problemdefinering .....	14
3.1.2 Definisjonar og typar agenda .....	16
3.1.3 Analytiske perspektiv på agendasetting .....	18
3.1.4 Aktørar i agendasetting .....	18
3.2 Politikktutforming .....	19
3.2.1 Aktørar i politikktutforming .....	20
3.3 Styringsverktøy .....	21
3.3.1 Nodalitet .....	22
3.3.2 Autoritet.....	22
3.3.3 Treasure .....	24
3.3.4 Organisasjon .....	24
3.4 Politisk evaluering .....	25
3.4.1 Typar evaluering.....	25
3.4.2 Evidensbasert politikk .....	26
Kapittel 4 Metode og datamateriale .....	28
4.1 Komparativ casestudie .....	28
4.2 Innhaldsanalyse .....	29
4.3 Datamaterialet .....	30
4.3.1 NOU-ar.....	32
4.3.3 Høyringsssvar .....	34
4.3.4 Meldingar til Stortinget .....	35
4.3.5 Valprogram og regjeringsprofil.....	35
4.4 Metodologisk strategi .....	36
4.5 Reliabilitet .....	38
4.6 Validitet.....	38
Kapittel 5 NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge og politisk prosess.....	41
5.1 Mandat.....	41
5.2 Utvalssamansetnad .....	42
5.3 Kunnskapsgrunnlag .....	43

5.4 Tilrådingar til tiltak .....	43
5.5 Høyring.....	49
5.5.1 Kva vart sagt i høyringane?.....	50
5.6 Stortingsmelding nr. 16 2002-2003.....	52
5.6.1 Arbeidet med meldinga .....	54
5.7 Kva har skjedd sidan 1999?.....	54
Kapittel 6 NOU 2023: 5 Den store forskjellen og politisk prosess .....	57
6.1 Mandat.....	57
6.1.1 Justert mandat.....	58
6.2 Utvalssamansetnad .....	59
6.3 Kunnskapsgrunnlag .....	60
6.4 Tilrådingar til tiltak .....	61
6.5 Høyring.....	65
Kapittel 7 Politiske preferansar .....	71
7.1 Politiske preferansar, NOU 1999: 13 .....	71
7.2 Politiske preferansar, NOU 2023: 5 .....	72
7.2.1 Solberg-regjeringa .....	72
7.2.2 Støre-regjeringa .....	74
7.3 Politiske skiljelinjer .....	76
7.3.1 Jagland-regjeringa .....	77
7.3.2 Solberg-regjeringa .....	78
7.3.3 Støre-regjeringa .....	79
Kapittel 8 Analyse og diskusjon.....	81
8.1 Kvinnehelse på agendaen .....	81
8.2 Kvinnehelseutfordringar.....	83
8.3 Mandat.....	84
8.4 Utvalssamansetnad .....	88
8.5 Politikkutforming .....	91
8.5.1 Vurderingsfasen og dialogfasen .....	91
8.5.2 Formuleringsfasen .....	92
8.5.3 Konsolideringsfasen .....	99
Kapittel 9 Avslutning .....	106
9.1 Hovudfunn og svar på problemstilling .....	106
9.2 Kva kan denne studien bidra med?.....	107
9.3 Teoretiske implikasjonar .....	108
9.4 Vidare forskning .....	109
Litteratur.....	i

## **Tabelloversikt**

### **Kapittel 4 Forskingsdesign**

4.3 Tabell 1: *Materialet frå Arkivinnssamling*

### **Kapittel 5 NOU 1999: 13 Kvinner helse i Norge**

5.2 Tabell 2: *Utvalssamansetnad NOU 1999: 13*

5.4 Tabell 3: *Tiltakskategoriar NOU 1999: 13*

5.4 Tabell 4: *Nodalitetstiltak NOU 1999: 13*

5.4 Tabell 5: *Autoritetstiltak NOU 1999: 13*

5.4 Tabell 6: *Treasure-tiltak NOU 1999: 13*

5.4 Tabell 7: *Organisasjonstiltak NOU 1999: 13*

5.6 Tabell 8: *Tiltak Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003)*

5.7 Tabell 9: *Tiltak i melding til Stortinget nr. 7 (2015-2016)*

### **Kapittel 6 NOU 2023: 5 Den store forskjellen**

6.2 Tabell 10: *Utvalssamansetnad og sekretariat NOU 2023: 5*

6.4 Tabell 11: *Tiltakskategoriar NOU 2023: 5*

6.4 Tabell 12: *Nodalitetstiltak NOU 2023: 5*

6.4 Tabell 13: *Autoritetstiltak NOU 2023: 5*

6.4 Tabell 14: *Treasure-tiltak NOU 2023: 5*

6.4 Tabell 15: *Organisasjonstiltak NOU 2023: 5*

6.5 Tabell 16: *Oversikt samanlikning høyringsinstansar*

6.5 Tabell 17: *Interesseorganisasjonar sine høyrings svar*

## Kapittel 1 Innleiing

Kunnskap og politikk er to sentrale omgrep i studiar av samfunnet og politikk. Korleis ekspertkunnskap vert nytta i politiske prosessar handlar om forholdet mellom omgrepa. Forholdet refererer til samspelet mellom forskning, informasjon, vitskapelege data og politiske avgjerder og handlingar. I kva grad ekspertkunnskap skal kunne påverke politiske prosessar, er stadig under diskusjon. På den eine sida vert bruk av ekspertkunnskap støtta opp med argument som botnar i eit styrka demokrati og legitimering av politiske tiltak. Ekspertdeltaking i politiske prosessar reknast for å bidra til epistemisk sunnare avgjerder og effektiv politikk gjennom informasjon og kunnskap om aktuelle saker. Det kan vere eit strategisk val å nytte ekspertar, då dette kan auke legitimiteten til politiske vedtak (Tellmann, 2017, s. 311).

Den demokratiske innvendinga mot bruk av ekspertar botnar i at det er i strid med folkestyret. Epistemiske innvendingar som kven kvalifiserer som ekspertar, moralske dimensjonar, grad av å vere partisk og om ekspertar handlar på grunnlag av kunnskap, forplikting eller interesse er aktuelle innvendingar mot ekspertise i politikktutforming (Holst og Molander, 2017, s. 237). Det kan vere problematisk å stole på ekspertar sine tilrådingar og gi dei makt, på grunn av deira svake demokratiske legitimitet og ansvar som ikkje er definert. Argument om eit svekka demokrati på veg mot eit ekspertvelde, altså eit teknokrati, vert brukt. Ekspertar hentar sin autoritet frå meritokratiske strukturar heller enn demokratiske prosedyrar, som vil seie makt som er tildelt basert på individuelle ferdigheiter og prestasjonar. Deira deltaking i offentlege politiske prosessar er derfor omstridt i form av demokratiske ideal (Tellmann, 2017, s. 311).

«Demokratiet skal videreutvikles og gjøres gjeldende på alle områder av samfunnslivet», heitte det i mandatet til Maktutredningen (NOU 1982: 3). I 1972 oppnemnde regjeringa ei forskargruppe som, med bistand frå eit råd, skulle greie ut om dei faktiske maktforholda i Noreg (NOU 1982: 3, s. 1). I sin modell av makt og avmakt peikar utgreiinga på at avstemming er avgjerds måten i eit demokrati, og at makt er ei fleirtalsavgjerd og at avmakt skjer ved roterande fleirtal. Alle partia på Stortinget kan overgå kvarandre med auking av midlar til populære postar (NOU 1982: 3, s. 28). Kva dei politiske partia i Noreg vel å setje på sin politiske dagsorden, og uttrykker ønske om å gi midlar til, har derfor stor påverknadskraft for makt eller avmakt.

Maktfordeling er viktig i eit demokrati. I Noreg har vi departement som også utøver makt. Deira makt er knytt til kva tenester dei utfører og kva ressursar dei har. Departementa si makt er også

avhengig av kva einingar og nivå dei er delt inn i (NOU 1982: 3, s. 36). Departementa er ein del av sentraladministrasjonen. Delar av sentraladministrasjonen representerer ofte eit bestemt fag og det er forventa at faget skal tene politikken myndigheitene har vedteke. Det er ei klar forventning at den skal vere eit reiskap for regjeringa sine preferansar, men også at den skal vere politisk nøytral (Jacobsen, 1960, s. 20-21). Dette kan skape konfliktlinjer som bruk av ekspertise i politikk, og konfliktlinjer som Knut Dahl Jacobsen peikar på i artikkelen *Lojalitet, nøytralitet og faglig uavhengighet i sentraladministrasjonen* (Jacobsen, 1960).

Konflikten mellom fag og politikk vil alltid vere av interesse for den politiske opposisjonen. Dersom ein kan stille rimelege argument til fordel for ekspertisen sine tilrådingar, sjølv om dette går i mot myndigheitene sine ønsker, vil dette bli utnytta av motseiande politiske meiningar (Jacobsen, 1960, s. 27). Dersom ekspertråd og partipolitisk syn har samsvar aukar dette legitimiteten til implementeringa av ny politikk. Dette samsvarar med det Maktutredningen peikar på i høve til *representativitet*. Inngrep gjort av myndigheiter må bygge på folket sine interesser, behov og ønsker (NOU 1982: 3, s. 30).

Helse- og omsorgsdepartementet er den delen av sentraladministrasjonen som har det overordna ansvaret for helsepolitikken. Departementet sjølv seier at helseforskning er eit sentralt verkemiddel i helse- og omsorgspolitikken, og at forskingsbasert kunnskap inngår som ein del av grunnlaget for politiske og faglege avgjerder og i evalueringa av tiltak som er sett i verk nasjonalt og lokalt (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å.). Helsepolitikken er med andre ord prega av kunnskap og ekspertise. Fleire helseeksperter peikar på at ein har for lite kunnskap om kvinner si helse, og for lite fokus på kjønnsperspektiv i helse. Allmennlegar saknar helseforskning med kjønnsperspektiv og meiner deira manglande kjønnsspesifikke kunnskap skuldast for lite forskning med kjønnsperspektiv (Stave, 2022). Ei kartlegging av læringsmål om kjønn og kvinnehelse i helseprofesjonsutdanningar syner at kvinnehelse ikkje er nemnt som eit eige kunnskapsfelt. Mannehelse er heller ikkje nemnt og kunnskapen utdanningane skal lære seg er kjønnsnøytral (Rustad, 2020). Dette skriv Forskningsrådet på [kjønnsforskning.no](http://kjønnsforskning.no). I 2020 publiserte dei ein artikkel der fleire forskarar kritiserte regjeringa si satsing på kvinnehelse, og dei etterlyste øymerka midlar til ulike typar kvinneforskning og oppretting av nye professorat innanfor dette feltet (Dietrichson, 2020).

I denne studien vil eg undersøke to politiske prosessar om kvinnehelse med kring 30 års mellomrom. Den eine var på slutten av 1990-talet, den andre i dag. Eg vil undersøke endringar



i val av ekspertise og deira tilrådingar til politikk, og korleis synet på kvinnehelse har endra seg, med fokus på desse politiske prosessane. Studien er ei casestudie av politiske prosessar kring desse to offentlege utgreiingane om kvinnehelse. Prosessen kring den første utgreiinga starta ved oppnemninga av det første kvinnehelseutvalet i 1997. Rapporten frå det andre utvalet vart levert våren 2023. Dette er avgrensinga av tidsperiode for studien.

## 1.1 Problemstilling og forskingsdesign

*Kva karakteriserer kvinnehelsepolitikk, tilrådingar og oppfølging av tiltak om kvinnehelse frå to utval, eitt i 1999 og eitt i 2023, og kva kan forklare endringane?*

Problemstillinga søkjer å forklare korleis ekspertise, politikktutforming og synet på eit spesifikke problem har endra seg over tid og kva som kan forklare sentrale endringar. Problemstillinga er på same tid skildrande og forklarande, og søkjer etter å undersøke og forklare prosessar som ligg bak spesifikke hendingar eller fenomen (Toshkov, 2016, s. 36-37). Temaet for denne studien er kva som kan forklare endringane i bruk av ekspertise, utforminga av politikk og forståinga av kva utfordringar det er med kvinnehelsesituasjonen i Noreg og kva for tiltak som utfordringar best kan møtast med.

Forskingsspørsmål:

1. Kven vert brukt som ekspertar og kva har regjeringane som oppnemnde utvala å seie for samansetnad og mandat?
2. Kva kvinnehelseutfordringar og kva tiltak peikar dei to utvala på? Kva kan forklare eventuelle forskjellar?
3. Korleis vert tilrådingane følgt opp og med kva resultat for kvinnehelsepolitikken?

Forskingsspørsmåla skal bidra til eit meir nyansert bilete for å forstå endringane. Ekspertise, politikktutforming i form av tilrådingar til politikk, og karakteristikkar ved eit fenomen er delar av politiske prosessar. Kva som karakteriserer kvinnehelse og korleis fenomenet vert definert er viktig for at problemet kjem på den politiske agendaen. Eit problem må nå den politiske agendaen før det vert utforma tilrådingar til politikk. Agendasetting og forslag til politikktutforming er dei to første stega i Howlett, Ramesh og Perl (2009) sin modell av den politiske syklusen eller *policy-cycle*. Dette er ein modell som skildrar politiske prosessar. Vabo, Klausen og Askim omtalar modellen som stegmodellen (Vabo, m.fl., 2020, s. 33). Eg vil omtale

modellen som politikk-sirkelen. I denne studien skal eg forklare endringar i politiske prosessar om kvinnehelse frå 1990-talet til i dag. Politiske prosessar påverkar kvarandre og kan ta lærdom frå tidlegare liknande prosessar. Derfor kan det siste steget i rammeverket, politisk evaluering, bidra til å forstå det som skjer i nyare prosessar (Vabo, m.fl., 2020, s. 220). Studien tar opp desse tre stega av politikk-sirkelen.

Denne oppgåva utforskar politiske prosessar om kvinnehelse i Noreg med fokus på to prosessar. Dette er prosessane som starta med to offentlege utgreiingar, NOU 1999: 13 og NOU 2023: 5. Begge utgreiingane vart sende til høyring og blei følgt opp av dei regjeringane som tok dei imot. Utgreiingane utgjer ein viktig del av datagrunnlaget. Eg vil gjennomføre ei komparativ studie av dei relevante delane av rapportane og påfølgjande høyringsprosessar, saman med analyse av stortingsbehandling av den første utgreiinga. Samanlikning av mandata og utvalssamansetnaden til dei to utgreiingane vil bidra til å svare på forskingsspørsmål nr. 1. Denne samanlikninga saman med samanlikning av tiltak vil kunne undersøke forskingsspørsmål nr. 2. Høyringsprosessar og stortingsbehandling vil kunne svare på forskingsspørsmål nr. 3. Det eg meiner med *resultat for kvinnehelsepolitikken* i denne studien er korleis høyringsinstansar og meldingar til Stortinget omtalar kvinnehelsepolitikk og korleis dette har endra seg.

## **Kapittel 2 Kvinnehelse som tema i vitenskap og politikk**

Helsetilstanden i Noreg er i hovudsak god, og forventade levealder har meir eller mindre auka kontinuerleg fram til 2020. I 2022 var forventade levealder for kvinner 84,4 år og 80,9 år for menn (FHI, 2023). Kvinner i Noreg har generelt god helse. Kvinner og menn har ulike kroppar og liv, det gjeld både biologiske og sosiale føresetnader. Dette påverkar korleis og i kva grad ein nyttar helsetenester og opplev sjukdom. I medisinsk tradisjon og vitenskap er mannen sine estimerte normalverdiar skildra som idealet, for eksempel i lærebøker (Høiland og Øvrebø, 1987, s. 7). Derfor har ytringar som «Kvinner blir sett på som små menn» kome til syne. Dette vart sagt av ei venstrekvinne Jannicke Unsgaard (Unsgaard, 2023). Vi veit at kjønn har påverka på helse og helsetilstandar. Når ein tenker på ulikskapane mellom kvinner og menn, er det nærliggande å tenke på dei biologiske forskjellane knytt til reproduksjon. Kvinnehelse handlar ikkje berre om dei biologiske faktorane som skil seg frå menn sine. Kvinner og menn er også sosiale kjønn.

I dette kapittelet vil eg gjere greie for kva kvinnehelse er, korleis det blir definert og kva tema som vanlegvis er knytt til omgrepet. Dette kan ha endra seg over tid. Å vere open for at det i ulike tider er forskjellige tilhøve som vert sett på som utfordringar for kvinner si helse, er viktig i denne studien. Det er viktig i ein samanheng der ein set lys på endringar og har som intensjon å forklare endringar i kvinnehelse og tilrådingar til tiltak for betre kvinnehelse i politisk samanheng. Å ha eit historisk perspektiv på kvinnehelse kan gi nyttig innsikt for å tolke og vurdere politiske prosessar for betring av kvinnehelse. Kapittelet vil og ta opp bakgrunnsinformasjon for studien.

### **2.1 Kva er kvinnehelse?**

Tidlegare professor i førebyggjande helsearbeid og sosialmedisin John Gunnar Mæland skriv i boka *Forebyggjande helsearbeid*, at det er vesentlege forskjellar mellom menn og kvinner si helse. Mæland skriv at menn har kortare levetid enn kvinner, men at kvinner har gjennomgåande dårlegare helse enn menn vurdert ut frå sjukdom, legekontakt og trygdestatistikk. Han peikar på at desse ulikskapane kan skuldast at kvinner lettare erkjenner at dei har eit helseproblem (Mæland, 2016, s. 44).

I sin artikkel *History of the Women's Health Movement in the 20th Century*, vektlegg Francine H. Nichols at det i den rikelege litteraturen om kvinnehelse sjeldan vert gitt ein definisjon av omgrepet kvinnehelse (Nichols, 2000, s. 60). *World Health Organization* (WHO) definerer

helse slik: *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity* (WHO, u.å.). Dersom ein tek utgangspunkt i denne definisjonen, er kvinnehelse kvinner sin tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikkje berre fråvær av sjukdom eller svakheiter.

I 1997 understreka eit ekspertpanel for kvinnehelse ved *American Academy of Nursing*, at ein må forstå at kvinnehelse krev meir enn berre eit biomedisinsk syn, det krev og bevisstheit om konteksten til kvinner sine liv (Nichols, 2000, s. 60). Ein forstår helse ut frå eit samfunn sine forventningar og ressursar. Kvinnehelse har gjerne ulike problemstillingar, ulike stader i verda. Kvinner i land med mindre ressursar, likestilling og utvikling enn Noreg, vil til dømes ha andre problemstillingar enn vi har her. Globalt er det eit stort problem at kvinner dør i samband med svangerskap og fødsel, eller at dei ikkje får den helsehjelpa dei treng ettersom dei ikkje er likestilt med menn. Nokre kvinner har ikkje tilgang til nødvendig helsehjelp (Pettersen, 2022). *School of Nursing faculty* ved *University of Michigan* la til nokre fleire aspekt ved si skildring av kvinnehelse. Ifølgje Nichols definerte fakultetet kvinnehelse som kvinner sitt fysiske, psykologiske og sosiale velvære, inkludert mangfaldet og heterogeniteten til kvinner, så vel som mangfaldet av bekymringar som påverkar deira velvære (Nichols, 2000, s. 60).

Kvinnehelse handlar først og fremst om dei delane av kropp og sjel, sjukdom og helse som er spesifikke for kvinner. I nokre tilfelle handlar det om korleis kvinnekroppar reagerer annleis enn menn sine kroppar. Nokre gonger handlar det om korleis det at kvinner lever annleis enn menn, påverkar helsa. Andre gonger handlar det om noko som er heilt spesifikt for kvinner og ikkje relevant for menn. Kvinner menstruerer, kan bli gravide, føder born, produserer morsmjølk og har ein tydeleg overgangsalder (Sundby, 2022).

Det er generell semje om nokre forhold knytt til kvinner si helse. Dette gjeld mangfaldet av kvinner sine helsebehov gjennom livet og kvinner som informerte deltakarar i eige liv. Dette gjer det viktig å vektlegge ulikskap mellom kjønn i sjukdom og til dømes reaksjonar på medikament ved behandling eller behov for tverrfagleg tilnærming for å handtere kvinner sine helseproblem (Nichols, 2000, s. 60). Berit Schei, som er den første professoren i kvinnehelse i Noreg, ønska gjerne at kvinnehelse fekk eit anna namn. Dette ytra ho i eit intervju med *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Ho meinte at omgrepet helse ikkje var presist og at kvinnemedisin kunne vore eit betre omgrep (Sundar, 2000).

I 2022 lanserte tre kjendiskvinner ein luksusprega klinikk for estetisk medisin. I samband med lanseringa følgde det med diskusjon om kva definisjonen av kvinnehelse skulle fatte om. Lanseringa av klinikken vart følgt av ein debatt om kvinner og helse. I lanseringa vart det hevda at teknikkar som kan endre utsjånaden, som til dømes feittsuging, estetisk kirurgi, «fillers» og fjerning av rynker, var kvinnehelse (Sundby, 2022). Bruken av ordet kvinnehelseklinikk fekk massiv kritikk. Dei tre kjendiskvinnene trakk seg ut av samarbeidet etter kritikken og beklaga at kvinnehelse og estetisk medisin vart brukt synonymt. Debatten førte på si side med seg eit engasjement kring kvinnehelse, og fekk tematikken tydelegare på media sin agenda (Thommesen og Tjøflot, 2022).

## **2.2 Sosiale ulikskapar**

Kvinnehelse handlar ikkje berre om dei biologiske skilnadane frå menn si helse. Kvinner og menn er også sosiale kjønn. Mæland peikar på at dei sosiale ulikskapane kan vere noko av grunnen til at kjønna er ulikt prega av sjukdom (Mæland, 2016, s. 44). Sosialt kjønn viser til normer, verdiar og forventningar knytt til det å vere kvinne eller mann som er sosialt og kulturelt skapt. Haldningar og handlingar knytt til kva som blir sett som kvinneleg eller mannleg er ofte ikkje bevisst og varierer i tid og mellom kulturar (Korsvik og Rustad, 2022 s. 2). Katarina Hamberg har i artikkelen *Gender bias in Medicine*, peika på at forskning syner at biologiske prosessar og anatomi, forhold i det daglege liv, erfaringar frå miljøet rundt, risikoåtferd og respons på stressande hendingar, kan bidra til variasjon i helse og sjukdom hjå menn og kvinner (Hamberg, 2008, s. 237). Det er med andre ord ikkje berre dei biologiske ulikskapane som kan resultere i forskjellar i helse, men også sosial ulikskap.

Jenter og gutar har gjennom historia hatt ulike oppseding og har lært seg ulike rollemønster. Jenter lærer at dei blir verdsett ut frå kva dei er, medan gutar lærer at dei vert verdsett ut frå kva dei presterer. Dei lærer at eigenskapar knytt til kjønn har ulik verdi. Typiske kvinnelege eigenskapar vert rekna som svake, medan typiske mannlege eigenskapar vert rekna som sterke. Kvinnene finn seg til rette i ein mindreverdige posisjon (Malterud, 1984, s. 102). Kvinner har i større grad vorte identifisert med pasientrolla enn det menn har (Malterud, 1984, s. 26).

Samspel mellom biologisk og sosialt kjønn er viktig for helse. Dersom ein ser på mansrolla frå eit sosialt-biologisk perspektiv er menn programmert med eigenskapar som kan vere meir aggressive og dei er villige til å ta risiko. Kvinnerolla i eit slikt perspektiv vert skildra som programmert til å vere meir tilbaketrekt, unngår risiko og er meir samarbeidsvillig (Thomas,

2003, s. 144). I eit perspektiv som bygger på sosiale konstruksjonar legg ein meir vekt på ulikskapar mellom kjønna i den grad at både menn og kvinner lærer korleis dei skal handle, tenke og føle ut frå sosiale forventningar. Dette perspektivet legg vekt på at rollene som er skildra ovanfor er lært gjennom samfunnsmessige normer (Thomas, 2003, s. 145). Desse perspektiva handlar om kjønnsforskjellar i tilgang til makt, men det kan sjåast i samheng med helse. Manglande likestilling i arbeidsliv, politikk, økonomi og samfunnsliv kan resultere i ulik tilgang til ressursar og moglegheiter som kan påverke helse. Normer og verdiar knytt til kjønnsrolla er ofte dei same i mange aspekt, både når det gjeld makt og helse med meir. Dette syner Hoefstede sin kulturelle dimensjon for ulikskapar mellom maskuline og feminine verdiar (Hoefstede, 2010, s. 137). Maskuline verdiar er gjerne skildra som ambisiøs og ansvarleg (op.cit., s. 155). Feminine verdiar vert gjerne skildra som omsorgsfulle, milde og relasjonsorienterte (s. 159). Det er ikkje slik at maskuline og feminine verdiar forklarar korleis kvinner og menn er, men det gir ei forståing av korleis sosiale konstruksjonar rundt kjønn har bygd seg opp og etablert seg i samfunnet.

I det engelske språket skil ein mellom *sex* og *gender*, som begge vert oversett til kjønn på norsk. *Sex* betyr dei biologiske eigenskapane hjå menn og kvinner, medan *gender* skildrar variasjon mellom menn og kvinner som viser til samfunn og kultur (Hamberg, 2008, s. 237). Hamberg peikar på at dersom ein følgjer kjønnsorden i samfunnet, er eit «normalt menneske» det å vere mann. Gutar og menn vert sett på som viktigare og meir verdifulle samanlikna med kvinner. Omgrepet kjønn refererer til den stadig pågåande sosiale konstruksjonen av det som vert sett på som feminint og maskulint, og er basert på makt og sosiokulturelle normer om kvinner og menn (Hamberg, 2008, s. 237).

### **2.3 Kvinnehelse i eit historisk perspektiv**

I løpet av 1960-, og 70-talet dukka *Women's Health Movement* (WHM) opp under den andre bølga av feminisme i USA, med eit mål om å betre helsevesenet for alle kvinner, heretter omtala som kvinnehelserørsla. Under den første bølga som tok til på 1830-, 40-talet, kjempa kvinner for endringar i helsevesenet og like rettar for kvinner og menn. Kvinnehelserørsla oppnådde betydelege gevinstar, og prestasjonane for å betre kvinner si helse i løpet av det 20. hundreåret, var mange. Den tidlege kvinnehelsekampen handla om den mest markante skilnaden mellom kjønna. Som nemnt er dette kjønn sine roller i reproduksjon og spesifikke aspekt knytt til kvinner sin biologi. I kampen handla dette om prevensjon, abort og fødepraksis (Nichols, 2000, s. 56-57).

Kampen for innflytelse og kontroll over reproduksjon, tilgang til prevensjon og abort har vore ei kvinnepolitisk kampsak i over 100 år (Elvbakken, 2021, s. 21). Den første p-pilla i Noreg kom for sal i 1967 og vart teke i bruk av stadig fleire i takt med endringar i samfunnet sine haldningar. Sjølv om mange rekna med at p-pilla ville føre til eit gjennombrudd for kvinner si frigjerung, viste det seg at prevensjonen ikkje var like trygg for alle. Det følgde med sideverknadar og komplikasjonar, og mange legar nekta å sørge for prevensjon til ugifte kvinner (Malterud, 1984, s. 73-74).

I dag finst det langt fleire prevensjonsmiddel, men stort sett alle er tileigna bruk for kvinner. Tilgjengelege prevensjonsmiddel for menn er kondom og sterilisering. Familieplanlegging, prevensjon og nødprevensjon har tradisjonelt vore retta mot kvinner. Sjølv om 25 prosent av par i verda nyttar ein mannleg form for prevensjon, har det ikkje vorte utvikla noko nytt prevensjonsalternativ for menn på over 400 år (Roth og Amory, 2016, s. 184).

Historia om abortlovgiving i Noreg, er viktig kontekst for denne studien. Abortsaka har vore ei viktig politisk sak, viktig for kvinnekamp og kvinnehelse. Det var lenge straffbart med abort i Noreg, og debatten om ei eiga abortlov strakte seg over mange tiår. Frå 1.januar 1979 har kvinner i Noreg hatt rett til sjølv å bestemme om abort innan 12. veke av svangerskapet. I perioden mellom dei to politiske prosessane av interesse for denne studien, kom abortsaka tydeleg på agendaen. I 2019 vart det gjort endringar i abortlova for første gong på 40 år (Elvbakken, 2021, s. 346). Det var i 2013 saka for alvor kom på agendaen igjen då Erna Solberg vart statsminister for ei regjering bestående av Høgre og Framstegspartiet (Elvbakken, 2021, 338). Eg vil no i korte trekk vise til nokre delar ved kampen for sjølvbestemt abort i Noreg. Dette gjeld starten av kampen, når vi faktisk fekk ei abortlov og endringane i 2019. Dette vil vere relevant kontekst for oppgåva grunna dei historiske endringane som fann stad mellom dei to prosessane eg tek føre meg.

Fram til i dag har det vore i alt sju prosessar for ny lovgiving om abort i Noreg, etter Straffelova sin § 245 som var gjeldande frå 1902. Den første prosessen gjekk føre seg på 1930-talet, og den førebels siste våren 2019 (Elvbakken, 2021, s. 11). Paragraf 245 var slik:

Den som avbryter svangerskap eller medvirker hertil uten at de lovlige indikationer for et slikt inngrep er til stede, eller uten at vedtak om avbrudd er truffet av noen som har myndighet til det, straffes for fosterfordrivelse med fengsel inntil 3 år. Hvis behandlingen er utført i vinnings hensikt eller under særdeles skjerpene

omstendigheter for øvrig, er straffen fengsel inntil 6 år. Har gjerningsmannen handle uten kvinnens samtykke, anvendes fengsel inntil 15 år, men inntil 21 år såfremt hun omkommer som følge av forbrytelsen» (Straffeloven, 1902, §245).

I 1920 vart det gjennomført 600 illegale abortar i Noreg og talet steig ettersom åra gjekk. I 1954 var talet 7300. Illegale abortar vart gjennomført av kvinner sjølv, kvakksalvarar eller såkalla «kloke koner». Talet på illegale abortar var betydeleg større enn talet på legale abortar (Schrumf, 1984, s. 14). Det var store helsemessige og lovmessige farar knytt til illegal abort, derfor kan ein forstå at det var kvinner i stor desperasjon som valde dette som ein utveg (Schrumf, 1984, s. 18).

Startpunktet for å få fjerna straffelova § 245 reknast å vere i januar 1915 då Katti Anker Møller heldt foredraget «Moderskapets frigjørelse». Møller snakka for kvinner sin rett til å sjølv bestemme over eigen reproduksjon, og rett til kunnskap om prevensjon og familieavgrensing (Elvbakken, 2021, s. 26). Møller sitt foredrag var kontroversielt og vart sett på som eit angrep på samfunnet, menn, lovgiving og ekteskapet. Kyrkja, legar og kvinnesakskvinner viste stor misnøye med Møller sine fråsegn, men det var også noko støtte å finne (Schrumf, 1984, s. 28). Arbeidarkvinnene akta fråsegnene og standpunktta, og omtala dei positivt. Arbeidarkvinnene diskuterte allereie i 1918 straffelova si formulering av §245 og vende seg etter noko tid til myndigheitene. Opplysning om prevensjon og rett til fødselskontroll var viktige saker for desse kvinnene (Elvbakken, 2021, s. 45-46).

Den 5. april 1974 vart det lagt fram ei stortingsmelding om familiepolitikken Stortingsmelding nr. 51 (1973-1974). Meldinga inneheldt eit lovforslag om sjølvbestemt abort. Tilhengarar og motstandarar mobiliserte med stor intensitet våren og sommaren 1974 (Elvbakken, 2021, s. 267) Då meldinga vart behandla hausten 1974 vart det klart at det ikkje var fleirtal for å innføre fri eller sjølvbestemt abort (Elvbakken, 2021, s. 271). Det var fleirtal for å endre gjeldande abortlov frå 1960, men det var klart at ei lov om fri abort ikkje ville få fleirtal i Stortinget. Då behandlinga var ferdig uttalte dåverande statsminister at eit forslag til ei ny lov ville leggjast fram for Stortinget, og at dette forslaget ville gå så langt i retning av sjølvbestemt abort som det var parlamentarisk grunnlag for (Elvbakken, 2021, s. 276-277). Eit utkast til ei ny abortlov var sendt til høyring 9. januar 1975. Den 14. mars vart forslaget «Lov om svangerskapsavbrot» lagt fram for Stortinget og det var tydeleg at det var tilpassa det som kunne få fleirtal i Stortinget (Elvbakken, 2021, s. 278-279).



Våren 1975 vart det vedteke ei lov, som gjaldt frå 1. januar 1976, men arbeidet for sjølvbestemt abort var ikkje over. For at det skulle bli ein realitet var det behov for fleirtal i Stortinget. Stortingsvalet i 1977 kunne vere moglegheita for ei meir liberal, men også ei strammare abortlov. I 1975 sto det om ei stemme, det gjorde det også denne gongen. I 1978 vedtok Stortinget med ei stemme overvekt å endre abortlova og innførte kvinner si rett til sjølvbestemt abort innan veke 12 (Elvbakken, 2021, s. 291-293). «Lov om svangerskapsavbrot» vart endra, og frå 1. januar 1979 var sjølvbestemt abort inntil veke 12 lov i Noreg (Elvbakken, 2021, s. 318).

Sjølv om sjølvbestemt abort vart innført, var ikkje abortkampen over. Dei borgarlege partia på Stortinget spådde at sjølvbestemt abort i Noreg fekk ei kort historie. Likevel var det først 40 år seinare, i 2019, at det kom nye endringar i abortlova, sjølv om det hadde vore forsøk på omkampar om kvinners rett til fri abort i åra etter 1979. Regjeringa av Høgre og Framstegspartiet gjekk inn i ein samarbeidsavtale med Kristeleg Folkeparti og Venstre i 2013, og det var gjennom denne avtalen abortsaka for alvor kom på agendaen igjen (Elvbakken, 2021, 338). Kristeleg folkeparti fekk i 2019 gjennomslag for ei innskrenking av kvinners rett til å bestemme innan dei 12 første vekene av eit svangerskap. Endringa gjaldt fosterreduksjon, altså abort av eitt eller fleire foster, dersom ei kvinne er gravid med fleire foster. Dette var ein siger for partiet og var eit resultat av forhandlingar med Erna Solberg si regjering i januar 2019 (Elvbakken, 2021, s. 320-321). Partiet gjekk dermed inn i regjeringa.

Før stortingsvalet i 2021 vedtok fem parti valprogram som ville utvide grensa for fri abort, til 18 eller 22 veker (som er abortgrensa i Noreg). Etter valet mangla partia fem stemmer på fleirtal. Senterpartiet var ikkje blant desse. Dei gjekk hausten 2021 saman med Arbeiderpartiet i ei mindretalsregjering. I deira regjeringsplattform var dei einige om å utgreie ei ny abortlov.

Juni 2022 vart det oppnemnt eit abortutval. Det skulle greie ut om abortlova sine avgjerder, oppfølginga av kvinner som tek abort og vurdere alternativ til dagens abortnemnder (NOU 2023: 29, s. 23). Etter arbeidet såg utvalet behov for ei eiga lov som skal navigere i dei etiske spørsmåla, og dei meinte dagens lov var utdatert. Utvalet foreslo å oppheve lova frå 1975, og at det skal kome ei ny abortlov. Dei viktigaste forslaga er å utvide grensa for fri abort frå 12 til 18 veker og å få ei ny type nemnd for avgjerder etter 18 veker (NOU 2023: 29, s. 14). Våren 2024 har regjeringa meldt at dei vil legge fram forslag til endringar i abortlova hausten 2024.

Historia om abortlovgiving i Noreg syner korleis kvinner sine rettar i eit helseperspektiv har endra seg, dette er derfor relevant bakgrunnsinformasjon for denne studien, spesielt med tanke på endringane mellom dei to prosessane om kvinnehelsepolitikk. Eg har trekt fram eit lite innsyn i korleis abortpolitikk og abortlovgiving har endra seg i Noreg, med utgangspunkt i startpunktet, då sjølvbestemt abort vart innført i 1978 og endringane i 2019. Desse siste vil bli diskutert i analysen.

Ei anna viktig politisk hending i historia om kvinnehelse som blir startpunktet for tidsperioden av interesse for denne studien var FN sin konferanse i Beijing i 1995. Dette var ein kvinnekonferanse, og det vart slått fast at kvinner sine rettar er menneskerettar. Erklæringa frå konferansen inneheld ein handlingsplan for å nå mål om rettferd og likestilling for alle kvinner. Retningslinjer for korleis ein skulle styrke kvinner sine rettar, inkludert helse, kjem fram i dokumentet (FN, 2022). Beijing-plattformen har via eit kapittel til *Women and health*. I innleiinga vert det slått fast at kvinner har rett til å nyte den best moglege standarden for fysisk og mental helse. Det vert poengtert at ein stor barriere for å kunne oppnå dette, er ulikskap. Dette gjeld både mellom menn og kvinner, og blant kvinner i ulike geografiske regionar, sosiale klassar, urfolk og etniske grupper (UN Women, 2014, s. 55).

Kvinnehelse er meir enn berre det som skil seg frå mannehelse når det gjeld reproduksjon. Det gjeld også dei sosiale aspekta som kan påverke helse. I eit historisk perspektiv er tilgang til prevensjon og fødselsregulering viktig i kampen for kvinner si helse. Abortlovgiving har vore og er eit viktig politisk spørsmål, som stadig kjem attende på den politiske agendaen, både i Noreg og globalt. Dette kapittelet bidreg til å setje lys på kva kvinnehelse og kvinnehelsepolitikk er, og kva det har dreia seg om i historia. Kapittelet bidreg til nyttig innsikt for analyse og diskusjon for denne studien. I det neste kapittelet vil eg presentere det teoretiske grunnlaget for studien som vil bli brukt for å skildre dei to politiske prosessane og gjere dei samanliknbare.

### Kapittel 3 Teori

Denne studien skal undersøke politiske prosessar om kvinnehelse. Eg har valt tre steg av politikk-sirkelen skildra av Howlett, Ramesh og Perl (2009) for å setje dei to utgreiingane om kvinnehelse inn i politisk samanheng. Stega er valt med utgangspunkt i problemstillinga. Dette gjeld kva som karakteriserer tilrådingar til politikk om kvinnehelse i Noreg, og om agendasetting og politisk evaluering kan ha påverka denne politikkkutforminga. Hood (1983) sin typologi for styringsverktøy, *Nato*-rammeverket, vil bli brukt for å kategorisere utvala sine tilrådingar til tiltak. Eg vil bruke Howlett (m.fl. 2009) og Hood (1983) sine eigne utgivingar, og supplere med litteratur som har omtala deira modell og rammverk for å skildre det teoretiske grunnlaget for denne studien.

Politikk-sirkelen bidreg til å setje lys på relevante fakta og gir rom for å forklare politiske prosessar om kvinnehelse utover konteksten dei vart til i. Toshkov (2016, s. 56) peikar på dette som viktig for eit forskingsdesign og val av teori. Teorien set lys på fenomenet som skal observerast og avgjer kva som er relevante observasjonar. Vabo (m.fl.) peikar på at utspringet til modellen brukt i denne studien vart utvikla av Harold D. Lasswell på 1950-talet. Dette var eit viktig bidrag for å definere og skape orden i studiar av politiske prosessar (s. 31). Ronit og Porter skriv at Lasswell sin forklaring av den politiske prosessen var bygd på ein lang amerikansk tradisjon innan studiet av politikk, i tillegg til hans eigne tidlegare arbeid. Eit arbeid som spesielt låg til grunn var *Politics: Who Gets, What, When, How?*, som identifiserte tid og faktorar som var situasjonsavhengige. Lasswell si opphavelege skildring av den politiske prosessen inkluderte sju steg. Kvart steg fattar om ein spesifikk funksjon som ofte vert styrt av spesialiserte aktørar etter tur. I mange tilfelle utfører organ fleire funksjonar. Dei sju stega til Lasswell er *intelligence, promotion, prescription, invocation, application, termination* og *appraisal* (Ronit og Porter, 2016, 56).

Howlett, Ramesh og Perl (2009) sin modell er ein forenkla modell av Lasswell sine sju steg, med fem steg. Modellen har endra perspektiv og er vorte vida ut til å dreie seg om innflytelse frå omgjevnadane på korleis eit problem kan bli kjent og kome på dagsorden. I tillegg er det vorte presisert at modellen er ein syklus utan ein definert slutt. Modellen blir ikkje berre nyttig for å identifisere oppgåver utført i den politiske prosessen, men den kan og bidra til å klargjere dei ulike rollane som aktørar, institusjonar og idear spelar i prosessen (Howlett, m.fl., 2009, s. 12). Dei fem stega er *agendasetting, politikkkutforming, vedtak, implementering* og *evaluering*

(Vabo, m.fl., 2020, s. 28). Det er stega agendasetting, politikktutforming og evaluering som er relevante å bruke i denne studien. Å studere korleis kvinnehelse kom på den politiske dagsordenen er å undersøke spørsmålets agendasetting. Dette syner kvifor kvinnehelse kom på den politiske agendaen. Kva tidsrom, og kvifor tematikken sto på dagsorden er relevant for å diskutere val av ekspertise, politikktutforming og synet på fenomenet, ettersom makt og syn endrar seg kontinuerleg. Problemdefinering vil kunne bidra til å spore endringar i synet på kvinnehelse frå politiske aktørar. Politikktutforming vil bidra til å spore endring i tilrådingar til tiltak og evaluering vil bidra til å identifisere om endringar kan skuldast evaluering og læring frå tidlegare prosessar om same fenomen.

### **3.1 Agendasetting**

Agendasetting handlar om korleis samfunnsproblem kjem på den politiske agendaen, og korleis offentlege myndigheiter blir merksame på problemet og avgjer kva som er viktig nok til å få plass på dagsorden. Det er på dette trinnet problemet sin karakter vert definert (Vabo, m.fl., 2020, s. 34). Agendasetting har eit grunnleggande fokus på ein dynamikk der nye idear og forståing av sosiale problem oppstår saman med problemdefinering. Desse to prosessane gir saman rom for endringar i offentleg politikk. Kva saker som får merksemd hjå myndigheitene, kvifor nokre problem ikkje får merksemd, kva aktørar som er med på å definere politiske problem og bidreg til at dei kjem på dagsorden, er viktige aspekt i desse prosessane (Knill og Tosun, 2012, s. 98). Dearing og Rogers definerer agendasettingsprosessen som *ein pågåande konkurranse mellom problemstillarar for å få merksemd frå fagfolk i media, offentlegheita og policy-eliten* (Dearing og Rogers, 1996, s. 1-2).

#### **3.1.1 Problemdefinering**

Agendasetting vert gjerne rekna som det mest kritiske steget av politikk-sirkelen. Måten eit problem oppstår på, har stor påverknad på resten av prosessen og eventuelle utfall. Korleis problem vert anerkjent, og om dei i det heile vert anerkjent, er viktige og avgjerande faktorar for korleis dei vil bli adressert av avgjerdstakarar (Howlett, m.fl., 2009, s. 92). Eit problem vert gjerne definert som *ein konflikt mellom to eller fleire identifiserbare grupper over prosessuelle eller materielle forhold relatert til distribusjonen av stillingar eller ressursar* (Dearing og Rogers, 1996, s. 2).

På eit grunnleggande nivå handlar agendasetting om det som gjer at eit tema blir sett som eit faktisk problem, som krev ytterlegare merksemd frå myndigheitene. Dette betyr ikkje at problemet vil bli adressert eller løyst, men at myndigheitene har lagt merke akkurat dette samfunnsproblemet (Howlett, m.fl., 2009, s. 92-93). Kva som gjorde at myndigheitene tok opp kvinnehelse på ulike tidspunkt dei siste 30 åra, er relevant for å forstå dei politiske prosessane om forslag til tiltak for å styrke kvinners helse.

Måten eit problem blir definert på, kan påverke kva for politiske verkemiddel som blir valt for å handtere problemet. Politiske løysingar vil kunne variere stort avhengig av korleis eit problem vert definert. Ein *first-mover fordel* kan ha avgjerande kraft for problemløysing både på noverande og seinare tidspunkt. Denne strategiske fordelten går ut på at det er vanskeleg å formulere ein problemdefinisjon på ein ny måte, dersom ein aktør har definert problemet på eit tidlegare tidspunkt. Ein vil då vere nøydd til å presentere ein like overtydande definisjon, i tillegg til at den første definisjonen må diskrediterast. Definisjonar vil avhenge av interesse og ressursar til involverte aktørar. Dermed kan ein finne svært ulike tilnærmingar til eit problem, sjølv om dei objektive eigenskapane til problemet er tilsynelatande like (Knill og Tosun, 2012, s. 99). I kva grad omgrepet kvinnehelse har vore prega av ein slik fordel, frå første til andre prosess, vil eg undersøke i dette prosjektet.

Ein kan forstå problemdefinering som ein prosess av fire aktuelle steg. Identifisering av skade, skildring av kva som har forårsaka skaden, utdeling av skuld til kven eller kva som har forårsaka skaden og til slutt steget der det vert hevda at regjeringa er ansvarleg for å stoppe skaden eller løyse problemet (Knill og Tosun, 2012, s. 99). Knill og Tosun (2012) understrekar at problemdefinering ikkje alltid handlar om ei nøytral realisering av eksistensen av problem, men heller om deira sosiale konstruksjon. Nokre gonger eksisterer eit problem berre fordi folk trur det eksisterer. Dette kan også påverke graden av alvor det vert oppfatta at problemet har. Dersom myndigheiter vel å ikkje adressere denne typen problem, kan dei miste legitimitet hjå folket. Derfor vel ofte ei regjering å ta opp sosialt konstruerte problem, sjølv om det i realiteten ikkje er nødvendig (Knill og Tosun, 2012, s. 99).

Cobb og Coughlin skil mellom to aktørar som bidreg til å setje problem på agendaen, *expander* og *container*. Expanderen søkjer etter å få offentlegheita engasjert i ei sak og nå mange samfunnsgrupper slik at gruppene deltek i den politiske debatten. Slike aktørar tek gjerne opp problem som ikkje er under vurdering av avgjerdstakarar på tidspunktet (Knill og Tosun, 2012,

s. 101). Containere på si side kan verte negativt påverka av at ei problemstilling kjem på agendaen, og vil då forsøke å hindre expandere i å nå den politiske agendaen. Prosessen kan sjåast som ein kamp mellom expandere og containere (Knill og Tosun, 2012, s. 101).

Mange ulike forhold kan gjere at problem eller utfordringar får merksemd. Knill og Tosun (2012, s. 103) trekker fram nokre slike forhold med referanse til Rochefort og Cobb: kausalitet, grad av alvor, nærleik, kriser, førekomst, nyheit og problempopulasjon (Knill og Tosun, 2012, s. 103). I denne studien vil grad av alvor, nærleik og nyheit av fenomenet, vere av interesse å undersøkje. Grad av alvor handlar om i kva grad eit problem og konsekvensane av det sjåast som alvorlege. Nokre expandere vil forsøke å forme eit problem som ei potensiell krise for å auke merksemda. Nærleik handlar om problemet har direkte eller indirekte påverknad på dei personlege interessene hjå størsteparten av samfunnet (Knill og Tosun, 2012, s. 103). Nyheit handlar om kor nytt eit problem er og at det dermed får merksemd. Det handlar om å vinne merksemd, som då kan gi stor mediemerksemd (Knill og Tosun, 2012, s. 104). I analysen vil det undersøkast om desse forholda bidrege til å setje kvinnehelse på dagsorden.

### **3.1.2 Definisjonar og typar agenda**

Det finst fleire definisjonar av agendasetting. John Kingdon kom i 1984 med ein definisjon der han definerte steget som ei liste over emne eller problem som offisielle myndigheiter gir tydeleg merksemd til ei kvar tid. Ut frå desse, vert nokon tekne omsyn til framfor andre (Kingdon, 2003, s. 3). Dearing og Rogers (1996, s. 2) synte til statsvitarane Cobb og Elders og deira definisjon av agenda: «*a general set of political controversies that will be viewed at any point in time as falling within the range of legitimate concerns meriting the attention of the polity*». Desse definisjonane fattar om dei same aspekta, liste av problem, tid og merksemd. Slike fenomen blir merkesteinar for agendasetting, og vil eg vil bruke dei for analyse og diskusjon av agendasetting i dei politiske prosessane om kvinnehelse.

Agendasetting avgrensar settet med tenkelege problem til eit sett som vert fokuset for merksemd (Howlett, m.fl., 2009, s. 92). Ikkje alle politiske problem kjem på ein politisk agenda. Det er alltid offentlege problem som krev handling, men utforming av politikk er avgrensingar i ressursar som tid og kostnader. Eit sentralt spørsmål er derfor kva forhold som påverkar kva for offentlege problem som faktisk når den politiske dagsorden (Knill og Tosun, 2012, s. 106).

Vabo (m.fl., 20220) trekker fram Kingdon sine tre grunnar til at problem får merksemd. Dette er *spesielle hendingar, indikatorar og tilbakemelding*. Spesielle hendingar kan til dømes vere kriser og situasjonar som oppstår utan forvarsel. Indikatorar er statistikk om ulike forhold i samfunnet som regelmessig blir samla og publisert, som til dømes renter og arbeidsløyse. Tilbakemelding fattar om evalueringar eller rapportar som gjer avgjerdstakarar merksame på at ein politikk ikkje fungerer (Vabo, m.fl., 2020, s. 105-106). Det ligg mykje arbeid i å konkretisere og aktualisere ei sak, samstundes som ein er avhengig av merksemd for å engasjere ansvarlege offentlege myndigheiter. Etablering av ein agenda handlar altså om makt, kven som er interessert i saka og korleis ein skapar engasjement. Dette har også mykje å seie for korleis ei sak eventuelt vert løyst (Vabo, m.fl., 2020, s. 86).

Cobb og Elders har etablert eit skilje mellom *den systematiske agendaen* og *den institusjonelle agendaen*. Den systematiske agendaen består av alle samfunnsproblem som krev offentleg merksemd. Elementa som høyrer til her er ikkje tydeleg presist og definert, og er stort sett generelle. Denne agendaen finn ein på nasjonalt, statleg og lokalt nivå (Knill og Tosun, 2012, s. 107). Agendaen fattar om dei sakene som er aktuelle å diskutere innan politikkområde som til dømes helse (Vabo, m.fl., 2020, s. 88). Den systematiske agendaen kan oppfattast som ein arena for diskusjon av kva saker som bør etterfølgjast (Vabo m.fl., 2020, s. 89).

Problem som blir vurdert av avgjerdstakarar høyrer til på den institusjonelle agendaen. Denne er meir spesifikk og konkret. Sakene på denne agendaen er lite kjent i det offentlege ettersom dei krev detaljert teknisk kunnskap om allereie eksisterande politikk. Dei institusjonelle agendaene referer og til nasjonalt, statleg og lokalt nivå, men det er ytterlegare grenser mellom dei, slik som lovgivande, utøvande, administrative og rettslege institusjonelle agendaer (Knill og Tosun, 2012, s. 107). Sakene som er definert som eit politisk emne høyrer med andre ord til på den institusjonelle agendaen. Denne agendaen er spesifikk og konkret. Ei regjering sin strategi for å løyse eit problem, som fattar om ei melding til Stortinget eller handlingsplanar, bidreg til å konkretisere innhaldet på agendaen. Sjølv om ei sak havnar på den institusjonelle agendaen er det ikkje nødvendigvis semje om problemforståinga og kva for tiltak eller reform som mest truleg vil løyse saka som er sett på agendaen (Vabo, m.fl., 2020, s. 89). Kva som gjorde at kvinnehelse vart flytta frå den systematiske til den institusjonelle agendaen, og når det skjedde, er interessant med tanke på analyse av korleis denne typen fenomen havnar på den politiske radaren.

### **3.1.3 Analytiske perspektiv på agendasetting**

Det eksisterer ein mangfaldig litteratur på analytiske perspektiv på agendasetting. Det er vanleg å gruppere denne inn i fire tilnærmingar som fokuserer på ulike aspekt. Dette er *prosessperspektivet*, *maktfordelingsperspektivet*, *det institusjonelle perspektivet* og *beredskapsperspektivet* (Knill og Tosun, 2012, s. 108). Eg vil avgrense meg til to modellar av prosessperspektivet grunna relevans til dei politiske prosessane og fenomenet i denne studien. Prosessperspektivet fokuserer på generelle mønster som karakteriserer dynamikk for agendasetting. *Ekstern initiativ-modellen* handlar om at aktørar utanfor den statlege strukturen, set noko på agendaen. Dette kan til dømes skje gjennom mediedekning, offentleg lobbyverksemd mot politikarar og andre former for offentleg handling som pressar avgjerdstakarar til å setje saka på den institusjonelle agendaen (Knill og Tosun, 2012, s. 108). Interessegrupper i sivilsamfunnet konkretiserer med andre ord ei sak som får plass på den institusjonelle agendaen, med grunnlag i støtte frå folket (Vabo, m.fl., 2020, s. 91). *Mobiliseringsmodellen* handlar om at ei sak, eller eit problem, vert flytta frå den systematiske agendaen til den institusjonelle agendaen. Dette vert forsøkt gjort av politiske leiarar for å finne den støtta dei treng for å nå sine mål. Denne modellen tek omsyn til at fråsegn frå ekspertar kan gi viktige bidrag til å konstruere ein agenda (Knill og Tosun, 2012, s. 108).

### **3.1.4 Aktørar i agendasetting**

Folkevalde, dommarar, byråkratiet, massemedia og interessegrupper er sentrale aktørar som kan spele viktige roller i ein agendasettingsprosess. Aktørar er individ, selskap eller andre kollektive einingar som har politiske preferansar og eit ønske om å realisere dei gjennom si deltaking (Knill og Tosun, 2012, s. 41). Dei mest openberre påverkarane på ein agenda er folkevalde. Deira posisjon gjer det mogleg å fatte avgjerder om politikk og setje spesifikke saker på agendaen. Å setje dagsorden for parlamentet er det viktigaste institusjonelle verkemiddelet for ei regjering for å forme politiske resultat. Derfor er agendasetting knytt til eit spel om makt og intensitet i ideologisk konflikt. Rettsinstansar som dommarar kan bidra til å setje agenda då dei ofte må ta stilling til kontroversielle politiske spørsmål (Knill og Tosun, 2012, s. 113-114).

Byråkratiet kan påverke ein agenda der dei folkevalde politikarane ikkje har nok ressursar eller tekniske kunnskapar om spesifikke samfunnsproblem. Byråkratiet kan fremje problem og forslag til løysingar. Byråkratiet har eit virtuelt monopol på informasjon om forsyningskostnader, i tillegg til at det kjenner til krav frå den lovgivande instansen for



tenestene dei leverer (Knill og Tosun, 2012, s. 115). Departementa er ein del av byråkratiet, og forholdet mellom kunnskap og politikk er tydeleg i denne aktøren sin påverknad på agendasetting.

Dersom ei sak eller eit problem får mykje merksemd hjå media kan dette ha positiv påverknad på å få sett det på den politiske agendaen. Dette syner massemedia si rolle i agendasetting. Mediemarksemd kan bidra til å skape interesse og merksemd hjå politiske parti som har større makt over den politiske agendaen. Dersom eit problem får nok merksemd i media og samfunnet kan det gå utover dei folkevalde sin legitimitet dersom dei ikkje set saka på dagsorden (Knill og Tosun, 2012, s. 116). Interessegrupper prøver gjerne å setje egne interesser på dagsorden. Dei arbeider for å skape medviten om ei sak og strebar etter offentleg støtte. Dei er gjerne involvert i prosessar med å utforme saker, samstundes som dei bidreg med informasjon til folkevalde. Lobbyverksemd er ein typisk måte interessegrupper arbeider på for å påverke agendaer. Dette gjer dei gjennom levering av informasjon i formelle eller uformelle møte, kontakt med lokale myndigheiter, og deltaking i kommisjonar. Lobbyverksemd kan også gjerast gjennom aktørar utanfor politikkkutformande prosessar. I kva grad interessegrupper kan påverke agendasetting er avhengig av deira ressursar, budsjett, tilsette og kompetanse (Knill og Tosun, 2012, s.117). Kva type aktørar som har påverka agendasettingsprosessen kring kvinnehelse dei siste 30 åra eg få fram i analysen.

Når aktørar har klart å setje eit problem på den politiske agendaen handlar det neste steget om korleis dette problemet vert handert. For å svare på problemstillinga og undersøke korleis utvala har råda myndigheitene til å handle kring utfordringar ved kvinnehelse vil eg no forklare steget politikkkutforming.

### **3.2 Politikkkutforming**

Etter at myndigheitene har anerkjent eksistensen av eit problem, fått det på agendaen og avgjort at det krev politisk handling, må dei vedta ei retning for handling. Dette er politikkkutforming, som handlar om å identifisere og adressere moglege løysingar for eit problem. Variasjonen av moglege løysingar kan kome til syne, eller vere grunnen til at eit problem kjem på den politiske agendaen (Howlett, m.fl. 2009, s. 110). Typiske trekk i politikkkutforming er definering, og å vege fordelane og ulempene dei ulike forslaga til løysing. Ein kan dele steget i to delar. Den eine delen handlar om å klargjere ulike løysingar som er under diskusjon. Den andre delen

handlar om å skilje ut løysingane som avgjer vegen vidare, medan ein set dei andre til side (Howlett, m.fl., 2009, s. 111).

Howlett, Ramesh og Perl (2009) omtalar Harold Thomas sine fire fasar, i steget politikktutforming. Desse fasane er *vurderingsfasen*, *dialogfasen*, *formuleringsfasen* og *konsolideringsfasen*. Vurderingsfasen handlar om å identifisere og drøfte data og evidens. Døme på dette er forskingsrapportar, fråsegn frå ekspertar, innspel frå interessentar eller offentlege høyringar. Dialogfasen forsøker å legge til rette for kommunikasjon mellom aktørar med ulike perspektiv på løysingar. Nokre gonger vert det halde opne møte, andre gonger er det ein meir strukturert dialog med ekspertar og representantar frå organisasjonar som argumenterer for og mot moglege løysingar. I formuleringsfasen veg offentlege tenestemenn fordelar og ulemper opp mot kvarandre og formulerer eit forslag. Her vert det identifisert kva forslag som er mest gunstig og som vil gå vidare til neste steg. Å gi tilråding om kva politiske alternativ som bør følgjast vil kunne føre med seg usemje frå aktørane som har vore vitne til at strategiane deia har vorte sett til side. Slike innvendingar kan kome fram i konsolideringsfasen. Her har aktørar moglegheit til å gi tilbakemelding på den tilrådde løysinga (Howlett, m.fl., 2009, s. 111-112). Desse fasane vil bidra til å setje lys på politikktutformingsprosessar som heilskap. Dette vil vere nyttig i denne studien for å forklare korleis politikktutforming om kvinnehelse har endra seg i dei ulike fasane.

### **3.2.1 Aktørar i politikktutforming**

Ein kan skilje mellom tre kjenneteikn for å forstå korleis aktørar kan avgjere politiske resultat. Dette er *evner*, *oppfatningar* og *preferansar*. Evner handlar om handlingsressursane aktørar har til å påverke politikktutforming på ein måte som gjer eit spesifikt utfall meir sannsynleg enn eit anna. *Oppfatningar* handlar om at aktørar vil vurdere potensielle løysingar på det noverande problemet, og avgjere kva som ser mest ønskeleg ut. Preferansar kan vere relativt stabile eller dynamiske. Her kan ein skilje mellom offentlege og private aktørar, altså kven sine preferansar det vert handla på grunnlag av (Knill og Tosun, 2012, s. 55-56).

Dei offentlege aktørane i politikktutforming er til dømes utøvande, lovgivande og dømmande aktørar, byråkratiet og politiske parti. Når vi snakkar om den utøvande myndigheiten som aktør, handlar dette om menneska som komponerer den (Knill og Tosun, 2012, s. 56). I det norske tilfellet vil dette seie regjeringa. Byråkratiet som aktør bidreg til å skape stabilitet, og har ekspertise og spesialkunnskap. Byråkratar er involvert i politikktutforming på grunn av dette

(Knill og Tosun, 2012, s. 60). Dei politiske partia er aktørar i politikkkutforming gjennom stilling av kandidatar og formulering av politiske program, samstundes som dei organiserer og gjennomfører valkampar (Knill og Tosun, 2012, s. 61). Kven som utmerkar seg som aktørar i prosessane om kvinnehelse vil kome til syne i analysen.

Private aktørar kan påverke politikkkutforming, trass i at dei ikkje er valde av folket. Dei er sentrale i politikkkutforming ved at dei bringer verdifull informasjon til avgjerdstakarar som skal leie veg og løyse samfunnsproblem. Interessegrupper og ekspertar er typiske private aktørar som kan påverke politikkkutforming. Interessegrupper er organisasjonar som gir politiske forslag til regjeringa for å setje lys på politikk som er i tråd med interessene til medlemmane. På same måte som i ein agendasettingsprosess driv interessegrupper med lobbyverksemd på vegner av medlemmane sine politiske preferansar (Knill og Tosun, 2012, s. 62-63). Ekspertar kan på si side vere enkeltpersonar eller grupper som kan ha påverknadskraft på politikkkutforming på grunnlag av informasjon dei kan gi avgjerdstakarar. Ekspertane er derimot ikkje nødvendigvis styrt av spesifikke mål og det er forventa at dei leverer objektiv kunnskap som krevst for effektiv politikkkutforming (Knill og Tosun, 2012, s. 65-66).

Politikkutforming handlar om å etablere forslag til løysingar på problem som har nådd den politiske dagsorden. Myndigheiter kan løyse problem ved å innføre ulike former for offentleg politikk. Litteratur om offentleg politikk har i stor grad nytta typologiar for å klassifisere ulike typar offentleg politikk. Dette er gjort med grunnlag i at ein typologi tillèt å gruppere einingar etter kven som liknar mest på kvarandre (Knill og Tosun, 2012, s. 15).

### **3.3 Styringsverktøy**

Christopher Hood (1983) sitt Nato-rammeverket for styringsverktøy er eit døme på ein typologi for offentleg politikk. Hood hevda at regjeringar konfronterer alle offentlege problem gjennom fire styringsprinsipp. Desse er bruk av informasjon i deira posisjon som politisk aktør, deira juridiske makt, deira ressursar og midlar, og dei formelle organisasjonane som er tilgjengelege for dei (Howlett, m.fl., 2009, s. 115). Desse ressursane vert omtala som *nodalitet*, *autoritet*, *treasure* og *organisasjon*. I denne studien vil eg bruke verktøya for å kategorisere tilrådingar til politikkkutforming for kvinnehelse frå ekspertar. Nato-rammeverket vil bidra til å fortelje noko om korleis ekspertar foreslår at myndigheiter skal handle, og syne endringar i tilrådingar.

### 3.3.1 Nodalitet

Nodalitet handlar om den sentrale rolla myndigheitene har, med omsyn til bruk og distribusjon av informasjon i politiske system. Myndigheitene er sett saman av store institusjonar som står i sentrum, og er involvert i eit stort tal aktivitetar. Derfor har myndigheitene kompetanse og informasjon andre samfunnsaktørar ikkje har (Knill og Tosun, 2012, s. 22). Nodalitet gir myndigheitene ein strategisk posisjon til å formidle informasjon og å hente inn ønska informasjon. Måten myndigheitene nyttar denne ressursen er «meldingar» som dei sender eller tar i mot (Hood, 1983, s. 6). Dette syner at nodalitet både kan nyttast som *detectors* og *effectors*, som Hood kallar det for. Detectors er ressursane myndigheitene nyttar for å hente inn informasjon. Døme på detectors er å uttrykke eit ønske om forskning på bestemte område for å tileigne seg meir kunnskap. Effectors er ressursane myndigheitene kan bruke for å prøve å påverke verda utanfor gjennom distribusjon av nøye utvalt informasjon (Hood, 1983, s. 3).

Nodalitet er basert på ein indirekte styringslogikk som forsøker å endre tru og oppfatningar til offentlege og private aktørar gjennom føremålet om å endre individuell eller kollektiv atferd for å nå politiske mål. Publisering av data og informasjon, utdanning, råd, anbefaling og overtaling er døme på måtar og verkemiddel nodalitet som effectors kan nyttast (Knill og Tosun, 2012, s. 22). Den strategiske posisjonen som distributør av informasjon er unik for myndigheiter.

Det er både fordelar og ulemper med nodalitetsverktøy. Ein fordel er at det er relativt låge kostnader knytt til bruk og implementering. Dei svake sidene er knytt opp mot avgrensing og usikker effektivitet. Det har vorte hevda av fleire forskarar at nodalitetsverktøy er avgrensa til retningslinjer som ikkje krev fullstendig handheving for å vere effektive, og som berre gjeld når myndigheitene og offentlege interesser fell saman. Det ser ut til at dette verktøyet fungerer best i kortsiktige krisesituasjonar, til dømes i ein pandemi, men dette gjeld berre når det vil vere utfordrande å legge fram sanksjonar. Derfor blir nodalitetsverktøy ofte kombinert med andre verktøy (Knill og Tosun, 2012, s. 23). Nodalitet kan gi ein indikasjon på om myndigheitene ønsker meir informasjon om kvinnehelse, eller større distribusjon av kunnskapane som eksisterer.

### 3.3.2 Autoritet

Autoritet handlar om å ha juridisk eller offisiell makt. Det er makta til å krevje, forby, garantere og dømme (Hood, 1983, s. 5). Verktøyet er definert ved bruk av lovverk som sentral ressurs for

statlege inngrep. Legitimitet knytt til juridisk eller offisiell makt gjer det mogleg for myndigheiter å tvinge samfunnsaktørar til å følgje rettsreglar. Myndigheitene set hierarkiske krav som skal etterfølgjast, unnlating vil som regel involvere straff. Sentrale kjenneteikn ved slik politikk er å oppnå direkte endringar i åtferd ved å endre dei juridiske forholda som offentlege og private aktørar opererer under. Slike verkemiddel vil endre moglege strategiske vegar og avgrensingar for involverte aktørar (Knill og Tosun, 2012, s. 23).

Autoritetsverktøyet er tradisjonelt sett på som ein av myndigheitene sine mest definerande eigenskapar (Hood, 1983, s. 5). Kommando- kontrollregulering er det vanlegaste verkemiddelet for autoritetsbasert politikk. Utforming og implementering av slik politikk kan skje i former som er meir eller mindre samarbeidande. Dette kan innebere vidtrekkande deltaking og delegering av makt til private aktørar (Knill og Tosun, 2012, s. 23). Autoritet gir myndigheitene moglegheit til å bestemme i juridisk eller offisiell forstand (Hood, 1983, s. 6).

Ein kan skilje mellom økonomisk regulering og sosial regulering. Økonomisk regulering fokuserer på tilgang til, og drift innan, marknader. Dette kan vere reguleringar av pris og skattar. Sosiale reguleringar fattar om reduksjon. Klassiske felt for sosial regulering er helse og tryggleik på arbeidsplassar, klimaforureining og forbrukarvern (Knill og Tosun, 2012, s. 23). Myndigheitene sin «*token of authority*» er mogleg å spore overalt. Dette gjeld bestillingar, forbod, rekvisisjonar, kupongar, lisensar, kvoter, sertifikat med meir. Verktøya er meint for å formidle autoritet, og ikkje berre informasjon (Hood, 1983, s. 54).

Ein tydeleg fordel med autoritetsbasert politikk, er høg grad av føreseielege politiske effektar. Dette krev effektiv implementering. Reguleringar kan vere appellerande for politikarar dersom eit publikum forventar rask og engasjerande handling. Reguleringar kan også innebere negative konsekvensar, som høge kostnader for å overvake og kontrollere riktig handheving. Reguleringane kan verke mot hensikta. Dette kan skje dersom ein etat vert oppretta for å opptre for allmenne interesser, men i staden opptre for kommersielle eller særinteresser, som den er pålagt å regulere. Dette kan truleg skje dersom utforminga av reguleringar krev detaljert vitskapleg og teknisk informasjon (Knill og Tosun, 2012, s. 24). Autoritet er eit strengare verktøy enn nodalitet. Derfor er det interessant å undersøke om dette er ein ressurs ekspertar rår til å nytte i stor eller liten grad når det gjeld kvinnehelse.

### 3.3.3 Treasure

Det tredje verktøyet er treasure, direkte oversett til norsk skatt. Dette er det økonomiske verktøyet til myndighetene. Verktøyet fattar om alt som fritt kan utvekslast, og som kan materialiserast som påskjøning, så vel som bøter (Knill og Tosun, 2012, s. 24-25). Nesten alt kan verte påverka av utvekslingar under visse omstende, og dermed overlappar dette verktøyet med andre verktøy (Hood, 1983, s. 40). Verktøyet skil seg frå autoritet ved at dei er frivillige. Ein er altså ikkje juridisk plikta til å vedta involverte tiltak. Positive og negative økonomiske insentiv er typisk for verktøyet. Tilskot er eit døme på dette. For å stimulere til meir produksjon av ei bestemt vare eller teneste, får produsentar tilbod om tilskot. Døme på dette er stipend til universitet for meir forskning på eit bestemt fagfelt. Andre verkemiddel kan vere skattesubsidiar som svar på ein bestemt type åtferd eller aktivitet (Knill og Tosun, 2012, s. 24-25). Hood meiner at myndighetene kan nytte verktøyet på to måtar. Det kan bytast mot god services, eller ein kan gi det bort utan å krevje ytterlegare prestasjonar tilbake, gjerne til den ein ser har fortent det (Hood, 1983, s. 41-42).

Skattebasert politikk sin fordel er at den kan vere enklare å implementere enn annan politikk. Det er ofte høg aksept knytt til økonomiske verktøy sidan fordelane er relativt konsentrert om visse samfunnsgrupper, og kostnadane er spreidd på skattebetalarar. Ulemper refererer i hovudsak til at det i stor grad påverkar det offentlege budsjettet. Det er vanskeleg å rekne på kva nivå slike insentiv ligg, slik at dei faktisk utfoldar forventa effekt. Økonomiske insentiv kan vere overflødige og uventa. Dette fører ikkje endra handling. Mottakarar ville med andre ord handla i tråd med myndighetene utan statleg stimulering (Knill og Tosun, 2012, s. 25). I denne studien vil det vere interessant å identifisere endring i kvar eventuelle midlar blir plassert, og kor hyppig dei blir brukt.

### 3.3.4 Organisasjon

Verktøyet organisasjon refererer til avhengnaden av formelle organisasjonsstrukturar for å nå politiske mål. Klassiske døme er nasjonalt forsvar, diplomatiske koplingar, utdanning og vedlikehald. Eit typisk kjenneteikn er etablering av offentlege eller statleg eigde verksemdar (Knill og Tosun, 2012, s. 25). Medan dei tre førre verktøya er prega av aktivitetar frå myndighetene som direkte eller indirekte påverkar målgruppeåtferd, manglar organisasjonsbaserte verktøy dette mellomtrinnet. Slike verktøy leverer offentlege gode direkte frå staten sjølv (Knill og Tosun, 2012, s. 26).

Fordelane med verktøyet er at ein unngår problem med indirekte tilbod, inkludert politiske konflikhtar, lange forhandlingsprosessar og lite effektiv implementering. I mange tilfelle leverer det offentlege tenester eller varer sjølv om private aktørar ser på dette som lite lønnsamt. Det er også ulemper knytt til organisatoriske verktøy. Offentlege verksemdar kan føre til lite effektiv drift på grunnlag av dårlege prestasjonar, ettersom dette ikkje fører til konkurs, men heller kompensert med skatteyting. Politisk konflikt kan påverke offentlege gode og tenester, noko som kan føre til at moderne politiske behov blir viktigare enn å gi tenester til samfunnet. I nokre tilfelle kan verktøyet skape problem som at verksemdene søkjer etter å oppnå eigne mål framfor dei måla myndigheitene har satt (Knill og Tosun, 2012, s. 26).

### **3.4 Politisk evaluering**

Politisk evaluering er steget i politikk-sirkelen der ein undersøker kva verknader politikken som er sett i verk har hatt på samfunnet. Hensiktene med evaluering er å avdekke om måla for politikken er nådd, eller om det er grunn til å justere kurs (Vabo, m.fl., 2020, s. 205). Evaluering handlar om å samanlikne dei tiltenkte, og dei faktiske effektane av politikken (Knill og Tosun, 2012, s. 175). Evaluering er det siste steget i syklusen, men evalueringar kan føre til at ei ny sak vert satt på agendaen gjennom til dømes læring av andre sine erfaringar (Vabo, m.fl., 2020, s. 205). Peter J. May (1992, s. 331) peikar i artikkelen *Policy learning and failure* på at ein ikkje treng å gå djupt inn i litteraturen om offentleg politikk for å finne argument for å fremje at læring er eit ønskeleg mål for debatt og analyse av politikk. I denne studien vil evaluering blir brukt for å identifisere om endring frå første til andre prosess kan skuldast evaluering og læring.

#### **3.4.1 Typar evaluering**

Det er vanleg å skilje mellom *formativ* og *summativ* evaluering. Formativ evaluering har som føremål å betre eit bestemt politisk tiltak ved å gi råd til implementerande aktørar. Summativ evaluering skjer etter implementeringa og vurderer om politikken har nådd dei tiltenkte måla (Knill og Tosun, 2012, s. 175). Politikk-sirkelen peikar på at evaluering skjer etter at avgjerdstaking og implementering har funne stad. Eg har avgrensa denne studien til fokus på agenda, politikkkutforming og evaluering, og vil derfor undersøke om det har vore evaluering etter politikkkutforming, og korleis dette eventuelt utspelar seg i den andre prosessen. Derfor vil eg trekke fram dei typane av evaluering som passar denne tilnærminga.

Offentlege myndigheiter er opptekne av å vite korleis deira eigne tiltak faktisk fungerer, samstundes som dei ser til korleis andre har løyst liknande problem tidlegare. I offentlege utgreiingar er det ofte eigne kapittel om erfaringar frå Sverige og Danmark. Knill og Tosun (2012, s. 190) peikar på at samfunnsvitskaplege teoriar ikkje i stor grad er opptekne av evaluering, men likevel kan vere eigna for dette då dei bidreg med generaliserbare årsaksutsegn. Teoriar om læring er eit døme som enkelt kan tilpassast for å forklare kvifor ein viss offentlig politikk kan forventast å vere vellukka eller ikkje. Evaluering er eit viktig grep for å trekke lærdom frå noko ei offentlig verksemd har gjort (Vabo, m.fl., 2020, s. 221). May skil mellom *instrumentell politisk læring* og *sosialpolitisk læring* (May, 1992, s. 332). Instrumentell læring handlar om å lære av erfaringar og korleis politiske tiltak og planar for implementering fungerer. Kva for politiske verktøy som er mest effektive for å nå politiske mål, bidreg dette perspektivet til å identifisere (May, 1992, s. 335). Dette vil vere eit interessant perspektiv å analysere opp mot Hood sine styringsverktøy. Instrumentell læring vil kunne bidra til å setje lys på om endring i bruk av verktøy skuldast læring. Det handlar ikkje alltid om å endre dei politiske måla, men om å tilpasse design av politiske tiltak for å betre kunne oppnå tiltenkte mål. Om eit verktøy syner seg å vere lite effektivt, kan dette endrast utan å endre overordna mål (May, 1992, s. 335).

Sosialpolitisk læring handlar om korleis politiske leiarar og avgjerdstakarar innan eit spesifikt område tenkjer om og forstår spørsmål, mål og løysingar. Dette handlar om å endre eller stadfeste synspunkt basert på læring og nye idear. Dette skjer ved diskusjon og vurdering av ulike synspunkt og idear blant dei som har makt og påverknadskraft innan området. Dersom ein klarar å identifisere endring eller verifisering av synspunkt i lys av erfaring eller diskusjon, kan ein slå fast sosialpolitisk læring. Dette kan gjerast gjennom å undersøke korleis politikk eller idear til politikk endrar seg eller ikkje over tid (May, 1992, s. 337-338). Dette vil vere eit interessant perspektiv å trekke inn i analysen, og undersøke om endring i synet på kvinnehelse kan skuldast sosialpolitisk læring.

### **3.4.2 Evidensbasert politikk**

Det er fleire grunnar til at ein tek i bruk løysingar som er testa av andre. Ein av desse er at tiltak, program eller reformer kan vere evaluert som ein suksess. Oppsamla kunnskap på denne måten vert kalla evidens (Vabo, m.fl., 2020, s. 226) Evidensbasert politikk handlar om at politiske avgjerder vert tekne på grunnlag av evidens. Dette er ikkje uvanleg i helsepolitikk (Vabo, m.fl., 2020, s. 227). Tanken bak evidensbasert politikktutforming er at ei regjering kan lære av



erfaringar, og unngå å gjenta feil som har vorte gjort i tidlegare prosessar. Det er ei tilnærming som er utforma for å hjelpe politikarar med å ta informerte avgjerder ved å setje dei beste tilgjengelege kunnskapane i sentrum ved utforming og implementering (Knill og Tosun, 2012, s. 193-194).

Folkehelseinstituttet (FHI) har ei eiga eining med eit breitt ansvar for å summere forskning for helse- og velferdstenestene. Dette vert omtala som kunnskapsoppsummeringar. Desse er utarbeida på ein systematisk, vitenskapelig og transparent måte, slik at det skal vere mogleg å etterprøve resultat og konklusjonar. Kunnskapsoppsummeringane skal vere ei oversikt over den best tilgjengelege kunnskapen på eit spesifikt tema, den skal skildre heilskapen av eit område ikkje berre enkelte brikkar (Vabo, m.fl., 2020, s. 228). Denne typen rapportar kan vere grunnlag for evidensbasert politikk.

Elvbakken (m.fl. 2017, s. 48) peikar i artikkelen *Evidensbevegelse og helseforvaltning under samme tak* på at evidensbasert politikk og praksis kan sjåast i samanheng med EBM-rørsla (Evidence Based Medicine) sine ideal og verdiar. I artikkelen viser forfattarane at rørsla sine metodar for å summere kunnskap brukast nesten uavhengig av spørsmålet som vert stilt. Oversiktene er eit uttrykk for rutineprega praksis. EBM-rørsla arbeidde for at vitenskapelig evidens i større grad skulle danne grunnlag for avgjerder i helsetenestene (Elvbakken m.fl. 2017, s. 64).

Evidensbasert politikktutforming ser i teorien ut til å vere fornuftig, men det er fleire avgrensingar. Myndigheiter er under konstant press til å løyse problem og har ikkje tid til å studere eit fenomen i lang tid. Dette kan føre til at politiske avgjerder er basert på informert gjetting. Ei anna avgrensing er at politiske initiativ kviler på aspekt ein trur om framtida som ikkje er testbare (Knill og Tosun, 2012, s. 195). Det tek altså lang tid å få etablert oversikter over kunnskap. Dette kan føre til langsame endringar. Ein annan kritikk mot evidensbasert politikk handlar om at politikk skal baserast på kunnskap. Det kan oppfattast som naivt at evaluering og forskingskunnskap kan gi objektive svar på politiske spørsmål om utforming av offentleg politikk (Vabo, m.fl., 2020, s. 231). Denne kritikken speglar forholdet mellom kunnskap og politikk og kven som skal ha makt i eit demokrati.

## Kapittel 4 Metode og datamateriale

I dette kapitlet vil metode og datamaterialet for studien gjerast greie for. Val av metodisk tilnærming og datagrunnlag og ei skildring av dette, med fokus på type data det er, vil gjerast greie for i dette kapitlet. Eg vil også reflektere kring kvalitetsmessige vurderingar av datagrunnlaget og studien som heilskap.

### 4.1 Komparativ casestudie

Casen for studien er politiske prosessar om kvinnehelse i Noreg med utgangspunkt i utgreiingane NOU 1999: 13 og NOU 2023: 5. Utgreiingane vil vere hovuddatagrunnlaget for studien. Ei samanliknande analyse av utvalde delar av rapportane var utgangspunktet for studien og har forma resten av designet. Dette er ei komparativ *casestudie*, med ei *induktiv* tilnærming.

Omgrepet *case* er utfordrande å definere i samfunnsvitskapleg samanheng (Ragin, 1992, s. 1). Tjora (2013, s. 35) skildrar casestudie som ei undersøking som nyttar ei allereie eksisterande grense for kva og kven undersøkinga inkluderer og ekskluderer. Casen eg har valt er kvinnehelsepolitikk i norsk kontekst, i ei «*small N* studie». Small N studiar ser på same fenomen over tid, gjerne med eit lite tal observasjonar (Leuffen, 2007, s. 148). Endringar i politiske prosessar om kvinnehelse i Noreg er ei small N studie der same fenomen som vert undersøkt over tid. Casestudiar konsentrerer seg om eit avgrensa tal situasjonar. Desse situasjonane vert studert nøyaktig. Ein ønsker å gå i djupna på eit fenomen, og ikkje i breidda (Van Thiel, 2014, s. 87). Val av case kan vere ein kritisk fase, men nokre gonger er valet enkelt, som når det berre eksisterer ein enkelt case (Van Thiel, 2014, s. 89). Denne studien kan i noko grad sjåast på som eit slikt tilfelle. Det fins berre to NOU-ar om kvinnehelse i Noreg.

Studien har ein induktiv tilnærming. Ei induktiv tilnærming vil seie at ein startar med å gjere empiriske observasjonar. Observasjonane vert deretter oversett til tankar som kan tene grunnlag for å bygge teori eller modell (Van Thiel, 2014, s. 41). Denne studien starta ikkje med slike observasjonar, men den starta med at eg var nysgjerrig på ei ny utgreiing om kvinner si helse i Noreg, og korleis denne skil seg frå den første utgreiinga. Det starta altså med eit ønske om å nytte utgreiingane som ein del av det empiriske materialet for studien, for så å plassere desse inn i ein vitskapleg samanheng og teori om politiske prosessar.

Utgreiingane skal analyserast opp mot politikk-sirkelen, og diskusjonen vil ta utgangspunkt i korleis dei politiske prosessane kring kvinnehelse har gått føre seg i Noreg. Ei induktiv tilnærming handlar om å diagnostisere karakteristiske trekk eller årsaker i ein situasjon (Van Thiel, 2014, s. 24). Denne studien vil ikkje skape ny teori, men prosessen i studien samsvarar med ei induktiv tilnærming i den forstand at empiri blei valt før teori. I eit avsluttande kapittel vil eg diskutere nokre teoretiske implikasjonar. Det vil seie om teorien passar til det empiriske rammeverket, eller om empirien har avslørt teoretiske manglar som kan takast høgde for i eventuell vidareutvikling av teori.

## 4.2 Innhaldsanalyse

Datamaterialet for studien er to NOU-ar om kvinnehelse. Eg vil og nytte supplerande data som høyringar, meldingar til Stortinget. Valprogram og regjeringsprofilar vil nyttast som materialet for å identifisere politiske preferansar. Datamaterialet er i form av tekst, og ei kvalitativ innhaldsanalyse av dokumenta var eit naturleg val. Innhaldsanalyse av tekstar og dokument vert også kalla tekstanalyse eller dokumentanalyse. Dette er analyse av data som i hovudsak er produsert for andre føremål enn forskning (Tjora, 2013, s. 162). Ein mykje brukt definisjon av innhaldsanalyse i samfunnsvitskapen er «en teknikk for å trekke repliserbare og valide slutningar fra data til kontekst» (Bratberg, 2022, s. 119).

Føremålet med ei innhaldsanalyse er å gi ei konsentrert gjentaking av innhaldet i datamaterialet (Bratberg, 2022, s. 120). Denne studien er eit dokumentstudie og det er derfor viktig gjere greie for kontekst, og kva type dokument som vert nytta (Tjora, 2013, s. 163). Eg har valt ut delar av dei to utgreiingane som er relevant for å setje lys på problemstillinga. Mandata vil bli analysert for i å identifisere kva dei respektive regjeringane etterspør. Sjølv om det er departementa som utarbeidar mandat, skal departementa vere lojale mot sittande regjering og deira politiske ståstad. Dette vil gi innsikt i om det har skjedd eventuelle endringar i synet på kvinnehelse frå politiske aktørar. Mandata vil bli undersøkt med bakgrunn i regjeringane og regjeringspartia sine politiske ståstader og verdigrunnlag. Dette skal gjere det mogleg å kunne forklare om endringar kan skuldast politiske preferansar.

For å kunne svare på overordna problemstilling: *Kva karakteriserer kvinnehelsepolitikk, tilrådingar og oppfølging av tiltak om kvinnehelse frå to utval, eitt i 1999 og eitt i 2023, og kva kan forklare endringane?* vil ei samanlikning av mandata og utvalssamansetnader kunne spore grunnlaget og kva som karakteriserer tilrådingar for politikk gjennom val av ekspertise. Ei

samanlikning av tilrådingane vil kunne identifisere endringar i politikktutforming og tilrådingar til politikk. Dette vil gi innsikt i kva type tilrådingar dei to ekspertutvala foreslår. Tiltaka vil kategoriserast etter Hood sitt Nato-rammeverk (sjå 3.3), for å kunne samanlikne tilrådingar til bruk av ulike styringsverktøy, frå ulike ekspertutval. I analyse og diskusjon vil eg diskutere kring korleis dei to utvala rådar til ulike styringsverktøy, og endringar i kor hyppig dei rådar til dei ulike verktøya. Analysen av tiltaka vil derfor ha innslag av ei meir kvantitativ tilnærming av innhaldsanalyse. I ei kvantitativ innhaldsanalyse klassifiserer ein innhaldet i ulike kategoriar ved hjelp av kodeskjema (Bratberg, 2022, s. 117). Nato-rammeverket blir då kodeskjema i denne samanhengen. Eg vil også gjere greie for kunnskapsgrunnlaget til dei to rapportane for å kunne analysere og diskutere endringar av politikktutforming. Tiltaka frå 1999 vil undersøkast opp mot tiltak i to meldingar til Stortinget som har teke opp NOU 1999: 13 i sitt arbeid. Her vil det kome til syne om tilrådingane frå 1999 har karakterisert tiltaka i meldingane. Høyrings svar frå dei to prosessane vil analyserast. Desse vil vise korleis ulike aktørar og aktørgrupper sine syn på kvinnehelse har endra seg, altså korleis tilrådingane blir følgt opp i høyringsprosessar. Dette avsnittet syner også korleis datamaterialet bidreg til å svare på dei tre forskings spørsmål presentert i kapittel 1.1.

#### **4.3 Datamaterialet**

Datamaterialet i denne studien offentlege dokument og det meste er tilgjengeleg gjennom regjeringa sine nettsider. NOU 2023: 5 med tilhøyrande høyringsprosess har eg henta frå der, i tillegg til dei to meldingane til Stortinget. Høyringsprosess til NOU 1999: 13 er ikkje digital. Den ligg i to arkivekser hjå Arkivverket. Datainnsamlinga mi har derfor delvis gått føre seg i arkiv. Eskene inneheldt høyrings svar frå ei open høyring, høyrings svar frå ei intern høyring i Sosial- og helsedepartementet, høyringsbrev og andre brev med meir<sup>1</sup>. Ut frå problemstilling og forskings spørsmål for denne studien er det høyrings svar og høyringsbrev som er av relevans. Desse dokumenta er dei som er samanliknbare med dokument frå prosessen kring NOU 2023: 5. Tabellen under syner ei oversikt over materialet frå arkivet som blir brukt i denne studien. Etter ei gjennomgang av alle høyrings svara som var å finne i dei to eskene, har eg valt ut svar som er relevant for analyse og diskusjon.

---

<sup>1</sup> RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1862-1863, jnr.99/2819

Tabell 1: Materialet frå Arkivinnsamling

Høyringsvar		
Interesseorganisasjonar	Ammehjelpen Apotekforeningen Den norske tannlegeforening Fellesorganisasjonen (FO) Norsk forening for kliniske ernæringsfysiologer (NFKE) Kreftforeningen Kommunens sentralforbund (KS)	Kvinnefronten Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) MiRA-senteret Sykepleierforbundet Norske kvinners sanitetsforening (NKS) Norske naturterapeuters hovedorganisasjon
Myndigheitsorgan	Forskningsrådet Krisesentersekretariatet	Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)
Direktorat og departement	Arbeids- og administrasjonsdepartementet Barne- og familiedepartementet Justis- og politidepartementet Kommunal- og regionaldepartementet	Landbruksdepartementet Rusmiddeldirektoratet Utlendingsdirektoratet Vegdirektoratet
Offentlege Sjukehus	Aust-Agder sentralsjukehus Buskerud sentralsjukehus Det norske radiumhospital Fylkesjukehus i Stord Harstad sykehus	Haukelend sykehus Kvinneuniversitetet i Nord Regionssykehuset i Tromsø Ullevål Sykehus
Utdanningsinstitusjonar	Høgskolen i Bergen Høgskolen i Nord-Trøndelag Høgskolen i Oslo Høgskolen i Vestfold	Kragerø kombinerte helseinstitusjon NTNU Universitetet i Tromsø (to svar)
Fylkeskommunar	Buskerud Fylkeskommune Hedmark Fylkeskommune Hordaland Fylkeskommune Nord-Trøndelag Fylkeskommune Nordland Fylkeskommune (to svar) Rogaland Fylkeskommune	Sogn og Fjordane Fylkeskommune Sør-Trøndelag Fylkeskommune Telemark Fylkeskommune Troms Fylkeskommune (to svar) Vestfold Fylkeskommune Østfold Fylkeskommune (to svar)
Kommunar	Hol Kommune Oslo Kommune Vennesla Kommune	Ørsta Kommune Øvre Eiker Kommune
<b>Anna</b>		
Brev	Høyringsbrev, Sosial- og helsedepartementet	Oversikt/oppsummering av høyringsvar, Sosial- og helsedepartementet

RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1862-1863, jnr. 99/2819

Etter førespurnad til Helse- og omsorgsdepartementet fekk eg innsyn i dokument knytt til regjeringa sitt arbeid med Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003). Eg fekk tilsendt dokumenta på minnepinne, og dei består mellom anna av brev til Helsedepartementet og avdelingar i departementet, med innspel til meldinga frå organisasjonar som har interesse for tematikken. Det vart halde fleire idédugnadar i samband med arbeidet, og det finst dokument som invitasjonsbrev, referat frå møter og PowerPoint-presentasjonar frå innlegg som vart halde av ulike organisasjonar. Dokumenta eg har fått innsyn i som er relevant til studien er frå tidsperioden 4. februar 2002 til 12. juni 2003<sup>2</sup>.

Eg vil no presentere dei ulike dokumenttypane datamaterialet består av ytterlegare. Dette gjeld og valprogram, regjeringserklæringar og regjeringsprofilar.

<sup>2</sup> Minnepinne Helse- og omsorgsdepartementet, Stortingsmelding om folkehelsearbeidet, Helsedepartementet, jnr. 02/01148

### 4.3.1 NOU-ar

NOU-ar er midlertidige rådgivande kommisjonar oppnemnt av sittande regjering og har som regel ein politisk rådgivande funksjon. Serien Noregs Offentlege Utgreiingar (NOU) starta opp i 1972 og i 2018 var det om lag 1600-rapportar i serien. NOU-serien vart oppretta som ein parallell til den meir etablerte SOU-serien (Sveriges Offentlege Utgreiingar). Utgreiingane vart tilgjengelege for det offentlege på ein annan måte enn tidlegare, til dømes på bibliotek over heile landet (Roll-Hansen, 2022, s. 198-199). Kommisjonane skal analysere ei politisk problemstilling og komme med råd og anbefalingar. Utvala vert vanlegvis derfor utnemnt tidleg i prosessar med politikkkutforming før ei regjering har lagt fram konkrete forslag til politikk (Christensen og Hesstvedt, 2023, s. 11).

Midlertidige rådgivande kommisjonar arbeider utanfor den vanlege byråkratiske strukturen. Arbeidet som skjer i slike kommisjonar kan resultere i ein NOU-rapport. Kommisjonar som arbeider mot ein NOU-rapport arbeider vanlegvis i omtrent to år og vert gjerne omtala som utval. Utvala består av ein leiar og medlemmar formelt utnemnt av ei regjering. Desse vert støtta av eit sekretariat som rapporterer til leiaren (Christensen og Hesstvedt, 2023, s. 11-12).

I Noreg og Norden har midlertidige rådgivande kommisjonar spela ei særskild viktig rolle i utforminga av offentleg politikk. Dei har vore skildra som eit kjerneelement i den nordiske regjeringsmodellen (Christensen og Holst, 2017, s. 821). Offentlege råd og utval har vore viktige gjennom den demokratiske historia i Noreg. Føremålet og funksjonen med slike utval er å sikre demokratiet, ved å sørgje for involvering og transparens, samstundes som dei bidreg til å utvide og korrigere kunnskapsgrunlaget for politikarar og byråkrati (Roll-Hansen, 2022, s. 198).

Politikken og politikkkutforminga er meir avhengig av vitenskapelig kunnskap no enn tidlegare, og derfor er det blitt meir bruk av ulike ekspertorgan i politiske prosessar. Evidensbasert politikkkutforming krev i større grad støtte frå forskning (Christensen og Holst, 2017, s. 821). Kravet om kunnskap er typisk når det kjem til NOU-ar. Dette reflekterer det faktum at det stadig er fleire forskarar og færre organisasjonsrepresentantar i utvala. Det syner at kunnskap, vitenskap og evidens i noko grad vert synonyme. Analysar og forslag til politikk skal i stor grad vere forankra i forskning av store data gjerne med eksperimentelle design. Kven som sit med riktig kunnskap til den aktuelle problemstillinga kan vere utfordrande å finne ut, og derfor kan ein argumentere for at ein dekkande samansetnad av ulike disiplinær kan styrke kvaliteten på ei

utgreiing. Vektlegging av kunnskap vert styrka av at ulike syn hanskast mot kvarandre (Holst, 2019, s. 346-347).

Fagleg ekspertise sin funksjon i utvala kan variere. Det er ikkje uvanleg at ein skil mellom lovutval og politiske utval. Lovutvala arbeider med spørsmål knytt til lovverk. Her vert det gjerne levert ein rapport med forslag til ny eller revidert lovtekst. Politikkutval leverer rapportar med forslag til politiske tiltak (Hesstvedt, 2018, s. 388). I casen til denne studien er det snakk om utval som bidreg med kunnskap og innsikt på eit bestemt fagfelt som er relevant for den aktuelle problemstillinga. Kva type kunnskap myndigheitene spør etter heng saman med ambisjonane om politisk styring og kontroll. Kva aspekt ved samfunnet generelt og innbyggjarane sitt liv som faktisk er ein del av politikken sine saksområde spelar ei viktig rolle (Roll-Hansen, 2022, s. 200-201).

Det er departementa som har ansvar for å formulere mandat i tillegg til at dei kjem med forslag til samansetnad av medlemmar, leiar og sekretariat. Likevel skal departementa handle i lojalitet til sittande regjering. Utvalet arbeider bak lukka dører før dei leverer den offisielle NOU-rapporten (Hesstvedt, 2018, s. 385-386). Medlemmane i slike utval kjem frå både offentleg teneste og andre organisasjonar, til dømes interesseorganisasjonar, akademiske institusjonar, private selskap og politiske parti. Sekretariatet har i hovudsak ein stab av offentlege tenestemenn (Christensen og Hesstvedt, 2023, s. 12).

Føremålet med utgreiingane er at dei skal identifisere problemet frå mandatet og gi svar på kva som er ønskeleg å oppnå. Dermed må arbeidet finne kva tiltak som er relevante og kva prinsipielle spørsmål tiltaka reiser. Dette skal også fatte om verknader av tiltaka, både positive og negative. I kva grad tiltaka er varige og kva partar dei gjeld, skal også svarast på. Til slutt skal utgreiingane grunngje kva tiltak som er anbefalt og kvifor, og kva føresetnadene for ei vellukka gjennomføring er (Utredningsinstruksen, 2016, §2-1). I tillegg til desse krava som er nedfelt i Utredningsinstruksen, inneheld gjerne rapporten ei oversikt om kunnskapen på politikkkfeltet og vurderingar av problematikk og utfordringar. Når rapporten er levert går den gjennom høyringsrundar og kan vidare danne meldingar til Stortinget, lovproposisjonar og andre praksis i departementa (Hesstvedt, 2018, s. 386).

Forskning som har sett på verdien av vitskapeleg kunnskap i politikktutforming, hevdar at det i nyare tid er ein aukande tendens av ekspertbruk i politikken. Cathrine Holst har peika på at det

er ein stadig aukande andel forskarar i NOU-utval og at andelen av byråkratar tilsette i departement har hatt ein markant nedgang (Roll-Hansen, 2022, s. 201). Stine Hesstvedt har undersøkt kva akademiske fagekspertar, kva fagkunnskapar og disiplinar som ofte involverast i utval og kva det har å seie for politikktutforming (Hesstvedt, 2018, s. 383). Ho konkluderte med at forskarar i aukande grad vert oppnemnt som medlemmar, medan deltaking av offentlege tilsette har minka. Det er flest økonomar og samfunnsvitarar som blir oppnemnt (Hesstvedt, 2018, s. 390-394). Forskarar har i større grad vorte oppnemnt som leiarar for utval. Holst (2021) har peika på at professormaktene aukar i offentlege utval. Før var den typiske utvalsleiaren ein byråkrat, medan no er det helst ein professor (Holst, 2021). Undersøkingane til Holst og Hesstvedt vil bli brukt noko i diskusjonen i denne studien. Derfor vil eg understreke at deira forskning ser på kva type ekspertise som blir valt som medlemmar i offentlege utval og korleis dette har endra seg. Undersøkingane tek ikkje omsyn til korleis tematikken i utvala har endra seg over tid, og at dette kan vere grunnen til endringar i val av ekspertise. Eg vil sjå korleis mine analyser av utvalssamansetnad samsvarar med deira forskning, men på grunn av desse implikasjonane vil ikkje verdien av eventuelle samsvar vere så stor.

### **4.3.3 Høyrings svar**

Høyringar vert nytta for at innbyggjarar, organisasjonar og næringsliv skal få seie si meining. Det er ein demokratisk rett for alle å vere med å utforme offentleg politikk. Saker vert sendt på høyring slik at dei som sakene gjeld kan dele synspunktet med dei som tek avgjerder. Høyringar er til for å føre kontroll med kva oppgåver forvaltninga gjer (Regjeringa, 2023, A). Gjennom ei høyring kan myndigheitene hente informasjon og synspunkt frå ulike grupper av aktørar som kan setje lys på eventuelle område for forbetring og drøfting av tilrådingar. Samstundes kan ei høyringsrunde bidra til å oppretthalde legitimitet.

Analyse av høyringsbrev kring prosessane vil vise kva departementa ønska at høyringsinstansane skulle fokusere på i høyringssvara. I empirien vil eg presentere kva for høyringsinstansar som har uttala seg, kva type instans det er, og kven som har uttala seg i begge høyringsprosessane. Ei samanlikning av høyringssvara til interesseorganisasjonane som har uttala seg i begge prosessane, vil kunne identifisere eventuell endring i synet hjå desse aktørane. Eg vil også undersøke korleis ulike grupperingar av instansar, eksempelvis sjukehus og kommunar, har uttala seg i dei to prosessane.



#### 4.3.4 Meldingar til Stortinget

Oppfølginga av anbefalingane frå NOU 1999: 13 og arbeidet med kvinner si helse er i hovudsak systematisert og summert i tre dokument. Dette er *Kvinnehelsestrategien* i St.meld. nr. 16 (2002-2003), *Gjennomgang av kvinnehelsestrategien og forslag til tiltak innanfor kjønn og helse* levert av Helsedirektoratet i 2014 og *Likestillingsmeldingen* frå 2015 (NOU 2023: 5, s. 35-36). Gjennomgang av Kvinnehelsestrategien av Helsedirektoratet er ikkje publisert (NOU 2023: 5, s. 255). Denne gjennomgangen er derfor ikkje ein del av datagrunnlaget for studien.

Ei melding til Stortinget, tidlegare Stortingsmelding, blir brukt når ei regjering vil presentere saker for Stortinget utan forslag til vedtak. Ei slik melding vert lagt fram som ein rapport til Stortinget om arbeid som er gjort på eit spesielt felt, i dette tilfellet folkehelse og likestilling, eller drøfting av framtidig politikk (Christensen, mfl., 2010, s. 118). Meldingane gir uttrykk for politikken til ei kvar tid sitjande regjering (Stenvoll, Elvbakken og Malterud, 2005, s. 603). Regjeringa skildrar sine politiske planar innan eit bestemt fagområde og grunngir desse planane. Meldingane inneheld ikkje forslag til nye lover, men kan vere med å danne grunnlag for seinare lovforslag (Christensen og Hesstvedt, 2023, s. 12).

Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* har inkludert ein strategi for kvinnehelse (St.meld. nr. 16 (2002-2003)). Denne meldinga vart behandla av Sosialkomiteen (Stortinget A, u.å.). Meldinga og dokumenta frå arbeidet med meldinga vil bidra til å skildre kva som har skjedd i politikktutformingsprosessen mellom dei to NOU-ane.

Den andre meldinga til Stortinget som er relevant for denne studien er Melding til Stortinget nr. 7 (2015-2016) *Likestilling i praksis – like muligheter for kvinner og menn*. Helsedirektoratet gjekk gjennom kvinnehelsestrategien frå Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet (Meld.St. nr. 7 (2015-2016), s. 85). Framlegg til tiltak i meldingane vil kategoriserast etter Hood sitt Nato-rammeverk. Desse vil eg samanlikne opp mot tilrådingar til tiltak frå den første NOU-en for å kunne identifisere ekspertpåverknad eller ikkje.

#### 4.3.5 Valprogram og regjeringsprofil

Valprogram er ei nøkkelkjelde til å kartlegge ideologiske ståstader hjå politiske aktørar. Studie av slike program har fortrinn som at dei er *autoritative* som framstilling av partiet sin politiske ståstad og dermed *representative* for partiet som eining. Programmet er ei samla framstilling av

partiet sin profil, samstundes som det i stor grad er *uttømmende* i den grad at det dekker dei aller fleste relevante politikkområde (Bratberg, 2022, s. 125). Regjeringserklæringar og regjeringsprofilar vil verte nytta på same måte som valprogramma, og vil skildre regjeringane sin politiske ståstad, ikkje berre einskilte parti. Med omsyn til tematikken i denne studien, er det regjeringar og parti sine helsepolitiske ståstader som er av relevans, og enda meir spesifikt kvinnehelsepolitikk. Korleis ulike regjeringar og parti stiller seg til abortspørsmålet vil også verte inkludert dersom dette vert uttrykt i dokumenta.

Målet med innhaldsanalyse av valprogram er å gi eit nøkternt og presist bilete av partiet sitt ideologiske uttrykk, og det finst fleire metodar for å gjennomføre dette (Bratberg, 2022, s. 126). I denne studien har eg analysert programma opp mot spesifikk tematikk, og forsøkt å knytte desse opp mot ein høgre-venstre-akse i politikken. Dette gir eit fruktbart utgangspunkt for vidare analyse (Bratberg, 2022, s. 126). Høgre-venstre-aksen i denne studien har eg etablert gjennom skiljelinjene *individbaserte- versus miljøretta/samfunnsretta tiltak, offentleg versus privat* og *universelle- versus behovsprøvde tenester*.

Det er også ulemper med analyse av valprogram for å spore parti sine ideologiske ståstader. Samanlikning er til dømes ei slik avgrensing (Bratberg, 2022, s. 125). Det kan vere vanskeleg å samanlikne politiske program. I denne studien vil avgrensingar knytt til samanlikning dreie seg om tid. Samfunnet endrar seg og ulike saker vil vere av ulik aktualitet i ulike tidsrom. Ei anna avgrensing gjeld om betydinga av omgrep er konstant over tid (Bratberg, 2022, s. 125). I denne studien, som tek for seg endringar over ein nesten 30 år lang periode, vil det vere utfordringar knytt til det at parti kan endre politisk ståstad over tid. Dette er teke omsyn til i den grad at det er nøye utvalde valprogram frå aktuell tidsperiode som vert analysert. I kva grad ideologisk avstand varierer over tid er også ei avgrensing av denne metoden for å skildre politisk ståstad (Bratberg, 2022, s. 126).

#### **4.4 Metodologisk strategi**

Denne studien tek sikte på å svare på kva endringar som har skjedd i val av ekspertise, tilrådingar frå ekspertise, og kva endringane kan skuldast. For å kunne spore endringar og påverknad vil metodologiske strategiar for å studere ekspertpåverknad takast i bruk. Eg vil undersøke om politiske preferansar har påverka val av ekspertise, og om dette deretter har påverka tilrådingane frå ekspertisen. Strategien vil og kunne bekrefte om tilrådingar til tiltak i meldingar til Stortinget har lete seg påverke av tilrådingar frå ekspertar i NOU 1999: 13.

Strategien vil ikkje berre kunne stadfeste ekspertpåverknad, men og kunne bidra til å stadfeste om meldingane i mindre grad har vorte påverka av tilrådingane frå 1999.

I artikkelen *Studying expert influence: a methodological agenda* peikar Christensen på fem metodiske strategiar for å studere ekspertpåverknad. Desse er *prosesssporing, undersøkingar av tilskrive påverknad, kvantitativ analyse av oppnåing av preferanse, tekstgjennbruksanalyse og siteringsanalyse* (Christensen, 2023, s. 605). Prosesssporing og tilnærminga for å studere ekspertpåverknad ved å undersøke tekstleg kongruens mellom ekspertrådgivande dokument og politiske avgjerdsdokument vil bli brukt i denne studien (Christensen, 2023, s. 608).

Prosesssporing handlar om å spore prosessen frå ein ekspertaktør sine preferansar til ei endeleg politisk avgjerd (Christensen, 2023, s. 605). Denne studien tek ikkje sikte på å avsløre om ekspertar sine preferansar har påverka politikk, men heller korleis preferansar kjem til syne gjennom val av ekspertise og deretter deira tilrådingar. Strategien kan derfor vere til inspirasjon for studien, med tanke på intensjonen om å forklare kva endringar i ekspertise kan skuldast. Derfor vil prosesssporing av politiske aktørar sine preferansar sporast opp mot val av ekspertise og tilrådingar ekspertisen gir. Christensen skildrar fem steg for å empirisk spore ekspertar sine preferansar (Christensen, 2023, s. 606). Eg har brukt desse til inspirasjon for å formulere tre steg som passar denne studien. Då blir stega i prosessen slik: (a) *spore politiske aktørar sine preferansar*, (b) *aktørane sine forsøk på å fremje desse preferansane i val av ekspertise*, (c) *kva grad politiske preferansar reflekterast i ekspertane sine tilrådingar til politikk*. Desse trinna vil sporast gjennom analyse av datagrunnlaget presentert ovanfor. Regjeringsprofilar og valprogram vil skildre politiske preferansar og fungere som forklaringsvariablar på utvalssamansetnad og tilrådingar til tiltak.

Tekstgjennbrukanalyse går ut på å undersøke i kva grad tekst frå ekspertdokument vert brukt på nytt. Dette kan til dømes skje gjennom kopiering av tekst. Det er ikkje uvanleg at politiske dokument inneheld tekst frå forskjellige tidlegare dokument. Når eit politisk dokument kopierer tekst frå eit ekspertrådgivande dokument, kan det bli stadfesta som bevis på ekspertpåverknad (Christensen, 2023, s. 608). Eg vil bruke tekstgjennbrukanalyse for å undersøke om tilrådingane frå utvalet i 1999 har påverka tiltaka som vert presentert i dei to meldingane til Stortinget.

#### 4.5 Reliabilitet

Reliabilitet handlar om at dersom nokon ved eit seinare høve følgjer dei same prosedyrane som eg har gjort i denne studien, så vil dei få dei same funna og konklusjonane. Føremålet med reliabilitet er å minimere sjansen for feil, manglar og partiskheit i ei studie (Yin, 2018, s. 46). Reliabilitet handlar med andre ord om i kva grad eit datamaterial og studien som heilskap er påliteleg (Yin, 2018, s. 42). I denne studien nyttar eg allereie eksisterande dokument som datagrunnlag. Dette styrkar reliabiliteten i den grad at innsamling av data, gjennom til dømes intervju, kan vere eit kritisk punkt. Dersom ein forskar samlar inn data etter same prosedyre som ein forskar har gjort tidlegare, er det ikkje slik at dei vil sitte igjen med same datagrunnlag. Datagrunnlaget for denne studien er konsistent. Det som på svekke reliabiliteten er at ulike forskarar kan tolke same dokument på ulike måtar. Ein forskar sit ikkje nødvendigvis att med same tolkingar som meg etter ei innhaldsanalyse.

Når det gjeld studien som heilskap er det nokså uvanleg at casestudier vert repetert. Likevel er det viktig å gjere greie for alle prosedyrar (Yin, 2018, s. 46). Noko som kan svekke reliabiliteten i denne studien er kategorisering av delar av datamaterialet. For å gjere tiltak frå NOU 1999: 13 og tiltak frå NOU 2023: 5 samanliknbare har eg kategorisert og nummerert tiltak frå NOU 1999: 13, ettersom dei ikkje var presentert på denne måten i rapporten. Kategoriseringa og inndelinga eg har gjort vil mogleg bli gjort annleis av andre, og det er ikkje sikkert at mi kategorisering er gjort i samsvar med utvalet sine intensjonar. Designet for studien tek omsyn til reliabiliteten i den grad at alle val er gjort greie for samstundes som alle steg i studien er gjort med utgangspunkt i problemstillinga.

Bruk av materialet frå eit arkiv kan også svekke reliabiliteten til denne studien. Mangel på kontekst frå arkivdokumenta kan ha ført til at eg som har studert dokumenta har misforstått dokumenta sine kontekstuelle faktorar eller intensjonar. Derfor vart metadata og kontekstuelle element også skanna og teke vare på ved innsamlinga av materialet.

#### 4.6 Validitet

Dersom val ein forskar tek bidreg til å svare på overordna problemstilling, tyder dette på god *validitet*. For å ta i vare god *intern validitet* er det viktig at datamaterialet og observasjonane famnar om fenomenet av interesse på ein meningsfull måte (Gerring, 2006, s. 43). Denne studien søkjer etter å samanlikne to politiske prosessar om kvinnehelse, med utgangspunkt i to NOU-ar. For å ta omsyn til den interne validiteten har eg forsøkt å samle inn det same

datagrunnlaget kring begge prosessane. Eg har valt valprogram, regjeringsprofilar og høyringssvar, og dei same delane av NOU-rapportane. Det som derimot svekker den interne validiteten er at det ikkje er eit samanlikningsgrunnlag for kva som har skjedd i politiske prosessar i ettertid av dei to NOU-ane. Grunnen til dette er at det per no ikkje er lagt fram ein ny kvinnehelsestrategi etter NOU 2023: 5 eller meldingar til Stortinget som omtalar NOU-en. Val av metode og teori styrkar den interne validiteten i denne studien. Problemstillinga gir studien eit søkjelys mot politisk prosess og ekspertise. Det teoretiske rammeverket for oppgåva er ein modell for politisk prosess med stort fokus på involverte aktørar, og val metodologisk strategi tek omsyn til å kunne spore ekspertpåverknad.

*Ekstern validitet* handlar om i kva grad funn i studien er gyldige ut over utvalet som er studert. Dette dreier seg om generalisering (Gerring, 2006, s. 43). Denne typen validitet kan seie noko om korleis funn i ei casestudie kan generaliserast, og om valet av case kan overførast til ei anna case (Yin, 2018, s. 42). Det er utfordrande å vurdere ekstern validitet i casestudier. Val av case er ofte basert på at den passar til det ein ønsker å undersøke i ei spesifikk studie (Yin, 2018, s. 42-44). I denne studien er val av case gjort på grunn av interesse for å undersøke denne casen spesifikt. Derfor er den eksterne validiteten svekka ved at det blir vanskeleg å generalisere dette til andre studiar. Politiske prosessar om kvinnehelse vil vere utfordrande å generalisere til andre politiske prosessar. Noko som derimot kan generaliserast er ekspertbruk i politikktutforming og i kva grad ein kan spore dette frå tilrådingar til tiltak i ein NOU og vidare til meldingar til Stortinget.

*Construct validity, omgrepsvaliditet* på norsk, handlar om å nytte fleire kjelder for bevis (Yin, 2018, s. 42-44). Omgrepsvaliditeten er ei svak side ved denne studien. Dokumenta eg har nytta kan i liten grad styrke bevis frå kvarandre.

Datamaterialet for studien vil eg no presentere i tre empiriske kapittel. Det første kapittelet omfattar NOU 1999: 13 *Kvinnens helse i Norge* og den politiske prosessen som denne er ein del av. Det er mandat utvalssamansetnad, kunnskapsgrunnlag og tilrådingar til politiske tiltak som er av interesse og relevans for studien. Den politiske prosessen som følgde etter at NOU-en var levert, vil også bli skildra. Dette inneber oppnemning og levering, høyringsprosess og påfølgjande meldingar til Stortinget. Det andre empirikapittelet er eit tilsvarande kapittel om NOU 2023: 5. Det tredje kapittelet skildrar dei involverte regjeringane og regjeringspartia i dei to prosessane sine politiske preferansar og verdiar. Dette ved å utforske regjeringsprofilar,

tiltredingserklæringar og regjeringspartia sine valprogram opp mot kvar dei står på ein politisk høgre-venstre-akse.

## **Kapittel 5 NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge og politisk prosess**

Thorbjørn Jagland (Ap) si mindretalsregjering oppnemnde 19. september 1997 eit utval som skulle greie ut om kvinner si helse i Noreg. Fristen for utvalet sitt arbeid var 1. november 1998 (NOU 1999: 13, s. 20-21). Rapporten vart gjeve til Sosial- og helsedepartementet 28. januar 1999 (s. 1). Då var det Kjell Magne Bondevik (Krf) si første regjering (ei mindretalsregjering) med Venstre og Senterpartiet som sat ved makta. Dette etter at Jagland si regjering søkte avskjed 13. oktober 1997, mindre enn ein måned etter at NOU 1999: 13 vart oppnemnt (Regjeringa B, u.å.).

### **5.1 Mandat**

Mandatet til NOU 1999: 13 hadde totalt tolv punkt.

- Skape kunnskapsoversikt om kvinner si helse og sjukdom i Noreg med grunnlag i tilgjengelege arbeid. Alle livsfasar, innvandrar kvinner og kvinner med funksjonshemming skulle vere inkludert. Samanhengar mellom kvinner si helse og levekår når det gjeld yrke, arbeidsvilkår, sosialøkonomiske status og familieforhold var ein del av mandatet.
- Drøfting av konsekvensar av kvinner si helse og sjukdom for deltaking i samfunns- og arbeidsliv skulle vere inkludert.
- Drøfting av korleis kjønnsesifikk kunnskap kan bli ivaretatt i sosial tenesteyting, folketrygda, medisinsk praksis og forskning, rehabiliteringsarbeid, folkehelsearbeid og i tiltak retta mot utsette grupper var også ein del av mandatet.
- Konsekvensar når det gjeld prioriteringa og ressursbruk i helsetenester og velferdsordningar skulle drøftast opp mot helse og sjukdom blant kvinner.
- Noreg sine forhold i relasjon til relevante land å samanlikne med, skulle vurderast opp mot handlingsplanane som vart vedteke på Beijing konferansen i 1995.
- Mandatet spesifiserte eit ønske om ei oversikt over tenester, helsetiltak, miljø- og sikringstiltak og forskingsverksemd retta mot kvinner si helse i Noreg på aktuelt tidspunkt.
- På område der kunnskap om kvinner si helse var mangelfull, var det ønska ei oversikt slik at ein kunne kartlegge kvar det var behov for utvikling av kunnskap.
- Tiltak og tilrådingar for å betre kvinner si helse og sikre kvalitet i førebygging, behandling og rehabilitering var eit punkt i mandatet.

(NOU 1999: 13, s. 20)

Dei siste punkta i mandatet fatta om å søke råd hjå departementsoppnemnde referansegrupper, gjennomføring av to opne høyringar og klargjering av økonomisk og administrative konsekvensar av tiltak som vert foreslått, og fristen for arbeidet (NOU 1999: 13, s. 21).

## 5.2 Utvalssamansetnad

Utvalet fekk oppnemnt totalt åtte medlemmar, og eit sekretariat med fire medlemmar. Forskar Johanne Sundby vart utnemnt som leiar for utvalet (NOU 1999: 13, s. 21). Sundby er professor i global helse og er utdanna lege med ei spesialisering innan fødselshjelp og kvinnesjukdommar. Ho er også ein profilert feminist. Sundby sine faglege interesser er kvinnehelse og reproduktiv helse som abort, prevensjon, infertilitet, mødre si helse, omskjering, perinatalhelse, migrantar si helse og helse og rettar (uio.no, 2019). Tabellen under syner utvalssamansetnad og medlemmane sin faglege bakgrunn og erfaring.

Tabell 2: Utvalssamansetnad NOU 1999: 13

	Utval	Bakgrunn/tilknytning
1	Johanne Sundby (leiar)	Forskar, Lege Seksjon for medisinsk antropologi, UiO
2	Hildegunn Bomnes	Sosionom, Senter for psykisk helsevern, Vefsn
3	Steinar Haukland	Underdirektør, Fylkestydekontoret i Akershus
4	Solveig H. Johansen	Fylkesleder, FFO (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon), Oppland, Gjøvik
5	Lars Nygård	Kommunaldirektør for helse- og omsrog, Trondheim Kommune
6	Knut Oftung	Førstekonsulent, Sosiolog Kompetansesenter for likestilling, Oslo
7	Anne Eskild	Forskar, Lege Statens institutt for Folkehelse, Seksjon for epidemiologi, Oslo
8	Merethe Storødegaard	Fylkesordførar, Nord-Trøndelag fylkeskommune
	<b>Sekretariat</b>	
9	Anne Berit Mong Haug (leiar)	Sosial- og helsedepartement
10	Liv Eli Halså	Rikstrygdeverket
11	Marianne Noodt	Statens helsetilsyn
12	Arnhold Taksdal	Engasjert, av Sosial- og helsedepartementet

NOU 1999: 13. *Kvinnens helse i Norge*. (s. 21). UIO (2011). *Anne Eskild*. Tilgjengeleg frå:

<https://www.med.uio.no/klinmed/personer/vit/anneesk/> (Lest: 31. mars 2024) UIO (2019). *Johanne Sommerchild Sundby*. Tilgjengeleg frå:

<https://www.med.uio.no/helsam/personer/vit/jsundby/> (Lest: 15. september 2023). UIO (2023). *Knut Oftung*. Tilgjengeleg frå:

<https://www.stk.uio.no/personer/timelerere-og-tilknyttede/knutoft/> (Lest: 31. mars 2024)



Tabellen syner Sundby-utvalet sin samansetnad. Medlemmane i utvalet hadde kunnskapar om helse- og sosialfaglege utdanningar og medlemmar med erfaringar frå ulike leiarstillingar som direktør og fylkesordførar.

### **5.3 Kunnskapsgrunnlag**

Kunnskapsgrunnlaget til rapporten vart danna av fleire hald. I mandatet stod det at utvalet skulle søke råd hos ei referansegruppe. Referansegruppa skulle ha som hovudoppgåve å kvalitetssikre kunnskapsgrunnlaget som utvalet la til grunn for sine drøftingar og tilrådingar. Referansegruppa skulle gje råd på bakgrunn av erfaring og kunnskap (NOU 1999: 13, s. 23). For å ha eit kunnskapsgrunnlag som reflekterte mandatet sin breidde og omfang, såg utvalet det som nødvendig å hente inn mange faglege og erfaringsbaserte innspel og synspunkt. Derfor vart ei rekke personar konsulert i prosessen. Fleire personar vart spurt om å halde innlegg på referansegruppemøter og utvalsmøter (NOU 1999: 13, s. 24). Som ein del av kunnskapsgrunnlaget vart det henta inn 54 delutgreiingar om emne som var relevant for mandatet (NOU 1999: 13, s. 24).

Utvalet vart bedd om å gjennomføre to opne høyringar i mandatperioden, for å sikre kunnskapsgrunnlaget. Dette ville bidra med innspel og råd til tilrådingar av tiltak. Av budsjettmessige og tidsmessige årsaker kunne ikkje dette gjennomførast, men utvalet sendte ut invitasjon til brukarorganisasjonar og kvinneorganisasjonar med førespurnad om å komme med innspel. Dei vart bedd om å foreslå tre prioriterte tema som utgreiinga burde fokusere på (NOU 1999: 13, s. 24). Utvalet arrangerte ein lekfolkskonferanse. Ei viktig målsetting med konferansen var å inkludere allmenta i avgjerdsprosessar, få innspel, engasjere, mobilisere og skape diskusjon. Konferansen var eit krav i mandatet, og utvalet ønska å prøve ut lekfolkskonferanse som ein metode for å ta i vare brukarperspektiv i helsepolitiske avgjerdsprosessar (NOU 1999: 13, s. 25).

### **5.4 Tilrådingar til tiltak**

Utvalet vart gitt eit omfattande mandat. Derfor prioriterte dei å utvikle overordna perspektiv og tiltak som kunne opne for desse perspektiva i helsepolitikk og praksis. På nokre område har utvalet derfor ikkje kome med konkretiserte tiltak på eit detaljert nivå. Tiltaka som er presentert i rapporten har som siktemål å skape strukturar, rutinar og reiskapar som kan sikre integrering av kjønnsperspektiv i forskning og skaffe seg annan kunnskap. Dette gjaldt politikktutforming,

arbeid med førebygging, helsetenester og ordningar for velferd. Brukarperspektiv og tverrfagleg samarbeid står sentralt (NOU 1999:13, s. 15).

Tiltaka som er foreslått i NOU 1999: 13 er ordna under stikkorda *beslutningsprosesser, kunnskapsutvikling og formidling, helsepraksis, vold, velferdsordningar og arbeidsliv, andre tiltak og generell likestilling/likestilling som kvinnehelsetiltak* (NOU 2023: 5, s. 15). Tiltaka er ikkje kategorisert og nummerert i rapporten. Utvalet har i større grad utdjupa forslag til tiltak under stikkorda. Eg har nummerert og kategorisert det som kjem fram som konkrete tiltak under stikkorda, og dette resulterte i 45 forslag til tiltak. Eg har gjort dette er for å gjere tiltaka samanliknbare med tiltaka foreslått i NOU 2023:5. Stikkordet *andre tiltak* er slått saman med *helsepraksis*. Nokre tiltak er delt opp med tilhøyrande undertiltak. Stikkorda nemnt ovanfor omtalar eg som kategoriar. Kategoriseringa eg har gjort inkluderer ikkje alle tema og område utvalet tek føre seg i utgreiinga som heilskap, men det som kjem fram som konkrete og spesifiserte tilrådingar til tiltak.

Eg har delt tiltaka inn etter Christopher Hood sitt rammeverk for styringsverktøy (Hood, 1983, s. 3 (sjå 3.3)). Forslaga til tiltak er dermed kategorisert etter verktøya *nodalitet, autoritet, treasure* og *organisasjon*. Rammeverket fungerer som eit codeskjema. Tiltaka er plassert i verktøyet dei passar best i, etter utdjupinga av tiltaket presentert i rapporten. Tabellane under syner tiltaka og kva styringsverktøy dei høyrer til.

Tabell 3: Tiltakskategoriar NOU 1999: 13

Kategori nr.	Kategorinamn	Tiltak frå - til	Tal tiltak
Kategori 1	<i>Beslutningsprosesser</i>	1-6	6
Kategori 2	<i>Kunnskapsutvikling og formidling</i>	7-12	6
Kategori 3	<i>Helsepraksis</i>	13-28	16
Kategori 4	<i>Vold</i>	29-34	6
Kategori 5	<i>Velferdsordningar og arbeidsliv</i>	35-42	8
Kategori 6	<i>Generell likestilling</i>	43-45	3

NOU 1999: 13. *Kvinnens helse i Norge*. (s. 329-355 ).

Tabell 4: Nodalitetstiltak NOU 1999: 13

	Tiltak nr	Overskrift	Samandrag utdjuping	Grunngjevnad	Kategori
1	2.	<i>Utforming av indikatorer og spørsmålssett i et kjønnsperspektiv</i>	Gjennomgang av kriterium og indikatorar innan rammene for prosjektet skildra i tiltak nr. 1.	Informasjon	1

2	4.	<i>Innspill fra allmennheten</i>	Barne- og familiedepartementet foreslått til å gjennomføre ein lekfolkskonferanse og ein systematisk innsamling av erfaringar og forslag til betre ordningar som kan dempe spenninga mellom lønnsarbeid, foreldreansvar og andre private omsorgsoppgåver. Gjennomføring av opne høyringar og lekfolkskonferansar i utgreiings- og avgjerdsprosessar.	Konferanse	1
3	5.	<i>Brukerperspektiv</i>	Behov for brukarmedverknad på alle nivå; i enkeltmøter mellom pasientar og helsearbeidarar, i kunnskapsutvikling og avgjerdsprosessar, og kvalitetssikring av tenestene.	Informasjon	1
4	6.	<i>Kjønnspektiv på organisasjonsarbeid</i>	Alle organisasjonar som utfører helserelevant arbeid med offentlag tilskot, anmodes om å sikre at kjønnspektiv ivaretakast i sine prioriteringar og sitt arbeid. Det utarbeidast verktøy og rettleingsrutiner som kan bistå organisasjonane i dette arbeidet.	Informasjon gjennom rutinar for rettleiing	1
5	12.	<i>Konkrete kunnskapsbehov</i>	12.1 Studiar av behandlingsskjeder. 12.2 Helse og levekår hos funksjonshemma kvinner. 12.3 Helse og levekår blant samiske kvinner. 12.4 Helse og levekår blant innvandarkvinner. 12.5 Geriatrikisk forskning med kjønnspektiv. 12.6 Kjønnsforskjellar i bruk og effekt av medikamenter. 12.7 Kunnskapsbehov på trygd- og velferdsfeltet.	Kunnskapshol som krev forskning/informasjon	2
6	14.	<i>Kommunenes oppfølging av personer med kroniske plager</i>	Kommunene må gjerast i stand til å skaffe oversikt over innbyggjarane med kroniske plager og langvarige behov for oppfølging.	Tileiing av informasjon	3
7	16.	<i>Tilgjengelighet og kompetanse i psykiske helsetjenester for kvinner</i>	Lett tilgjengelege polikliniske tenester, økonomisk overkommelege tilbod, styrking av kjønnsesifikk kunnskap blant aktuelle fagfolk.	Gjere informasjon og tenester tilgjengelege	3
8	19.	<i>Forebygging av eldre kvinners helseplager</i>	Styrke kompetanse blant personell.	Kompetanseheving	3
9	27.	<i>Andre tiltak</i>	27.1 Kapasitet på slageiningar bør utvidast med tanke på eldre slagamma kvinner. 27.2 Auka kunnskap i primærhelsetenesta om behandling av migrene. 27.3 Styrking av tverrfagleg støtteapparat rundt MS-pasienter. 27.4 Kompetanseheving i primærhelsetenesta med tanke på kronisk leddgikt.	Kunnskapsløft	3
10	28.	<i>Evaluering av helsetjenestereformer</i>	Følgje opp om ordningane i praksis har ulike konsekvensar for kvinner og menn.	Oppfølging og evaluering gjennom informasjon	3
11	35.	<i>Ivaretakelse av kjønnspektiv i offentlige stater</i>	Tilsetting av rådgivar med kompetanse på trygdemedisin, kvinnehelse og kjønnspektiv.	Tileigne meir informasjon gjennom kunnskap	5

NOU 1999: 13. *Kvinnens helse i Norge*. (s. 329-355 ).

Tabell 5: Autoritetstiltak NOU 1999: 13

	Tiltak nr.	Overskrift	Samandrag utdyping	Grunngjevnad	Kategori
1	3.	<i>Sikring av kjønnspektiv i offentlige organer</i>	Operasjonalisere likestilling for å synleggjere relevans og gode arbeidsrutinar. Rutinar som sikrar plan- og budsjettarbeid, og prioriteringar i offentlige etatar, gjerast på bakgrunn av konsekvensvurderingar for kvinner og menn. Rekrutteringsprosessar i etatane må sikre ei rimeleg kjønnsfordeling.	Arbeidsrutinar, sikring av kjønnsfordeling	1
2	8.	<i>Utdanning</i>	Helsefaglege utdanningar må utarbeide fagplanar som sikrar undervisning om kjønnspektiv og kvinner.	Sikring av fagplanar	2
3	10.	<i>Inkludering av kvinner i medisinsk forskning</i>	Fleire forskingsprosjekt med relevans for kvinnehelse. Innføre klausul i all forskingsløyving om at potensielle kjønnsulikskapar skal drøftast.	Klausul	2

4	15.	<i>Gyldiggjøring av brukerkunnskap</i>	Lage mal for korleis brukarkunnskap kan integrerast i pensum for all helsefagleg utdanning.	Obligatorisk element i utdanning	3
5	20.	<i>Østrogenbehandling</i>	Utarbeiding av nye nasjonale anbefalingar for hormonbehandling	Nasjonale anbefalingar	3
6	21.	<i>Nasjonal handlingsplan mot osteoporose</i>	Iverksetting av handlingsplan.	Nasjonal handlingsplan	3
7	23.	<i>Nedfrysing av egg</i>	Spørsmålet om nedfrysing av egg bør greiast ut og vurderast på ny med tanke på lovendring.	Lovendring	3
8	32.	<i>Politi og rettsvesen</i>	Medvit og kompetanse må aukast. Utvikle strukturar, kunnskap og haldningar for samarbeid mellom instansar. Rask rettsbehandling. Traumebehandling må ikkje verte avgrensa av etterforsking. Greie ut om det trengs egne einingar for etterforsking. Greie ut om lengre strafferammer.	Strafferammer	4
9	38.	<i>Funksjonsvurdering</i>	Greie ut kven som har tilvisingsrett.	Tilvisingsrett	5
10	39.	<i>Konkrete forslag knyttet til folketrygden</i>	39.1 Generelle vilkår som ikkje diskriminerer belastningslidningar ved vurdering av yrkesskadeerstatning 39.2 Menn må få eigen oppteningsrett til Fødselspengar 39.3 Ordningar med graderte sjukepengar og svangerskapspengar bør i brukast meir i staden for sjukepengar til gravide 39.4 Greie ut om ytingar skal vere behovsprøvd i forhold til eiga inntekt 39.5 Omsorgspengar i samband med å vere heime med barn, reknast som fullverdige pensjonspoeng	Vilkår, oppteningsrett, reglar om sjukepeng, reglar om ytingar, reglar om pensjonspoeng	5
11	40.	<i>Helse- miljø og sikkerhet i pleie- og omsorgsyrkene</i>	Fokus på pleie- og omsorgssektoren når det kjem til HMS. Lovar og forskrifter er laga for industriarbeid.	Tilpassing av lover og forskrifter	5
12	41.	<i>Bedriftshelsetjeneste i pleie- og omsorgsyrkene</i>	Krav om bedriftshelseteneste for pleie- og omsorgssektoren.	Krav	5
13	42.	<i>Yrkesskade/yrkessykdommer og belastningslidelser</i>	Lage generell regel for kva som godkjennast som yrkesrelaterte sjukdommar.	Reglement	5

NOU 1999: 13. *Kvinnens helse i Norge.* (s. 329-355).

Tabell 6: *Treasure-tiltak NOU 1999: 13*

	Tiltak nr.	Overskrift	Samandrag utdyping	Grunngjevnad	Kategori
1	11.	<i>Grunnleggjende forskning om kjønnsforskjeller i forekomst, risiko og utvikling</i>	Løyving av 50 millionar kroner til Norges forskningsråd over ein periode på 5 år til grunnleggjende forskning om kjønnsforskjellar i forekomst, risiko og utvikling av sjukdom.	Økonomi	2

NOU 1999: 13. *Kvinnens helse i Norge.* (s. 329-355).

Tabell 7: *Organisasjonstiltak NOU 1999: 13*

	Tiltak nr.	Overskrift	Samandrag utdyping	Grunngjevnad	Kategori
1	1.	<i>Kriterier for kjønnsperspektiv i beslutningsgrunnlag og -prosesser</i>	Etablere eit prosjektsamarbeid der forskning og utredningsarbeid innan helsesektoren vert gått gjennom for å etablere kriterium for å bevare kjønnsperspektivet.	Etablere prosjektsamarbeid	1
2	7.	<i>Egne fagområder for kvinne- og kjønnsforskning på helse og sykdommer</i>	Opprette egne fagområde for kvinne- og kjønnsperspektiv på helse og sjukdom ved dei medisinske fakulteta. Oppretting av tre nye professorat ved UiB, UiT og UiO.	Opprette fagområde	2
3	9.	<i>Faglig debattforum</i>	Arrangere konferansar med føremål om å drøfte strategiar for betra behandling og oppfølging av pasientar med tilstander som særleg rammer kvinner.	Arrangere konferansar	2
4	13.	<i>Kliniske kompetansesentre for grupper med ubestemte, sammensatte eller langvarige helseplager</i>	Vidareutvikling og utbygging av tverrfaglege og heilskaplege kompetanse- og behandlingssentra.	Vidareutvikling av kompetanse- og behandlingssentre	3

5	17.	<i>Svangerskaps- og fødselsomsorg</i>	Kombinasjon av teknologisk og individuell omsorg.	Kombinasjon av teknologisk og individuell omsorg	3
6	18.	<i>Forståelse for kulturelle forskjeller i helsevesenet</i>	Rekruttere helsearbeidarar med ulik kulturell bakgrunn.	Rekruttering	3
7	22.	<i>Brystkreft</i>	Tilgang til gode helsetenester, gjennomgang av internasjonale studiar, vurdering av undersøkingar, ta del i fleirnasjonale undersøkingar.	Kombinere fleire framgangsmåtar	3
8	24.	<i>Forebygging av tobakkskader</i>	Tiltak som vil hindre lovbrøt med sal, Statens tobakksråd.	Delegering av arbeid til organisasjon	3
9	25.	<i>Forebygging av alkoholskader</i>	Utbygging av eigne behandlingseiningar for kvinnelege rusmisbrukarar etter modell av Stockholmklubben og utvide særtilbod til kvinnelege misbrukarar etter modell av Bergensklinikken.	Utbygging av behandlingssenter	3
10	26.	<i>Forebygging av selvmord</i>	Samarbeid mellom somatisk og psykiatrisk spesialisthelseteneste.	Samarbeid mellom instansar	3
11	29.	<i>Kvinnevoldsutvalg</i>	Oppretting av utval med fokus på kvinnevald.	Oppretting av utval	4
12	30.	<i>Krisesentrene</i>	Staten må sikre drift av krisesenter og legge til rette for samarbeid med andre instansar.	Drift og samarbeid mellom instansar	4
13	31.	<i>Helsetjenester</i>	31.1 Mottaksapparatet for valdtekte kvinner må utbyggast og kvalitetssikrast 31.2 Kompetanseutvikling hos helsepersonell gjennom oppbygging av utdanningstilbod. 31.3 Sjølvhjelpsgrupper for overgrepsoffer må etablerast som landsdekkande tilbod 31.4 Tilbod til overgrepsoffer blant gutar og menn må forankrast i helseforvaltninga	Utbygging, betring og oppretting av helsetilbod	4
14	33.	<i>Behandlingstilbud til overgripere</i>	Behandlingstilbod til menn som slår må bli landsdekkande, krise- og rådgivingstelefon for menn må bli landsomfattande, forsøksprosjekter som gjeld gutar med aggresjonsproblematikk, forskning på nye terapiformer.	Etablere behandlingstilbod	4
15	34.	<i>Forebygging</i>	34.1 Vær-varsam-plakat for reklamebransjen, Justisdepartementet og Helse- og sosialdepartementet utfordre reklamebransjen på <i>seksualisering av jenter</i> 34.2 Eigenstyrkingsprogram for unge jenter, utarbeiding av program for jenter i skulealder med tanke på eigenstyrking 34.3 Haldningskampanjar og synleggjering, bryte tabu, oppgåve for eit <i>Kvinnevoldsutval</i>	Delegering av arbeid til organisasjon, etablere program og kampanjer	4
16	36.	<i>Behov for konsekvensutredningar</i>	Gjennomføring av konsekvensutgreiingar av reformer og endringsforslag der kvinnehelse leggst til grunn	Gjennomføre konsekvensutgreiingar	5
17	37.	<i>Enhetsorganisering på brukernes premisser</i>	Set i verk forsøk med organisering av einingar, der fleire instansar prøver ulike løysingar for å kunne ta i vare målsetting om samarbeid og tilrettelegging ut frå ein heilskapstenking i brukarane sitt behov	Organisering av einingar	5
18	43.	<i>Bedre kvinners likestilling med hensyn til arbeidsliv og økonomi</i>	Lik lønn for likt arbeid, betre lønn i typiske kvinneyrker, styrke arbeid mot diskriminering av kvinner ved tilsetningar, betre vilkår for kvinner i arbeidslivet, utvikling av ordningar som gjer det lett å kombinere arbeid med familie.	Utvikling av ordningar	6
19	44.	<i>Å avlaste kvinners dobbeltarbeid og ta i bruk menns utnyttede omsorgspotensiale</i>	Trygt barnetilsyn, fedre sjølvstendig oppteningsrett til fødselspengar sikre eldre og hjelpetrengande sikkert pleietilbod, kontantstøtteordninga må evaluerast.	Sikre trygt barnetilsyn og pleietilbod	6
20	45.	<i>Å motvirke menns vold mot kvinner</i>	Førebyggjande arbeid mot vald vil styrke kvinner sin posisjon og sjølvstende, likestillingsarbeid.	Likestillingsarbeid	6

NOU 1999: 13. *Kvinnens helse i Norge*. (s. 329-355).

Tabellane syner at det er totalt 11 nodalitetstiltak, 13 autoritetstiltak, 1 treasure-tiltak og 19 organisasjonstiltak. Nokre av dei 11 nodalitetstiltaka er i denne samanhengen *effectors*, i den forstand at dei er forslag til korleis myndigheitene kan nytte sin sentrale posisjon til å velje kva informasjon som skal nå folket (Hood, 1983, s. 21 (sjå 3.3.1)). Tiltaka eg har kategorisert som nodalitet er stort sett med grunn i informasjonsspreiing frå myndigheiter til folk gjennom ulike

kanalar som lekfolkskonferanse, helsearbeidarar, men også tileigning av ny informasjon gjennom til dømes forskning. Då er verktøya *detectors* (Hood, 1983, s. 3 (sjå 3.3.1)).

Tilrådingane eg har kategorisert som autoritetstiltak er fordi dei dreier seg om klausular, forskrifter, lovar, obligatoriske endringar av fagplanar, rettar og krav. Dette reflekterer myndigheitene sine juridiske makt til å offisielt krevje eller forby, og er ein av myndigheitene sine mest definerande eigenskapar. Det er viktig å peike på at grad av autoritet kan variere (Hood, 1983, s. 5 (sjå 3.3.2)).

Tiltaket eg har kategorisert under verktøyet *treasure* er på grunn av måten det er formulert på. Stort sett alle tilrådingane til tiltak krev økonomiske tilskot for å gjennomføre. I denne samanheng er gjeld det øymerka midlar for å stimulere til forskning. Dette er eit typisk *treasure*-tiltak, og er den eine av dei to måtane myndigheitene kan bruke denne typen styringsverktøy på, altså å bytte den mot god service, i dette tilfelle forskning (Hood, 1983, s. 40 (sjå 3.3.3)).

Tilrådingane til tiltak eg har kategorisert som organisasjonstiltak er fordi dei stort sett dreier seg om etablering av fagområde, delegering av arbeid og prosjektsamarbeid med meir. Typisk for organisasjon som styringsverktøy er etablering av offentlege eller statleg eigde verksemdar (Knill og Tosun, 2012, s. 25 (sjå 3.3.4)). I mange av tilfella i denne samanhengen handlar dette om at myndigheitene tilrådest til å stimulere allereie eksisterande organisasjonar og verksemdar til samarbeid, eller å ta på seg nye ansvarsområde. Organisasjonsverktøy dreier seg om å ha ein struktur eller plan for å samle og bruke ressursar på ein effektiv måte (Hood, 1983, s. 6 (sjå 3.3.4)).

Sundby-utvalet har ikkje formulert eit eige tiltak om abort. Det er likevel interessant å sjå på korleis utvalet stilte seg til abort og abortlovgiving fordi det har vore ei viktig kvinnehelsepolitisk sak i mange år som stadig kjem på den politiske dagsorden (sjå 2.3). Sundby-utvalet støtta seg til dåverande abortlov. Utvalet peika på at lova sikra rimeleg lik tilgang til sjølvbestemt abort før 12 veker, og bidrog til trygge abortar i heile landet. Utvalet peika på at ein burde ta føre seg ei kvalitetssikring av innhaldet når det gjeld abortrettleging (NOU 1999: 13, s. 149).

## 5.5 Høyring

Etter at Regjeringa Bondevik tok over, vart det gjennomført ei høyring. I høyringsbrevet frå Sosial- og helsedepartementet vert høyringsinstansane bedd om å ytre sine synspunkt knytt til utgreiinga som heilskap. Departementet etterspør særleg synspunkt og kommentarar knytt til dei seks tiltaksområda som er grunnlaget for anbefalte tiltak (sjå tabell 3). Høyringsfristen vart satt til 15. september 1999, men mange svar kom etter fristen<sup>3</sup>.

Ved ei oppsummering av høyringssvara frå 1999 gjort av departementet, viste det seg at det var kome inn 116 uttalar per 27. oktober 1999. I denne oppsummeringa var det også presentert ei liste over høyringsinstansar<sup>4</sup>. Denne lista samsvarar ikkje med høyringssvara eg fann hjå Arkivverket. Grunnen til dette var ikkje mogleg å finne i arkivdokumenta. Ulike grunnar til dette kan vere at lista er ei liste over instansar som har vorte invitert til høyring, at ikkje alle høyringssvara er arkivert, eller at det kom inn fleire svar utan merknader. I arkivdokumenta fann eg totalt 131 høyringssvar frå interesseorganisasjonar, offentlege organisasjonar, departement, direktorat, etatar, utdanningsinstitusjonar, sjukehus, fylkeslegar, kommunar og fylkeskommunar med meir. Nokre instansar har kome med fleire svar, til dømes frå ulike avdelingar eller ulike fakultet. Av desse 131 var det 20 som svara at dei av ulike grunnar ikkje kom med ei uttale. Grunnane kunne vere at dei ikkje hadde arbeidskapasitet eller at tema ikkje var innanfor organisasjonen sitt arbeidsområde. Av dei totalt 111 høyringssvara med kommentarar, var det 8 utdanningsinstitusjonar, 9 offentlege sjukehus, 9 svar frå direktorat og departement, 5 kommunar og 15 høyringssvar frå fylkeskommunar, nokre representert ved fleire avdelingar i fylkeskommunen<sup>5</sup> (sjå tabell 1).

I oppsummeringa til departementet står det at høyringsinstansane stort sett kommenterte felt og tema som handla om deira interesser, ofte der dei meinte at utvalet hadde gjort ein mangelfull jobb. Generelt er instansane positive til utvalet si tilnærming, skildring av problem og forslag til tiltak. Kritikken har frå fleire instansar dreia seg om at utgreiinga var for omfattande samstundes som tilrådingane til tiltak i liten grad var presise og konkrete. Det var semje når det gjaldt verdien av utgreiinga<sup>6</sup>.

---

<sup>3</sup> RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1862, jnr. 99/2819 *HØRING – NOU 1999: 13 KVINNERS HELSE I NORGE*

<sup>4</sup> RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1863, jnr. 99/2819 *Oppfølging av NOU 1999:13. Oversikt/oppsummering av høyringsuttalelser*

<sup>5</sup> RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1862, jnr. 99/2819

<sup>6</sup> RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1863, jnr. 99/2819 *Oppfølging av NOU 1999:13. Oversikt/oppsummering av høyringsuttalelser*

### 5.5.1 Kva vart sagt i høyringane?

Eg har kategorisert høyringssvara etter kven som er avsendar. Dette vil seie at det kan vere fleire avdelingar ved ein kommune eller fylkeskommune representert i same høyring. Dei åtte utdanningsinstitusjonane representerer Høgskular og Universitet frå heile landet. Svara fokuserer mykje på aspekt som er av relevans for deira virke. Ein gjennomgang av fråsegna syner at alle er positive til ei utgreiing om kvinner si helse i Noreg, men at dei oppfattar NOU-en som omfattande. Fleire av instansane slutta seg forslaga om inkludering av kjønnspektiv i læreplanar hjå helse- og sosialutdanningar og større fokus på kvinneperspektiv og kjønnspektiv i forskning. Av dei åtte svara, er det sju som i hovudsak har retta merksemd mot dette. Responsen frå desse sju er kortfatta. Senter for kvinneforskning hjå Universitetet i Tromsø (UiT) har svara i meir omfattande grad med eit hovudfokus som dreia seg om deira synspunkt kring bruken av omgrepet helse, og at eit omfattande mandat kan ha ført til at viktige spørsmål er blitt behandla men i for liten grad problematisert<sup>7</sup>.

Dei offentlege sjukehusa som har uttala seg representerer også store deler av landet, men ikkje midt-Noreg. Sjukehusa er ikkje så samstemte som utdanningsinstitusjonane, og svara varierer meir i omfang. Mange av dei er likevel samde om at det er viktig og nyttig med ei utgreiing om kvinner si helse i Noreg, men at utgreiinga i stor grad er prega av å vere for omfattande. Fleire av sjukehusa er einige med utgreiinga om at det er viktig med eit større fokus på kjønnspektiv i helse, forskning og utdanning. Eit av høyringssvara skil seg ut, både frå resten av sjukehusa og høyringssvara generelt. Fylkessjukehuset på Stord ønsker utgreiinga velkommen, men peikar på at kjønnspektivet i denne samanheng manglar mannsperspektivet. Sjukehuset peikar på at det vil vere nyttig med ei tilsvarende utgreiing for menn, eller at mandatet burde fokusert på kjønnsesifikke forhold ved helse og ikkje spesifikt kvinner si helse. Denne vinklinga meinte sjukehuset ville ta vekk motkrefter som ville oppstå med grunnlag i den mange spørsmåla om makt og ressursbruk utgreiinga reiser. Buskerud sentralsjukehus skil seg også ut i noko grad. Sjukehuset sine kommentarar handlar nesten berre om psykologiske og psykiatriske aspekt. Noko som då er viktig å peike på er at det er ein sjefpsykolog ved sjukehuset som er avsendar av uttalen<sup>8</sup>.

Slik som oppsummeringa til Sosial- og helsedepartementet skildra, har direktorata og departementa i stor grad fokusert på aspekt ved utgreiinga som rettar seg mot deira interesse og

---

<sup>7</sup> RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1862, jnr. 99/2819

<sup>8</sup> RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1862, jnr. 99/2819



fagområde. Høyringsvara sprik i omfang med alt frå ei side med nokså generelle tilbakemeldingar, til sju sider med nokså omfattande tilbakemeldingar. Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Direktoratet for arbeidstilsynet, Kommunal- og regionaldepartementet og Vegdirektoratet har alle fokusert sine høyringsvar kring arbeidshelse, med ulikt omfang og detaljfokus. Dei resterande høyringsvara har i ulik grad kommentert på tema knytt til deira fagområde og utgreiinga som heilskap<sup>9</sup>.

Høyringsvara frå dei fem kommunane skil seg frå kvarandre i omfang og detaljfokus, med alt frå ei side til 14 sider. Det er Oslo kommune som har levert det mest omfattande svaret. Dette inneheldt eit type samandrag av temaa utgreiinga tek opp. Kommunen har bedd om svar frå sju bydelar og samanfatta dette i eit høyringsvar. Det er variasjon i kva tema kommunane har valt å kommentere, men fleire av dei har hovudsakleg kommentert på dei seks tiltaksområda departementet etterspurte, og fleire har kommentert dette frå eit kommuneperspektiv. Dette gjeld spesielt yting av helsetenester i kommunane. I likskap med dei fleste andre svara frå høyringa, er kommunane positive til ei utgreiing om kvinner si helse i Noreg<sup>10</sup>.

Høyringsvara frå Fylkeskommunane er prega av kva avdeling eller gruppe som har uttala seg. Dette kjem til syne ved at tre av fylkeskommunane har levert høyringsvar frå deira respektive fylkesråd for funksjonshemma. Dette gjeld Østfold Fylkeskommune, Troms Fylkeskommune og Nordland Fylkeskommune. Høyringsvara er prega av at dei dreier seg om kvinner med funksjonshemming. Fylkesråda poengterer at det er viktig at kvinner med funksjonshemming blir møtt på same måte som andre kvinner når det gjeld typiske kvinnelidingar, og ikkje med hovudfokus på at dei har ei funksjonsnedsetting. I meir generell grad uttalar dei fleste Fylkeskommunane at det er positivt med ei utgreiing om kvinner si helse i Noreg, men at denne utgreiinga er svært omfattande. Dei peikar på at dette kan ha fått konsekvensar som at utgreiinga har vorte overflatisk. Svara frå fleire av Fylkeskommunane dreier seg i hovudsak om dei seks tiltaksområda departementet etterspurte, og gjerne korleis dette kan påverke Fylkeskommunar eller korleis Fylkeskommunane såg for seg å verte inkludert i vidare arbeid med utgreiinga. Til dømes ytra Troms Fylkeskommune at eventuelle tiltak som ville medføre auka kostnader for fylkeskommunen, og for den del kommunane, måtte bety at desse fekk tilført dei nødvendige ressursane for å kunne gjennomføre dette<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup> RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1862, jnr. 99/2819

<sup>10</sup> RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1862, jnr. 99/2819

<sup>11</sup> RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1862, jnr. 99/2819

Av høyringsuttala generelt er dei aller fleste svært positive til oppretting av eigne fagområde i forskning knytt til kjønnsperspektiv og kvinneperspektiv. Hordaland Fylkeskommune og Sogn og Fjordane Fylkeskommune ytra skepsis til dette. Hordaland Fylkeskommune er positive til kjønnsperspektiv i forskning men ikkje til eigne fagområde. Fylkeskommunen ytra at dette kunne vere til fare for at andre som har ei sentral rolle ikkje opplev at dei treng å ta inn kjønnsperspektivet i sitt arbeid ettersom dette ansvaret då vart lagt til nokon andre. Sogn og Fjordane Fylkeskommune ytra same bekymring, men var ikkje negativ til forslaget i seg sjølv<sup>12</sup>.

### **5.6 Stortingsmelding nr. 16 2002-2003**

Regjeringa la fram stortingsmeldinga *Resept for et sunnere Norge* 10. januar 2003. Meldinga er ei folkehelsemelding som trekker fram strategiar for eit sunnare Noreg (St.meld. nr. 16 (2002-2003), s. 5). Regjeringa ønska å gi folkehelsearbeidet eit løft gjennom politikk som bidrog til fleire leveår med god helse i heile befolkninga, samstundes som det var ønskeleg å redusere helseforskjellar mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn (St.meld. nr. 16 (2002-2003), s. 6). Det var Bondevik si andre regjering som la fram denne meldinga. Denne regjeringa bestod av Kristeleg folkeparti, Høgre og Venstre (Regjeringen C, u.å.).

Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) har ein eigen *Kvinnehelsestrategi* som tek utgangspunkt i tiltaka i NOU 1999: 13, og grunngir dette med at kvinner og menn er ulike og at tiltak derfor kan gi ulik effekt for kjønna. I slike tilfelle må ein nytte forskjellige verkemiddel ovanfor kvinner og menn (St.meld. nr. 16 (2002-2003), s. 6). Strategien fattar om den kurative verksemda til helsetenestene, til forskjell frå resten av meldinga. Manglande integrering av kjønnsperspektiv i helsepolitikk og i helsetenestene som NOU-en slo fast gir grunnlag for ei satsting på å styrke forskinga på ei rekke område. Dette inkluderer generell styring av kunnskapsutvikling- og formidling, og betring når det kjem til tilpassing, førebygging og behandling av kvinner sine behov (St.meld. nr. 16 (2002-2003), s. 9).

Kvinnehelsestrategien er presentert som eit eige kapittel på seks sider av dei totalt 128 sidene med meldingstekst. Strategien er ei oppfølging av forslaga i NOU 1999: 13. Kjønnsperspektivet er lagt til grunn i meldinga som heilskap, og derfor handlar strategien om dei forslaga frå NOU-en som ikkje er dekkja andre stader i meldinga (St.meld. nr. 16 (2002-2003), s. 120).

---

<sup>12</sup> RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1862, jnr. 99/2819

Kvinnehelsestrategien er delt inn i underkapittel, som samsvarar mykje med kategoriane for tiltak i NOU-en. Kapitla er *beslutningsprosesser, kunnskapsutvikling og formidling, helsepraksis og vold og overgrep*. Kapitla er skrivne på ein slik måte at dei summerer opp kva som er gjort innan temaa, og eventuelt om dette er ein måte for oppfølging av eit tiltak foreslått i NOU-en (St.meld. nr. 16 (2002-2003), s. 121-125). Kvinnehelsestrategien vert avslutta med ein presentasjon av elleve tiltak regjeringa ønska å gjere noko med. I tabellen under kategoriserer eg tiltaka opp mot Hood sitt Nato-rammeverk (Hood, 1983 (sjå 3.3)). Tiltaka er ikkje utdjupa i meldinga, og kategoriseringa baserer seg derfor på korleis dei er formulert. Fleire av tiltaka kan argumenterast for å passe inn i fleire av verktøya. Tiltaka er derfor kategorisert etter det verktøyet det svarar mest til.

Tabell 8: Tiltak Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003)

	Tiltak	NATO	Grunngjeving
1	Styrke forskning på kjønnsforskjeller i sykdomsrisiko, sykdomsutvikling, diagnostikk, optimal behandling og forebygging.	Nodalitet	Informasjon
2	Utvikle konsensuskonferanser og andre faglige debattfora i tråd med anbefalingene fra kvinnehelseutredningen.	Organisasjon	Konferanse og debattfora
3	Styrke jenters selvtillit og bevisstgjøring om egen kropp følge opp arbeidet med utdanningsprogrammet Sett dine egne grenser, som legger vekt på nettverksbygging mellom den kommunale og den spesialiserte tjenesten.	Nodalitet	Utdanningsprogram
4	Stimulere til ny forskning om årsakene til og mekanismene bak beinskjørhet og osteoporotiske brudd.	Nodalitet	Informasjon
5	Sikre kvinner over hele landet god brystkreftbehandling blant annet ved å satse på forskning.	Nodalitet	Informasjon
6	Styrke kunnskapsutvikling og -formidling om behandling, helsetjenestetilbud og bivirkninger av medikamentbruk til eldre kvinner. Kvinner med minoritetsbakgrunn vil ha et spesielt fokus. Gjennomføring av lekfolkskonferanser kan være en måte å innhente slik kunnskap på.	Nodalitet	Konferanse
7	Stimulere til studier som ser på kjønnsforskjeller når det gjelder bivirkninger av legemidler.	Nodalitet	Informasjon
8	Følge opp arbeidet for å hindre vold og seksuelle overgrep mot kvinner, og for at kvinner som har vært utsatt for overgrep skal få et godt helsetilbud. Utredningen om organisering og kompetanse om vold og traumer skal følges opp, og det skal utarbeides en ny plan mot vold i 2003.	Autoritet	Plan mot vold
9	Styrke forskning på kvinners psykiske helse.	Nodalitet	Informasjon
10	Vektlegge vern om kvinners mentale helse gjennom svangerskapet og etter fødselen.	Autoritet	Vern
11	Satse på forskning om eldre kvinner med minoritetsbakgrunn – deres helse og behov for tjenester, voldsproblematikk, bivirkninger av medikamentbruk og hvordan helsetjenesten kan bli bedre i stand til å ivareta eldre kvinners helseplager.	Nodalitet	Informasjon
12	Satse på mer forskningsbasert kunnskap og tiltak på områdene helse og levekår samt bruk av helse- og sosialtjenester blant innvandrerjenter og -kvinner.	Nodalitet	Informasjon

St.meld. nr. 16 (2002-2003) s. 126

Tabellen syner at regjeringa presenterer ni nodalitetstiltak, to autoritetstiltak og eitt organisasjonstiltak i kvinnehelsestrategien i folkehelsemeldinga. Tiltaka eg har kategorisert under nodalitet, er med grunnlag i at myndighetene ønsker informasjon gjennom å stimulere til forskning, altså nodalitet i form av *detectors*. Tiltaka eg har kategorisert under autoritet, er ein mildare form for autoritet enn til dømes innføring av lovverk, men dreier seg om utarbeiding

av plan, og vern. Tiltaket eg har kategorisert under organisasjon, dreier seg om utvikling av konferansar og debattforum.

### **5.6.1 Arbeidet med meldinga**

Helsedepartementet sendte ut brev til fleire instansar med ønske om innspel til meldinga i februar 2002. I desse breva var det lista opp område av folkehelsepolitikken som kunne vere viktig å legge vekt på. Eitt av desse punkta var «*Følgje opp folkehelsedelen i NOU 1999: 13 Kvinnens helse i Norge*»<sup>13</sup>. I eit brev frå Folkehelseavdelingen til Helsetjenesteavdelingen datert 22. mai 2002 står det at den 14. mai 2002 blei det klart at helseministeren ønsker at heile NOU 1999: 13 skulle følgjast opp i meldinga. Dette ville sei at både den kurative delen og førebyggingsdelen av utgreiinga skulle kvitterast ut i folkehelsemeldinga. Her vart det foreslått at det kunne vere aktuelt å presentere «kvinnehelsestrategien» i eit eige vedlegg til meldinga<sup>14</sup>. Kva som gjorde til endringane om å følgje opp NOU-en som heilskap frå å berre skulle inkludere folkehelsedelen kjem ikkje fram i desse dokumenta.

Det vart halde fleire idédugnadar i prosessen med meldinga knytt til ulike tema der aktuelle organisasjonar vart invitert til å halde innlegg. Den 23. mai 2002 vart det halde ein idédugnad der Norske Kvinners Sanitetsforeining var invitert og deltok med eit innlegg. I møtereferatet står det at sjølv om meldinga skulle dreie seg om heilskapen i folkehelsepolitikken, ville likevel enkelte område og utfordringar verte løfta fram som spesielt viktige. Dette var til dømes helseproblem som ramma mange, og som representerer store kostnader for samfunnet. Dette gjaldt problem der ein samstundes hadde kunnskap om årsaksforhold og tilgjengelege verkemiddel med potensial for førebygging. Eitt av desse områda var kvinnehelse gjennom ein tiltaksplan i folkehelsemeldinga, basert på NOU 1999: 13<sup>15</sup>.

### **5.7 Kva har skjedd sidan 1999?**

I 2014 foreslo Olaug Bollestad (Krf) og Kjersti Toppe (Sp) ei ny utgreiing om kvinnehelse i Noreg. Forslagsstillarane sin bakgrunn var kunnskapsoppsummeringar og desse peika på behovet for ei ny utgreiing om kvinner si helse i Noreg, 15 år etter NOU 1999: 13 (Stortinget,

---

<sup>13</sup> Minnepinne Helse- og omsorgsdepartementet, Stortingsmelding om folkehelsearbeidet, Helsedepartementet, jnr. 02/01148 *Stortingsmelding om folkehelsearbeidet - innspill*

<sup>14</sup> Minnepinne Helse- og omsorgsdepartementet, Stortingsmelding om folkehelsearbeidet, Helsedepartementet, jnr. 02/01148 *Oppfølging av kvinnehelseutredningen*

<sup>15</sup> Minnepinne Helse- og omsorgsdepartementet, Stortingsmelding om folkehelsearbeidet, Helsedepartementet, jnr. 02/01148

2014). Forslaget vart framsett i Stortinget 20.06.2014 og behandla i Stortinget 17.02.2015. Stortinget forkasta forslaget frå Kristeleg Folkeparti og Senterpartiet. Forslaget fekk støtte frå Arbeidarpartiet, Kristeleg Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti. Høgre og Framstegspartiet stemte ikkje for forslaget (Stortinget B, u.å.).

I Melding til Stortinget nr. 7 (2015-2016) *Likestilling i praksis* står det at funna gjort i NOU 1999: 13 har hatt stor verknad for seinare utvikling i arbeid med likeverdige helse- og omsorgstenester. Det vert også nemnt at kvinnehelsestrategien har løyst ut eit fagleg engasjement, og initiert til forskning på viktige område knytt til kvinner si helse. Helse- og omsorgsdepartementet har følgd opp forslag frå kvinnehelseutvalet på helseområdet (Meld.St. nr. 7 (2015-2016), s. 86). I kapitlet *God helse for kvinner og menn* vert det lista opp ønsker regjeringa har for helse knytt til kjønn. Av desse tolv tiltaka er det ti som fattar om kvinner si helse på ulike vis. Eg vil kategorisere tiltaka etter Nato-rammeverket til Hood. Tiltaka er ikkje utdjupa i meldinga, og kategoriseringa baserer seg på korleis dei er formulert. Fleire av tiltaka kan argumenterast for å passe inn i fleire av verktøya. Tiltaka er derfor kategorisert etter det verktøyet det samsvarar mest til.

Tabell 9: Tiltak i Melding til Stortinget nr. 7 (2015-2016)

	Tiltak	NATO	Grunngjeving
1	Prioritere forskning på blant annet eldre kvinners helse, arbeidsliv og helse, og minoritetskvinners helse innanfor i Norges forskningsråd.	Nodalitet	Informasjon
2	Øke kunnskapen om årsakene til uønskede forskjeller i helse og tjenestetilbud mellom kvinner og menn i et livsløpsperspektiv.	Nodalitet	Informasjon
3	Sørge for at oppdatert kunnskap om menn og kvinners særlige behov tas i bruk.	Autoritet	Sørge for at kunnskap tas i bruk
4	Sørge for bedre forebygging, diagnostikk, behandling og mestring av sykdommer som fører til langvarige sykemeldinger og uførhet blant kvinner.	Autoritet	Sørge for bedring
5	Etablere et gratis opphenningsprogram for vaksine mot humant papillomavirus (HPV) for alle jenter opp til 26 år.	Treasure	Gratis helsetilbud
6	Sørge for tiltak rettet mot eldre kvinners helseutfordringer.	Autoritet	Sørge for tiltak
7	Sørge for at kjønnsperspektivet blir bedre integrert i beslutningsprosessene og i den praktiske helsetjenesteutøvelsen.	Autoritet	Sørge for integrering av kjønnsperspektiv
8	Sørge for at tjenestene blir rettet mot menn og kvinners ulike behov.	Autoritet	Sørge for kjønnsperspektiv i tenester
9	Sørge for at eventuelle ulike virkninger for menn og kvinner blir kartlagt ved utvikling og evaluering av tiltak som kan påvirke befolkningens helse.	Autoritet	Sørge for kjønnsperspektiv
10	Sørge for at helsetjenestene bidrar til bedre muligheter for aktiv deltakelse i samfunnsliv og arbeidsliv for unge kvinner og eldre kvinner som har psykiske og andre helsemessige utfordringer.	Autoritet	Sørge for muligheter for samfunnsdeltaking

Meld.St. nr. 7 (2015-2016) s. 85-86

Tabellen syner at regjeringa presenterer to nodalitetstiltak, sju autoritetstiltak og eitt treasure-tiltak. Nodalitetstiltaka dreier seg i denne samanheng om inntening av informasjon via forskning,

altså tiltak som *detectors*. Autoritetstiltaka er kategorisert som denne typen styringsverktøy grunna formulering, ettersom alle startar med «sørgje for». I denne samanheng handlar det også om autoritet i ein mildare grad. Treasuretiltaket handlar om å gjere eit helsetilbod gratis. Tabellen under syner kategoriseringa og tiltaka.

I samband med kvinnedagen i 2019 lanserte dåverande regjering strategien *Seks punkter for bedre kvinnehelse*. Det var Høgre, Kristeleg Folkeparti, Framstegspartiet og Venstre som sat i regjering (VG, 2019). Det første punktet handla om forskning. Regjeringa ønska å fortsette satsing på kvinner si helse gjennom Forskingsrådet (H, Krf, Frp og V, 2019, s. 4). Det andre punktet handla om reproduktiv helse. Regjeringa ville legge fram ein handlingsplan for å redusere tal ikkje ønska graviditetar og svangerskapsbrot med ein tredjedel på ti år (H, Krf, Frp og V, 2019, s. 5). Det tredje punktet handla om betre kreftbehandling (H, Krf, Frp og V, 2019, s. 5). Det fjerde punktet dreie seg om nye pakkeforløp for betre kvinnehelse. Regjeringa ville utvikle gode og heilskapelege pasientløp (H, Krf, Frp og V, 2019, s. 6). Det femte punktet dreia seg om at regjeringa ønska å utarbeide ein eigen pårørandestrategi slik at pårørande kunne bevare eiga helse og ha moglegheit til å kombinere yrkes- og samfunnsliv, med omsorg for sine nære (H, Krf, Frp og V, 2019, s. 6). Det sjette punktet handla om internasjonal kvinnehelse (H, Krf, Frp og V, 2019, s. 7).

Kvinnehelsestrategien frå 2019 er det siste elementet i politiske prosessar om kvinnehelse av interesse for denne studien, før oppnemninga av ei ny offentleg utgreiing i 2021.

## **Kapittel 6 NOU 2023: 5 *Den store forskjellen og politisk prosess***

Den 5. mars 2021 vart Kvinnehelseutvalet oppnemnt ved kongeleg resolusjon, for å lage ei ny utgreiing om kvinner si helse i Noreg, og helse i eit kjønnsperspektiv (NOU 2023: 5, s. 21). Våren 2021 var det Erna Solberg (H) si andre regjering som sat ved makta, og som dermed stod for oppnemninga. Dette var ei mindretalsregjering. Utvalet starta arbeidet 20. mars. Rapporten vart overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet 2. mars 2023 (NOU 2023: 5, s.3). På dette tidspunktet var det Jonas Gahr Støre (Ap) si regjering som sat ved makta, dette er også ei mindretalsregjering. Støre si regjering kom til makta etter stortingsvalet hausten 2021. Denne regjeringa avgjorde å supplere utvalet med fleire medlemmar og gjere endringar i mandatet (NOU 2023: 5, s. 23).

### **6.1 Mandat**

Grunnlaget for det opphavelige mandatet var eit ønske om å sikre likeverdige moglegheiter til best mogleg helse for alle i Noreg. Derfor er det behov for kunnskap om ulikskapar mellom kjønn og kva følgje dette har for helse når det kjem til biologi, levekår, livsstil og likestilling. Kunnskap om utviklingstrekk som har bidrege til, og framleis kan skape, kjønnsforskjellar i helse, er også nødvendig. Fysiske, psykiske og sosiale forhold skulle sjåast i samanheng med folkehelsearbeid, helse- og omsorgstenester og helsefagleg forskning og utdanning. Det var situasjonen i Noreg utvalet skulle ta føre seg, men også i samanheng med internasjonal kunnskap og forskning om ulikskapar mellom kjønn. Etniske minoritetar, forstått som innvandrarakar, nasjonale minoritetar og urfolk, seksuell orientering, kjønnsidentitet, funksjonsevne og sosioøkonomisk bakgrunn, skulle takast høgde for (NOU 2023: 5, s. 21-22).

Utvalet fekk i oppgåve å svare på to hovudspørsmål. «*Hvordan er kvinners helse i Norge og hvilke utfordringer står vi ovenfor når det gjelder sykdomsforekomst, risikofaktorer og kvinners bruk av helse- og omsorgstjenester*» var det første spørsmålet (NOU 2023: 5, s. 22). Utdjupinga av spørsmålet handla om at utvalet skulle ta stilling til ulikskapar hjå kjønna når det gjaldt forekomst av faktorar for risiko og symptom av sjukdom. Alle livsfasar skulle vere representert i ei vurdering av utviklingstrekk, og eksisterande kunnskap skulle ligge til grunn. Føremålet med dette var å kartlegge kvar det låg manglar i kunnskapen, både når det gjaldt individnivå og samfunnsnivå. Ei av problemstillingane som mandatet presiserte at utvalet burde rette merksemd mot var kvinner i fengsel og korleis deira helse kunne takast vare på, på best måte (NOU 2023: 5, s. 22).

Det andre hovudspørsmålet var «*Hvordan blir kjønnsforskjeller- og kjønnsperspektiv håndtert i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene, og helsefaglig forskning og utdanning?*» (NOU 2023: 5, s. 22). Dette handla om å setje lys på om ulikskapar mellom kjønn var tilstrekkeleg avdekka og forstått. Det handla og om likeverdige helsetenester uavhengig av kjønn. Det var ønska at utvalet gjekk gjennom politiske initiativ, som til dømes handlingsplanar og strategiar på nemnte og andre relevante område. Føremålet med dette var å avdekke eventuelle viktige initiativ og tiltak som mangla i planar og strategiar kring ivaretaking av kjønnsperspektiv. Utvalet skulle og sjå forslaga til nye tiltak i samanheng med allereie vedtekne tiltak (NOU 2023: 5, s. 22).

Målet for utgreiinga var å gi ei kunnskapsoversikt over temaet kvinnehelse, og helse i eit kjønnsperspektiv. Det var et ønske om å finne fram til tiltak som kan ha betydning for å styrke ivaretaking av kvinner si helse og kjønnsperspektiv i folkehelsearbeid, helse- og omsorgstenester, og i helsefagleg forskning og utdanning. Utvalet skulle vurdere korleis tiltak kan gjennomførast med dagens ressursbruk i sektoren. Dette innebar å vurdere økonomiske og administrative konsekvensar, og andre vesentlege konsekvensar på kort og lang sikt, i samsvar med Utredningsinstruksen (NOU 2023: 5, s.22).

### **6.1.1 Justert mandat**

Støre-regjeringa avgjorde enkelte endringar i mandatet 23. november 2021. Desse var i tråd med Hurdalsplattformen (NOU 2023: 5, s. 23). Dette er regjeringsplattforma til Støre si regjering som dannar grunnlaget for Arbeiderpartiet og Senterpartiet si regjering (Arbeiderpartiet B, u.å.). Denne vil bli skildra i neste kapittel. Bodskapen i det justerte mandatet var å sikre at alle i Noreg, uavhengig av kjønn, har likeverdige moglegheiter til best mogleg helse. Derfor er det behov for kunnskap om utviklingstrekk som har skapt og kan skape kjønnsforskjellar i helse. Utvalet skulle ha eit heilskapleg perspektiv på forhold som hadde verdi for å sikre likeverdig ivaretaking av helse, uavhengig av kjønn. Det var situasjonen i Noreg som skulle vere i fokus, men det skulle sjåast opp mot internasjonal kunnskap og forskning. Etniske minoritetar, seksuell orientering, kjønnsidentitet, funksjonsevne og sosioøkonomisk bakgrunn skulle takast høgde for. Dette skil seg lite frå det opphavelige mandatet. Det som på si side skil seg frå det opphavelige mandatet er eit punkt om vurdering av tilbod innan seksuell og reprodutiv helse, og prevensjonstilbod og informasjonsarbeid (NOU 2023: 5, s. 23). Sett vekk frå val av formuleringar dette dette det skilde seg frå innhaldet i det opphavelige mandatet.



Hovudspørsmåla utvalet skulle svare på fatta om det same. Det første spørsmålet vart endra til «*Hvordan er kvinners helse i Norge og hva er de største utfordringene vi står ovenfor når det gjelder sykdomsforekomst, risikofaktorer og kvinners bruk av helse- og omsorgstjenester?*» (NOU 2023: 5, s. 23). Det andre hovudspørsmålet har same formulering som i det opphavelge mandatet.

Utdjupinga av det første spørsmålet vart justert. Det nye mandatet omtala ikkje problemstillinga om helsa til kvinner i fengsel. Det justerte mandatet ba heller utvalet om å sjå på kommunehelsetenesta, tilbodet hjå fastelegen og oppfølging i spesialisthelsetenesta, i tillegg til å vurdere korleis kunnskap om kjønn og kvinner si helse vart teke vare på i forskning og utdanning. Utdjupinga av det andre hovudspørsmålet er lik, med unntak av ein skilnad. I det justerte mandatet var faktoren om å sjå nye forslag til tiltak i samanheng med allereie vedtekne tiltak teke vekk (NOU 2023: 5, s. 22-23). Utdjupinga av hovudmålet for utgreiinga i det justerte mandatet er lik som i det opphavelge mandatet (NOU 2023: 5, s. 24).

## 6.2 Utvalssamansetnad

Det opphavelge utvalet bestod av 15 medlemmar, og eit sekretariat på 4 personar. Støre-regjeringa oppnemnde ytterlegare tre medlemmar til utvalet. I løpet av 2022 vart sekretariatet utvida med to personar (NOU 2023: 5, s. 21). Leiaren av utvalet var Christine Meyer som er siviløkonom og professor i strategi og leiing ved *Norges Handelshøyskole*. Meyer har erfaring som politiskar og toppleiar i offentleg sektor (Kvinnehelseutvalget, u.å.). Hennar forskingsinteresser er innan området fusjoner og oppkjøp, strategiformulering og implementering, strategisk endring og innovasjon og kvalitative prosesstudier (NHH, u.å.). Meyer er ei profilert høgskole-kvinne. I dag er ho byrådsleiar i Bergen kommune. Frå 2001 til 2003 var ho statssekretær for Bondevik si andre regjering. I perioden 2007 til 2011 tok Meyer på seg politiske verv som finansbyråd og deretter helse- og sosialbyråd for Bergen kommune under Byrådet Mæland II (Bergen kommune, 2024). Tabellen under syner utvalssamansetnad og medlemmane sine faglege bakgrunnar og erfaringar.

Tabell 10: Utvalssamansetnad og sekretariat NOU 2023: 5

	Utval	Bakgrunn
1	Christine Meyer (leiar)	Professor strategi og leiing, Siviløkonom NHH, Bergen
2	Nikita A. Abbas	Nestleiar, Ungdområdet, Oslo Universitetssykehus Menneskerettighetsarbeider
3	Tone Amundsen	Spesialrådgivar, Helse Nord RHF, Bodø Sykepleier, psykisk helsearbeid
4	Harald Eia	Sosiolog, Oslo

		Forfattar om ulikskapar om kjønn
5	Hans Petter Fundingsrud	Spesialist i pediatri og overlege, Barne – og ungdomsklinikken, Universitetssykehuset, Nord-Norge Opptatt av unge kvinner sin fysiske og psykiske helse
6	Cato Rolland Innerdal	Spesialist i samfunnsmedisin og kommuneoverlege, Molde
7	Leif Edward Ottesen Kennair	Spesialist i klinisk psykologi og professor i psykologi, NTNU, Trondheim
8	Tina Shagufta Munir Kornmo	Seksjonsoverlege urologi, Bærum Sykehus VVHF, Asker
9	Maja-Lisa Løchen	Instituttleiar, Institutt for klinisk medisin, professor i førebyggjande medisin, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø Underviser om kvinnehelse og kjønnsforskjellar ved hjerte- og karsjukdommar
10	Per Vidar Nielsen	Spesialsjukepleiar, Helsestasjon for ungdom og skulehelsetenesta, Sarpsborg
11	Elisabeth T. Swärd	Spesialrådgivar kvinnehelse og forskning, Norske Kvinners Sanitetsforening, Oslo Sjukepleiar, arbeidet med kvinnehelse i 10 år
12	Heidi Tiller	Professor, Uit Norges arktiske universitet Overlege, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø Spesialist i gynekologi og fødehjelp
13	Oscar Tranvåg	Førsteamanuensis, Høgskulen på Vestlandet Psykiatrisk sjukepleiar Forskar, Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo Universitetssykehus, Bergen
14	Anita Vatland	Dagleg leiar, Pårørandealliansen, Bærum Siviløkonom
15	Maria Østhassel (Maria Abrahamsen)	Psykologi i sosiale mediar, Sjølvstendig næringsdrivande, Farsund Psykolog
	<b>Utvida medlemmar</b>	<b>Bakgrunn</b>
16	Ståle Onsgård Sagabråten	Fastlege, Styremedlem i Norsk forening for allmenmedisin, Laer av fagstyret i Den norske legeförening, Nesbyen
17	Hanne Charlotte Schjelderup	Leiar, Jordmorforbundet NSF, Sjukepleiar/jordmor, Helgelandssykehuset, Sandnessjøen
18	Ingar Skjerve	Rådgivar, Yrkesseksjonen helse og sosial, Fagforbundet, Oslo Sjukepleiar
	<b>Sekretariat</b>	<b>Bakgrunn/ tilknytning</b>
1	Maria Egeland Thorsnes	Sekretariatsleiar
2	Anne Høyér	Seniorrådgjevar
3	Helene Rød	Førstekonsulent
4	Marie Hulthin	Seniorrådgjevar
5	Nora Mork Østbø	Engasjement frå 08.06.2022 til overlevering
6	Steinar Riksaasen	Engasjement frå 07.11.2022 til overlevering

NOU 2023: 5. *Den store forskjellen*. (s. 21), og Kvinnehelseutvalget (u.å) *Utvalgsmedlemmer*. Tilgjengeleg frå:

<https://www.kvinnehelseutvalget.no/utvalgsmedlemmer/> (14. september 2023)

Tabellen viser at medlemmane i Meyer-utvalet hadde kompetanse frå fleire helseprofesjonar og økonomi. Utvalet hadde og medlemmar med erfaringar frå leiarstillingar som instituttleiar og dagleg leiar.

### 6.3 Kunnskapsgrunnlag

Utvalet ønska ei brei og inkluderande tilnærming i utgreiingsarbeidet. Derfor inviterte dei ei rekke aktørar til å halde innlegg i utvalsmøter. Utvalet har lista opp 45 ulike aktørar som har halde innlegg (NOU 2023: 5, s. 24-25). Utvalet har aktivt bedd om innspel og bidrag frå forskarar og andre fagpersonar under arbeidet med utgreiinga. Bidraga kom i form av presentasjonar på arrangement, skriftleg og munnleg dialog og skriftlege innspel etter avtale

med utvalet (NOU 2023: 5, s. 26). Utvalet har sikra seg kunnskapsgrunnlag gjennom ei open arbeidsform, og har hatt dialog med ressurspersonar i departement og underliggende verksemder. Utvalsmedlemmar har gjennomført besøk hjå ulike instansar som ein del av utgreiingsarbeidet (NOU 2023: 5, s. 25-26).

Meyer-utvalet har ei eiga nettide. Der inviterte dei publikum til å kome med innspel til arbeidet i utvalsperioden. I tillegg har utvalet vendt seg skriftleg til ei rekke aktørar og bedd om innspel (NOU 2023: 5, s. 26). Utvalet har arrangert to opne webinar i utvalsperioden (NOU 2023: 5, s. 27) Utvalet bestilte og tok i mot eksterne rapportar frå aktørar, som ein del av kunnskapsgrunnlaget:

- *Kvinnens liv og helse siste 20 år*, Statistisk sentralbyrå
- *Forskningskart om behandling av sykdommer hos kvinner*, Folkehelseinstituttet
- *Kjønnsstratifiserte analyser i norske behandlingsstudier: en systematisk kartleggingsoversikt*, Folkehelseinstituttet
- *Helse og kjønn i et likestillingsperspektiv*, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- *Geografisk variasjon i bruk av helsetjenester på utvalgte områder*, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
- *Samiske kvinners helse*, Senter for samisk helseforskning

(NOU 1999: 13, s. 28)

Rapporten frå FHI kartla systematisk oversikter på forskning som handla om behandling av sjukdommar som berre rammar kvinner, og sjukdommar som kan ramme ulikt mellom kvinner og menn. Rapporten slo fast at det har skjedd lite utvikling på feltet dei siste 24 åra. Forskningskartet var bestilt av Helse- og omsorgsdepartementet i samband med utgreiinga (FHI, 2022). Rapporten samsvarar med FHI sine kunnskapsoppsummeringar skildra i 3.4.2.

#### **6.4 Tilrådingar til tiltak**

I NOU 2023: 5 blir det presentert ei rekke tiltak innan ulike kategoriar. Det er totalt 75 tiltak fordelt på 7 kategoriar. Eg har kategorisert tiltaka etter Hood sitt Nato-rammeverk. Tiltaka er kategorisert etter det verktøyet det passar best til, etter utdjupeinga av tiltaka. Utvalet meiner det er behov for å setje i verk fleire systematiske tiltak på tvers av sektorar. Dette gjeld i forskning og innovasjon, i utdanning, og i helse- og omsorgstenestene. Fleire av tiltaka er retta mot endring av grunnleggjande strukturar og prioriteringar i helse- og omsorgssektoren frå slik dei er i dag (NOU 2023: 5, s. 223). Utvalet er tydeleg på at dette krev tilstrekkeleg med midlar for

å sikre ein heilskapleg og systematisk tilnærming, framfor fragmenterte enkelttiltak og symbolikk. Utvalet foreslår at det vert sett av éin milliard kroner for å styrke kvinner si helse og kjønnspektiv i helse. Dette omtalar utvalet om ein *kvinnehelsemilliard* (NOU 2023: 5, s. 224). I høve til Hood sitt rammeverk høyrer dette til verktøyet *treasure* (Hood, 1983). Dette er fordi utvalet ønsker at myndigheitene skal utnytte sin posisjon til å gi økonomiske midlar for å stimulere til ønska handling.

Tabellane under syner korleis eg har kategorisert tiltaka frå NOU 2023: 5 etter Hood sitt rammeverk for styringsverktøy.

Tabell 11: Oversikt NOU 2023: 5 Kategoriar for tiltak

Kategori Nr.	Kategorinamn	Underkategori	Tiltak frå-til	Tal tiltak
Kategori 1	<i>Øke status for kvinners helse</i>		1-9	9
Kategori 2	<i>Sikre samordning som fungerer</i>		10-13	4
Kategori 3	<i>Styrke kunnskapsbroen</i>		14-23	10
Kategori 4	<i>Lytte til kvinners stemmer</i>		24-27	4
Kategori 5	<i>Et løft for kvinners helse i livsfaseperspektiv</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Barn</li> <li>2. Ungdom og unge kvinner</li> <li>3. Kvinner i etableringsfasen</li> <li>4. Kvinner midt i livet</li> <li>5. Eldre kvinner</li> </ol>	28-60 (28) (29-39) (40-50) (51-54) (55-60)	33 (1) (11) (11) (4) (6)
Kategori 6	<i>Samiske kvinners helse og samisk helse i kjønnspektiv</i>		61-68	8
Kategori 7	<i>Pårørendesorg og kvinnehelse</i>		69-75	7

NOU 2023: 5. Den store forskjellen. (s. 17-20)

Tabell 12: Nodalitetstiltak

	Tiltak nr.	Formulering	Grunngjevnad	Kategori
1	7.	<i>Styrke nasjonalt senter for kvinnehelseforskning</i>	Informasjon, fagutvikling og vegleiingsverksemd	1
2	20.	<i>Etablere bedre systemer for kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern</i>	Informasjon	3
3	21.	<i>Oppdatere nåværende og gi ny kjønnsesifikk informasjon på helsenorge.no</i>	Informasjon	3
4	22.	<i>Etablere en digital kvinnehelseportal for formidling av kunnskap om kvinnehelse</i>	Informasjon	3
5	23.	<i>Øke helsekompetansen til ulike befolkningsgrupper</i>	Informasjon	3
6	26.	<i>Utrede muligheten for et nasjonalt kvalitetsregister for kvinnehelselidelser</i>	Informasjon	4
7	28.	<i>Prioritere arbeidet med å gjøre helse- og omsorgstjenesten bedre i stand til å forebygge, avverge og avdekke vold og overgrep mot barn</i>	Kunnskap	5.1
8	33.	<i>Styrke seksualundervisningen på barne- og ungdomsskolen</i>	Informasjon	5.2
9	34.	<i>Heve kompetansen om kjønn og helse blant lærere og barnehagelærere</i>	Informasjon via rammeplanar og læreplanar	5.2
10	46.	<i>Prioritere elektronisk helsekort for gravide</i>	Elektronisk informasjon	5.3
11	53.	<i>Øke kunnskapen om overgangsalder og arbeidsliv</i>	Informasjonsflyt mellom offentlege instansar	5.4
12	57.	<i>Opprette et forskningsprogram om eldre kvinners helse</i>	Utdanning og informasjon	5.5
13	60.	<i>Kvalitetsutviklingsprosjekt for å sikre verdighetsbevarende omsorg ved livets slutt</i>	Utdanning	5.5
14	61.	<i>Stimulere til mer forskning om samiske kvinners helse og samisk helse i et kjønnspektiv</i>	Forskning og implementere kunnskapsbasert praksis	6
15	64.	<i>Utarbeide en nasjonal handlingsplan mot samehets og styrke den nasjonale innsatsen mot samehets</i>	Handlingsplan som verktøy for informasjon	6

16	68.	Sikre at seksualundervisning tilbys på samiske språk	Sikre informasjonsformidling	6
17	71.	Øke kompetanse om pårørendesamarbeid blant helsepersonell	Kompetanse gjennom kurs og e-læringsverktøy	7
18	74.	Styrke og videreutvikle informasjon til pårørende på helsenorge.no	Informasjon	7

NOU 2023: 5. Den store forskjellen. (s. 17-20)

Tabell 13: Autoritetstiltak

	Tiltak nr.	Formulering	Grunngjevnad	Kategori
1	5.	Innføre krav om kjønnsperspektiv i all medisinsk og helsefaglig forskning	Krav	1
2	14.	Etablere systemer for å ivareta et kjønnsperspektiv i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet	Etablering av retningslinjer	3
3	15.	Gjennomgå og oppdatere nasjonale retningslinjer for sykdommer og helsetilstander som rammer kvinner	Oppdatere retningslinjer	3
4	16.	Innlemme kjønn og hvordan kjønn påvirker helse, sykdom og behandling i forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger	Innlemme kjønn i forskrift	3
5	17.	Sikre at oppdatert kunnskap om medisinsk forskning på kjønnsforskjeller i helse og kjønns betydning for helse er et nasjonalt krav i nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)	Sikre krav i retningslinjer	3
6	30.	Innføre fritak for egenandel ved legebesøk for ungdom mellom 16 og 18 år	Knytt til lovverk	5.2
7	38.	Prioritere arbeidet med å sikre gode helsetjenester til pasienter med endometriose og adenomyose	Etablering av retningslinjer	5.2
8	54.	Prioritere forebyggende behandling av beinskjørhet	Oppdatere retningslinjer	5.4
9	56.	Innføre retningslinjer for helse- og omsorgspersonell som sikrer at alle eldre pasienter blir spurt om de har erfaring med vold eller overgrep	Retningslinjer	5.5
10	59.	Nasjonale retningslinjer for å sikre riktig bolig og kosthold for eldre	Retningslinjer	5.5
11	62.	Sørge for systematikk i arbeidet med å sikre samiske språk- og kulturkompetanse i helse- og omsorgstjenestene	Etablering av retningslinjer	6
12	66.	Styrke krisesentertilbudet i det samiske bosettingsområdet	Etablering av retningslinjer	6
13	69.	Styrke kunnskapsgrunnlaget om pårørende og utarbeide ny pårørendestrategi og handlingsplan 2025-2030	Etablering og oppdatering av retningslinjer	7

NOU 2023: 5. Den store forskjellen. (s. 17-20)

Tabell 14: Treasure tiltak

	Tiltak nr.	Formulering	Grunngjevnad	Kategori
1	2.	Prioritere arbeidet med å innføre ny finansieringsmodell for fødselsomsorgen	Finansieringsmodell	1
2	3.	Gjennomgå dagens diagnoselaterte grupper (DRG) for å sikre at finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten legger til rette for prioritering av kvinnehelse	Sikre finansieringssystem	1
3	4.	Gjennomgå og endre takster i kommunehelsetjenesten for å sikre at prioritering av kvinnehelse belønnes økonomisk	Takst, og økonomisk vinst	1
4	6.	Øke finansiering av forskning knyttet til kvinners helse	Finansiering	1
5	8.	Lyse ut midler til etablering av flere nasjonale senter for forskning på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv	Lyse ut midlar	1
6	9.	Øke midlene til forskning i allmennpraksis gjennom de allmenntilleggs forskningsenhetene	Auke midlar	1
7	12.	Sikre befolkningen tilgang til gode helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi	Finansiering	2
8	13.	Utrede nye finansieringsordninger for samhandling	Finansieringsordninger	2
9	25.	Iverksette forskning på hvordan kvinner med kvinnelidelser blir behandlet i tjenestene	Midlar til forskning	4
10	31.	Gjøre prevensjon gratis for alle under 25 år	Økonomisk støtte	5.2
11	32.	Styrke tilbudet til barn og unge med spiseforstyrrelser	Økonomisk støtte	5.2
12	35.	Prioritere forskning på psykiske lidelser	Finansielle midlar	5.2
13	36.	Prioritere forskning på effektiv behandling av psykiske lidelser og sikre at kunnskap og forskning ligger til grunn for behandling	Midlar til forskning	5.2
14	43.	Styrke tilbudet om flerkulturell doula for gravide	Midlar frå statsbudsjett	5.3

15	52.	Utvide muligheten for blå resept eller individuell refusjon i forbindelse med hormonbehandling i overgangsalderen	Refusjon	5.4
16	55.	Sikre geriatrik kompetanse i helse- og omsorgstjenesten	Økonomiske insentiv og takst	5.5
17	58.	Hyppig, rutinemessig og systematisk medikamentgjennomgang hos eldre	Økonomisk insentiv	5.5
18	63.	Styrke tilskuddsordningen for fagutvikling og kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene til samiske brukere	Tilskottsordningar	6
19	70.	Utrede behov for endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene for pårørende	Økonomiske kompensasjonsordningar	7
20	73.	Styrke tilskuddsordningen om helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver	Tilskottsordningar	7
21	75.	Styrke frivillighetens rolle i pårørendearbeid	Økonomisk støtte	7

NOU 2023: 5. Den store forskjellen. (s. 17-20)

Tabell 15: Organisasjonstiltak

	Tiltak nr.	Formulering	Grunngjevnad	Kategori
1	1.	Etablere en nasjonal komité for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv	Etablere organisasjon	1
2	10.	Etablere en tverrdepartemental arbeidsgruppe for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv	Etablere organisasjon	2
3	11.	Opprette en sentral fagenhet for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv	Etablere organisasjon	2
4	18.	Etablere et samarbeidsnettverk for kjønn, helse og teknologi	Etablere organisasjon	3
5	19.	Tilrettelegge for bedre utnyttelse av helsedata i arbeidet med kvinnehelse og kjønnsperspektiver i helse	Etablere organisasjon	3
6	24.	Etablere et brukerutvalg for kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv	Etablere organisasjon	4
7	27.	Nasjonal bruker undersøkelse om kjønnsforskjeller i pasienters møte med helsetjenesten	Etablere samarbeid mellom organisasjonar	4
8	29.	Styrke helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten	Styrke organisasjon	5.2
9	37.	Sikre effektive tiltak mot seksuell trakassering i skolen	Dialog mellom organisasjonar	5.2
10	39.	Styrke vulvapoliklinikker i alle helseregioner	Samarbeid mellom organisasjonar	5.2
11	40.	Sikre trygg og god svangerskaps-, og fødsels- og barseloppfølging uavhengig av bosted	Etablere organisasjon	5.3
12	41.	Styrke lavterskeltilbudet for mødre helse i kommune- og spesialisthelsetjenesten	Delegering av arbeid til Helsedirektoratet	5.3
13	42.	Sikre systematikk i arbeidet med å kartlegge og følge opp psykiske helseplager under graviditet og etter fødsel	Samhandling mellom organisasjonar	5.3
14	44.	Sikre papirløse gravide rett til helsetjenester i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel	Delegering av arbeid til organisasjonar	5.3
15	45.	Bedre oppfølging etter provosert abort og spontanabort	Etablere offentlig tilbud	5.3
16	47.	Etablere kjønnsspesifikke behandlingstilbud for kvinner og menn innen rusomsorg	Utbeta tilbud hjå organisasjonar	5.3
17	48.	Sikre et likeverdig helsetilbud for de mest sårbare kvinnene i norske fengsel	Etablering av organisasjon	5.3
18	49.	Øke forskning på helsekonsekvenser av vold mot kvinner i tilknytning til samlivsbrudd	Delegering av arbeid til organisasjon	5.3
19	50.	Oppnevne et offentlig utvalg som ser særlig på kvinners arbeidshelse	Etablere organisasjon	5.3
20	51.	Etablere et nasjonalt kompetansesenter for kroniske smerter	Etablere organisasjon	5.4
21	65.	Sikre et likeverdig og kultursensitivt behandlingstilbud for samiske pasienter som har vært utsatt for vold og overgrep	Etablere behandlingstilbud	6
22	67.	Etablere fagnettverk for samordning av selvmordsforebygging i den samiske befolkningen	Samarbeid mellom organisasjonar	6
23	72.	Prioritere arbeidet med å implementere pårørendeavtaler i helse- og omsorgstjenesten	Delegering av arbeid til Helsedirektoratet	7

NOU 2023: 5. Den store forskjellen. (s. 17-20)

Dei 75 tilrådingane til tiltak har eg kategorisert som 18 nodalitetstiltak, 13 autoritetstiltak, 21 treasurertiltak og 23 organisasjonstiltak. Det er ei nokså lik fordeling med tiltak mellom dei fire kategoriane, med flest foreslåtte tiltak kategorisert som organisasjon.

Nodalitetstiltaka frå NOU 2023: 5 handlar om spreining av informasjon til folket, og tileigning av informasjon til myndigheiter og folk som utøver tenester, gjennom utdanning og forskning, altså nodalitet i form av både *effectors* og *detectors*.

Autoritetstiltaka syner myndigheitene sin moglegheit til å utøve makt for å få gjennom nødvendige endringar (Hood, 1983, s. 5). Tiltaka eg har kategorisert under dette verktøyet dreier seg om krav, etablering av retningslinjer, endringar i forskrifter og aspekt knytt til lovverk. Dei fleste dreier seg om etablering og oppdatering av retningslinjer for å sikre kjønnsperspektiv i ulike samanhengar.

Tilrådingane til tiltak eg har plassert under treasurie, dreier seg om takstar, finansiering, midlar og økonomiske insentiv. Her rådar utvalet myndigheitene til å nytte denne typen styringsverktøy for å styrke kjønnspektivet. Til dømes gjennom stimulering til forskning, men òg knytt til spesifikke helseaspekt relatert til graviditet og fødsel, prevensjon og problematikk knytt til mat.

Tilrådingane eg har kategorisert som organisasjonsverktøy dreier seg om etablering av organisasjonar, samarbeid mellom organisasjonar og delegering av arbeid til organisasjonar. Eit døme er å etablere ein komité for kvinnehelse og helse i eit kjønnspektiv. Dette er eit typisk døme på korleis myndigheitene nyttar organisasjon som styringsverktøy ved etablering av offentlege verksemdar (Knill og Tosun, 2012, s. 25 (sjå 3.3.4)).

Meyer-utvalet har formulert eitt tiltak som handlar om abort. Dett er tiltak nr. 45 og handlar om betre oppfølging etter abort eller spontanabort. Dei har ikkje omtala abortlova, endringane gjort i 2019 eller fosterreduksjon i utgreiinga. Utvalet skriv i kapittel 10.11.1 *Provosert abort* «Kvinner har siden 1976 kunne bestemme selv om de vil avbryte svangerskapet i løpet av de 12 første svangerskapsukene» (NOU 2023: 5, s. 153). Som skriv i kapittel 2.3 peikar Elvbakken på at sjølvbestemt abort fram til veke 12 vart lov i Noreg frå 1. januar 1979 (Elvbakken, 2021, s. 318).

## **6.5 Høyring**

I høyringsbrevet frå Helse- og omsorgsdepartementet vert høyringsinstansane bedd om å gi innspel på kva av utvalet sine tilrådingar som bør prioriterast i ein ny strategi for kvinnehelse. Departementet skriv at dei snarast vil setje i gang med arbeidet med ein slik strategi i tråd med

regjeringsplattforma. Høyringsbrevet vart sendt ut 8. mars, som kanskje ikkje er ein tilfeldig valt dato (Regjeringen, 2023, B).

Høyringssvara knytt til NOU 2023: 5 er publisert på regjeringa si nettside. Her er det totalt 153 svar frå ulike instansar. Svar frå privatpersonar har eg utelate, frå denne teljinga. Av dei 153 svara var det 10 instansar som ikkje hadde noko merknad. Dermed er det 143 instansar som har kome med ei ytring. Nokre har kome med fleire svar. Av desse 143 svara er det 7 svar frå utdanningsinstitusjonar, 7 offentlege sjukehus, 3 direktorat, 14 kommunar og 5 fylkeskommunar (Regjeringen, 2023, B).

Dei sju utdanningsinstitusjonane er representert frå ulike fakultet, og nokre institusjonar har uttala seg frå fleire fakultet. Fakulteta representerer helse, sosial, medisin og odontologi. Institusjonane som har svara høyrer til aust-, vest-, og nord-Noreg. I stor grad dreier høyringssvara seg om det som angår institusjonane som plattformer for utdanning, og dei støttar seg til at kjønnsperspektiv må implementerast i større grad i utdanningar. Mange av svara har kommentert på fleire tiltak. Til saman har dei sju institusjonane kommentert på 36 av tilrådingane. Av desse 36, er det tiltak nr. 6 *Øke finansiering av forskning knyttet til kvinners helse* og nr. 8 *Lyse ut midler til etablering av flere nasjonale senter for forskning på kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv*, som vert kommentert hyppigast. Desse har fem av dei sju instansane kommentert. Omfanget på svara varierer med alt frå ei side til 15 sider (Regjeringen, 2023, B). Svaret som skil seg mest ut, er svaret frå Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo. Dei poengterer at det mangler på utgreiing om munn- og tannhelse for kvinner i rapporten (Ulshagen, 2023).

Dei sju høyringssvara frå offentlege sjukehus har i mindre grad enn utdanningsinstitusjonane kommentert på tilrådingane til tiltak. Sjukehusa har i større grad kommentert på NOU-en som heilskap, og spesifikke tema. Svangerskaps- fødsels- og barselomsorg er eit tema fleire av sjukehusa har kommentert. Sjukehusa er ikkje alltid samde med utgreiinga eller kvarandre, men dei er samstemde om at det burde skje endringar for å betre tilbodet. Det same gjeld endometriose. Dette er eit tema som går igjen i fleire av svara, men sjukehusa er ikkje nødvendigvis samde om tilbodet bør sentraliserast eller vere nær alle. Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta vert kommentert av fleire av sjukehusa. Dette gjeld også jordmordmangelen i landet. Det som går igjen hjå svara til sjukehusa er at dei alle kommenterer



på tema som er sjukehusnært. Sjukehusa er plassert aust, vest, og nord i Noreg (Regjeringen, 2023, B).

Det er tre direktorat som har uttala seg i samband med NOU 2023: 5. Dette er *Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet* (Bufdir), *Helsedirektoratet* og *Integrerings- og mangfoldsdirektoratet* (IMDi). Bufdir sitt svar var kort med få setningar, medan Helsedirektoratet og IMDi sine svar var omfattande (Regjeringen, 2023, B). Helsedirektoratet kommenterte mange spesifikke tiltak og svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorg var eit tydeleg tema (Helsedirektoratet, 2023). IMDi sitt svar dreia seg mest om utgreiinga sitt fokus på innvandrarvinner som minoritetsgruppe, og støtta store delar av rapporten på dette tema. Dei peika og på manglar knytt til dette (Barkvoll og Johansen, 2023).

Kommunane som har uttala seg i høyringsrunden representerer vest-, sør- aust- og midt-Noreg, med relativt stor overvekt frå aust-Noreg. Det er forskjellar i kven som har representert kommunane, til dømes Rådmann, Kommuneoverlege og Bystyre/Byråd. Nokre av kommunane har kommentert NOU-en som heilskap, medan andre har kommentert spesifikke kapittel eller tilrådingar til tiltak. To av kommunane har uttalt at dei har teke stilling til alle tiltaka, utanom dei som er knytt til samiske kvinner si helse. Tema som går igjen i kommunane sine høyringssvar er fastlegeordninga, jordmordtenesta, skulehelsetenesta, sikring av samordning og primærhelsetenesta. Tre av kommunane har berre uttala seg i få setningar, der dei uttrykker støtte til utgreiinga, medan andre har levert svar med større omfang (Regjeringen, 2023, B).

Det er fem høyringssvar frå fylkeskommunar. I svarea kjem det fram at fylkeskommunane stort sett er positive til utgreiinga. Høyringssvara er for det meste korte, med unntak av eitt omfattande svar. Dei tre nordligaste fylkeskommunane er positive til det ekstra fokuset på samiske kvinner si helse. Fylkeskommunane er i likskap med kommunane opptekne av samordning. Skulehelsetenesta og svangerskap og fødsel er tema som går igjen i de fem svarea (Regjeringen, 2023, B).

Det er 26 instansar som har kome med svar i samband med høyringsprosessane til både NOU 2023: 5 og NOU 1999: 13. Dette er 13 interesseorganisasjonar, 3 myndigheitsorgan, 1 sjukehus med 3 avdelingar representert, 4 utdanningsinstansar og 5 Fylkeskommunar<sup>16</sup> (Regjeringen,

---

<sup>16</sup> RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1862, jnr. 99/2819

2023, B). Disse blir illustrert i tabellen under. Interesseorganisasjonane som har uttala seg i begge prosessane er av interesse for denne studien. Tabell 17 vil presentere kva interesseorganisasjonane ytra i dei to prosessane.

Tabell 16: Oversikt samanlikning høyringsinstansar

	Interesseorganisasjonar	Kommentar
1	Ammehjelpen	
2	Apotekforeningen	
3	Den norske tannlegeforening	
4	Fellesorganisasjonen	
5	Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF)	Gikk under namnet NFKE i 1999
6	Kreftforeningen	
7	Kommunens Sentralforbund (KS)	
8	Kvinnefronten	
9	Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)	
10	MiRA-senteret	
11	Sykepleierforbundet	
12	Norske kvinners sanitetsforening (NKS)	2 svar frå 2023
13	Norske naturterapeuters hovedorganisasjon	
	Myndigheitsorgan	Kommentar
1	Forskningsrådet	
2	Krisesentersekretariatet	
3	De nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK)	1999 – Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) del av (FEK)
	Sjukehus	Kommentar
1	Haukeland sjukehus	2023 – to svar
2	Oslo Universitetssykehus	1999 – Ullevål sykehus
	Utdanningsinstitusjonar	Kommentar
1	Universitetet i Tromsø	
2	Høgskulen på Vestlandet	1999 – Høgskulen i Bergen
3	NTNU	
4	OsloMET	1999 - Høgskulen i Oslo
	Fylkeskommunar	Kommentar
1	Nordland Fylkeskommune	
2	Troms og Finnmark Fylkeskommune	1999 – Troms Fylkeskommune
3	Trøndelag Fylkeskommune	1999 – Nord-Trøndelag Fylkeskommune, Sør-Trøndelag Fylkeskommune
4	Vestfold og Telemark Fylkeskommune	1999 - Telemark Fylkeskommune
5	Vestland Fylkeskommune	1999 – Sogn og Fjordane Fylkeskommune, Hordaland Fylkeskommune

RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1862, jnr. 99/2819, Regjeringen. (2023, B) Høring – NOU 2023: 5 Den store forskjellen.

Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-5-den-store-forskjellen/id2965691/>

Tabell 17: Interesseorganisasjonar sine høyringsvar

Interesseorganisasjon	1999	2023
<b>Ammehjelpen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svangerskapsomsorg</li> <li>• Fødsel og desentralisering</li> <li>• Fødselsangst</li> <li>• Barsel</li> <li>• Ammekunnskap blant helsepersonell, dårleg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amming og fødselsdepresjon</li> <li>• Ammekyndig personell</li> <li>• Lav status blant helsepersonell</li> </ul>
<b>Apotekforeningen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen særskilte merknader</li> <li>• Støtter seg til utgreinga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overvekt av kundar, kvinner</li> <li>• Språkbarriere, innvandrar kvinner</li> <li>• Auka bruk av Paracetamol</li> <li>• Rekvireringsrett for prevensjon</li> <li>• Digital samhandling med fastleger</li> <li>• HPV-vaksinasjon</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legemiddelbruk</li> </ul>
<b>Den norske tannlegeforeningen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tannhelse bør bli inkludert i vidare arbeid</li> <li>• Sjukdommar der kvinner er overrepresentert, innflytelse på tannhelse</li> <li>• Kvinner som ofte har lavt lønna yrker, større økonomisk belastning ved tannbehandling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tann- og munnhelse ikkje nemnt i utgreinga</li> <li>• Sjukdommar der behandling er knytt til munn, kan ha hyppigare førekomst hjå kvinner, psykiske helseplager</li> <li>• Kroppspress og «kvitare smil»</li> </ul>
<b>Kvinnefronten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ønska meir vektlegging av kjønn som undertrykkande perspektiv</li> <li>• Privatisering av offentleg sektor, rammer kvinner tredobbelt</li> <li>• Saknar fokus på prostitusjon og pornoindustrien</li> <li>• Støtter behovsprøvde trygdeytningar, til enkelte og ikkje familien sin samla økonomi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan ikkje skje igjen at tiltaka ver liggande i ei skuff (ref. NOU 1999: 13)</li> <li>• Ønsker stortingsbehandling</li> <li>• Abortnemndene må fjernast</li> <li>• Reagerer på bruk av ordet sexarbeidar</li> </ul>
<b>Kommunenes sentralforbund (KS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kjønnsperspektiv i helseutdanningane</li> <li>• Bekymra for om auka innsats i primærhelsetenesta ikkje følgjast opp av auka ressursar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viktig å ta i vare kommuneperspektivet</li> <li>• Forsking på psykisk helse</li> <li>• Helse, kjønn og teknologi</li> </ul>
<b>Kreftforeningen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beskjeden plass til kreft</li> <li>• Auka satsing på forskning</li> <li>• Helsetilbod er offentleg ansvar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meir forskning, spesielt på gyn-kreft</li> <li>• HPV-heimetest</li> </ul>
<b>Fellesorganisasjonen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yrresskade og yrkessjukdom</li> <li>• HMS-arbeid</li> <li>• Arbeidsmiljølova</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endring krev ressursar i form av pengar</li> <li>• Offentleg utval om kvinner si arbeidshelse er viktig</li> <li>• Auking av status</li> <li>• Styrke kunnskap</li> <li>• Likeverdige helsetenester</li> </ul>
<b>KEFF/NFKE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskuterer i for liten grad ernæring</li> <li>• Svangerskap og amming knytt til ernæring</li> <li>• Skulekjøkken</li> <li>• Innvandarkvinner sitt kosthold</li> <li>• Eldre kvinner sitt kosthold</li> <li>• Ernæring hjå rusmisbrukarar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kjønnulikskapar i kosthold</li> <li>• Trygg helseinformasjon om ernæring</li> <li>• Kosthold hjå eldre (enig)</li> <li>• Kosthold hjå alle aldersgrupper (for lite nemnt)</li> <li>• Arbeidshelse</li> </ul>
<b>Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjartesyke må sjåast i lys av ulikskapar mellom kjønn</li> <li>• Fagleg oppdatering av lungesyke kvinner</li> <li>• Førebygging av tobakksskadar</li> <li>• Brukarkunnskap</li> <li>• Rettferd mellom kjønn i helsevesenet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kjønnsperspektiv i forskning</li> <li>• Kvinnehjerte – berre ein start</li> <li>• Kopling mellom psykisk og fysisk sjukdom</li> </ul>
<b>MiRA-senteret</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For lite fokus på flyktningar- og innvandarkvinner</li> <li>• Helsesituasjonen til desse kvinnene må komme tydelegare på dagsorden</li> <li>• Trenger eige utval</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Håper at utgreinga blir teke på alvor denne gongen</li> <li>• Kvinnehelse i eit minoritetsperspektiv</li> <li>• Helsekompetanse og digital kompetanse</li> <li>• Seksuell helse</li> </ul>
<b>Sykepleierforbundet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levekår, livsstil og helse</li> <li>• Belastingslidingar ikkje diskriminerast ved vurdering av rett til yrkesskadeerstatning</li> <li>• Bedriftshelseteneste for helse- og omsorgssektor</li> <li>• Arbeidshelse</li> <li>• Grunnbemanning og sjukefråvær</li> <li>• Yrresskade og yrkessjukdom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Håper ikkje interessene fell, slik som NOU 1999: 13</li> <li>• Sårbare grupper</li> <li>• Forsking, utdanning, praksis og folkeopplysning</li> <li>• Arbeidshelse burde vert inkludert i mandat</li> <li>• Belastning for pårørende</li> </ul>
<b>Norske kvinners sanitetsforening (2 svar)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professorat på kvinnehelse</li> <li>• Meir ressursar og midlar</li> <li>• Osteoporose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stortingsmelding</li> <li>• Vulvarelaterte lidingar</li> <li>• Likeverdig helsevesen</li> <li>• Forsking på kvinnehelse</li> <li>• Endometriose og adenomyose, lipødem, osteoporose</li> <li>• Midlar frå statsbudsjett</li> <li>• Samordning</li> <li>• Styrke kunnskapsbru</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Status og kvinner sine stemmer</li> <li>• Livsløp</li> </ul>
<b>Norske naturterapeuters hovedorganisasjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naturmedisin ikkje nemnt</li> <li>• Burde vert inkludert i utgreiingsarbeidet</li> <li>• Ingen naturmedisiner i utvalet</li> <li>• Maskulin tankegang pregar medisin i dag, naturmedisin tek andre omsyn</li> <li>• Alternativ medisin inn i skulemedisin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flest kvinner søker alternativ behandling</li> <li>• Utvalet har ikkje henta kunnskap om dette</li> <li>• Fjerne meirverdiavgift på alternativ behandling burde vere tiltak</li> <li>• Kvinner sin bruk av behandlingsformar utanfor helsevesenet burde vore inkludert i rapporten</li> </ul>

RA/SDJ-6882 Sosial- og helsedepartementet, eske 1862, jnr. 99/2819, Regjeringen. (2023, B) *Høring – NOU 2023: 5 Den store forskjellen*.

Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-5-den-store-forskjellen/id2965691/>

Tabell 16 syner ei oversikt over dei instansane som har ytra seg i begge prosessane. Tabell 17 syner kva interesseorganisasjonane som uttala seg i begge prosessane har kommentert. Kva som har endra seg i interesseorganisasjonane sine svar frå første til andre prosess vil undersøkast og drøftast i analyse- og diskusjonskapitlet.

## **Kapittel 7 Politiske preferansar**

I dette kapittelet er dei ulike politiske aktørane sine politiske preferansar og ståstader utforska. Aktørane er regjeringane og dei politiske partia som var involvert i regjeringane i dei to politiske prosessane. Preferansane kjem til syne ved innhald frå tiltredingserklæringar, regjeringsprofilar og valprogram. Eg vil greie ut om dei ulike partia sin ståstad ut frå dei politiske skiljelinjene *individbaserte- versus samfunnsretta tiltak, offentleg versus privat og universelle versus behovsprøvde tenester*.

### **7.1 Politiske preferansar, NOU 1999: 13**

Det var som nemnt Jagland si mindretalsregjering som oppnemnde NOU 1999: 13. Regjeringa var ei rein Arbeidarpartiregjering som vart utnemnt etter at Gro Harlem Brundtland si tredje regjering søkte avskjed på grunn av Brundtland sitt ønske om at Arbeidarpartiet sin leiar også burde vere regjeringsjef. Brundtland si tredje regjering, også rein Arbeidarpartiregjering, vart utnemnt i statsråd i november 1990 og gjekk av i oktober 1996 (Regjering A, u.å.). I Regjeringa Jagland si tiltredingserklæring står det at Arbeidarpartiet vil byggje sin politikk på dei sosialdemokratiske grunnverdiane, og at råderett over eige liv får ein berre dersom ein ser seg sjølv som ein del av eit større fellesskap. I erklæringa presenterer regjeringa sine ambisjonar gjennom ni kulepunkt. Kjønnsperspektivet er ikkje teke høgde for i desse punkta, og kvinnehelse vert ikkje representert i nokon del av erklæringa (Jagland, 1996).

NOU 1999: 13 vart gjeve til Sosial- og helsedepartementet 28. januar 1999 (NOU 1999: 13, s. 1). Då var det Bondevik si første regjering som sat ved makta etter at Jagland si regjering søkte avskjed 13. oktober 1997 (Regjeringa B, u.å.). Bondevik si første regjering var ei mindretalsregjering, beståande av partia Kristelig Folkeparti, Venstre og Senterpartiet. I Bondevik si tiltredingserklæring er kvinneperspektivet nemnt i samband med vern av det ufødde liv. NOU-en, som vart oppnemnt litt over ein månad tidlegare, eller kjønnsperspektiv generelt, er ikkje nemnt i erklæringa (Bondevik, 1997).

Valprogramma til Arbeidarpartiet frå 1990 og 1995 er av interesse for å identifisere politisk preferanse. Programma frå dei to årstala er begge av interesse grunna hyppige regjeringsskifte i perioden kring oppnemning av NOU-en, samstundes som det vart skifte frå éi rein Arbeidarpartiregjering til ei anna. Valprogramma til partia i Bondevik si regjering vil ikkje

verte skildra i denne samanhengen, med grunnlag i problemstillinga. Det er valprogramma til aktørane som formulerte mandata som er av interesse for studien.

Kvinnehelse som tema vart ikkje teke opp i særleg grad i dei to programma. Kjønnsperspektiv vart inkludert i noko grad. Programmet frå 1990, kalla arbeidsprogram av partiet sjølv, la vekt på kvinneretta tiltak for sysselsetting i distrikt, og kjønnsperspektiv i fiskerinæringa knytt til tilbod av arbeidsplassar for begge kjønn. Kvinner i landbruket fekk og merksemd (Arbeiderpartiet, 1990, s. 20-27). Styrking av kvinnelege prestar si stilling i den norske kyrkja er også inkludert (Arbeiderpartiet, 1990, s. 36-37). Likestilling mellom kjønn har stor verdi i programmet. Barnehageplassar, eldreomsorg, og likestilling i yrker er tema som vert nemnt. Tematikken kring mishandling av kvinner vart via mykje plass i programmet i samband med temaet likestilling (Arbeiderpartiet, 1990, s. 66). Kvinner og kjønnsperspektiv får tydeleg meir merksemd i programmet frå 1990, enn i programmet frå 1995. Kvinnehelse vart ikkje nemnt i 1995, og kvinner og kjønn generelt blei nesten ikkje inkludert. Det er berre i samband med omsorg for eldre og pleietrengande at kvinner blir nemnt. Partiet såg det som eit sentralt likestillingspolitisk mål at menn i større grad tok på seg slike oppgåver. Eit likestilt samfunn føreset at menn og kvinner tek like mykje ansvar både i yrkeslivet og omsorgsarbeid (Arbeiderpartiet, 1995, s. 27).

## **7.2 Politiske preferansar, NOU 2023: 5**

### **7.2.1 Solberg-regjeringa**

I regjeringa som oppnemnde NOU 2023: 5 sat Høgre, Kristeleg Folkeparti og Venstre. Granavolden-plattformen er regjeringsplattformen til Høgre, Venstre, Kristeleg folkeparti og Framstegspartiet frå 2019. I plattformen er kvinnehelse som heilskap i liten grad representert. Abortførebyggjande tiltak og reproduktiv helse er eit punkt i plattformen med fleire ønskelege tiltak (Høyre, 2019, s. 54). Det eine tiltaket handlar om endringane som vart gjort i abortlova i 2019.

Fjerne åpningen for abort av en eller flere friske flerlinger (fosterreduksjon) i et svangerskap før grensen for selvbestemt abort. Utover dette gjøres det ikke endringer i abortloven (Høyre, 2019, s. 54).

Utanom dette er ikkje kvinnehelse omtala i særleg grad i plattformen, men likestilling og kvinner sine rettar blei omtala (Høyre, 2019). Framstegspartiet gjekk ut av regjeringa før NOU 2023: 5 vart oppnemnt.

Høgre sitt valprogram frå perioden 2017-2021 har eit eigene punkt om helse. Hovudmålet i punktet er at partiet ønska å utvikle pasientane si helseteneste, med særleg vekt på å prioritere kvalitet i behandling og oppfølging av dei mest sårbare pasientgruppene (Høyre, 2017, s. 51). Partiet presenterer 113 punkt med ønske for helsepolitikk, der fem av desse fattar om kvinner spesifikt. Punkta dreier seg om å styrke jordmøntenesta, at kvinner skal kunne bruke gynekologtenester utan tilvising frå fastlege, skånsame behandlingsmetodar for fostervatnprøve og nei til surrogati. I programmet sto det også at dagens abortlov skulle bli ståande (Høyre, 2017, s. 51-57). Dette gjaldt då den lova som stod, før endringane i 2019, og valprogrammet vart publisert før Granavolden-plattformen.

To punkt til frå programmert er relevante i denne samanhengen. Det første handlar om å redusere død blant born og å styrke oppvekstgrunnlag ved å støtte helse- og ernæringstiltak som særleg er retta mot kvinner (Høyre, 2017, s. 14). Det andre punktet, som også er det som tydelegast er relevant for oppnemning av NOU 2023: 5, dreier seg om å styrke forskning på sjukdommar som rammar kvinner spesielt (Høyre, 2017, s. 37). Kvinner, menn og kjønn får noko merksemd knytt til temaet helse. Kjønn er gitt større fokus knytt til temaa likestilling og mangfald, enn helse.

Kristeleg folkeparti sitt valprogram for den aktuelle perioden har under eit hovudpunkt som heiter *Likeverdsamfunnet* eitt punkt som handlar om likestilling og kamp mot diskriminering. Her har partiet formulert eit standpunkt som spesifikt kan knytast til kvinnehelse og NOU 2023: 5. Dette følgjer slik: *Styrke forskinga på sjukdommar som råkar kvinner spesielt, og på sjukdommar der kvinner har andre symptom enn menn, og behandling for desse* (Krf, u.å., s. 13). Valprogrammet inkluderer også partiet sin ståstad når det gjeld abort. Partiet ønsker støtteordningar, rettleiing og førebygging. Partiet ønsker ikkje at det skal bli utført seinabortar i Noreg. Dette er abort etter veke 18, med mindre det er overhengande fare for mor sitt liv og helse, eller at det ikkje er mogleg at fosteret kan overleve utanfor livmor (Kristeleg folkeparti, 2017, s. 17). I valprogrammet til Kristeleg Folkeparti står det at partiet ønsker å sikre gode og tilpassa soningsforhold for kvinner, spesielt knytt til seksuell trakassering (Kristeleg folkeparti, 2017, s. 58). Dette er ikkje direkte knytt til helse, men det syner at partiet er opptekne av kvinner med fengselsstraff. Seksuell trakassering er eit problem som kan gå utover individ og grupper si helse.

Venstre sitt valprogram har ikkje egne punkt knytt til kvinnehelse eller forskning på kvinnesjukdommar. Det er nokre punkt i programmet som likevel tek føre seg kvinner spesifikt. Venstre ønsker å sikre kvinna si rett til å bestemme over eigen kropp ved rett til sjølvbestemt abort dei første tolv vekene av eit svangerskap. I samband med dette presenterer partiet at dei er opptekne av reproduktiv helse, prevensjon og helsetenester knytt til seksuelt overførbare sjukdommar, svangerskap og fødsel (Venstre, 2017, s. 111). Helsepolitikken til partiet dreier seg for det meste om at pasienten alltid skal vere i sentrum (Venstre, 2017, s. 102). I tillegg har partiet eit spesifikt punkt som handlar om at kvinner med alvorleg alkoholavhengnad må få tilbod om gratis prevensjon som verkar over ein lang periode slik at ein reduserer tal born fødd med fødtalt alkoholsyndrom (Venstre, 2017, s. 105). Venstre ønsker også å bringe jordmortenesta opp på nivå med Helsedirektoratet sine anbefalingar (Venstre, 2017, s. 105).

### **7.2.2 Støre-regjeringa**

Då Støre si regjering kom til makta 12. oktober 2021 vart mandatet til 2023-utvalet justert med bakgrunn i Hurdalsplattforma. Plattformen har eit eige punkt om kvinnehelse, der det vert presisert at regjeringa vil prioritere kvinnehelse for å sikre likeverdige helsetenester. Plattformen presenterer fem punkt om kvinner si helse (Arbeiderpartiet B, u.å., s. 63). Desse følgjer slik:

- *Legge frem en strategi for kvinners helse for å få mer kunnskap om og bedre utredning, behandling og oppfølging av kvinnehelse i helsetjenesten.*
- *Nedsette et utvalg som skal se på abortlovens bestemmelser, oppfølgingen av kvinner som tar abort, og alternativer til dagens abortnemnder. Regjeringspartiene står fritt til å søke flertall i Stortinget for sine standpunkter om abortloven.*
- *Legge til rette for et faglig forsvarlig valg mellom medikamentell og kirurgisk abort, og styrke oppfølgingen etter en abort for kvinner som har behov for det.*
- *Styrke Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning og sikre at arbeidet også systematiseres regionalt.*
- *Forbedre informasjonsarbeidet og tilbudet innen seksuell og reproduktiv helse* (Arbeiderpartiet B, u.å., s. 63).

Dette samsvarar med valprogrammet til Arbeidarpartiet for perioden. Partiet frontar sikring av likeverdige helsetenester gjennom prioriteringa av kvinnehelse, slik som plattformen. Det som skil valprogrammet frå regjeringsplattformen er at bakgrunn og spesifikke satsingsområde innan kvinnehelse vert presentert ytterlegare i programmet. Dette handlar om sjukdommar som rammar kvinner oftare enn menn, og sjukdommar som berre rammar kvinner. Slike



sjukdommar har ofte låg prioritet og er lågt finansiert innan medisinsk behandling og forskning. Derfor vil Arbeidarpartiet satse på kunnskap om kvinnehelse og betre utgreiing, behandling og oppfølging i helsetenesta. Familieplanlegging, abort, ikkje ønska svangerskap, prevensjon og seksualopplysning er også viktige punkt for Arbeidarpartiet. Partiet er klare på at dei ikkje støttar innstrammingane av abortlova som har teke til dei siste åra, og ønsker at kvinner sjølv skal ha rett til å ta avgjerder om eigen kropp (Arbeiderpartiet A, u.å., s. 62).

Arbeidarpartiet legg fram åtte punkt om kva dei ønsker for kvinnehelse. Punkta følgjer slik:

- *Legge fram enn strategi for kvinners helse, som innebærer styrking av forskning på kvinnehelse, mer kunnskap om kvinnehelse i helseutdanninger og tiltak for å sikre kvinner bedre utredning, behandling og oppfølging i helsetjenesten.*
- *Sikre mer kunnskap og vurdere standardiserte diagnoseforløp for sykdommer som kun rammer kvinner og sykdommer der kvinner er overrepresentert.*
- *Utvide ordningen med gratis prevensjon for unge jenter og kvinner.*
- *Reversere alle innskrenkingene som er gjort i abortloven de siste årene.*
- *Avvikle nemndsystemet i abortloven mellom uke 12 og 18 og utrede et alternativ med trygg oppfølging og medisinsk veiledning mellom uke 12 og 18. Kvinnenes selvbestemmelse skal sikres.*
- *Følge opp endringene i bioteknologiloven som sikrer flere mulighet til å stifte familie.*
- *Gi alle gravide tilbud om tidlig ultralyd i svangerskapet før uke 12 i det offentlige helsevesenet, og rett på utvidet fosterdiagnostikk, herunder NIPT, samt rådgivning og oppfølging (Arbeiderpartiet A, u.å., s. 62).*

Justeringa som Støre si regjering gjorde i mandatet til NOU 2023:5, var mellom anna å ta bort problemstillinga om helsa til kvinner i fengsel. Likevel har Arbeidarpartiet eit punkt i valprogrammet sitt om dette. Partiet skriv at dei ønsker å sørgje for at kvinner blir sikra fullverdig og likeverdig straffegjennomføring på lik linje med menn, og at dei ønsker å avvikle all samsoning mellom menn og kvinner (Arbeiderpartiet A, u.å., s. 74). Dette er ikkje direkte knytt til helse, men er knytt til korleis kvinner har det under ei fengselsstraff og tematikken med samsoning kan til dømes botne i problematikk som kan få konsekvensar for helse.

Senterpartiet inkluderer i noko grad kvinnehelse i valprogrammet sitt. Under hovudpunktet *Helse og omsorg: Førebygging framfor reparasjon* har partiet eit underpunkt som heiter *Folkehelse: Førebygging og helsefremjing*. Her formidlar partiet at god folkehelse løner seg og

påverkar alle samfunnsområde. Partiet vil at alle skal ha like moglegheiter til å ta vare på eiga helse og ønsker derfor å prioritere helsefremjande tiltak på alle samfunnsområde. I dette underpunktet presenterer partiet sju punkt om kva politikk partiet ønsker å føre. Eitt av punkta handlar spesifikt om sjukdommar som rammar kvinner. *Auka forskning på kvinnesjukdommar gjennom auka forskingsmiddel* (Senterpartiet, 2021, s. 85-86). I same underpunkt fremjar partiet at dei ønsker å støtte tiltak for å få ned talet på ikkje ønska graviditetar. Slike tiltak kan vere seksualundervisning, tilgang til prevensjon ved behov og kunnskap om fertilitet, kropp og om å setje grenser (Senterpartiet, 2021, s. 86).

Partiet har kort inkludert deira ståstad når det kjem til abort. Dei ønsker å vidareføre dagens abortlov med sjølvbestemd abort fram til veke 12, samstundes som dei ønsker å gjennomgå arbeidsmåten til nemndene, rolle og namn (Senterpartiet, 2021, s. 94). Senterpartiet er opptekne av fødsel og eit desentralisert fødetilbod. Dette er viktige mål i helsepolitikken. Jordmordtilbod i kommunar både når det gjeld graviditet og fødsel er viktig for partiet, i tillegg til at eventuell kort liggetid på sjukehus etter fødsel må vere eit val for kvinna. Derfor ønsker partiet å styrke bemanninga ved kvinneklinikkar og sørge for at alle fødande vert sikra jordmor i aktiv fase av fødsel (Senterpartiet, 2021, s. 90-91). Under punktet *Straff og kriminalomsorg*, skriv partiet at dei ønsker å sikre kvinner betre soningstilhøve og fleire eigna soningsplassar (Senterpartiet, u.å., s. 28). Dette punktet seier ikkje noko spesifikt om kvinner si helse i fengsel, men soningstilhøve vil likevel kunne ha påverknad på helseforhold for kvinner i fengsel.

### **7.3 Politiske skiljelinjer**

I Noreg skil ein gjerne mellom venstresida og høgresida i politikken. Kva som kjenneteiknar dei to sidene er eit aktuelt aspekt knytt til den komparative analysen i denne studien. Oppnemning og formulering av mandat vart gjort av regjeringar som står på kvar si side av høgre-venstre-aksen. Perspektivet vert nytta til å forklare variasjonar i oppslutning til dei enkelte partia. Aardal peikar på at skiljelinje er eit mykje nytta omgrep, men kan også vere upresist og fleirtydig (Aardal, 1994, s. 218). I denne studien blir omgrepet nytta for setje lys på skilnader mellom regjeringar på venstresida og høgresida i Noreg. Dei politiske skiljelinjene eg har inkludert i denne studien er *individbaserte- versus samfunnsretta tiltak*, *offentleg versus privat* og *universelle- versus behovsprøvde tenester*. Desse merkesteinane i politikken er relevant for å diskutere ulikskapar i utval, mandat og tiltak.

Skiljelinja som handlar om individorienterte og samfunnsorienterte tenester handlar om korleis tenester er retta mot samfunnet som heilskap eller mot individa det består av. I ein helsepolitiske samanheng dreier eit individorientert fokus seg om den enkelte sin livsstil medan eit samfunnsorientert fokus på si side dreier seg meir om levekår i samfunnet (Elvbakken og Stenvoll, 2008, s. 18).

Offentleg versus privat sektor som ei politiske skiljelinje har fått mykje merksemd i Noreg. I 1981 hevdar Oddbjørn Knutsen at tilknytning til offentlig eller privat sektor er ei viktig strukturell skiljelinje for ei rekke politiske verdiorienteringar (Aardal, 1994, s. 234). Forholdet mellom offentlig og privat sektor rører ved dei klassiske motsetnadane knytt til venstre-høgre aksa (Aardal, 1994, s. 235). I denne samanheng dreier skiljelinja seg om i kva grad høgre-venstre-aksen i norsk politikk støttar opp under offentlig produserte tenester. Eller om ein tenkjer at private bedrifter i konkurranse med kvarandre og dei offentlege tenestene vil effektivisere og betre tenestene. Offentlege og privat innsats for å fremje helse og hindre sjukdom har lang historie i Noreg (Elvbakken og Stenvoll, 2008, s. 21).

Skiljelinja mellom universelle versus behovsprøvde tenester bygger mykje på dei same prinsippa som individ- versus samfunnsorientering. I denne samanhengen handlar det om at helsetenester i større grad skal vere organisert på ein måte som gjer dei tilgjengelege for alle, eller at det er behovsprøvde rammer som bestemmer kven dei er tilgjengeleg for. Universelle ordningar skapar ein velferdsdebatt som handlar om alle i eit samfunn. Behovsprøvde ordningar handlar om å målrette velferdsordningar mot særskilde grupper (Hatland m.fl. 2018, s. 56).

### **7.3.1 Jagland-regjeringa**

Arbeidarpartiet skildrar seg sjølv som eit sosialdemokratisk parti bygd på verdiane fridom, likskap og solidaritet. Partiet vil gi trygt arbeid til alle, dei ønsker eit rettferdig økonomisk system, ein offentlig velferdsstat for alle og ei sterk fagrørsle (Arbeiderpartiet C, u.å.). Dette samsvarar med eit tankesett om at individ ikkje arbeider isolert, men i samarbeid med kvarandre. Samarbeid er grunnlaget for eit samfunn der alle kan nyte fridom, rettferd og velstand (Ball, Dagger og O'Neill, 2019, s. 148). Desse prinsippa skildrar den politiske skiljelinja mellom individbaserte og samfunnsretta tiltak. Arbeidarpartiet og venstresida vil ut frå desse prinsippa truleg foreslå og implementere meir samfunnsretta politikk og tiltak som gagnar samfunnet meir enn enkelte individ. Samfunnsretta tiltak dreier seg om tiltak som

fokuserer på sosial rettferd og vektlegg gjerne kollektive løysingar og offentlege tenester. Jagland si tiltredingserklæring samsvarar med desse prinsippa.

Arbeidarpartiet lener seg i størst grad mot offentlig tenesteyting. Dei set ein offentlig velferdsstat for alle høgt, og meiner at marknadskreftene ikkje tek omsyn til dei viktigaste verdiane i eit godt samfunn for alle. Ein sterk velferdsstat gir nødvendig hjelp til dei som treng det (Arbeiderpartiet C, u.å.).

Arbeidarpartiet meiner at ein sterk velferdsstat med universelle velferdsordningar skapar tryggleik i samfunnet. Partiet ønsker universelle tenester framfor behovsprøvde, og dei meiner dette gir folket fridom til å klare seg sjølv. Velferdsstaten sine ordningar skal vere universelle og fatte om alle, uavhengig av bakgrunn eller kvar ein har busett seg. Alle skal ha like moglegheiter til å delta i samfunnsliv og dette er avhengig av sosial rettferd. Politikken skal bidra til at sosiale og økonomiske forskjellar vert minst moglege. Universelle tenester som helsetenester, utdanning og pensjon er avgjerande for å sikre reell fridom for alle (Arbeidarpartiet C, u.å.). Dette heng tett saman med at partiet ønsker ein sterk offentlig sektor.

### **7.3.2 Solberg-regjeringa**

Høgre skildrar seg sjølv som eit liberalkonservativt parti. Dei er grunnleggande opptekne av å lage politikk der enkeltmenneske skal få bestemme over eige liv. Høgre vil gi like moglegheiter til alle, men meiner at resultatlikskap ikkje er mogleg. Partiet er opptekne av ein sterk men avgrensa stat som sikrar folk grunnleggande tryggleik og velferd. Verdiskaping står sterkt og partiet meiner at ein må skape før ein kan dele (Høyre, u.å.).

Kristeleg folkeparti har eit verdigrunnlag bygd på kristendemokratiske verdiar henta frå bibelen, den kristen kulturarven. Grunnleggande menneskerettar har si forankring i det kristne menneskesynet ifølgje partiet. Dei kristne verdiane er det beste grunnlaget for å utvikle politiske løysingar for samfunnet. Partiet meiner det offentlege bør ha ei sterk rolle i det norske helsevesenet ettersom dette sikrar gode tenester utan at det er lommeboka til enkeltpersonar som skal avgjere (Kristeleg folkeparti, u.å.).

Venstre omtalar seg sjølv som Noreg sitt einaste sosialliberale parti. Verdigrunnlaget deira er forankra i respekten for den enkelte sitt menneskeverd, den enkelte sitt sosiale ansvar, eit liberalt verdisyn og eit økologisk heilskapssyn. Venstre ønsker eit samfunn som byggjer på

demokrati, rettsstat, regulert marknadsøkonomi og eit aktivt sivilsamfunn. Mykje fridom for den enkelte må kombinerast med samfunnsånd og medansvar for å møte fellesskapet sine behov og utfordringar. Partiet er opptekne av like moglegheiter for alle (Venstre, 2019).

Dei tre partia i regjeringa har ulike tilnærmingar til dei tre politiske skiljelinjene. Ifølgje Høgre sitt verdigrunnlag og politikk er dette eit parti som fremjar individbaserte tenester, som auka privat finansiering og konkurranse i helse- og utdanningssektoren. Dei er opptekne av ein sterk men meir avgrensa stat, og er dermed meir skeptiske til omfattande offentlege inngrep. Venstre sitt liberale syn legg også vekt på individuell fridom, men dei er meir opne for samfunnsretta tiltak for å sikre like moglegheiter til alle og støttar derfor ein blanding av offentlege og private løysingar, spesielt innanfor helse- og utdanningssektoren. Dei er opptekne av å sikre universell tilgang til grunnleggande velferdstenester. Kristeleg folkeparti med sine verdiar kan vere meir opne for å gi støtte til samfunnsretta tiltak og ei større offentleg rolle enn til dømes Høgre. Dei er meir skeptiske til marknadsorienterte løysingar og privatfinansiering av offentlege tenester, og dei legg vekt på behovet for å sikre universell tilgang til velferdssystemet.

Dette syner at desse partia, i større grad enn Arbeidarpartiet er opne for individretta tenester og større grad av privatiserte tenester i samspel med det offentlege. Når det gjeld behovsprøvde versus universelle tenester er Høgre i større grad opne for behovsprøvde tenester, ved at dei fremjar individuelt ansvar der enkeltmenneske skal få bestemme over eige liv. Venstre er meir open for både universelle og behovsprøvde tenester med at dei understrekar at fridom skal kombinerast med samfunnsånd om medansvar. Kristeleg folkeparti er i større grad tilhengar av universelle velferdstenester og helsetenester enn dei to andre partia i regjeringa, og dei understreker at tenester ikkje skal avgjerast av enkeltmenneske si lommebok.

### **7.3.3 Støre-regjeringa**

Arbeidarpartiet sin ståstad i dei politiske skiljelinjene er skildra under 7.3.1 Jagland-regjeringa. Senterpartiet vil arbeide for eit samfunn der menneske kan utvikle seg fritt. Senterpartiet sitt verdigrunnlag byggjer på den kristne og humanistiske kulturarv. Partiet meiner at dei sosiale, kulturelle og økonomiske tiltaka frå samfunnet si side må ta sikte på å skape vekstvilkår og trivsel for alle uavhengig av bustad eller yrke (Senterpartiet, 2017). Senterpartiet ønsker eit samfunn der menneske kan utvikle seg fritt, og understreker prinsipp som rettferdig fordeling, små ulikskapar og sosial tillit. Partiet ønsker eit samfunn med små sosiale, geografiske og økonomiske skilnader. Partiet meiner rettferdig fordeling nåast med eit levande folkestyre og

densentralisering av eigedomsrett. Retten til eigedom er viktig for tryggleik til den enkelte og samfunnet som heilskap. Partiet peikar på at ein balanse mellom offentleg og privat eigarskap har gjort Noreg til ein godt fungerande velferdsstat (Senterpartiet, 2017).

Senterpartiet har fokus på distrikts- og landbrukspolitik. Partiet kan vere open for meir behovsprøvde tenester, til dømes for sårbare grupper i distrikta. Likevel har partiet også støtta universelle velferdstenester ettersom dei meiner dette fremjar sosial rettferd, og rettferdig fordeling. Dette speglar deira syn når det gjeld individretta versus samfunnsretta tenester. Partiet ser ei samfunnsretta tilnærming som gunstig for å styrke distrikt og landbruk, og er opptekne av like tenester til heile samfunnet uavhengig av geografi. Når det gjeld offentleg versus privat sektor ønsker partiet ein balanse mellom desse for å skape ein sterk velferdsstat. Partiet har ein profil som set dei i sentrum i norsk politikk, og meir mot sentrum av dei politiske skiljelinjene.

## Kapittel 8 Analyse og diskusjon

I dette kapitlet vil eg drøfte endringar som har skjedd og eventuelt ikkje, i mandat, val av ekspertise og tilrådingar til politikk frå dei to utgreiingane. Dette vil eg gjere for å svare på problemstilling og forskingsspørsmål. Agendasetting og politikkkutforming vil nyttast for å setje dei to NOU-ane inn i eit rammeverk for politiske prosessar. Evaluering vil nyttast som ein mogleg forklaring for endring. Ein tilpassa versjon av prosessoring vil nyttast for å forklare korleis politiske preferansar kan ha påverka val av ekspertise og deretter tilrådingar til politikk. Eg vil og undersøke kva som karakteriserer oppfølginga av dei kvinnehelsepolitiske tiltak i tilhøyrande høyringsprosessar. Dette vil syne korleis ulike aktørar og instansar sitt syn på kvinnehelsepolitiske utfordringar har endra seg. Kva som karakteriserer oppfølginga av tiltaka frå 1999 vil undersøkast opp mot dei to meldingane til Stortinget som har omtala utgreiinga. I kapittel 5 viste eg alle tiltaka frå NOU 1999: 13 og tiltaka frå dei to meldingane. I dette kapitlet vil tekstgjenbrukanalysen vise om nokre av tiltak er dei same.

### 8.1 Kvinnehelse på agendaen

Analyser av agendasetting i kvinnepolitisk samanheng, vil kunne bidra til å forstå kvifor utfordringar om kvinnehelse kom på agendaen før oppnemninga av dei to utvala. Merkesteinane i agendasetting, *sett av problem, tid og merksemd* slår fast når kvinnehelse kom på den politiske agendaen (sjå 3.1.2). Kvinnehelse vart via ekstra *merksemd* frå *lista med problem* som til ein kvar *tid* får merksemd frå myndigheiter i 1997 og 2021 då to kvinnehelseutval vart oppnemnt, og i 2003 og 2019 då kvinnehelsestrategiar vart formulert som del av to regjeringar sine politikkkframlegg.

Det som fekk kvinnehelse på agendaen i Noreg på midten av 1990-talet kan ha samanheng med internasjonale initiativ. Handlingsplanen frå FN-konferansen i Beijing inneheldt forpliktande målsettingar og konkrete forslag til arbeidsmetodar og tiltak. Plattformen er ikkje eit juridisk bindande dokument, men likevel viktig som politisk forpliktande og legg viktige føringar for medlemslanda sin politikk når det gjeld likestilling (Regjeringen, 2020). Det er sannsynleg at Beijingkonferansen og handlingsplanen bidrog til å flytte kvinnehelse frå den systematiske agendaen til den institusjonelle agendaen som førte til oppnemninga av eit kvinnehelseutval i 1997 (Knill og Tosun, 2012, s. 107 (sjå 3.1.2)). Dette kjem også fram i mandatet til utgreiinga. Eit av dei tolv punkta handla om å sjå tilhøva i Noreg i relasjon til andre land og samanlikne med som vart vedteke på konferansen (NOU 1999: 13, s. 20). *Ekstern initiativ-modellen*

omfattar at offentleg handling kan presse avgjerdstakarar til å setje ei sak på den institusjonelle agendaen (Knill og Tosun, 2012, s. 108 (sjå 3.1.2)). I dette tilfellet kan ein seie at FN-konferansen har teke eit eksternt initiativ, som bidrog til at kvinnehelse kom på agendaen i Noreg.

Kvifor Toppe (Sp) og Bollestad (Krf) sitt forslag frå 2014 vart nedstemt, men NOU 2023: 5 vart oppnemnt i 2021 kan sjåast i samanheng med det politiske biletet i dei aktuelle tidsromma. Senterpartiet, Kristeleg folkeparti, Arbeidarpartiet og Sosialistisk Venstreparti stemte for forslaget i 2014. Desse partia var da i opposisjon. Regjeringspartia, Høgre og Framstegspartiet, stemte ikkje for forslaget. Kampen om å få kvinnehelse på agendaen i 2014 kan sjåast som eit uttrykk for kampen mellom *expandere* og *containere* (Knill og Tosun, 2012, s. 101( sjå 3.1.1)). Representantane frå Senterpartiet og Kristeleg folkeparti (*expandere*) forsøkte å flytte kvinnehelse frå den systematiske til den institusjonelle agendaen, regjeringa (*containere*) var imot. Dette syner ein kamp mellom to politiske aktørar i agendasetting, den utøvande makta og politiske parti i opposisjon. Prosessen var ein konkurranse mellom problemstillarane i regjeringa og på Stortinget, altså i policy-eliten (Dearing og Rogers, 1996, s. 1-2 (sjå 3.1)). Forslaget kan og sjåast i samanheng med det Maktutredningen (NOU 1982: 3), som skildra innleiingsvis peika på, at partia på Stortinget vil forsøke å overgå kvarandre med aukiing av midlar til populære postar (sjå 1.0). Halvparten av befolkninga i landet er kvinner, og forslaget om ei ny utgreiing av kvinner si helse kan ha vore eit forsøk frå Senterpartiet og Kristeleg folkeparti om å auke legitimitet og oppslutting blant kvinner.

Oppnemninga i 2021 kan sjåast i lys av det politiske bilete i tida før. I 2019 var ein av dei mest omtala sakene i media knytt til abortlova og endringane i denne. Som nemnt i kapittel 2 fekk Kristeleg folkeparti gjennomslag for ei endring i abortlova, ei innstramming i avgjerder om fosterreduksjon. Dette var ein siger for partiet som resultat av forhandlingar i 2019 (Elvbakken, 2021, s. 320-321 (sjå 2.3)). Dette skapte debatt og endringane vart møtt med kraftig motstand utanfor Stortinget. Kvinner sine reproduktive rettar – som del av kvinnehelsepolitikk var høgt oppe på den politiske agendaen på dette tidspunktet. I samband med feiringa av kvinnedagen 8.mars 2019 lanserte Solberg-regjeringa strategien *Seks punkter for bedre kvinnehelse*, og Solberg uttalte at ho håpa at norske kvinner ville fokusere på noko anna enn abortsaka denne 8. mars (VG, 2019).



Kva forhold som påverkar kva problem som faktisk når den politisk dagsorden er kjent i agendasetting. *Spesielle hendingar*, som er ein av Kingdon sine tre grunnar til at problem får merksemd (Vabo, m.fl., 2020, s. 105-106 (sjå 3.1.2)). Den spesielle hendinga, som innstramma av abortlova var, førte med seg kraftig motstand. Kvinnehelse vart flytta til den institusjonelle agendaen med denne hendinga. Formuleringa av ein kvinnehelsestrategi i 2019 og opprettinga av eit kvinnehelseutval (NOU-utval) i 2021 vart resultatet. Toppe og Bollestad fekk ikkje nok merksemd i 2014.

Med stor merksemd og konflikt om abortsaka i offentlegheita var det meir ope for nye initiativ knytt til kvinnehelse, og kom derfor høgare på den politiske agendaen i 2021. Regjeringa hadde fått sterk kritikk frå mange, og formulerte så ein ny strategi og utnemnde seinare eit utval for å greie ut situasjonen for kvinnehelse i 2021, våren før valet til Stortinget same haust. Dette kan gi støtte til at *mobiliseringsmodellen* passa for situasjonen. Modellen peikar på at eit problem vert flytta, på grunn av politiske leiarar sine forsøk på å finne støtte (Knill og Tosun, 2012, s. 108 (sjå 3.1.3)). Utnemninga av eit kvinnehelseutval kan sjåast som ein strategi partia i regjeringa brukte for å vinne tilbake legitimitet etter å ha vore skarpt kritisert av mange for innstramma av abortlova.

Utnemningane av dei to utvala skjedde via to ulike vegar til den institusjonelle agendaen. Agendasettinga vart endra frå 1997 til 2021. Endringane kan mogleg forklarast av eksterne initiativ, mobilisering og eit forsøk på å vinne legitimitet. Det er ofte fleire grunnar til at eit tema når ein politisk agenda. Grunnane diskutert ovanfor kan vere nokre av forklaringane, men det kan også vere fleire moglege forklaringar på dette.

## **8.2 Kvinnehelseutfordringar**

Problemdefinering er gjerne vegen til agendasetting. Det er mange og ulike definisjonar av kvinnehelse, men det er generelt semje om kjerneaspekta ved omgrepet (sjå 2.1). Kvinner i Noreg har generelt god helse. Derfor kan ein diskutere om kvinnehelse har vorte eit problem i politisk samanheng på bakgrunn av sosial konstruksjon. Dette er eit kjent aspekt i litteraturen om problemdefinering og kan påverke kor alvorleg eit problem vert oppfatta som. Grad av alvor er ein av kategoriane Rochefort og Cobb peikar på for korleis eit problem kan oppstå (Knill og Tosun, 2012, s. 103 (sjå 3.3.1)). Innleiingsvis nemnde eg at legane meiner deira manglande kunnskap skuldast for lite medisinsk forskning med kjønnspektiv (Stave, 2022 (sjå 1.0)). I samfunnsbiletet har kvinnehelse gjerne vorte konstruert som dårleg og uttalar som

«kvinner er berre små menn» har vorte ytra (sjå 2.0)). Myndigheitene kan ha valt å ta opp problemet for ikkje å miste legitimitet hjå folket. Dette er ein av grunnane til at sosialt konstruerte problem vert anerkjent hjå avgjerdstakarar (Knill og Tosun, 2012, s. 99 (sjå 3.1.1)).

Nærleik og nyheit er to ytterlegare kategoriar frå Rochefort og Cobb. Desse handlar om i kva grad eit problem påverkar størsteparten av samfunnet, og i kva grad eit problem er nytt, og derfor får merksemd (Knill og Tosun, 2012, s. 99 (sjå 3.1.1)). Kvinner utgjer omtrent halvparten av landet sin befolkning. Å ta opp spesifikke helsespørsmål for kvinner er ikkje nytt, men vektlegging av kjønnsperspektiv i helseforskning og helsepolitikk kan sjåast som nyheit, ettersom det er den mannlege biologien som mest har vore utgangspunktet for helseforskning (Høiland og Øvrebø, 1987, s. 7 (sjå kapittel 2)).

Mangel på kjønnsperspektiv var like aktuelt for begge prosessane i følge FHI sin rapport frå 2022 (FHI, 2022). For å analysere synet på kvinnehelse meir i djupna vil eg undersøke korleis problemdefineringa av kvinnehelse har endra seg hjå politiske aktørar frå den første prosessen til den andre. Dette vil eg gjere gjennom ei samanlikning av dei to mandata til utgreiingane. Dette vil syne endringar i kva regjeringane etterspør i dei to tidsperiodane. Problemdefinering er gjerne vegen til agendasetting men kan også skje i politikktutforming, i form av formulering av mandat.

### **8.3 Mandat**

Ved å analysere mandat saman med valprogram, regjeringsprofilar og ståstad i politiske skiljelinjer, kan det utforskast om ulike politiske preferansar kan forklare forskjellar i val av ekspertise og tilrådingar til politikk. Samanlikninga vil bidra til å forstå skilnader mellom dei politiske prosessane, med tanke på kva tema innan kvinnehelse som blir vektlagt og problemdefinering av fenomenet. Samanlikning av mandata bidreg til seinare å kunne diskutere korleis tilrådingar til politikk blir påverka av politiske aktørar, altså prosessoringa sitt steg (b) *aktørar sine forsøk på å fremje desse preferansane i val ev ekspertise*. Byråkratiet er ein viktig aktør når det gjeld mandat. Det er departementa som formulerer mandatbasert på faglege kunnskapar, samstundes som dei skal vere lojale til sittande regjering.

Kva for kunnskap som vert etterspurt er interessant for å spore endring. Begge mandata streka under at det var ønskeleg med ei kunnskapsoversikt. Dei to oversiktene skulle innehalde kva kunnskap som var tilgjengeleg på gitte tidspunkt og område der kunnskapen var mangelfull for

å kartlegge behov for kunnskapsutvikling. Både det opphævelege og justerte mandatet til Meyer-utvalet konkretiserte at det var ønskeleg med kunnskap om utviklingstrekk som hadde bidrege til, og framleis skapar kjønnsforskjellar i helse. Det er ingen store endringar i etterspørsel av kunnskap i dei to mandata. Dette kan bekrefte FHI sin vurdering av at det hadde kome til lite ny forskning dei siste 24 åra (FHI, 2022).

Kva kunnskap som blir etterspurt er avhengig av korleis mandata definerer helseomgrepet og kvinnehelseomgrepet. Mandatet til Sundby-utvalet ga ikkje nokon definisjon av helseomgrepet, men ein kan i noko grad tolke det gjennom formuleringa av mandatet. Det kjem fram at helse famnar om heile livet, om tilstandar og omfang av sjukdommar. Helse og sjukdom blir i fleire tilfelle omtala saman. Dette syner at sjukdomsaspektet er viktig i defineringa av helse i 1999-mandatet. Når det kjem til kvinnehelseomgrepet fattar dette om tilstandar som særleg rammar kvinner, og reaksjonsformer i helseapparat som skil seg frå menn.

I 2023-mandatet handlar god helse om å kunne motta trygge helse- og omsorgstenester når ein har behov for dette. Det er med andre ord eit fokus på behovsprøving. Seksualitet skal sjåast på som ein helsefremjande ressurs, og god livskvalitet og god helse heng saman. Kvinnehelseomgrepet fattar om ulikskapane frå menn. Mandatet har i ei setning skrive at: *Med kvinnehelse menes helse problemstillinger som strekker seg ut over det som gjelder spesifikke kvinnesykdommer og kvinnelige helseutfordringer* (NOU 2023: 5, s. 22). I tillegg til dette inkluderer det samfunnsmessige og biologiske ulikskapar mellom kjønn, korleis kjønn verkar saman med andre forskjellskapande dimensjonar, og korleis kvinner nyttar helsetenester. Den største forskjellen mellom mandata er at 2023-mandatet inkluderer seksuell helse og skildrar dette som ein ressurs. Denne tilleggsfaktoren syner eit større fokus på menneske som individ og er derfor i tråd med dei politiske preferansane frå høgresida i politikk om førebygging. Dette kan sjåast i samanheng til dei politiske preferansane om eit større individfokus frå høgresida i førebyggingspolitikken (Stenvoll & Elvbakken, 2008, s. 18). Fokus på trygge tenester til dei som har behov for det er også eit uttrykk for høgresida sine politiske preferansar.

Mandata skil i større grad frå kvarandre når det gjeld sosiale og demografiske forhold som vert vektlagt. Mandatet frå 1999 ønsker at utvalet tek omsyn til *alle livsfasar, innvandrar kvinner, kvinner med funksjonshemming, levekår, yrke, arbeidsvilkår, sosioøkonomisk status, familieforhold, samfunnsliv og arbeidsliv*. Jagland-regjeringa sin ståstad i politiske skiljelinjer med preferanse om universelle godar kan vere ei forklaring på dette. Ei Arbeidarpartiregjering

med sosialdemokratiske kjenneteikn er opptekne av sosiale faktorar og fremjing av sosial rettferd. Universelle godar, tiltak eller tenester byggjer på denne typen sosial rettferd og at alle skal få de same godane uavhengig av funksjonsevne, status, levekår og yrke med meir.

Dei same temaa frå 1999 er med i 2023-mandatet. Dette kan skuldast ein *first-mover fordel* som er eit vanleg fenomen i problemdefinering. Fordelen handlar om at det er vanskeleg å reformulere definisjonen av eit problem, dersom ein aktør har definert det på eit tidlegare tidspunkt (Knill og Tosun, 2012, s. 99 (sjå 3.1.1)). Jagland-regjeringa hadde denne fordelen ettersom dei formulerte det første mandatet i ein kvinnehelsepolitisk samanheng. Solberg-regjeringa og Støre-regjeringa har teke høgde for dei same faktorane i det opphævelege og justerte mandatet til NOU 2023: 5, med nokre justeringar i formulering. Endringane i terminologien kan vere tilfeldige.

Trass i first-mover fordelen til klarte Solberg og Støre sine regjeringar å inkludere ytterlegare faktorar. Desse er *biologi, livsstil, likestilling, fysiske forhold, psykiske forhold, seksuell orientering, kjønnsidentitet*, kartlegging av manglande kunnskap på *individnivå* og *samfunnsnivå* og om situasjonen til *kvinner i fengsel*. Kvinner i fengsel vart teke vekk då Støre-regjeringa justerte mandatet. For å motverke fordelen av å vere den første som lagar ein definisjon av eit problem, må den nye definisjonen vere like overtydande som den første. Mandatet til NOU 2023: 5 har greidd dette. Grunnen til at deira definisjon er meir overtydande handlar om at den er tilpassa endringar i samfunnsbiletet og agendasetting. Formulering av mandat høyrer til politikkkutforming i politikkk-sirkelen, men agendasetting kan påverke kva som vert inkludert i eit mandat. Meld. St. 23 *Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)* syner at psykisk helse har fått ein større plass på regjeringa sin agenda. I meldinga står det at psykisk helse er eit av regjeringa sine viktigaste satsingsområder, og peikar ut ei retning for utvikling av politikk på feltet (Meld.St. nr. 23 (2022-2023), s. 6). Å inkludere psykisk helse i 2023-mandatet samsvarar med korleis den politiske agendaen har endra seg, med eit større fokus på psykisk helse.

Mandata legg grunnlaget for tilrådingane til tiltak utvala formulerer. Kva tenester regjeringane vektlegg i mandata står fram som viktige for tilrådingane. Tenester for å fremje kvinnehelse fokuserer på å tilby støtte og ressursar som er spesielt tilpassa helsebehov og utfordringar kvinner har. I mandatet til 1999-utgreiinga er det kunnskapsoversikt og oversikt over manglar når det kjem til *folkehelsearbeid, sosial tenesteyting og tenester, helsetiltak, miljø- og*

*sikringstiltak og forskningsverksemd* som vart etterspurt. I tillegg til ei oversikt over konsekvensar når det gjeld *prioritering og ressursbruk i helsetenester og velferdsordningar*. Tiltak knytt til kvalitet i *førebygging, behandling og rehabilitering* er også skildra i mandatet. Vektlegging av desse tenestene speglar ei Arbeidarpartiregjerings sine politiske preferansar om universelle og samfunnsretta tenester og tiltak. Tenestene vert omtala i eit velferdsperspektiv og kan sjåast i samband med den offentlege sida av den politiske skiljelinja mellom offentlig og privat sektor.

Mandatet frå 2023 vektlegg tenestene *folkehelsearbeid, helse- og omsorgstenester, helsefagleg forskning og utdanning*. Hovudsakeleg dreier dette seg om etterspørsel av kunnskap og oversikt over manglande kunnskap. I det justerte mandatet frå Støre-regjeringa inkluderte dei ønsket om ei *vurdering av tilbod innan seksuell helse, og prevensjonstilbod og informasjonsarbeid*. I tillegg la dei til at dei ønska at utvalet skulle sjå på *kommunehelsetenesta, tilbodet hjå fastlegen og oppfølging i spesialisthelsetenesta*. Det at Støre-regjeringa justerte mandatet til å inkludere ytterlegare tenesteytande faktorar er naturleg ut frå deira regjeringsprofil og verdigrunnlag. Universelle velferdsordningar til flest mogleg i samspel med samfunnsretta offentlege tenester speglar sosialdemokratiske kjenneteikn og vektlegging av tenester speglar deira politiske ståstad i politiske skiljelinjer.

Endringane i mandata sine fokus på sosiale faktorar, demografiske faktorar og vektlegging av tenester, syner ei utviding av omfang og fokus på kvinnehelse. Regjeringane definerer problemet ulikt. Endringane kan skuldast ei auka erkjenning av behovet for å adressere kvinnehelse på ein meir omfattande måte innan offentlig politikk. Endringane i mandatet kan syne eit ønske om, eller eit behov for å inkludere fleire faktorar innanfor omgrepet kvinnehelse. Saman med denne meir omfattande skildringa av kvinnehelseomgrepet har fleire tenester for å løyse problemet vorte inkludert. Dette syner at problemdefinering også i noko grad høyrer heime i politikkkutforming, i den grad at politikkkutforminga må ta høgde for endringar i problemdefinering.

Endringane kan vere eit resultat av *sosialpolitisk læring*, eit fenomen som handlar om korleis ein forstår spørsmål, og korleis dette kan endrast ved diskusjon og vurdering av synspunkt og idear (May, 1992, s. 337-338 (sjå 3.4.1)). Det kan hende at auka innslag av sosialpolitisk læring har bidrege til endra syn på innhaldet i omgrepet om kvinnehelse hjå politiske aktørar, og at det har resultert i at fleire tilhøve eller tema går inn i definisjonen av kvinnehelse.

## 8.4 Utvalssamansetnad

Kva for regjering som sit ved makta og deira verdigrunnlag er ikkje berre relevant for formulering av mandat, men og for utvalssamansetnad. Departementa er viktige aktørar i denne samanhengen og har i oppgåve å kome med forslag til medlemmar, samstundes som dei skal vere lojale mot sittande regjering. Utvala si tilnærming til mandata vil vere påverka av deira bakgrunn, og derfor kan val av ekspertutval vere strategisk for sittande regjering. Val av ekspertise er ein del av politikkkutformingsprosessen. Eg vil bruke prosessporing skildra av Christensen som inspirasjon for å undersøke korleis politiske parti og regjeringar har påverka val av ekspertise. Tilnærminga eg brukar er forklart i kapittel 4.4. Denne delen av analysen vil peike på aktørar sine forsøk på å fremje preferansane i val av ekspertise. Det første steget i prosessen er å spore dei politiske aktørane sine preferansar (sjå kapittel 7).

*Evner* er ein av tre kjenneteikn frå teorikapittelet om politikkkutforming for å forstå korleis aktørar kan avgjere politiske resultat. Dette dreier seg om handlingsressursane aktørar har. I denne studien er evner medlemmane i ekspertutvala sin utdanning, bakgrunn og erfaringar. Dette vil diskuterast opp mot det tredje kjenneteiknet som er *preferansar*. Her gjeld dette dei politiske aktørane sine preferansar, dei politiske partia i dei aktuelle regjeringane. Dette er ein av dei mest openberre aktørane i ein politikkkutformingsprosess (Knill og Tosun, 2012, s. 55-56) (sjå 3.2.1)).

Meyer-utvalet med sine 18 medlemmar var tydeleg større enn Sundby-utvalet med 8 medlemmar. Holst peikar på at ein dekkande samansetnad av ulike disiplinær kan styrke kvaliteten på ei utgreiing (Holst, 2019, s. 346-347). Grunnen til at det vart oppnemnt eit større utval kan vere at regjeringa såg eit større behov for ytterlegare ressursar i 2021 enn i 1997. Ein breiare problemdefinisjon av kvinnehelse i mandata samsvarar med dette. Dette stemmer også med korleis temaet vart omtala valprogramma for partia i regjeringane i dei to prosessane. Det er lite til heilt manglande fokus på kvinnehelse i programma til Arbeidarpartiet i 1990 og 1995. I programma frå 2017 til partia i Solberg-regjeringa (som oppnemnde NOU 2023: 5) er kvinnehelse teke opp. Det kjem tydelegast fram i Høgre sitt valprogram (sjå 7.2.1).

Støre si regjering supplerte med medlemmar til utvalet, og justerte mandatet i tråd med regjeringsplattforma. Plattformen og valprogramma frå 2021 til Arbeidarpartiet og Senterpartiet har til saman i størst grad teke opp temaet kvinnehelse. Dette tyder på at det er Støre-regjeringa

som har hatt kvinnehelse høgast opp på sin politiske agenda. Dette samsvarar med ei auka tildeling av ressursar til arbeidet med NOU 2023: 5 i form av utvalsmedlemmar og sekretariatspersonell og kan seiast å reflektere preferansane til regjeringa. Ytterlegare ressursar speglar eit politisk tankesett om at kvinnehelse er viktig. Størrelsen på utvalet kan ha vore prega av politiske preferansar, men kan og henge saman med endringar i utvalsstorleik gjennom desse 30 åra.

Eit større utval kan bidra positivt til handtering av komplekse problemstillingar ved at det kan gi ein breiare og meir variert samansetnad av kompetanseområde frå fleire representantar med ulike perspektiv. Som Holst peikar på vert baseringa av kunnskap styrka av at ulike syn hanskast mot kvarandre (Holst, 2019, s. 346-347). Dette kan påverke politikkkutforminga til å verte meir grundig, nyansert og kunnskapsbasert. På den andre sida kan eit stort utval mogleg få problem med semje kring tilnærmingar til ulike kvinnehelsespørsmål. I eit større utval er det fleire meiningar og perspektiv, som skal diskuterast opp mot kvarandre.

Leiarane Johanne Sundby og Christine Meyer hadde ulike kunnskarar med seg inn i arbeidet. Dei har ulik utdanning og arbeidserfaring. Sundby vart utnemnt av Jagland-regjeringa og er professor i medisin og profilert feminist. Meyer vart utnemnt av Solberg si regjering og er professor i økonomi, ho er og ein profilert Høgre-politikar. Valet av Sundby kan signalisere prioritering av helsepolitikk, likestilling og ekspertise om kvinnehelse gjennom innsikt i medisinske spørsmål og ei forståing av kvinner sine helsebehov, saman med kunnskap om sosiale og kulturelle faktorar som påverkar kvinner si helse. Valet av Meyer syner ein meir konservativ profil og indikerer eit større fokus på økonomiske spørsmål og politikk, som økonomiske indikatorar i helsevesenet, tilgang til helsetenester og ressursar. Solberg-regjeringa sitt val av ei profilert Høgre-kvinne sender signal om regjeringa sitt politiske verdigrunnlag. Valet kan indikere ein førestilling om at ein leiar som deler regjeringa sine politiske verdiar, også vil ta i vare desse i arbeidet med utgreiinga. Valet av Meyer kan oppfattast som partipolitisk farging av utvalet sitt arbeid.

Valet av Sundby og Meyer syner at politiske parti er openberre aktørar i politikkkutforming. Preferansar er eit viktig kjenneteikn for korleis aktørar kan påverke politiske resultat, og kven dei handlar på grunnlag av (sjå 3.2.1). Ein medisinar med spesialkunnskarar om kvinnekroppen samsvarar med ei Arbeidarpartiregjering sine preferansar i dei politiske skiljelinjene, som lik velferd til alle, og at alle uavhengig av kjønn skal ha lik tilgang til helsetenester, ved at dei er

universelle og offentlege. Valet av Meyer samsvarar med ei meir konservativ regjering sine preferansar ved å nytte økonomiske perspektiv i politikktutforming. Dersom ein ser til tidlegare forskning på NOU-ar er ikkje valet av Meyer og Sundby usannsynleg. Holst peikar på at professormaktene aukar i offentleg utval, både Meyer og Sundby er professorar i ulike disiplinar (Holst, 2021). Valet av Meyer svarar også til Holst og Hesstvedt sine studiar som begge peikar på at tal økonomar i offentlege utval har auka for dei fleste politiske felt. Helse er eit av punkta Holst nemner spesifikt (Hesstvedt, 2018, s. 383 og Holst, 2021). Her er det viktig å vere klar over implikasjonane om at tematikk som vert teke opp i NOU-ar har endra seg over tid.

Blant medlemmane i Meyer-utvalet er det seks personar med medisinsk utdanning av ulike variantar, seks med variantar av sjukepleieutdanning, fire med noko form for spesialisering innan psykologi, to siviløkonomar, ein sosiolog og ein person som arbeidar med menneskerettar. Nokon har fleire spesialitetar. Sundby-utvalet hadde to personar med utdanning innan medisin, ein sosionom og ein sosiolog. Tre av medlemmane var ikkje mogleg å spore meir av bakgrunnen til enn det som var skildra i rapporten (sjå tabell 2). Den tydelegaste endringa er representasjon ev ekspertise om psykisk helse. Denne endringa samsvarar med endringane i mandata. Dette kan vere ein refleksjon av større vektlegging av psykisk helse over tid. Det har vore tverrpolitisk semje om auka vekt på psykisk helse dei siste tiåra (ref – Meld. St. Nr. 23 (2022-2023)).

Val av kompetanse for utvalsmedlemmane i 1999-utvalet kan ha samanheng med mandatet si vektlegging av sosiale tilhøve. Vektlegging av ein sterk velferdsstat med offentlege universelle tenester til alle kan seiast å vere reflektert i valet av ekspertise. Sosialfaglege utdanningar legg vekt på at menneska skal ha det bra trass i ulikskapar. Desse fagkunnskapane er også representert i Meyer-utvalet, i tillegg til eit større tal forskarar og økonomar. Fleire forskarar i offentlege utval samsvarar med både Hesstvedt og Holst si forskning på offentlege utval (Hesstvedt, 2018, s. 383 og Holst, 2021). Endringar i tal økonomar kan skuldast både politisk preferanse og trendar skildra i tidlegare forskning (som Holst, 2021). Valet av ein menneskerettsarbeidar i Meyer-utvalet kan vere eit val på bakgrunn av politisk preferanse. Kristeleg folkeparti sine preferansar i dei politiske skiljelinjene skil seg i nokså tydeleg frå Høgre sine preferansar med meir skepsis til individbaserte og private preferansar, slik kan ein menneskerettsarbeidar vere ein motvekt. Høgre sine preferansar kan ha gjort at fleire økonomar kom med i utvalet og Meyer som leiar.



I denne sammenhengen syner det at val av utvalssamansetnad kan vere gjort med grunnlag i politiske preferansar hjå politiske parti som formar ei regjering. Val av ekspertise kan også botne i trendar og tematikk på andre politiske agendaer. I samanlikninga av mandat og utval har det kome til syne korleis regjeringar sine politiske preferansar kan forklare endringar frå den første prosessen til den andre. I det vidare vil eg diskutere kring korleis desse endringane kan ha påverka politikkkutforming. Dette vil bli gjort med utgangspunkt i Harold Thomas sine fire fasar for politikkkutforming.

## **8.5 Politikkkutforming**

Slik Howlett (2009) har omtala Thomas sine fire fasar er vurderingsfasen som sjåast i samanheng med kunnskapsgrunnlaget til dei to utvala. Den andre fasen er dialogfasen som sjåast i samanheng med arbeidsmetoden til utvala. Den tredje fasen er formuleringsfasen som sjåast i samanheng med tilrådingar til tiltak. Den fjerde fasen er konsolideringsfasen som sjåast i samanheng med høyringane og prosessane med meldingane til Stortinget etter NOU 1999: 13 (Howlett, m.fl., 2009, s. 111-112 (sjå 3.2)).

### **8.5.1 Vurderingsfasen og dialogfasen**

Vurderingsfasen dreier seg om identifisering og drøfting av data og evidens, her er det kunnskapsgrunnlaget dei to utvala har basert sine utgreiingar på. Desse er skildra i kapittel 5.3 og 6.3. Vurderingsfasen vil vere avgjerande for dei neste fasane til Thomas. Endringar i kunnskapsgrunnlaget frå den første til den andre prosessen kan vere avgjerande for kva politikk dei rådar til å implementere.

I teorikapittelet har eg nemnt fire dømer frå vurderingsfasen. Desse er forskingsrapportar, fråsegn frå ekspertar, innspel frå interessentar og offentlege høyringar (Howlett, m.fl., 2009, s. 111-112 (sjå 3.2)). Sundby-utvalet baserte sitt kunnskapsgrunnlag på ei referansegruppe, innspel frå brukarorganisasjonar og kvinneorganisasjonar og ein lekfolkskonferanse. Utvalet nytta også 54 delutgreiingar som ein del av sitt kunnskapsgrunnlag. Utvalet nytta altså alle dei fire døma i sitt kunnskapsgrunnlag. Meyer-utvalet fekk fråsegn frå ekspertar gjennom ei rekke aktørar som heldt innlegg i utvalsmøter og bad om innspel og bidrag frå forskarar og fagpersonar. På utvalet si nettside inviterte dei publikum til å kome med innspel til arbeidet, dette kan sjåast på som ei form for høyring. Utvalet tok i mot eksterne forskingsrapportar til dømes frå FHI.

Endringane i vurderingsfasen og tileigning av kunnskapsgrunnlag kan seiast å spegle endringar i korleis kunnskap blir samla inn for bruk i politikkformulering. Utvala gjennomfører opne høyringar på ulike måtar, i 1999 ein lekfolkskonferanse, i 2023 med innspel på eiga nettside. Meyer-utvalet har nytta FHI sine kunnskapsoppsummeringar som kunnskapsgrunnlag. Dette klassifiserer som evidensbasert politikk i følgje Vabo, m.fl. (2020, s. 228). Christensen og Holst peikar på at evidensbasert politikktutforming i større grad krev støtte frå forskning (Christensen og Holst, 2017, s. 821). FHI sine kunnskapsoppsummeringar skal vere oversikter over den best tilgjengelege kunnskapen på eit spesifikt tema (Vabo, m.fl., 2020, s. 228 (sjå 3.4.2)). Elvbakken (m.fl. 2017) peikar på at i framveksten av EMB-rørsla sine metodar som kan sjåast i samanheng med evidensbasert politikk, på si side vert brukt om nesten all tematikk (s. 66). Derfor kan det diskuteras om denne endringa skuldast intensjonen om å nytte den best tilgjengelege kunnskapen på feltet, eller er eit resultat av rørsla. I tillegg til kunnskapsoppsummeringa hadde Meyer-utvalet moglegheit til å sjå til tidlegare tilsvarande arbeid på same tematikk. Evidensbasert læring vil då kunne gå føre seg i dialogfasen, i til dømes arbeidsmøter utvala har hatt.

I denne samanhengen fell vurderingsfasen og dialogfasen litt saman. Vurderingsfasen er tileigninga av kunnskapsgrunnlag, medan arbeidet med kunnskapsgrunnlaget høyrer til under dialogfasen. Dialogfasen dreier seg om å legge til rette for kommunikasjon mellom aktørar med ulike perspektiv på løysingar, og i denne samanhengen handlar det om korleis utvala har arbeida med utgreiingane. Utvalssamansetnaden presenterer ulike perspektiv, og skal med utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget forsøke å diskutere seg fram til politiske løysingar i arbeidet med utgreiinga. Resultatet av dialogfasen blir tilrådingane til tiltak som høyrer til under formuleringsfasen. Om dei små endringane i vurderingsfasen og dialogfasen hadde noko effekt vil kome tydlegare til syne gjennom analysing av formuleringsfasen. Her vil det også kome til syne om politisk evaluering kan vere ein forklaring på endringar i tilrådingar til politikk frå ein prosess til ein annan.

### **8.5.2 Formuleringsfasen**

Thomas skildrar formuleringsfasen som den fasen der offentlege tenestemenn veg fordelar og ulemper opp mot kvarandre og formulerer dei mest gunstige forslaga for politikk (Howlett, m.fl., 2009, s. 111-112 (sjå 3.2)). I denne samanhengen er det ekspertutval som formulerer desse tilrådingane slik at avgjerdstakarar kan bruke desse i for vidare politikktutforming og

implementering. Samanlikninga av tiltak blir det siste steget i min prosessporingsanalyse, (c) *kva grad politiske preferansar reflekterast i ekspertane sine tilrådingar til politikk*. (a) *spore politiske aktørar sine preferansar*, har blitt gjort greie for i kapittel 7 og (b) *aktørane sine forsøk på å fremje desse preferansane i val ev ekspertise*, har blitt gjort greie for i kapittel 8.4. Regjeringane har ikkje bidrege direkte til formulering av tiltak, men preferansane kan sporast indirekte gjennom deira formulering av mandat og val av utval, som formulerer tiltaka. Eg vil også diskutere om endringane kan skuldast andre faktorar som endringar i politiske agendaer og evaluering. Den største endringa i tiltaka generelt er endringa frå samfunnsretta tiltak til meir individretta tiltak. Dette samsvarar med regjeringane sine politiske preferansar som kom til syne i gjennom formulering av mandat og val av utval.

Tilrådingane til tiltak er kategorisert etter Hood sitt Nato-rammeverk. Nodalitetstiltaka Sundby-utvalet har råda til legg vekt på organisasjonar og offentleg tenesteyting. Desse tiltaka har eit samfunnsorientert fokus som er i tråd med preferansane til ei regjering som legg vekt på løysingar der staten har ei aktiv rolle. Nodalitetstiltaka Meyer-utvalet har formulert er meir individorienterte med fokus på tiltak til kvinner i eit livsfaseperspektiv. Denne vektlegginga av det å vere ansvarleg for eige individ og valfridom samsvarar med Solberg-regjeringa sine politiske preferansar.

Begge utvala har formulert autoritetstiltak som presiserer viktigheita med kvinneperspektiv og kjønnsperspektiv i forskning, utdanning og helsetenester. Forslaga indikerer spesifikke manglar som kan få konsekvensar for kvinner si helse. Autoritetstiltak er den strengaste forma for tiltak, og ettersom begge utvala ser det som nødvendig å formulere denne typen tiltak syner dette lite endring i alvorsgrad. Begge utvala ser på visse element ved kvinner si helse i Noreg med stor grad av alvor. Autoritetstiltak bidreg til samfunnet med sikring og orden gjennom handheving av reguleringar. Innføring av denne typen tiltak kan setje nokså stort fokus på kvinnehelse, dersom det vert nedfelt krav om kjønnsperspektiv i forskning i lovverk. Dei fleste autoritetstiltaka formulert av Sundby-utvalet høyrer til under kategori nr. 3 *helsepraksis* og kategori nr. 5 *velferdsordningar og arbeidsliv*. Autoritetstiltaka formulert av Meyer-utvalet høyrer dei fleste til under kategori nr. 3 *styrke kunnskapsbroen* og kategori nr. 5 *et løft for kvinners helse i livsfaseperspektiv*. Kategori tre og fem frå 1999, og tre frå 2023 er kategoriar med meir samfunnsretta og universelle tiltak. Kategori fem frå 2023 er ein kategori prega av individretta og behovsprøvde tiltak. Endringane i tilrådingar til tiltak som er kategorisert etter

autoritet kan i noko grad botne i kva side av dei politiske skiljelinjene regjeringa som oppnemnde står på.

Endringane for tiltak kategorisert etter treasure syner seg tydeleg i form av tal tiltak. Sundby-utvalet har formulert eitt tiltak av denne typen, medan Meyer-utvalet har formulert 21. Dei aller fleste er politiske tiltak, uavhengig av kategori, treng økonomiske tilskot for å kunne gjennomførast. Endringa handlar derfor i større grad om korleis utvala har valt å formulere tiltaka. Ulikskapane i måten dei har formulert seg på kan skuldast utvalssamansetnad og preferansar. Utvalet med to siviløkonomar vil truleg vurdere politiske tiltak ut frå kostnader. Som diskutert tidlegare svarar desse endringane til politiske preferanse og trendar i utvalssamansetnad.

Tiltak kategorisert som organisasjon er den typen tiltak begge utvala har formulert flest av. Det er lite endring i kva type organisasjonstiltak utvala har formulert, sjølv om dei ikkje tek føre seg den same problematikken. Spesialiserte tenester retta mot kvinner sine spesifikke helsebehov, var med andre ord trengande i begge tidsperiodane. Lite endring skuldast i denne samanhengen ikkje politiske preferansar men heller at tenestebehovet for kvinner si helse er mykje det same i 2023 som i 1999. For å vidare drøfte endringar i tilrådingar til tiltak vil eg sjå korleis dei to utvala har kome med tilrådingar knytt til spesifikke tema.

Psykisk helse vil vere ein nærliggande tematikk å undersøke i tiltaka, med grunnlag i endringane i mandat og utvalssamansetnad. Sundby-utvalet har formulert tre tiltak spesifikt knytt til psykisk helse, medan Meyer-utvalet har formulert fire. Den største endringa er at Meyer-utvalet har formulert treasure-tiltak om psykisk helse, noko Sundby-utvalet ikkje har. Tiltaka dreier seg om auka midlar til forskning om psykisk helse. Dette syner ei auka erkjenning i å adressere psykisk helse i politikktutforming, som også kjem fram i tidlegare diskusjon.

Sundby-utvalet har formulert eit tiltak som skil seg ut frå andre tiltak formulert av utvalet, og skil seg ut frå tiltaka Meyer-utvalet har foreslått. Dette er eit nodalitetstiltak, tiltak nr. 33, og handlar om tilbod til behandling for overgripingar. Sundby-utvalet ønska eit behandlingstilbod til menn som slo, og at dette måtte bli landsdekkande, i tillegg til krise- og rådgjevnadstelefon for menn, forsøksprosjekt om gutar med aggresjonsproblematikk og forskning om nye formar for terapi. Meyer-utvalet har heller fokusert på helsehjelp til offer og ikkje overgripingar. Dette kan syne ei endring – eller eit alternativt syn på tiltak mot vold og overgrep. Grunnen kan vere

manglande effekt av tiltak. Dersom tiltaket har vist seg å vere lite effektivt i redusering av vold, kan dette ha vore ein form for politisk evaluering. Ein kan også tenkje seg at ettersom det vart lite implementering av faktisk politiske tiltak etter NOU 1999: 13, at det vart gjort ei vurdering om å forsøke å foreslå tiltak i 2023 som var ulike frå tiltaka i 1999. Det kan også sjåast som ei form for politisk evaluering. Ein kan ikkje slå fast at dette er tilfellet ut frå desse analysane. Endringar som følgje av lite implementering av tidlegare foreslåtte tiltak hadde vore interessant for vidare forskning etter denne studien.

Fleire av tiltaka frå begge utvala handlar om forskning og studiar. Innleiingsvis og kapittel 2 syner at mangel på kjønnsperspektiv i forskning er eit av dei mest kritiserte områda når det gjeld kvinner si helse. Nodalitetstiltaka frå Sundby-utvalet kring forskning og studiar handlar om konkrete kunnskapsbehov som krev forskning og informasjon. Nodalitetstiltaka frå Meyer-utvalet dreier seg om styrking av kvinnehelseforskning, oppretting av forskingsprogram og stimulere til meir forskning spesifikt knytt til samiske kvinner. Dette er altså nodalitet i form av *detectors*. I likskap med tidlegare diskusjon er endringane at 2023-utvalet har eit meir individretta fokus, som kan forklarast ut frå politisk preferanse. Sundby- og Meyer-utvalet har formulert autoritetstiltak om denne tematikken, og dei er nok så like. Tiltaka dreier seg om krav til å inkludere kvinner og kjønn i forskning. Endringane ligg i at tiltaket frå 1999 ønsker krav om kvinneperspektiv i forskning, medan tiltaket frå 2023 ønsker krav om kjønnsperspektiv i forskning. Endringa syner eit ønske om meir forskning og kjønnsperspektiv innanfor eit vidare felt, og ikkje berre ta opp kvinneleg biologi, noko som samsvarar med utviklinga av diskusjonane om kvinnehelse generelt.

Sundby-utvalet har formulert eitt tiltak under kategorien *treasure* som handlar om bevilling av midlar til Norges forskingsråd. Meyer-utvalet har formulert fire *treasure*-tiltak som handlar om bevilling av midlar til forskning. Endringa ligg i at Meyer-utvalet har spesifisert kvar pengane skal gå tydelegare enn Sundby-utvalet. Dette gjeld kvinner si helse generelt, etablering av nasjonale senter, forskning i allmennpraksis og forskning på korleis kvinner med kvinnelidingar vert behandla i tenester. Spesifikasjon av type tenester kan vere eit resultat av mandatjusteringa til Støre-regjeringa. Endringa i mandatet gjaldt i hovudsak å sjå til kommunehelsetenesta, fastlege og spesialisthelsetenesta, og å vurdere korleis kunnskap om kjønn og kvinner si helse vert ivaretatt når det gjeld forskning og utdanning. Kommunehelsetenesta og fastlegetenester dreier seg stort sett om allmennmedisin. Det justerte mandatet skriv spesifikt at dei ønsker vurdering av om kjønn og kvinner si helse vert tekne i vare i forskning. Korleis tilrådingar til

bevilling av midlar har endra kan dermed forklarast ut frå politisk preferansar hjå Støre-regjeringa, som ønsker universelle og samfunnsretta tenester.

Begge utvala har formulert nokså mange tiltak som tek føre seg spesifikke element ved den kvinnelege biologien. Dette gjeld spesifikke sjukdommar og faktorane som høyrer til reproduksjon. Sundby-utvalet tek føre seg *medikamentbruk, slag, migrene, MS, leddgikt, østrogenbehandling/hormonbehandling, osteoporose, nedfrysing av egg, svangerskap og fødselsomsorg og brystkreft* i sine tiltak. Meyer-utvalet har teke føre seg *kvinnelidingar, overgangsalder, sjukdom og helsetiltsandar, endometriose og adenomyose, beinskjørheit, fødselomsorg, diganostisering, spiseforstyrrelser, doula for gravide, hormonbehandling i overgangsalder, vulvapoliklinikkar, svangerskap, fødsel og barsel, mødrehelse, abort og spontanabort og kroniske smerter*. Likskapane i tematikk er det som dreier seg om fødsel og svangerskap, beinskjørheit og hormonbehandling. Endringane kan forklarast frå eit samspel av anna fokus på dagsorden og politiske preferansar. Meyer-utvalet sitt fokus ligg på aspekt ved kvinner si helse som har fått større merksemd dei siste åra og meir plass på politiske agendaer. Doula for gravide og vulvapoliklinikkar kan vere eit fokus som har vorte inkludert på bakgrunn av politiske preferansar, ettersom at dette er tilbod som i størst grad blir brukt i private helsetenester.

Når det gjeld tiltaka om svangerskap og fødsel har Meyer-utvalet vert meir spesifikke enn Sundby-utvalet. Meyer-utvalet sine tiltak er meir individretta, noko som samsvarar med Solberg-regjeringa sine politiske preferansar. Både Sundby-utvalet og Meyer-utvalet har formulert eitt autoritetstiltak om beinskjørheit. Sundby-utvalet foreslår å setje i verk ein nasjonal handlingsplan mot osteoporose (beinskjørheit), medan Meyer-utvalet foreslår å oppdatere retningslinjer og prioritere førebyggjande behandling av beinskjørheit. Grunnen til at begge utvala var opptekne av denne sjukdommen kan vere at Noreg er i verdstoppen i brot i hofte hjå kvinner. Det er også slik at kvinner har nesten dobbelt så stor risiko for hoftebrot som menn (FHI, 2016).

Når det gjeld abort har Meyer-utvalet kome med tilråding om eit tiltak knytt til dette, tiltak nr. 45. Sundby-utvalet har ikkje spesifikt tilråda til tiltak om abort. Grunnen til dette kan vere at utvalet slutta seg til dåverande abortlov. Meyer-utvalet har ikkje kommentert endringane i abortlova frå 2019 og uttalar ikkje korleis dei sluttar seg til gjeldande abortlov. Tiltaket handlar om oppfølging etter abort og spontanabort. Utvalet har også som peika på i kapittel 6 skrive feil

årstal for sjølvbestemt abort i Noreg. Abort var som vist i tidlegare diskusjon høgt oppe på den politiske agendaen då Meyer-utvalet vart oppnemnt, og i juni 2022, før utvalet leverte utgreiinga vart eit abortutval oppnemnt (NOU 2023: 29). Kvifor Meyer-utvalet ikkje har kommentert abortlov, eller endringane i denne kjem ikkje fram i utgreiinga.

Når det gjeld hormonbehandling, har Meyer-utvalet valt å spesifisere dette til kvinner i overgangsalderen. Dette samsvarar med hovudskilnadane i mandatet om at kvinner i alle livsfasar skal vere i fokus. I FHI si uttale frå 2022 står det at det er spesielt store kunnskapshol hjå yngre og eldre kvinner (FHI, 2022). Dette kan vere ein av grunnane til at eit livsfaseperspektiv og aldersbestemte tiltakskategoriar har vorte inkludert i større grad i NOU 2023: 5 enn i NOU 1999: 13. Endringa kan altså vere eit resultat av politikkevaluering. Ein kan tenkje seg at kunnskap om kvinner midt i livet har vore i størst fokus når det kjem til forskning, ettersom det gjerne er her svangerskap og fødsel som oftast skjer. Dette er ein av dei størst faktorane som skil kvinneleg biologi frå menn sin biologi, og det tidlege synet på kvinnehelse dreia seg stort sett om dette (sjå kontekst 2.0). 1999-tiltaket knytt til hormonbehandling er eit autoritetstiltak, medan 2023-tiltaket er eit treasure-tiltak. 1999-tiltaket dreia seg om å utarbeide nasjonale anbefalingar, medan 2023-tiltaket dreia seg om blå resept eller refusjon, altså at hormonbehandling då vert billigare for individa i samfunnet. Dette samsvarar eit utval som i hovudsak er oppnemnt av ein regjering med ein meir liberal-konservativ ideologi, med eit utval som har ekspertise frå økonomi. Tiltaket frå 1999 kan sjåast i samanheng med preferansane til ei Arbeidarpartigjering om nasjonale anbefalingar, altså at dei er universelle. Endringar i tiltak som spesifikt tek føre seg kvinneleg biologi kan i stor grad skuldast politiske preferansar.

Begge utvala kom med tilrådingar til tiltak om å implementere kvinnehelse ytterlegare i utdanning og undervisning. Dette gjeld både utdanning av helsepersonell og undervisning på grunnskulenivå. Meyer-utvalet har formulert fem tiltak om å inkludere kvinnehelse og kjønnsperspektiv i utdanningar og to tiltak om å betre seksualundervisninga på barne- og ungdomsskulen. Tiltaka Sundby-utvalet har foreslått handlar om utdanning av helsepersonell og inkludering av kvinnehelse og kjønnsperspektiv i utdanningane.

I denne samanhengen er tematikken i tiltaka dei to utvala rådar til mykje den same, men Meyer-utvalet sine tiltak er meir spesifisert. Sundby-utvalet har fokusert på dei helsefaglege utdanningane, medan Meyer-utvalet i tillegg har inkludert dei sosialfaglege utdanningane. Endringane gjeld altså ei breiare tilnærming for å inkludere kjønnsperspektiv i utdanningar.

Den største endringa i denne dimensjonen er at Meyer-utvalet har formulert to tiltak om seksualundervisning.

Begge utvala har formulert to autoritetstiltak kvar som handlar om å lage fagplanar og rammeplanar for å sikre kjønnsperspektiv i utdanning. Same fokus frå begge utvala med 24 år mellomrom kan indikere ein stagnasjon, og at utdanning av helsepersonell framleis ikkje inkluderer kjønnsperspektiv i stor nok grad. Autoritet er det strengaste verktøyet, og at begge utvala har formulert denne typen tiltak syner alvorsgraden av å inkludere kjønnsperspektiv i utdanning. Dersom slike tiltak vert nedfelt i regelverk som gjeld institusjonar for høgare utdanning, sikrar dette at kunnskap vert formilda til svært mange. Dei helsefaglege utdanningane fattar om folk som jobbar med alle aldersgrupper i samfunnet. Dersom ein også inkluderer kjønnsperspektiv i sosialfagleg utdanning vil dette spreie nyttig kunnskap hjå enda større delar av samfunnet. Lærarar og barnehagelærarar har stor påverknadskraft hjå born og unge, og vil i følge tilrådingane frå Meyer-utvalet vere viktige for betring av seksualundervisninga.

Det er vanskeleg å peike på at politisk preferanse kan vere grunnen til endringane i tiltaka om utdanning og undervisning. Ytterlegare spesifisering kan vere eit resultat av lite implementering av tiltaka frå Sundby-utvalet, men mine analysar kan ikkje slå fast dette. Politisk evaluering kan i noko grad vere grunn til endring. Dette i form av det ein kallar for *formativ evaluering* (Knill og Tosun, 2012, s. 175 (sjå 3.4.1)). Dette vil seie at evaluering skjer i form av å betre eit politisk bestemt vedtak. I denne samanhengen blir det ikkje fatta vedtak, men evaluering av tilrådingar til tiltak. Den breiare og meir spesifiserte tilnærminga til Meyer-utvalet kan indikere denne typen evaluering. I tillegg til formativ evaluering har ein *summativ evaluering*, som vil seie å vurdere om politiske mål er nådd (Knill og Tosun, 2012, s. 175 (sjå 3.4.1)). Mine analysar tek ikkje utgangspunkt i å undersøke dette, men dette ville vore ein interessant tilnærming til vidare forskning. Endringane kan også skuldast det ein kalla *instrumentell politisk læring*. Dette handlar om å lære av erfaringar (May, 1992, s. 335 (sjå 3.4.1)). I denne samanhengen kan Meyer-utvalet ha lært av Sundby-utvalet, og dette kan vere grunnar til endring i tiltak og endring i val av styringsverktøy.

Formuleringsfasen syner at det har skjedd endringar i tilrådingar til tiltak frå Sundby-utvalet til Meyer-utvalet. Det er mykje av den same tematikken som går igjen, men utvala har ulike tilnærmingar til problemstillingane kring psykisk helse, forskning, kvinnelidingar og utdanning.



Grunnen til at tematikken i liten grad kan ha endra seg kan skuldast mindre endring i dei tidlegare fasane som handlar om kunnskapsgrunnlag og arbeidet med dette. Det er endringar i kva verktøy utvala rådar til og kor konkrete tiltaka er. Endringane kan skuldast fleire faktorar. Ut frå mine analysar kan ein slå fast at endringane kan skuldast g kva for tematikk som står på den politiske agendaen. Endringane kan også skuldast mandat og utvalssamansetnad som eg i tidlegare analysar har peika på reflekterer regjeringane sine politiske preferansar. Endringane i formuleringfasen kan også skuldast ulike formar for politisk evaluering og læring.

### **8.5.3 Konsolideringsfasen**

Etter at utvala har kome med tilrådingar til politikk, kan det vere usemje om kva for tiltak som skal implementerast, eller takast vidare til neste steg i ein politikktutformingsprosess. Ulike aktørar kan kome med innvendingar om tilrådingane. Interessegrupper og politiske aktørar som byråkratiet kan for eksempel ytre sine meiningar i ei høyringsrunde. Regjeringa kan også legge fram sine strategiar i meldingar til Stortinget. Høyringar og meldingar til Stortinget høyrer heime i Thomas sin konsolideringsfase (Howlett, m.fl., 2009, s. 111-112 (sjå 3.2)). I høyringsprosessane til NOU-ane vil synet til aktørane som har uttala seg kunne sporast, og eventuell endring vil dermed kunne identifiserast. Eg vil diskutere om grupperingane (sjå s. 51 og 67) av høyringssvara frå dei to høyringane har endra tematikk dei kommenterer på og om interessegruppene som har uttala seg i begge høyringsrundane har endra syn på kvinnehelse. Eg vil også diskutere kring kva som kan forklare endringane. Dette dreier seg altså om forkingsspørsmål 3, om korleis tilrådingane vert følgt opp, i denne samanhengen av høyringsinstansar.

Når det gjeld dei to meldingane til Stortinget av interesse har eg nytta tekstgjenbruksanalyse for å spore om ekspertise og tilrådingar til tiltak frå Sundby-utvalet har påverka regjeringa sine prioriterte tiltak. Denne analysen vil kunne setje lys på korleis tilrådingar til politikk har endra seg i tidsrommet mellom dei to NOU-ane, og ikkje berre frå ein NOU til ein annan. Ei melding til Stortinget gir som nemnt uttrykk for ei kvar tid sittande regjering sin politikk (Stenvoll, Elvbakken og Malterud, 2005, s. 603). Derfor vil tiltaka i dei to meldingane syne dei politiske preferansane til sittande regjering, og eventuelle endringar vil truleg kunne forklarast ut frå endring i preferansar gjennom maktskiftingar, altså kva resultat tilrådingane har hatt for kvinnehelsepolitikken. I denne samanhengen i konsolideringsfasen av ein politikktutformingsprosess.

### 8.5.3.1 Høyringar

Høyrings svar frå utdanningsinstitusjonar i dei to prosessane kommenterer i hovudsak på tema som angår dei, som forskning og kjønnspektiv i høgare utdanning. Det er altså ikkje store endringar i tematikk som vert omtala frå utdanningsinstitusjonar mellom dei to høyringsprosessane. Dette kan skuldast at lite endring i dei tidlegare fasane, mandat og tilrådingar. Begge rapportane er samde om at ein treng meir forskning på kvinner si helse og at kjønnspektivet bør inkluderast i forskning og helsespesifikke utdanningar (sjå 5.6.1 og 6.6).

Svara frå sjukehusa i 2023 og 1999 skil seg frå kvarandre i kva tematikk som vert hyppigast kommentert. 2023-svara kommenterte i stor grad på fødsel, svangerskap og barsel, endometriose og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. 1999-svara kommenterte i stor grad på kjønnspektiv i forskning og utdanning. Endringane i tematikk som er kommentert kan skuldast fokusområde i NOU-ane som heilskap. Dette kan eg ikkje slå fast med analysane eg har gjort. Stord sjukehus sitt høyrings svar skilde seg i stor grad frå dei andre, som skildra i empirien. Sjukhuset peikar på at mannspektivet manglar då kjønnspektivet vert diskutert i utgreiinga, og ønsker ei tilsvarende utgreiing frå menn eller ei utgreiing som tok føre seg begge kjønn i eit helseperspektiv (sjå 5.6.1). Av dei høyringsuttala eg har analysert frå dei to prosessane er det ingen andre som deler same perspektiv. Dersom ein ser dette opp mot likestilling er det meir sannsynleg at ei slik uttale kom i 1999 enn i 2023.

Direktorata og departementa som har uttala seg i dei to prosessane har fokusert på tematikk som er knytt til deira fagfelt (sjå 5.6.1 og 6.6). Dette er ikkje overraskande då desse instansane representerer bestemte fag, er underordna regjeringa og skal fungere som verktøy og reiskap for regjeringa (Jacobsen, 1960, s. 20-21). Dei er på mange måtar kunnskapsverktøy for ein kvar tid sittande regjering. Det er med andre ord ingen spesifikke endringar i tematikk eller fokusområde som er av interesse for diskusjon for å svare på problemstillinga i denne studien.

Kommunane sine svar frå dei to prosessane kommenterer stort sett frå eit kommuneperspektiv. Tematikk frå 1999-svara er spesielt yting av tenester. Tematikk frå 2023-svara er fastlegeordninga, jordmorteneste, skulehelsetenesta, samordning og primærhelseteneste (sjå 5.6.1 og 6.6). Dette er typiske element kring helse og kommune. Svara frå kommunane i begge prosessane er med andre ord opptekne av helsetenester frå eit kommuneperspektiv. Endringane dreier seg mest om spesifisering av desse tenestane. Dette kan sjåast i likskap med same type endring som når det gjaldt spesifisering av tenester i mandata.

Fylkeskommunane sine svar skil seg frå kvarandre. 2023-svara har ikkje noko spesielle likskapar i tematikk som vert kommentert forutan om eit fylkeskommunalt perspektiv og at dei nordlige fylkeskommunane set pris på fokus på samiske kvinner si helse (sjå 6.6). 1999-svara frå fylkeskommunar skil seg frå 2023-svara og kvarandre. Tre fylkeskommunar sine fylkesråd for funksjonshemma har uttala seg. Fylkeskommunane er og i større grad skeptiske til tilnærmingar og tiltak, enn uttalar frå andre instansar. Dette gjaldt mellom anna eigne fagområde for forskning på kjønnsperspektiv i helse, og at dette kunne føre til at andre fråskreiv seg dette ansvaret (sjå 5.6.1). Denne bekymringa kan mogleg botne i at NOU 1999: 13 var den første utgreiinga om kvinner si helse, ein hadde ikkje noko liknande tidlegare arbeid å sjå til, altså ingen form for evaluering eller læring.

Interesseorganisasjonane sine høyringssvar bærer preg av at organisasjonane kommenterer på deira interessefelt. Til dømes kommenterer *LHL* på hjerte- karsjukdommar og *Norske naturterapeuters hovedorganisasjon* ønsker seg større fokus på alternativ medisin i utgreiinga (sjå tabell nr. 15, 6.6). Med andre ord er organisasjonane sine svar prega av deira preferansar. Organisasjonane er stort sett samde om at ein treng meir forskning og kunnskap om kvinner si helse.

*Ammehjelpen* sine to svar fokuserer begge i størst grad på amming, svangerskap, fødsel og barsel. I begge svara peikar Ammehjelpen på at det er for dårleg kunnskap om amming hjå helsepersonell. Ei signifikant endring i dei to svara er at svaret frå 2023 har stort fokus på psykisk helse (sjå tabell 15, 6.6). Ammehjelpen peikar på i 2023 at kvinner som mestrar amming er mindre utsett for fødselsdepresjon, og at amming kan bidra til betring frå depresjonen (Ammehjelpen, 2023). *Den Norske Tannlegeforeningen* har også eit større fokus på psykisk helse i svaret frå 2023 enn 1999. Dei to svara er like i den grad at begge ønsker meir fokus på tann- og munnhelse i dei to utgreiingane, men 2023-svaret har teke opp tematikken om psykisk helse. Dette er gjort med tanke på kroppspresst kvinner, opplev om å ha eit kvitare smil. *KS* og *LHL* har også eit større fokus på psykisk helse i sine 2023-svar enn 1999-svar (sjå tabell 15, 6.6). Denne endringa, er ikkje overraskande med tanke på tidlegare diskusjon. Mandat, utval og tilrådingar til tiltak syner også denne endringa, som truleg botnar i større fokus på psykisk helse på den politiske agendaen (ref – Meld. St. Nr. 23 (2022-2023)).

Kroppspress har vorte eit tema under emnet kvinnehelse. Som skildra i kapittel 2 syner lanseringa av ein skjønnheitsklinikk for estetisk medisin dette. I lanseringa vart det lagt fram at teknikkar som kan endre utsjånaden som feittsuging, estetisk kirurgi, «fillers» og fjerning av rynker, var aspekt ved kvinnehelse (Sundby, 2022). Utvalsleiarane for både NOU 1999: 13 og NOU 2023: 5 har uttala seg om lanseringa av klinikken og debatten i ettertid. Johanne Sundby har i ein kronikk uttala at lanseringa sparka i gong ein ganske viktig debatt om kvinner og helse (Sundby, 2022). Christina Meyer takka i sin kronikk dei tre kjendiskvinnene og skreiv at debatten har bidrege til å setje eit viktig søkelys på kvinnehelse (Meyer, 2022). I motsetnad til lanseringa av klinikken har høyringssvara fokusert på korleis kroppspress kan føre med seg ugunstige verknader for kvinner si psykiske helse, medan klinikken fremjar måtar ein kan bukke under for kroppspresset og endre sitt ytre. Dette syner korleis kvinnehelseomgrepet vert diskutert, og kva det skal omfatte.

Andre endringar som kjem fram hjå interesseorganisasjonane gjeld spesifikke tilstandar som typisk rammer kvinner. Osteoporose er ein type lidning som rammer kvinner i større grad enn menn, denne tilstanden har fått merksemd både i 1999-utgreiinga og 2023-utgreiinga. Dette gjeld også i høyringsprosessane. Tilstandar som lipødem, HPV, endometriose og adenomyose og ulike formar for lidningar knytt til vulva, er tilstandar som har fått merksemd i svara frå 2023 (sjå tabell 16, 6.5). Dette er lidningar som er typiske for kvinner, som har fått større merksemd dei siste åra. At desse lidningane har kome på agendaen kan vere ein forklaring på denne endringa. Dette er også lidningar som i større grad vert tekne opp i tilrådingane til tiltak frå Meyer-utvalet enn Sundby-utvalet. Dette syner at interesseorganisasjonane har fått merksemd og at synet på kvinnehelse endrast i takt med dei politiske aktørane som har påverka mandat, utval og tiltak.

### **8.5.3.2 Meldingar til Stortinget**

Då Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) vart lagt fram for Stortinget var det Bondevik si andre regjering som sat ved makta. Denne bestod av Høgre, Kristeleg folkeparti og Venstre. I dokumenta eg fekk innsyn i frå Helse- og omsorgsdepartementet kring arbeidet med meldinga, var det mykje som tyda på at Sundby-utvalet si utgreiing som heilskap ikkje i utgangspunktet skulle vere ein del av folkehelsemeldinga. Det var i utgangspunktet berre folkehersedelen av utgreiinga som skulle følgjast opp. Dette endra seg 14. mai 2002 når dåverande helseminister Dagfinn Høybråten ønska at heile NOU 1999: 13 skulle følgjast opp. Det var også denne datoen forslaget om ein eigen Kvinnehelsestrategi først vart fremja (sjå 5.7.1). Kva som gjorde dette

kjem ikkje fram i dokumenta. Det hadde vore interessant å finne ut kvifor kvinnehelse gjekk frå å ikkje vere fokusområdet i meldinga til at det snudde og blei utforma ein eigen strategi. Frå mitt datagrunnlag er ikkje dette mogleg å slå fast. Denne delen av analysen vil heller undersøke eventuelle endringar eller likskapar i tiltak frå Sundby-utvalet til tiltak presentert i meldinga.

Ved bruk av tekstgjenbrukanalyse kan eg ikkje påvise direkte ekspertpåverknad frå utvalet sine tiltak til tiltak i meldinga. Det er ingen tiltak som er skrifteleg dei same. Det er likevel rom for å diskutere for at utvalet har hatt påverknad på tiltaka, i form av kva tematikk som er utgangspunkt for dei tolv tiltaka i kvinnehelsestrategien (sjå tabell nr. 7). Kvinnehelsestrategien er delt inn i kapittel som samsvarar med kategoriane frå NOU 1999: 13. Dette syner ekspertpåverknad. Tiltaka i frå strategien er ein god del meir generelle og kan sjåast på som samanslåingar av fleire tiltak frå utvalet sine tilrådingar. Det er ingen nye innsatsområde som kjem fram i strategien, alle tek utgangspunkt i tiltak frå utvalet. Nesten alle tiltaka frå meldinga er kategorisert etter nodalitet med tanke på at det handlar om tileigning av informasjon for å betre kunnskap, altså *detectors*. Synet på kvinnehelse har med andre ord ikkje endra synspunkt om at ein har for lite kunnskap om det. Det er eitt tiltak frå strategien som er formulert som organisasjonstiltak, og to tiltak som er formulert som autoritetstiltak. Organisasjonstiltaket kan argumenterast for å vere direkte påverka av ekspertise frå Sundby-utvalet: *Utvikle konsensuskonferansar og andre faglege debattfora i tråd med anbefalingene fra kvinnehelseutredningen* (St.meld. nr. 16 (2002-2003) s. 126). Tiltaka som i noko grad er meir individretta og behovsprøvde frå strategien dreier seg om brystkreftbehandling, osteoporose, kvinner sin psykiske helse under svangerskap og innvandrar kvinner sin bruk av helsetenester. Dette er element som også fekk mykje merksemd i utgreinga, men ekspertpåverknad gjennom tekstgjenbruk kan ikkje påvisast.

Tiltak nr. 8 frå strategien: «Følg opp arbeidet for å hindre vold og seksuelle overgrep mot kvinner, og for at kvinner som har vært utsatt for overgrep skal få et godt helsetilbud. Utredningen om organisering og kompetanse om vold og traumer skal følges opp, og det skal utarbeides en ny plan mot vold i 2003», syner også ekspertpåverknad (St.meld. nr. 16 (2002-2003) s. 126). Sundby-utvalet foreslo å opprette eit utval med fokus på kvinnevald, og tilråda å betre helsetenester for kvinner som har vorte utsett for vald. Kvinnevoldsutvalet vart oppnemnt 29. august 2001 og overlevert i desember 2003 (NOU 2003: 31, s. 18-19). Det er ingen tiltak frå meldinga som kategoriserast som treasure-tiltak. Meldingar til Stortinget representerer politiske aktørar sine synspunkt, og kva regjeringa ønsker for kvinnehelse. Ekspertane sine

tiltak er på si side ikkje politiske bindande. Dette kan vere ei forklaring av kvifor regjeringa ikkje har formulet treasure-tiltak, ettersom desse aktørane faktisk må halde seg til eit statleg budsjett. Ekspertane kan råde til å bruke så store midlar dei vil.

Tema *kvinner sin psykiske helse*, er diskutert mykje i tidligare kapittel, og at dette er eit av område det har skjedd mest endring. Denne endringa kan også sporast til tiltaka i meldinga. Tiltak nr. 9 frå strategien: *Styrke forskning på kvinner si psykiske helse*, skil seg frå tiltak om psykisk helse i utgreiinga (St.meld. nr. 16 (2002-2003) s. 126). Det er ingen tilrådingar til tiltak etter mi kategorisering, om psykisk helse og forskning frå 1999. Dette syner ei endring i tilnærminga til psykisk helse frå 1999 til 2003. Som tidlegare diskusjon har vist kan dette vere eit resultat av agendasetting (ref – Meld. St. Nr. 23 (2022-2023)). Stenvoll (m.fl. 2005) har samanlikna denne meldinga med folkehelsemeldinga frå ti år tidlegare. I deira analyser kjem det fram at førebyggingspolitikken i Noreg vart meir individorientert frå første til andre melding. Eg har berre undersøkt kvinnehelsestrategien i meldinga, og individfokuset kjem også fram her. Det kjem fram gjennom tiltak som enkeltpersonar kan få nytte av, som tiltak med fokus på spesifikke utfordringar, som til dømes beinskjørheit og brystkreft.

I likskap med nodalitetstiltaka frå Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) handlar nodalitetstiltaka i Melding til Stortinget nr. 7 (2015-2016) om innhenting av informasjon gjennom forskning. Dette er ein indikasjon på at det har skjedd lite endring i synet på kvinnehelse, frå 2003 til 2016 med tanke på kunnskapsgrunnlag. Det er flest tiltak kategorisert under autoritet i denne meldinga, men denne endringa skuldast i størst grad formulering av tiltak, og tiltaka vert sett på som milde autoritetsforslag.

Tiltaka i meldinga samsvarar i stor grad med tilrådingane til tiltak frå NOU 1999: 13 og den førre meldinga, men er meir retta mot eit likestillingsperspektiv, som er naturleg med tanke på utgangspunktet for meldinga. Det er ingen tekstgjenbruk frå utgreiinga eller den førre meldinga, og eg kan dermed ikkje slå fast ekspertpåverknad ut frå denne metodologiske strategien. Det er eit tiltak som skil seg ut tematisk frå utgreiinga og den førre meldinga. Dette er tiltak nr. 5: *Etablere et gratis opphentingsprogram for vaksine mot humant papillomavirus (HPV) for alle jenter opp til 26 år* (Meld.St. nr. 7 (2015-2016) s. 85-86). Denne endringa kan skuldast agendasetting i den grad at HPV har fått stor merksemd siste 10-15 år. HPV-vaksinering vart inkludert i barnevaksinasjonsprogrammet for jenter i 7. klasse frå skuleåret 2009-2010, og HPV-vaksine vart først tilgjengeleg i 2006 (FHI, 2019). Dette tiltaket er eit treasuretiltak som

handlar om å gjere eit helsetilbod gratis. Dette syner også stor grad av alvor ettersom myndigheitene ønsker å gjere eit slikt tilbod gratis for kvinner opp til 26 år. Dette er eit behovsprøvd tiltak, ettersom regjeringa meiner det er denne gruppa kvinner som har behov for gratis vaksine. Dette kan botne i at det gjerne er kvinner under 26 år som i størst grad er utsett for smitte, og at kvinner over 26 år har større betalingsevne. Dette speglar sittande regjering sin ståstad i den politiske skiljelinja behovsprøvd versus universell. Det var Solberg si regjering bestående av Høgre og Framstegspartiet som sat ved makta på dette tidspunktet (Regjeringen D, u.å).

Tiltaka frå meldinga fokuserer på likestilling i arbeidsliv, samfunnsliv, livsløpsperspektiv og behov, alle knytt til helse. Dette kan forklarast ut frå regjeringa sine politiske preferansar med tanke på behovsprøvde og individbaserte tiltak. For å summere opp endringane og forklaringane på desse endringane i høve til meldingane til Stortinget kan ein slå fast at det er ingen av dei to som har direkte vorte påverka av ekspertise gjennom analyse av tekstgjenbruk. Likevel er det indikasjonar som tyder på at ekspertise i noko grad har påverka tiltaka i dei to meldingane. Desse indikasjonane er likskap i tematikk og tilnærming til ulike element ved kvinner si helse. I staden for direkte ekspertpåverknad kan dette då sjåast på ei form for evaluering og lærdom frå tidlegare liknande arbeid. I tillegg til ekspertpåverknad kan ein sjå endringane i lys av endringar i makt, altså regjeringsskifter og politisk preferanse. Agendasetting er også ein forklarande faktor for endringane i den grad at det er ulike tema kring kvinner si helse som er i fokus.

## **Kapittel 9 Avslutning**

I dette avsluttande kapittelet vil eg leggje fram hovudfunna gjort i analysen og nytte desse for å svare på overordna problemstilling og supplerande forskings spørsmål. Eg vil også diskutere teoretiske implikasjonar og aktuelle innfallsvinklar til vidare forskning.

### **9.1 Hovudfunn og svar på problemstilling**

Hovudfunna mine i analyser av mandat, utvalssamansetnad, kunnskapsgrunnlag, tilrådingar til tiltak, høyringsprosessar og meldingar til Stortinget syner, gjennom bruk av teori, endringar i politiske prosessar om kvinnehelse i Noreg. Endringane syner kva som karakteriserer kvinnehelsepolitikk frå to politiske prosessar i 1999 og 2023. Analysane syner også korleis tilrådingane til tiltak og oppfølginga av desse har endra eg.

Endringane i kva som flytta kvinnehelse over til den institusjonelle agendaen ved oppnemninga av dei to utvala kan vere avgjerande for resten av dei politiske prosessane. Mine analyser kan ikkje slå fast dette, men dei syner at den første utgreiinga kan ha vorte oppnemnt som eit resultat av internasjonale initiativ, og at den andre utgreiinga kan ha vorte oppnemnt som eit resultat av den spesielle hendinga med endringa i abortlova. Kvifor kvinnehelse kom på agendaen akkurat når det gjorde er eit viktig aspekt for dei andre analysane, ettersom dei undersøkte om politiske preferansar kan forklare endringar. Kven som sat ved makta då kvinnehelse vart flytta til den institusjonelle agendaen er derfor viktig og sentralt.

Når det gjeld problemdefinering av kvinnehelse har det vore semje om at dette gjeld mellom anna mangel på kjønnsperspektiv i helse, og at dette er grunnen til at problemet krev politisk handling. Dette saman med noko sosial konstruksjon, har vore ein bidragsytar til at kvinnehelse har nådd den politiske agendaen. I analyse og diskusjon syner eg at problemdefinering også kan vere del av ein politikktutformingsprosess, spesielt når det gjeld formulering av mandat. Analyse av mandata har synt at det har skjedd endringar i korleis regjeringar har tilnærma seg kvinnehelse. Det har endra seg til ei breiare tilnærming. Dette kan skuldast tematikk på andre politiske agendaer og politiske preferansar. Dette kjem til syne ved at mandatet til NOU 2023: 5 har eit breiare fokus på kva sosiale og demografiske faktorar som vart inkludert i mandatet, og kva for tenesteyting dei ønska at utvala skal legge vekt på. Det breiare fokuset svarar og til preferansar i dei politiske skiljelinjene. Når det gjeld utvalssamansetnad syner analysane at endringane kan ha vore prega av politiske preferansar. Endringane følgjer også endringane i



mandatet med eit breiare fokus. Utvalet til NOU 2023: 5 hadde ekspertise om dei faktorane som mandat hadde inkludert, som mandat og utval frå NOU 1999: 13 ikkje hadde med.

Endringane i mandat og utvalssamansetnad har også vore grunnlag for endringar i tilrådingar til tiltak. Endringane i tilrådingane skuldast også politiske preferansar og eit breiare fokus på kvinnehelse. Dette gjeld endringar i tematikk, endringar i kva for styringsverktøy dei vert kategorisert under og endringar i kvar tiltaka plasserer seg i dei politiske skiljelinjene. Endringane kan også skuldast dei små endringane i kunnskapsgrunnlaget, og evaluering og læring frå første til andre prosess.

Høyringssvara frå interesseorganisasjonar i 2023 har større fokus på psykisk helse, kroppspress og kvinnelidingar, enn i dei same organisasjonane sine svar frå 1999. Utover dette har dei fleste instansane kommentert på tematikk knytt til deira kunnskapsområde eller interesseområde. Hovudfunna i meldingane til Stortinget kan ikkje verifisere ekspertpåverknad gjennom tekstgjenbrukanalyse, men heller gjennom politisk evaluering og lærdom.

Samanlikning av desse to politiske prosessane og høyringar og meldingar kring prosessane, syner korleis ekspertise, politikkkutforming og karakteristikkar ved kvinnehelsepolitikk har endra seg og kva som kan forklare dette. Analysane syner at endringane botnar i korleis politiske agendaer har endra seg og synleggjer dei politiske preferansane til regjeringar og parti som har vore involvert i prosessane.

## **9.2 Kva kan denne studien bidra med?**

Denne studien syner korleis politiske prosessar kring kvinner si helse har gått føre seg i Noreg, og korleis dette har endra seg dei siste 30 åra. Analysen syner at prosessane er eit resultat av ulike initiativ, og at same tematikk kan kome på den politiske agendaen av ulike grunnar. Likevel har same retning for handling kome til uttrykk to gonger, nemleg oppretting av offentlege utval. Dette er starten i ein politikkkutformingsprosess og denne studien syner korleis ein kan setje offentlege utgreingar inn i fleire steg av politikkk-sirkelen.

Studien har synt korleis endringar i problemdefinisjon og endringar i makt har påverknad på politikkkutforming, og korleis dette påverkar tilrådingar til løysingar. Denne studien kan med andre ord bidra med ei forståing av kvifor og korleis politiske problem og tilhøyrande prosessar

kan endre seg. Den syner også deskriptivt korleis kvinnehelse har vorte handtert politisk dei siste 30 åra.

Studien syner også ein måte som ekspertise kan bli nytta på i eit demokrati, og korleis dei kan ha påverknad. Dette kjem fram i tekstgjenbrukanalysen av tiltaka i meldingane til Stortinget, der ein ikkje kan slå fast direkte ekspertpåverknad, men kanskje heller evaluering og lærdom frå utgreiingar. Dette indikerer at dei folkevalde tek omsyn til ekspertane sine tilrådingar, men likevel følgjer sine politiske preferansar som faktisk er det som har gitt dei makta. Ekspertise gjennom rådgivande kommisjonar er eit vanleg grep for å nytte ekspertise i politikk og denne studien syner korleis dette har vorte gjort i Noreg når det gjeld kvinnehelse.

### **9.3 Teoretiske implikasjonar**

Gjennom arbeidet med agendasetting, politikktutforming og evaluering har det kome fram kva som har fungert ved bruk av dette teoretiske rammeverket og kva som har fungert i mindre grad. Rammeverket har vorte avgrensa til å passe dei politiske prosessane om kvinnehelse, og derfor passar det nokså godt for studien.

Å studere opprettinga av to utgreiingar opp mot agendasetting bidreg ikkje direkte til å svare på mine problemstillingar og forskings spørsmål, men har bidrege til forkunnskapar om dei politiske prosessane og innsyn i samfunnsbiletet kring tematikken på dei aktuelle tidspunkta. Agendasetting synte at det var to ulike element som kan ha ført til at kvinnehelse kom på den institusjonelle agendaen og har derfor vore nyttig sjølv om den ikkje direkte har bidrege til å svare på problemstillinga

Problemdefinering er vegen til agendasetting, men eg har i analysen argumentert for at det også kan skje ei form for problemdefinering i steget politikktutforming. Grunnen til dette er at kvinnehelse blir definert før det kjem på den politiske agendaen, men at det i dette tilfellet vert ytterlegare definert i starten av ein politikktutformingsprosess som ved utforminga av eit politisk mandat. Problemet vert altså ytterlegare definert med eit fokus på korleis ein ønsker at ein retning for løysing skal ta utgangspunkt. Eg har utelatt vedtak og implementering frå politikksirkelen i denne studien grunna relevans. Dette syner også at politiske prosessar kan følgje den politiske sirkelen, og bruke evaluering for ny prosess utan dei føregåande stega. Studien syner korleis politisk evaluering kan vere grunnlag for element i politikktutforming. Slik som FHI har peika på har det skjedd lite sidan 1999, og fleire har uttala at tiltak frå NOU 1999: 13 vart

liggande i ei skuff. Dette indikerer at det kanskje ikkje vart gjort særleg arbeid med vedtak og implementering. Derfor syner denne studien at nye prosessar kan kome til, utan å fullt følgje denne modellen av politiske prosessar.

#### **9.4 Vidare forskning**

Vedtak og implementering vil vere ein interessant innfallsvinkel for vidare studiar av politiske prosessar om kvinnehelse. Vidare forskning kunne teke utgangspunkt i påstanden om at tiltaka frå 1999 har vorte liggande i ei skuff og FHI si uttale frå 2022 om at det har skjedd lite på feltet siste 24 åra. Derfor hadde det vore interessant å forske på kvifor dei politiske prosessane om kvinnehelse i noko grad har stoppa opp etter prosessane i politikktutformingssteget. Kva for vedtak og implementering som faktisk har skjedd er også ei interessant tilnærming for vidare forskning. I denne typen studie kunne ein også ha undersøkt om effektane av tiltaka frå 1999 har påverka kva type tiltak som vert foreslått i NOU 2023: 5. Altså, om det har skjedd ei form for summativ evaluering.

Ei anna interessant tilnærming for vidare forskning kan vere å analysere høyringssvara frå 1999, og undersøke om desse har hatt påverknadskraft for tematikk som vert teke opp i NOU 2023: 5. Då vil ein kunne slå fast om interessegrupper har hatt noko påverknad på politikktutforming gjennom høyringsprosessar. Denne tilnærminga kan også brukast for å undersøke om høyringsprosessar har påverknad på følgjande element i same prosess. Dette kan gjerast gjennom analyse av høyringssvara frå NOU 1999: 13 opp mot tematikk som vert teke opp i Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003).

For vidare forskning hadde det også vore interessant å undersøkt ytterlegare justeringane Støre-regjeringa gjorde av mandatet til NOU 2023: 5. Den største skilnaden var at regjeringa tok bort den delen av mandatet som handla om kvinner i fengsel, til fordel for noko anna. Hurdalsplattforma som var grunnlaget for justeringa er tek likevel opp kvinner i fengsel. Kva som gjorde at regjeringa valde å fjerne dette frå mandatet vil vere ein interessant innfallsvinkel i samband med undersøkingar av kvifor Meyer-utvalet likevel valde å inkludere dette i utgreiinga.

Dersom ein skulle gjort ei studie av dei to NOU-ane med ei anna metodisk tilnærming, kunne det vore ved intervju. Ein kunne intervju dei to utvalsleiarane og medlemmar av utvalet for å få djupare innsyn i arbeidsprosessane. Då ville ein fått innsyn i korleis ulike

ekspertsamansetnader arbeider med same problematikk med 24 års mellomrom. Ein kunne undersøkt ytterlegare detaljar som ikkje kjem fram frå mine analysar. Ein spesielt interessant innfallsvinkel til vidare forskning som eg har peika på er å undersøke kvifor det vart avgjort undervegs i arbeidet med St. Meld nr. 16 (2002-2003) at NOU 1999: 13 som heilskap skulle verte inkludert og resultere i ein eigen kvinnehelsestrategi.

Helse- og omsorgsdepartementet skriv i høyringsbrevet til NOU 2023: 5 at dei snarast vil setje i gang med arbeidet med ein ny kvinnehelsestrategi som er i tråd med Hurdalsplattforma. Dette kan vere ein interessant innfallsvinkel for vidare forskning.

## Litteratur

Aardal, B. (1994) Hva er en politisk skillelinje?, *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 35(2), s. 218-249.

Ammehjelpen (2023) *Høringssvar fra Ammehjelpen*. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-5-den-store-forskjellen/id2965691/?uid=0d8bc5d3-360b-4e91-a832-180671ab5bf7> (Lest: 5 mai 2024)s

Arbeiderpartiet (1990) *Krav til innsats for en felles framtid*. Tilgjengeleg frå: <https://www.arbeiderpartiet.no/om/historien-om-arbeiderpartiet/historiske-partiprogrammer/>

Arbeiderpartiet (1995) *Trygghet i hverdagen*. Tilgjengeleg frå: <https://www.arbeiderpartiet.no/om/historien-om-arbeiderpartiet/historiske-partiprogrammer/>

Arbeiderpartiet A (u.å.) *De store oppgavene løser vi best sammen*. Tilgjengeleg frå: <https://program.arbeiderpartiet.no>

Arbeiderpartiet B (u.å.) *Hurdalsplattformen*. Tilgjengeleg frå: <https://www.arbeiderpartiet.no/aktuelt/hurdalsplattformen/>

Arbeiderpartiet C (u.å.) *Våre grunnleggende verdier. Frihet, likhet og solidaritet*. Tilgjengeleg frå: <https://program.arbeiderpartiet.no/de-store-oppgavene-loser-vi-best-sammen/vare-grunnleggende-verdier/>

Ball, T. Dagger, R. og O'Neill, D.I. (2019) *Political Ideologies and the Democratic Ideal*. Taylor & Francis Group, Milton. Tilgjengeleg frå: ProQuest Ebook Central

Barkvoll, B. og Johansen, L.A. (2023) *IMDi høringsinnspill – Kvinnehelseutvalget NOU 2023: 5* Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-5-den-store-forskjellen/id2965691/?uid=1979f2f7-5612-4531-b0aa-e2e3a59cf80f> (Lest: 19. april 2023).

Bergen kommune (2024) *Christine B. Meyer (H)* Tilgjengeleg frå: <https://www.bergen.kommune.no/politikk/byradet/byrader/christine-b-meyer-h> (Lest: 11. april 2024).

Bondevik, K.M. (1997) Regjeringen Bondeviks tiltredelseserklæring 1997 Tilgjengeleg frå: [https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-I/smk/Taler-og-artikler-arkivert-individuelt/1997/regjeringen\\_bondeviks\\_regjeringserklaeri/id262245/](https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-I/smk/Taler-og-artikler-arkivert-individuelt/1997/regjeringen_bondeviks_regjeringserklaeri/id262245/) (Lest: 9. april 2024)

Christensen, J. (2023) Studying expert influence: a methodological agenda. *West European Politics* 46(3) s. 600-613

Christensen, J. og Hesstvedt, S. (2023) The influence of expert groups: a citation analysis, *Journal of European Public Policy*, s. 1-35

- Christensen, J. og Holst, C. (2017) Advisory commissions, academic expertise and democratic legitimacy: the case of Norway, *Science and Public Policy*, 44(6), s. 821-833
- Christensen, T. mfl., (2010) *Forvaltning og politikk*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dearing, J.W. og Rogers, E.M. (1996) *Agenda-setting*. California: SAGE Publications.
- Dietrichson, S. (2020) *Kritiserer regjeringens satsing på kvinnehelse*. Tilgjengeleg frå: <https://kjonnsforskning.no/nb/2020/03/kritiserer-regjeringens-satsing-pa-kvinnehelse> (Lest: 25. april 2024)
- Elvbakken, K.T. (2021) *Abortspørsmålets politiske historie 1900-2020*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Elvbakken, K.T. Bjelland, A.K. og Malterud, K. (2017) Evidensbevegelse og helseforvaltning under samme tak, *Nordiske organisasjonsstudier*. 19(2) s. 47-70
- FHI (2016) *Beinskjørhet og brudd (osteoporose og osteoporotiske brudd)*. Tilgjengeleg frå: <https://www.fhi.no/is/beinskjorhet/beinskjorhet-og-brudd---fakta-om-os/> (Lest: 18. mars 2024).
- FHI (2019) *Humant papillomavirus (HPV), genitale infeksjoner – veileder for helsepersonell*. Tilgjengeleg frå: <https://www.fhi.no/sm/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/humant-papillomavirus-hpv-genitale-/?term=#iltak-ved-enkeltilfelle> (Lest: 4. mai 2024)
- FHI (2022) *Kvinnehelse: Framleis store kunnskapshol*. Tilgjengeleg frå: <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kvinnehelse-framleis-store-kunnskapshol/> (Lest: 18. oktober 2023).
- FHI (2023) *Forventet levealder i Norge*. Tilgjengeler frå: <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/samfunn/levealder/?term=> (Lest: 26. april 2024).
- FN (2022) *Kvinner og likestilling*. Tilgjengeleg frå: <https://fn.no/tema/menneskerettigheter/kvinner-og-likestilling> (Lest: 11. april 2024).
- Gerring J. (2006) *Case Study Research: Principles and Practices*. Cambridge: Cambridge University Press
- Hamberg, K. (2008) Gender Bias in Medicine. *Women's Health*. 4(3) s. 237-243
- Hatland, A. Kuhlne, S. Og Romøren, T.I. (2018) *Den norske velferdsstaten*. 5. utg. Oslo: Gyldendal
- Helsedirektoratet (2023) *Hørings svar frå Helsedirektoratet*. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-5-den-store-forskjellen/id2965691/?uid=b78ef386-0d1d-4a74-9d79-d0a98d554364> (Lest: 19. april 2024)

- Hesstvedt, S. (2018) «Ekspertisering» av offentlige utvalg?, *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(5) s. 381-400
- Helse- og omsorgsdepartementet (u.å) *Helseforskning*. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helseforskning/id2009206/> (Lest: 25. april 2024)
- Hoefstede, G. (2010) *Cultures and organizations: Software of the mind: Intercultural cooperation and its importance for survival*. 3 utg. New York: McGraw-Hill
- Holst, C. (2019) Hva er en god NOU?, *Nytt Norsk Tidsskrift*, 36(4), s. 344-351
- Holst, C. (2021) *Professormakten øker i de offentlige utvalgene*, Tilgjengeleg frå: [https://www.apollon.uio.no/artikler/2020/4\\_nou.html](https://www.apollon.uio.no/artikler/2020/4_nou.html) (Lest: 30. april 2024).
- Holst, C. og Molander, A. (2017) Public deliberation and the fact of expertise: making experts accountable, *Social epistemology*, 31(3), s. 235-250
- Hood, C.C (1983) *The Tools of Government*. London: Macmillan press LTD
- Howlett, M., Ramesh, M. og Perl, A. (2009) *Studying Public Policy, Policy Cycles & Policy Subsystems*. 3.utg. Canada: Oxford University Press
- Høyre (2017) *Vi tror på Norge*. Tilgjengeleg frå: <https://hoyre.no/content/uploads/2020/11/Hoyres-partiprogram-2017-2021.pdf> (Lest: 25. september 2023).
- Høyre (2019) *Politiske plattform*. Tilgjengeleg frå: <https://hoyre.no/content/uploads/2020/12/Granavolden-plattformen.pdf> (Lest: 11. april 2024)
- Høyre (u.å) *Høyres ideologi*. Tilgjengeleg frå: <https://hoyre.no/var-ideologi/> (Lest: 13. februar 2024).
- Høyre, Krf, Frp og Venstre (2019) *Regjeringspartienes seks punkter for: Bedre kvinnehelse*. Tilgjengeleg frå: <https://res.cloudinary.com/hoyre/images/v1678277377/Nye%20hoyre.no/Hovedside/Seks-punkter-for-bedre-kvinnehelse-endelig-versjon/Seks-punkter-for-bedre-kvinnehelse-endelig-versjon.pdf?i=AA> (Lest: 1. mai 2023)
- Høiland, K. og Øvrebø, T. (1987) *Kvinnens helse*. Oslo: Pax Forlag.
- Jacobsen, K.D. (1960) Lojalitet, nøytralitet og faglig uavhengighet i sentraladministrasjonen. *PACEM* (2008) 11(2) s. 19-34. Tilgjengeleg frå: [http://pacem.no/wp-content/uploads/2008/10/PACEM-2-2008-4-Jacobsen Lojalitet nøytralitet og faglig uavhengighet i sentraladministrasjonen.pdf](http://pacem.no/wp-content/uploads/2008/10/PACEM-2-2008-4-Jacobsen%20Lojalitet%20nøytralitet%20og%20faglig%20uavhengighet%20i%20sentraladministrasjonen.pdf)
- Jagland, T. (1996) *Regjeringen Jaglands tiltredelseserklæring 1996*. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/Regjeringen-Jagland/smk/Taler-og->

[artikler-arkivert-individuelt/1996/erklaring\\_fra\\_regjeringen\\_stortinget/id261953/](https://artikler-arkivert-individuelt/1996/erklaring_fra_regjeringen_stortinget/id261953/)  
(Lest: 9. april 2024).

Kingdon, J.W. (2003) *Agenda, Alternatives, and Public Policy* 2.utg. New York: Longman

Knill, C. og Tosun, J. (2012) *Public Policy a New Introduction* UK: Palgrave Macmillan

Korsvik, T.R. og Rustad, L.M (2022) *Kjønnsperspektiv i forskning*. Tilgjengeleg frå:  
[https://kjonnforskning.no/sites/default/files/2023-03/Artikkel\\_kjonnsperspektiver\\_i\\_forskning\\_Forskningsetikk.pdf](https://kjonnforskning.no/sites/default/files/2023-03/Artikkel_kjonnsperspektiver_i_forskning_Forskningsetikk.pdf) (Lest: 26. april 2024).

Kristeleg folkeparti (2017) *Det handlar om menneske*. Tilgjengeleg frå:  
[https://krf.no/content/uploads/2020/09/krf\\_politisk-program-2017-2021-nyorsk.pdf](https://krf.no/content/uploads/2020/09/krf_politisk-program-2017-2021-nyorsk.pdf)  
(Lest: 29. september 2023).

Kristeleg folkeparti (u.å.) *Politikk*. Tilgjengeleg frå: <https://krf.no/politikk/> (Lest: 12. april 2024).

Kvinnehelseutvalget (u.å.) *Utvalgsmedlemmer*. Tilgjengeleg frå:  
<https://www.kvinnehelseutvalget.no/utvalgsmedlemmer/> (Lest: 14. september 2023)

Leuffen, D. (2007) Case Selection and Selection Bias in Small-n Research. I: T. Gschwend & F. Schimmelfennig (red.). *Research design in political science : how to practice what they preach*. 1st ed. 2007. Basingstoke, Palgrave Macmillan. s. 145–160.

Malterud, K. (1984) *Sykdom eller særpreg?* Oslo: Pax Forlag

May, P.J. (1992) Policy Learning and Failure, *Journal of Public Policy*, 12(4) s.331-354

Meld.St. nr. 7 (2015-2016) *Likestilling i praksis*.

Meld.St. nr. 23 (2022-2023) *Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)*.

Meyer, C. (2022) *Tusen takk, Rudjord, Skarbø og Tjelta!* Tilgjengeleg frå:  
<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/4ozJKo/tusen-takk-rudjord-skarboe-og-tjelta> (Lest: 21. april 2024).

Mæland, J.G. (2016) *Forebyggende helsearbeid*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget

NHH (u.å.) *Christine B. Meyer*. Tilgjengeleg frå:  
<https://www.nhh.no/en/employees/faculty/christine-b.-meyer/> (Lest: 30 mai 2024).

Nichols, F.H. (2000) History of the Women's Health Movement in the 20th Century. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 29(1), s. 56-64

NOU 1982: 3. *Maktutredningen*

NOU 1999: 13. *Kvinnens helse i Norge*.



NOU 2003: 31. *Retten til et liv uten vold.*

NOU 2023: 5. *Den store forskjellen.*

NOU 2023: 29. *Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester.*

Pettersen, S. (2022) *Hva er egentlig kvinnehelse?* Tilgjengeleg frå:

<https://blogg.forskning.no/kvinnehelsebloggen/hva-er-egentlig-kvinnehelse/2094213>

(Lest: 26. april 2024)

Ragin, C. (1992) *Introduction: cases of «what is a case?»* Cambridge: Cambridge University Press

Regjeringen (2023, A) *Kva er ei høyring?* Tilgjengeleg frå:

<https://www.regjeringen.no/no/dokument/hoyringar/kva-er-ei-hoyring/id2459635/>

(Lest: 5. desember 2023).

Regjeringen (2023, B) *Høring – NOU 2023: 5 Den store forskjellen.* Tilgjengeleg frå:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-5-den-store-forskjellen/id2965691/> (Lest: 12. februar 2024).

Regjeringen A (u.å.) *Gro Harlem Brundtlands tredje regjering.* Tilgjengeleg frå:

<https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/tidligere-regjeringer-og-historie/sok-i-regjeringer-siden-1814/historiske-regjeringer/regjeringer/gro-harlem-brundtlands-tredje-regjering-id438731/> (Lest: 19. desember 2023).

Regjeringen B (u.å.) *Thorbjørn Jaglands regjering.* Tilgjengeleg frå:

<https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/tidligere-regjeringer-og-historie/sok-i-regjeringer-siden-1814/historiske-regjeringer/regjeringer/thorbjorn-jaglands-regjering-1996-1997/id438732/> (Lest: 19. desember 2023)

Regjeringen C (u.å.) *Kjell Magne Bondeviks andre regjering.* Tilgjengeleg frå:

<https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/tidligere-regjeringer-og-historie/sok-i-regjeringer-siden-1814/historiske-regjeringer/regjeringer/kjell-magne-bondeviks-andre-regjering-20/id438739/> (Lest: 4. mai 2024).

Regjeringen D (u.å.) *Erna Solbergs regjering.* Tilgjengeleg frå:

<https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/tidligere-regjeringer-og-historie/sok-i-regjeringer-siden-1814/historiske-regjeringer/regjeringer/erna-solbergs-regjering/id742981/> (Lest: 26. september 2023).

Roll-Hansen, H (2022) *Forskning i velferdsstatens tjeneste*, i Andresen, A., Blazevic, D. og Elvbakken, K.T. (red.) *Vitenskap og vitenskapshistorier, bind 3*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 196-231

Ronit, K. og Porter, T. (2016) Harold D. Lasswell, *The Decision Process: Seven Categories of Functional Analysis*, *The Oxford Handbook of Classic in Public Policy and Administration*, 20. juli 2016, 54-68

- Roth, M.Y og Amory, J.K. (2016) *Beyond the Condom: Frontiers in Male Contraception*, *Semin Reprod Med.*, 34(3): 183-190.
- Rustad, L.M. (2020) *Kan helsepersonell nok om kvinnehelse?* Tilgjengeleg frå: <https://kjonnsforskning.no/nb/2020/04/kan-helsepersonell-nok-om-kvinnehelse> (Lest: 25. april 2024)
- Schrumpf, E. (1984) *Abortsakens historie*. Oslo: Tiden Norsk Forlag.  
<https://www.nb.no/items/639a4b5365363728b8ba3697776e70b0?page=3&searchText=abortsakens%20historie> (Lest: 30. august 2023)
- Senterpartiet (2021) *Vi trur på heile Noreg*. Tilgjengeleg frå: <https://www.senterpartiet.no/politikk/vedtatt-politikk/program/program/Stortingsprogram-2021-2025> (Lest: 2. oktober 2023).
- Stave, T.K. (2022) *Allmennleger savner helseforskning med kjønnsperspektiver*. Tilgjengeleg frå: <https://kjonnsforskning.no/nb/2022/04/allmennleger-savner-helseforskning-med-kjonnsperspektiver> (Lest: 25. april 2024)
- St.Meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*
- Stenvoll, D. Elvbakken, K.T. og Malterud, K. (2005) Bli norsk forebyggingspolitikk mer individorientert? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 5 2005, s. 603-605
- Stortinget (2014) *Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Olaug V. Bollestad om en offentlig utredning om kvinnehelse*. Tilgjengeleg frå: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2013-2014/dok8-201314-101/?lvl=0> (Lest: 10. april 2024).
- Stortinget A (u.å.) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken* Tilgjengeleg frå: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=25289#step-link-2> (Lest: 10. april 2024).
- Stortinget B (u.å.) *Representantforslag om en offentlig utredning om kvinnehelse*. Tilgjengeleg frå: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=60286> (Lest: 10. april 2024).
- Straffeloven 1902. *Almindelig borgerlig Straffelov*
- Sundar, T. (2000) *Kvinnehelse i faglig klemme?* *Tidsskrift for Den norske legeforening*, Tilgjengeleg frå: <https://tidsskriftet.no/2000/03/vi-intervjuer/kvinnehelse-i-faglig-klemme> (Lest: 29. mai 2024).
- Sundby, J. (2022) *Hva er egentlig kvinnehelse?* Tilgjengeleg frå: <https://kjonnsforskning.no/nb/2022/09/hva-er-egentlig-kvinnehelse> (Lest: 20. april 2024)
- Tellmann S.M. (2017) Bounded deliberation in public committees: the case of experts. *Critical policies studies* 11(3), 311-329

- Thomas, A.B. (2003) *Controversies in management: Issue, debates, answers*. 2. utg. London: Routledge
- Thommesen, J.K. og Tjoflot, E. (2022) *Vanessa Rudjord, Pia Tjelta og Synnøve Skarbø trekker seg fra omstridt skjønnhetsklinikk*. Tilgjengeleg frå: <https://www.nrk.no/norge/vanessa-rudjord-pia-tjelta-og-synnove-skarbo-trekker-seg-fra-omstridt-skjonnhetsklinikk-1.16111086> (Lest: 21. april 2024).
- Toshkov, D. (2016) *Research Design in Political Science*. London: Palgrave Macmillan Education
- UIO (2011). *Anne Eskild*. Tilgjengeleg frå: <https://www.med.uio.no/klinmed/personer/vit/anneesk/> (Lest: 31. mars 2024)
- UIO (2019). *Johanne Sommerchild Sundby*. Tilgjengeleg frå: <https://www.med.uio.no/helsam/personer/vit/jsundby/> (Lest: 15. september 2023)
- UIO (2023). *Knut Oftung*. Tilgjengeleg frå: <https://www.stk.uio.no/personer/timelerere-og-tilknyttede/knutoft/> (Lest: 31. mars 2024)
- Ulshagen, K.M (2023). *Høringssvar fra Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo*. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-5-den-store-forskjellen/id2965691/?uid=85bd331c-811d-4d7b-874d-b0d34bba7c3b> (Lest: 20. april 2024).
- UN Women (2014) *Beijing Declaration and Platform for Action*. Tilgjengeleg frå: [https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CS/W/PFA\\_E\\_Final\\_WEB.pdf](https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CS/W/PFA_E_Final_WEB.pdf) (Lest: 11. april 2024).
- Unsgaard, J. (2023) *Kvinner blir sett på som små menn*. Tilgjengeleg frå: <https://www.sb.no/kvinner-blir-sett-pa-som-sma-menn/o/5-73-1703990> (Lest: 25. mai 2024).
- Utredningsinstruksen. *Forskrift 19. februar 2016 nr. 184 Instruks om utredning av statlige tiltak*
- Vabo, S.I. Klausen, J.E. og Askim, J. (2020) *Offentlig politikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- van Thiel, S. (2014) *Research Methods in Public Administration and Public Management an Introduction* London & New York: Routledge
- Venstre (2017) *På lag med framtida*. Tilgjengeleg frå: <https://www.venstre.no/assets/Stortingsvalgprogram-2017-web.pdf> (Lest: 29. september 2023).
- Venstre (2019) *Kapittel 1 – Venstres verdigrunnlag*. Tilgjengeleg frå: <https://www.venstre.no/artikkel/2019/06/26/kapittel-1-venstres-verdigrunnlag/> (Lest: 12. april 2024).

VG (2019) *Regjeringen lanserer ny kvinnehelsestrategi: Utvider ordningen med gratis prevensjon*. Tilgjengeleg frå: [https://www.vg.no/forbruker/helse/i/6nm6dr/regjeringen-lanserer-ny-kvinnehelsestrategi-utvider-ordningen-med-gratis-prevensjon?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR3N1hE4vcbSXziGUC8YTspthcztmVr6Ydd0NIUkP3qcgVaqkjTC-KzS9c\\_aem\\_ATIOJ1jK2IBN3RN06w6yd9mrBAJiMeepFPzyys5lqNweZDghNdfOuHuz4iH-KbwyuspSj8PP1b66XB-KgWO3p5Ce](https://www.vg.no/forbruker/helse/i/6nm6dr/regjeringen-lanserer-ny-kvinnehelsestrategi-utvider-ordningen-med-gratis-prevensjon?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR3N1hE4vcbSXziGUC8YTspthcztmVr6Ydd0NIUkP3qcgVaqkjTC-KzS9c_aem_ATIOJ1jK2IBN3RN06w6yd9mrBAJiMeepFPzyys5lqNweZDghNdfOuHuz4iH-KbwyuspSj8PP1b66XB-KgWO3p5Ce) (Lest: 1. mai 2024)

WHO (u.å.) *Constitution*. Tilgjengeleg frå: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution> (Lest: 20. april 2024).

Yin, R.K (2018) *Case study research and Applications: Design and methods* 6.utg. Los Angeles: SAGE