



Samarbeid arbeid og helse

Problemrepresentasjoner og blindsoner

Work and Health Cooperation

Problem representations and blind spots

Kjetil Grimastad Lundberg

Professor, Institutt for velferd og deltaking, Høgskulen på Vestlandet

kjetil.grimastad.lundberg@hvl.no

Anne-Mette Magnussen

Professor, Institutt for velferd og deltaking, Høgskulen på Vestlandet

anne-mette.magnussen@hvl.no

Sammendrag

Artikkelen stiller spørsmål om hvilke forståelser som ligger til grunn for myndighetenes problembeskrivelser og løsningsforslag på arbeid-helsefeltet. Den tar utgangspunkt i en pågående satsing mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet om styrket samarbeid mellom helse- og velferdssektoren. Med utgangspunkt i Carol Bacchis «what is the problem represented to be»-tilnærming gir vi en analyse av satsingen. Strategiens forutsetninger om arbeid som helsefremmende, og at prioriteringskriterier og veiledere styrer atferd, vies særlig oppmerksomhet som illustrasjoner på at en bestemt problemrepresentasjon nødvendigvis skygger for andre forståelser og løsninger.

Nøkkelord

samarbeid, helsevesen, Nav, prioritering, diskursiv institusjonalisme

Abstract

The article asks questions about the understandings which form the basis for the authorities' problem descriptions and solution proposals in the field of work and health. The article analyzes an ongoing initiative between the Norwegian Directorate of Health and the Norwegian Directorate of Labor and Welfare on strengthened cooperation between the health and welfare sector. The analysis is based on Carol Bacchi's «what is the problem represented to be» approach. The strategy's assumptions that work is health-promoting, and that behavior is directed by prioritization criteria and supervisors, are given special attention. Based on empirical research, we show how these problem representations necessarily overshadow other understandings and solutions.

Keywords

cooperation, health care, Nav, prioritization, discursive institutionalism

Innledning

Tjenesteintegrasjon og samarbeid på tvers av sektorer er et prioritert virkemiddel for utvikling av velferdstjenester og prioriterte satsingsområder for forskning, ikke minst for oppfølging av grupper som er utenfor eller som har svak tilknytning til arbeidslivet. I denne artikkelen stiller vi spørsmål om hvilke forståelser som ligger til grunn for myndighetenes problembeskrivelser og løsningsforslag på arbeid-helsefeltet, og hvilke problemrepresentasjoner som havner i blindsonen. Vi tar utgangspunkt i en pågående satsing mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet om styrket samarbeid mellom helsesektoren og velferdssektoren i oppfølging av mennesker som er utenfor arbeidslivet eller i risikosonen som følge av sykdom og helseutfordringer (se Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet, 2016, 2019). Først gir vi en kort redegjørelse for relevante kontekstuelle forhold. Deretter presenterer vi artikkelens analytiske rammeverk, data og metoder. Det analytiske rammeverket er utviklet av Carol Bacchi i (2009). Med utgangspunkt i hennes «what is the problem represented to be»-tilnærming gjør vi for det første en empirisk analyse av strategiens hovedproblemforståelser og løsningsforslag. For det andre gjør vi en næranalyse av satsingens vekt på arbeidsdeltakelse og prioritering av helsetjenester. Analysen beveger seg slik fra det generelle til det mer spesifikke. Deretter diskuterer vi premiss og løsningsforslag med utgangspunkt i empirisk forskning rundt temaene: i) forutsetningen for satsingen om arbeid som helsefremmende, og ii) forutsetningen om at prioriteringskriterier og veiledere styrer atferd. Analysen tydeliggjør alternative forståelser og løsningsforslag som vil kunne tilføre verdifulle og nye innsikter på arbeids- og helsefeltet.

Velferdspolitisk og forskningspolitisk kontekst

Høy arbeidsdeltakelse blant befolkningen er en grunnleggende forutsetning for den norske samfunnsmodellen. En stor andel av mennesker som er utenfor arbeidslivet, har helseproblemer, og disse følges opp både av helsevesenet og Nav. Helsevesenets oppgaver er knyttet til undersøkelser, diagnostisering, behandling, rehabilitering og sykdomsforebygging. Nav forvalter blant annet virkemidler for arbeidsforberedende og arbeidsutprøvende tiltak. I begge sektorene har tjenesteintegrasjon og samordning stått på dagsordenen de siste tiårene. Nav-reformen som ble vedtatt i 2006, kan forstås som et forsøk på tjenesteintegrasjon på velferdsfeltet. Samhandlingsreformen i helsevesenet er et tilsvarende eksempel. Behovet for tettere samarbeid på arbeid-helsefeltet ble iverksatt i «raskere tilbake»-kampanjen og har blitt ytterligere betonnet i flere offentlige utredninger og politiske dokumenter de siste årene, som i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse 2013–2016 (Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), Brofossutvalget om arbeidsrettede tiltak (NOU 2012: 10) og i Vågegng-utvalgets sluttrapport «Et Nav med muligheter» (Vågegng et al., 2015).

Ønsket om samarbeid står også sentralt i problembeskrivelser og anbefalinger fra OECD. OECD har både generelt (OECD, 2015) og gjennom konkrete landrapporter blant annet om Norge (OECD, 2013) rettet oppmerksomheten mot forholdet mellom særlig mental helse og arbeid i velferdsstaten og de individuelle og samfunnsmessige kostnadene det fører med seg at mange med moderate psykiske problemer blir stående utenfor arbeidsmarkedet. En av de store utfordringene organisasjonen peker på, er en manglende samordning mellom ulike deler av helsesektoren og velferdssektoren (i Norge primært Nav) i behandlingen av denne pasient-/brukergruppen. OECD viser til data på tvers av OECD-landene som tyder på at de fleste sliter med å levere koordinerte og integrerte helse- og arbeidsmarkedstjenester på grunn av mangel på koherente insentiver, forpliktelser og retningslinjer fra myndigheter og deltakende ekspertgrupper (OECD, 2015). OECD lanserer i denne sammenheng en rekke

generelle og landspesifikke anbefalinger av tiltak for å forbedre samordningen mellom helse og arbeid på dette feltet.

Behovet for å se løsninger på tvers av sektorer understrekes også i flere store forskningsprogram, ikke minst i HELSEVEL-programmet (Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester): «Programmet vil prioritere forskning og innovasjon som bidrar til et mer helhetlig tjenestetilbud og integrerte pasient- og brukerforløp» (Norges forskningsråd, 2019). Det settes således som et premiss for forskningen at den skal forankres i og understøtte målet om helhetlige og integrerte tjenester. Mye tyder på at disse rammene allerede påvirker kunnskapsproduksjonen på dette området. I et kunnskapsnotat om forskning på koordinerte tjenester for vanskeligstilte brukere finner forskerne at den største delen av forskningen om samarbeid i tjenestene er svært policy-nær, og at myndighetenes problembeskrivelser forutsettes, tas for gitt og reproduseres i forskningen (Anvik et al., 2019, s. 20). I samme notat etterspørres studier som undersøker problemforståelsenes historie, tilblivelsesprosess og vei til legitime problemområder og offisiell politikk.

Analytisk utgangspunkt

Den internasjonale velferdsforskningen har de siste tiårene i økende grad anerkjent betydningen av ideer som virkemiddel til studiet av offentlig politikk (Schmidt, 2011, 2017; Beland & Cox, 2011; Bacchi, 2009; Padamsee, 2009; Ervik, Kildal & Nilssen, 2009; Schmidt, 2011, 2017). Vivien Schmidt begrepsfester denne retningen som diskursiv institusjonalisme, som er et paraplybegrep for tilnærminger som retter oppmerksomheten mot ideer og diskurs i institusjonell kontekst. Ideer er det substansielle fundamentet i diskurs og det sentrale studieobjektet i denne retningen. Padamsee (2009) påpeker at det finnes ulike og konkurrerende ideer på et område, og gjør i den forbindelse et nyttig skille mellom myndige og ikke-myndige diskurser. Myndige diskurser er ideer som setter agendaen og konstituerer konteksten for det politiske eller administrative ordskiftet på et visst tidspunkt, og som understøttes eller institusjonaliseres av aktører med innflytelse på feltet. Ikke-myndige diskurser er ideer eller perspektiv som ikke tas i bruk eller vies avgjørende oppmerksomhet av disse aktørene. Å avdekke og problematisere antakelser, forutsetninger, oppfatninger, forslag til løsninger og hvilket grunnlag en policy baserer seg på, gir viktig kunnskap om hvilke hensyn som blir ivaretatt gjennom en gitt policy, og hvilke hensyn som ikke blir ivaretatt. Inngangen gir videre adgang til å problematisere forutsetninger som må tas i betraktning for at en slik strategi skal fungere etter hensikten, og gir innsikter som kan være viktige for fremtidige policy-valg.

Dermed er det mulig å få opp nye forståelser av fenomenet, problemet og løsningene. Perspektivet har blitt anvendt til å forstå norsk politikkkutforming blant annet med tanke på likestillingsproblemer i integreringspolitikken (Bjartnes & Sørensen, 2019), midlertidig og fast arbeid (Bergene, Egeland & Hansen, 2018), digital kompetanse i lærerutdanning (Hannell, 2018), myndighetenes forventninger til pårørende som samprodusenter i omsorgstjenester (Jenhaug, 2018), brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik (Christensen & Fluge, 2016), likestillingsintegrering i kvinnelederte sektorer (Ljunggren & Lauritzen, 2015) og stortingsdebattene som la grunnlaget for Nav-reformen (Syltevik, 2013). Tilnærmingen har vist seg nyttig på en rekke områder innen den norske velferdspolitikken og har verdi ettersom hvordan et problem forstås, har betydning for håndteringen av problemet. Vi tar utgangspunkt i Carol Bacchis (2009) tilnærming til politisk analyse. Hun tar utgangspunkt i seks spørsmål som kan stilles til en bestemt politikk eller strategi:

1. Hva er problemet representert til å være?
2. Hvilke underliggende antakelser er implisitt i den spesifikke problemrepresentasjonen?
3. Hva er problemrepresentasjonens opprinnelse?
4. Hva er uproblematisert i denne problemrepresentasjonen? Kan problemet forstås annerledes?
5. Hvilke effekter har den spesifikke problemrepresentasjonen?
6. Hvordan og hvor har problemrepresentasjonen blitt produsert, utredet og forsvart? Hvordan kan den problematiseres og/eller erstattes?

I vår analyse legger vi størst vekt på spørsmål 1 og 4. I tråd med Bacchi utforsker vi hvordan dokumentene konstruerer problemforståelsen knyttet til sektororganisert oppfølging av mennesker med helseproblemer, og hvilke løsninger som skisseres. Avslutningsvis tar vi med utgangspunkt i empirisk forskning opp alternative måter å forstå problemet på.

Datagrunnlag

Satsingen på å styrke samarbeidet mellom helsevesenet og Nav er utarbeidet av Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet i fellesskap og formuleres hovedsakelig gjennom to dokumenter fra henholdsvis 2016 og 2019. Behovet for styrket samarbeid mellom helserettede og arbeidsrettede tjenester begrunnes som omtalt i flere nasjonale styringsdokumenter samt OECD. Det er således et stort institusjonelt kompleks som inngår i å fremme samarbeid på dette feltet, som inkluderer overnasjonale, nasjonale og kommunale aktører. I en større analyse kunne dokumenter fra flere av disse aktørene inngått. Vi avgrensner imidlertid analysen til å gjelde den konkrete direktoratledede satsingen. Den konkrete analysen er gjort som tematisk innholdsanalyse der vi har lest dokumentene i flere runder og søkt etter problem- og løsningsrepresentasjoner.

2016-dokumentet, «Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse», representerer den formelle oppstarten av direktoratenes felles satsing. Dokumentet inneholder en fire sider lang redegjørelse for ønsket satsning signert av arbeids- og velferdsdirektør Sigrun Vågang og helsedirektør Bjørn Guldvåg samt rapporten fra nedsatt arbeidsgruppe (ca. 50 sider). Arbeidsgruppen ble sammensatt av ansatte fra begge direktoratene og fikk følgende mandat, gitt i møte 26. juni 2014:

Utgangspunktet for å nedsette en arbeidsgruppe er et behov for systematisk å gå gjennom arbeid/helse-området – for å styrke og systematisere samarbeidet mellom sektorene, og legge et grunnlag for felles initiativer fra direktoratene/direktørene.

Arbeidsgruppen har blant annet fått mandat til å lage en oversikt over relevante FOU-prosjekter på området og å anbefale tiltak for en styrket satsing på felles kunnskapsgrunnlag, å utrede felles forebyggingsperspektiv, vurdere barrierer og gråsoner knyttet til ansvar og roller i de to sektorene og å anbefale samarbeidsformer, tiltak og kvalitetsforbedring i de ordinære tjenestene. I tillegg nevnes noen bestillinger som ikke ble prioritert fordi det ble vurdert som for omfattende. Det understrekes i 2016-dokumentet at arbeidet avhenger av langsiktighet.¹

1. Som en del av strategien ble et nasjonalt fagråd for arbeid og helse opprettet i 2017. Fagrådet er forholdsvis bredt sammensatt og skal bidra til å sette dagsorden og gi faglig støtte og råd til direktoratene i utviklingen av fagfeltet. Disse har siden oppstarten hatt jevnlig møter.

2016-strategien ble fulgt opp av rapporten «Tilstand og utfordringer på arbeidshelseområdet» i 2019, som er en statusoppdatering for denne felles satsingen. Rapporten oppsummerer arbeidsgruppens vurderinger av status for arbeidet som har blitt gjennomført de siste årene. Rapporten er 22 sider og gir vurderinger og anbefalinger fra direktoratene til departementsnivå knyttet til utvikling av arbeids- og helseområdet som fagfelt. Disse dokumentene utgjør denne studiens primærdata. Dokumentene er relevante for en sosialpolitisk analyse fordi de staker ut en ny kurs og en forsterket innsats på arbeidshelsefeltet. Gjennom disse dokumentene setter direktoratene med ansvar for disse områdene rammer for hvordan samarbeid skal forstås i tjenestene.

Satsingens problemrepresentasjon

Som vi har redegjort for, omfatter begrepet *problemrepresentasjon* de forutsetninger og problemforståelser som ligger til grunn for en viss policy. Det betyr at begrepet problemrepresentasjon både omfatter selve forståelsen av problemet og forslag til løsninger. I begge dokumentene slås det fast at helsevesenet har liten tradisjon for å være opptatt av deltakelse i arbeidslivet, og at vellykkede tjenester oftest krever koordinerte og til dels samtidige tjenester – isolert medisinsk behandling eller kun arbeidsrettede tiltak vil hver for seg ofte ikke være tilstrekkelig. Satsingen har sitt utspring i problemforståelser om sammenhenger mellom helse og arbeid og problemforståelser knyttet til trekk ved tjenesteorganisering som siloorganisering og sekvensielle tjenester:

Mennesker med helseproblemer utgjør en dominerende andel av NAV-brukere som har behov for arbeidsrettet bistand. NAVs virkemidler alene er ofte ikke tilstrekkelige for å bistå disse. Samtidig har helsetjenestene liten tradisjon for å være opptatt av deltakelse i arbeidslivet. Regelen innen begge sektorer har vært å tenke sekvensielt: arbeid blir et tema når behandling er sluttført (Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet, 2016, s. 1).

Problemrepresentasjonen dreier seg om et sekvensielt og oppdelt hjelpeapparat, der helsevesenet og NAV følger opp den enkelte hver for seg og på ulike tidspunkt heller enn å gi integrert og samordnet bistand. Helsevesenet er angivelig ikke opptatt av arbeid som en del av tilfriskningsprosessen og bidrar til å forsterke medikalisering med vekt på diagnoser, sykdom og uhelse. Arbeid som virkemiddel fremheves i strategien med utgangspunkt i internasjonale studier som dokumenterer «at mangel på arbeid ofte har negative helsekonsekvenser, og at arbeid oftest er helsefremmende» (Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet, 2016, s. 1). Dette understrekes flere steder i dokumentene.

Problemrepresentasjonene i strategien viser til og bygger på problembeskrivelsene som finnes i OECDs rapporter. I landrapporten for Norge peker OECD (2013, s. 100) på at fragmenteringen mellom helsetjenestene og Nav i stor grad forklarer de skuffende resultatene når det gjelder å integrere personer med psykiske problemer i det ordinære arbeidsmarkedet. Eksempelvis anser ikke Nav-ansatte arbeidssituasjonen som et viktig forhold i medisinsk behandling, arbeid er ikke prioritert i helsetjenestene, og leger og annet helsepersonell har ikke den nødvendige kunnskap om hvordan man kan håndtere arbeidsrelaterte problemer. Effektive arbeidsmarkedstiltak for personer med psykiske problemer krever felles handling fra helsepersonell og arbeidsmarkedsspesialister og impliserer både bedre koordinering og utvikling av felles strategier for kompetanseutvikling, samarbeid og kommunikasjon angående helserelaterte arbeidsproblemer for denne gruppen.

Problemrepresentasjonens løsningsforslag dreier seg om å få til tettere samarbeid mellom helsevesenet og Nav. Samarbeidsbegrepet defineres ikke nærmere i dokumentene, men dette og flere beslektede begreper er hyppig anvendt.² I dokumentene benyttes koordinering og samhandling som eksempler/dimensjoner ved samarbeid. Bruker- og pasientgrupper som trekkes frem for felles innsats, er mennesker som sliter med psykiske/psykososiale problemer, smerteproblematikk og/eller sammensatte helse- og livsproblemer. Det er en lang rekke former for samarbeid på ulike nivå og mellom ulike tjenester som beskrives og foreslås i strategien, men 2016-dokumentet peker ut fire hovedområder for videre satsing: (i) rydde i roller og ansvar mellom sektorene; (ii) styrke kunnskapsgrunnlaget for videre utvikling av strategi og tjenester; (iii) felles arbeidsformer og tiltak; og (iv) å styrke kompetansen. Direktoratene foreslår etablering av et felles fag-/ekspertråd «som kan gi innspill til viktige strategiske valg på lengre sikt og faglige råd av høy kvalitet» (2016, s. 2). I forlengelsen av dette foreslår direktoratene etablering av en nasjonal faglig konferanse der klinikere, forskere, forvaltning og brukere kan møte og etablere en felles forståelse. Strategien foreslår også grep for å sikre finansiering av økt forskningsinnsats på relevante temaer samt utvikling av omforrente modeller for samvirketiltak for den aktuelle gruppen:

Modellene skal beskrive samarbeidsformer, brukermedvirkning, organisering, finansiering, metoder for arbeidsinkludering, kvalitetsindikatorer og kompetanse. Modellene skal bygge på det beste som er utviklet gjennom flere år med utprøvinger innen bl.a. «Raskere tilbake» og Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet, 2016, s. 3).

2019-dokumentet fortsetter i sporet fra 2016 på flere viktige områder. Det understrekes at det fortsatt er store utfordringer i sonen mellom arbeids-/velferds- og helsesektoren knyttet felles fagutvikling, rolle og ansvarsdeling, samarbeid og utvikling av helhetlige tilbud til brukere/pasienter. Strategien slår fast at samarbeidet må forankres i de ordinære tjenestene fremfor i spesifikke prosjektsatsinger. Koordinert og samtidig innsats fra helse- og arbeidssektoren skal redusere tiden som stønadsmottaker og bistå flere inn i arbeid. Dette skal nås ved å utvikle tilnærminger, samarbeidsmåter og tiltak som:

- legger til grunn at man oftest kan arbeide på tross av helseutfordringer
- tydelig peker mot arbeid og deltagelse, og ikke ensidig fokuserer på diagnostisering og sykdom
- retter seg inn mot de store og felles pasient/brukergruppene med psykiske helseproblemer, muskel/skjelettproblemer eller sammensatte utfordringer
- bidrar til koordinert innsats for å inkludere grupper av unge, innvandrere og eldre som står utenfor arbeidslivet
- sikrer langt større grad av samtidig og koordinert innsats i de medisinske og arbeidsrettede innsatsene
- styrker kommunikasjonslinjene og dialogen mellom arbeids- og helsetjenestene
- (Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet, 2016, s. 2).

2. Begrepet «samarbeid» anvendes 179 ganger i 2016-dokumentet og 50 ganger i 2019-dokumentet. Også begrepene «felles» (131/90) og «samhandling» (50/20) er hyppig brukt i dokumentene, mens ord som «koordinert» (45/8), «samvirke» (34/19), «helhetlig» (17/6), «integrert» (16/8) og «samordnet» (11/1) gav færre treff.

Strategien målbærer å «avprosjektifisere» området, utvikle et sterkt felles fagfelt, «arbeid-i-helse», som skal prege forskningssatsinger og aktuelle utdanninger, og å inkorporere arbeidshelseperspektivet i de ordinære tjenestene. Arbeidsgruppen påpeker at selv om det på overordnet nivå er bred enighet om målet om å redusere helserelatert fravær fra arbeidslivet, er dette så langt i liten grad konkretisert i felles prioriteringer på tvers av helse- og arbeidsmarkedspolitikken. Prioritering av helsetjenester handler om hva som skal gjøres, og i hvilken rekkefølge, hva som er mulig å gjøre, og hva man har ressurser til å gjøre (Kvåle, Magnusen & Nilssen, 2019). I 2016-dokumentet påpekes viktigheten av at det gis samsvarende styringssignaler blant annet om samarbeidsavtaler og prioritering, at kommunikasjonslinjene mellom arbeids- og helsetjenestene styrkes, og at søkelyset på arbeid innen helsetjenestene må styrkes. Videre heter det at helsevesenet må tilby noe som tydelig peker mot arbeid og deltakelse, og ikke ensidig fokuserer på diagnostisering og sykdomsfokusering. Skal det bli kraft i samarbeidet, mener arbeidsgruppen at styringssignalene innen de to sektorene både bør forsterkes og harmoniseres. De bør være tydelige nok til at de faktisk påvirker regionale og lokale prioriteringer, og de bør i størst mulig grad signalisere et felles sett med forventninger til de to sektorene. Begge direktoratene ser et behov for tydelige, felles styringssignaler (2019, s. 6). Vi vil i neste avsnitt gi en nærmere analyse av de problemforståelser og løsningsforslag som er knyttet til arbeidsdeltakelse og prioritering av helsetjenester.

Arbeidsdeltakelse og prioritering av helsetjenester

Det er i 2019-dokumentet at prioritering kommer opp som et samarbeidstema med tematisering av «felles prioriteringer», «prioriteringsveiledere», «prioriteringsprinsipper» osv. Søk på begrepet prioritering ga 7 treff i 2016-dokumentet, mens det ga 33 treff i 2019-dokumentet. Det er derfor 2019-dokumentet som ligger til grunn for denne delen av analysen. Dokumentet viser til at prioriteringer i helsevesenet er knyttet til prinsippene om alvorlighetsgrad, nytte og kostnadseffektivitet. Problemforståelsen i 2019-dokumentet tar utgangspunkt i at disse prinsippene faktisk styrer bruken av fellesskapets ressurser på dette området. Samtidig vises det til Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, som har uttrykt bekymring for en uønsket variasjon av hvem som får en rett til et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Videre påpekes det at den nåværende prioriteringsveilederen for fysikalsk medisin og rehabilitering ikke er tydelig nok som rettesnor. Dokumentet viser til Meld. St. 34 (2015–2016) «Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering», der det heter:

Et likeverdig helsetilbud til alle pasienter er grunnleggende. Da kan ikke den enkeltes arbeidsevne eller økonomiske bidrag være avgjørende for om man får eller nektes hjelp.

I 2019-dokumentet er «arbeid» omtalt på to ulike måter som belyser prioriteringsprinsipper for helsetjenesten: enten som arbeidsevne, som egenskap ved individet og da kjenne-tegn som ikke kan legges til grunn ved rettighetsvurdering eller arbeidsdeltakelse, eller som en komponent som er viktig for livskvalitet, og som bør inkluderes når nytte av behandling skal vurderes. Det konkluderes dermed med at prioriteringskriteriene ikke er til hinder for at samfunnet satser på tjenester som hjelper den enkelte til å opprettholde og øke aktivitet og deltakelse, herunder arbeidsdeltakelse. Dokumentet viser også til NOU 2018: 16: «Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten». I tillegg til kriteriene om nytte, ressurs og alvorlighet foreslår utvalget at beskrivelse av fysisk,

psykisk og sosial mestring inngår i nytte og alvorlighetskriteriet, da målet for mange pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er mestring av hverdagen til tross for helsetilstander.

På denne bakgrunn konkluderer direktoratene med at tjenestetilbud som er med på å øke aktivitet og deltakelse i samfunnsliv og arbeidsliv, ikke røkkes ved prinsippet om at alle, uavhengig av arbeidsevne (produktivitet), har samme menneskeverd og selvsagt har samme rett til helsetjenester. Helsetjenester med mål om å øke aktivitet/deltakelse inkludert arbeidsdeltakelse må kunne utvikles, uten at det utfordrer de gjeldende prioriteringsprinsippene. Dersom en tjeneste kan bidra til arbeidsdeltakelse, anses det altså som en komponent av prioriteringskriteriet nytte. Deltakelse i arbeidsliv skal vektlegges i individuelle rettighetsvurderinger av nytte, men dagens prioriteringsveiledere sikrer ikke godt en likeverdig tilgang til tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Arbeidsdeltakelse bør inngå som en del av behandlingen og eller rehabiliteringen for store pasientgrupper.

Strategien slår fast at helsetjenesten bruker et stort mangfold av faglige anbefalinger fra prosedyrer i klinikken, internasjonale faglige retningslinjer, kliniske retningslinjer, pakkeforløp og prioriteringsveiledere. Videre kan intensjonene i disse anbefalingene variere, og de er utviklet både lokalt, nasjonalt og internasjonalt. I helsetjenesten benyttes videre pakkeforløp som beskrivelse av gode forløp der mange aktører er med på å levere. Helsetjenestens faglige anbefalinger inkluderer ofte råd og anbefalinger som omhandler tolking av gjeldende regelverk, organisering og drift av tjenester, samhandling på tvers av fag, nivåer eller sektorer og prioriteringsavveining. Det er kun en lav andel av de faglige anbefalingene som brukes i helsetjenesten, som beskriver samhandling mellom helsetjenesten og Nav, og bruk av faglige anbefalinger er ikke like utbredt i Nav.

Det mest sentrale forslaget til løsning er at gjeldende prioriteringsveiledere bør revideres for å klargjøre hvordan arbeid skal tolkes inn i eksisterende vurderingskriterier. Det er utarbeidet prioriteringsveiledere innenfor 33 ulike fagområder til bruk ved rettighets- og fristvurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Veilederne skal bidra til større grad av likhet i klinisk praksis (Tranvåg, Nygaard & Nordheim, 2015). Veilederne er ikke direkte juridisk bindende slik som lov og forskrift, men har likevel en rettslig funksjon som autoritative anbefalinger, som normalt forventes fulgt i den kliniske hverdag (Magnussen & Aasen, 2016). Legene som vurderer henvisninger, har plikt til å kjenne til prioriteringsveilederne gjennom krav til å holde seg faglig oppdatert, og de er pålagt å gjennomføre et e-læringskurs i bruk av veiledere. Veilederne skal fungere som et bindeledd og ha en oversettende funksjon mellom lovverket og den kliniske virkelighet. De skal gjøre det lettere å forstå, anvende og følge reglene (Magnussen & Aasen, 2016).

I 2019-dokumentet vises det til Fagrådet for arbeid og helse, som anbefaler at prioriteringsveilederne bør revideres. Det fremheves at prioriteringsveilederne bør gjennomgås på nytt for å klargjøre hvordan prinsippene bør fortolkes i rettighetsvurderingen. I dokumentet understrekes det også at dersom det foreligger utilsiktet variasjon i deler av dagens tjeneste, kan det være et vesentlig forhold som tilsier at det er fornuftig å utarbeide felles faglige anbefalinger – særlig hvis utfordringene er knyttet til samhandling og bruker/pasientforløp. Videre står det at der tjenestene baseres på et tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, kan det være ekstra viktig å etablere felles anbefalinger for tjenesteutøvelsen. Det fremheves i dokumentet at det kan være mye å hente ved å utarbeide felles faglige anbefalinger for tverre i helsetjenesten og Nav, og at de to sektorene og direktoratene bør etablere felles mål for hva de ønsker å oppnå med felles faglige anbefalinger. Dette vil gjøre det lettere å velge hvilke faglige spørsmål og tjenester som bør prioriteres. Tilgjengeliggjøring og videreutvikling av eksisterende internasjonale eller nasjonale faglige anbefalinger kan også gi en ønsket effekt.

Å utarbeide nye nasjonale anbefalinger vil gjøre det mulig å beskrive nye intervensjoner som legger til rette for samarbeid rundt forløp der samtidighet, sektorovergrepene tjenesamhandling og virksomme intervensjoner er vesentlig. Både Nasjonalt fagråd for arbeid og helse, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet anbefaler å utarbeide felles nasjonale faglige anbefalinger og felles anbefalinger for tjenesteutøvere innen både helse- og arbeidssektoren.

Blindsoner: Noen forståelser skygger for andre forståelser

Et viktig premiss innenfor den type forskningstradisjon som Bacchi (2009) står i, er at en bestemt problemfremstilling nødvendigvis skygger for andre forståelser. I den følgende diskusjonen av hva som er uproblematisk i problem- og løsningsrepresentasjonen, vil vi trekke frem to funn fra vår analyse av strategien. For det første vil vi diskutere den grunnleggende antakelsen om at arbeid er helsefremmende. Fordi antakelsen nærmest fremstår som et normativt imperativ, anser vi den som viktig å problematisere. For det andre retter vi søkelyset mot oppfatningen om at prioriteringskriteriene styrer atferd, og at veiledere kan regulere faglig skjønnsutøvelse til ansatte i helsevesenet og i Nav. At gjeldende prioriteringsveiledere bør revideres for å klargjøre hvordan arbeid skal tolkes inn i eksisterende vurderingskriterier, og at det anbefales felles nasjonale faglige anbefalinger, er helt sentrale forslag i myndighetenes strategi. I det følgende vil vi diskutere disse antakelsene med utgangspunkt i empirisk forskning. Spørsmålet er hva man ikke tar hensyn til i en slik problem- og løsningsrepresentasjon, og som dermed nødvendigvis skygger for andre forståelser. Vi vil understreke at dette ikke utgjør en uttømmende analyse; en rekke dimensjoner kunne blitt trukket frem, knyttet til for eksempel sekvensiell tilnærming til oppfølging, helsevesenets angivelige mangel på vektlegging av arbeid, kunnskapssyn i ulike nivåer av tjenestene som forutsetning for samarbeid, koordinering og/eller ansvar osv. Vårt søkelys på forståelsen av at arbeid er helsefremmende, og at prinsipper og veiledere styrer atferd, er derfor å forstå som illustrasjoner på problemrepresentasjoner som skygger for andre representasjoner.

Arbeid er helsefremmende

Strategien forutsetter og fremhever at arbeid som oftest er helsefremmende. I det følgende vil vi vurdere denne forutsetningen med utgangspunkt i empirisk forskning som belyser forholdet mellom arbeid og helse. Selv om forskningen i generelle trekk gir støtte til tesen om at arbeid er bra for folks helse (for eksempel Noordt et al., 2014; Waddell & Burton, 2006), er det nyanser i dette bildet. I en longitudinell panel-survey utført i Australia undersøkte Butterworth et al. (2011) hvordan fordelene med å ha lønnet arbeid avhenger av psykososiale kvaliteter ved arbeidet, som nivåer av kontroll, krav, kompleksitet, grad av trygghet og (u)rettferdig lønn og hvorvidt lavkvalitetsjobber assosieres med bedre mental helse enn arbeidsledighet. De fant at selv om arbeidsledige hadde dårligere mental helse enn de som var i arbeid, hadde de som var uten arbeid, bedre mental helse enn de som hadde arbeid med lav psykososial kvalitet. Helsefordelene med å ha arbeid avhenger dermed med kvaliteten på arbeidet. I en systematisk review om betydningen av midlertidig arbeid for helse på tvers av ulike velferdsstatskontekster fant Kim Tae Jun og Olaf Knesebeck (2015) at både arbeidsledighet og usikkerhet på arbeidsmarkedet var sterkt relatert til mental helse. De konkluderer med at ikke bare arbeidsledighet, men også midlertid arbeid (jobbusikkerhet) utgjør en stor helserisiko. På bakgrunn av dette anbefaler de policy-intervensjoner som ikke bare tar utgangspunkt i helserisikoer knyttet til arbeidsledighet, men som også søker å redusere jobbusikkerhet.

Allerede de tidlige studiene av arbeidsledighet i moderne samfunn påpekte at arbeidsledighet ikke er utvetydig negativt, mens arbeid er utvetydig positivt. Bakke (1934) fant at folk som ble arbeidsledige i England i etterkant av børskrakket i 1929, kunne finne ledighet mindre ubehagelig enn arbeid i tilfeller der de bare kunne få tungt manuelt arbeid som bare gav et lite hakk bedre kompensasjon enn trygd. Som Douglas Ezzy (1993) påpeker med utgangspunkt i en oppsummering av ulike empiriske studier, varierer ledighetserfaringene med et vell av faktorer, som personers alder, kjønn, inntekt, sosial støtte, årsakene til ledighet og tilslutning til arbeid. Slike faktorer modererer de typisk negative opplevelsene av å ikke være i arbeid. Det er påpekt av Ezzy:

Simplistic identifications of work as 'good' and un-employment as 'bad' are manifestly inadequate as explanations of observed variations in the effects of unemployment on mental health. This inadequacy is clear even at the most basic level of bivariate relationships: while the majority of people who become unemployed experience lowered psychological well-being, there are also a substantial minority whose well-being may improve on becoming unemployed. Similarly, while re-employment typically restores original levels of mental health, some re-employed people report lowered mental-health (Ezzy, 1993, s. 41).

Det at arbeid er helsefremmende, er en myndig diskurs i strategien, mens kunnskapen fra de empiriske studiene som det er vist til her, representerer en underordnet eller ikke-myndig diskurs. Problemrepresentasjonen av at arbeid i seg selv er helsefremmende, er besnærende, men underkjenner det komplekse forholdet mellom arbeid og mental helse.

Prioriteringskriteriene styrer atferd, og veiledere kan regulere faglig skjønnsutøvelse

En antakelse om at prioriteringskriteriene som er utviklet for spesialisthelsetjenesten, faktisk styrer atferd, er en antakelse som nødvendigvis skygger for andre forståelser av hva som påvirker faktiske prioriteringer. Vi vet faktisk ikke så mye om hvor stor betydning de eksplisitte tiltakene for bedret prioritering har hatt på fordelingsbeslutninger i praksis (Bringedal, 2015; Aasen et al., 2018). Det er grunn til å tro at mange av de små og store enkeltbeslutninger som fattes hele tiden, er tuftet på flere andre faktorer enn de ideelle målsettingene som er formulert i nasjonal lovgivning og etablerte prioriteringskriterier (Aasen et al., 2018). Faktorer som tradisjon og kultur, organisering og styring, fagfolks interesser, pasienters og pasientorganisasjoners innflytelse, politiske reformer, priser på utstyr og medisiner, ledelse, medieoppslag og annet har vesentlig innflytelse på hvordan avgjørelser tas og hvilke beslutninger som fattes. Slike forhold kan i praksis ha vel så stor innflytelse som de vedtatte normene for beslutninger om prioriteringer (Aasen et al., 2018). Dessuten foregår styringen av helsetjenesten ved hjelp av en rekke ulike virkemidler, både juridiske (lovgivning, forskrifter, instruks), administrative (rapporteringskrav, tilsyn, retningslinjer), organisatoriske (oppgavefordeling, organisering) og faglige (yrkesetikk, kliniske retningslinjer) (Aasen et al., 2018). Hvordan disse styringsinstrumentene virker i praksis, avhenger i stor grad av samspillet mellom dem og påvirkningen av andre faktorer. Mange av de faktorene som påvirker beslutninger om helsehjelp, kan være utenfor myndighetenes kontroll, men likevel ha stor innflytelse på hvilke helsetjenester befolkningen får tilgang til. Dessuten er det et åpent spørsmål om disse virkemidlene og faktorene trekker i samme retning som prioriteringskriteriene.

Mye av det norske prioriteringsarbeidet har dreid seg om å utforme gode regler og retningslinjer for prioriteringer (Aasen et al., 2018). Et av de mest sentrale forslagene i myndig-

hetenes satsing er at gjeldende prioriteringsveiledere bør revideres for å klargjøre hvordan arbeid skal tolkes inn i eksisterende vurderingskriterier. Men disse forslagene er i liten grad begrunnet i empirisk forskning om implikasjoner av denne reguleringen. Forskning har antydnet at rettsliggjøring generelt gir opphav til spenninger mellom lovbestemmelser og faglig skjønn, men at implikasjonene av rettigheter til helsetjenester er avhengig av hvordan spenningene oppstår og styres (Aasen et al., 2014). Blant få eksisterende studier fra Norge er en studie fra 2014 om betydningen av individuelle rettigheter for fordeling av helsetjenester innen feltene ortopedi og kardiologi (Magnussen & Brandt, 2014). Studien viste at innføring av rettigheter til helsetjenester ikke har ført til konsistens i handlingene til det medisinske fagpersonellet som skal implementere loven. I tillegg viste funnene at prioriteringsveilederne ikke anvendes likt; mens noen fagpersoner rapporterte at veilederne påvirket henvisningspraksisen, rapporterte andre at de ikke gjør det, noe som indikerer betydelig variasjon i tolkningen og implementeringen av individuelle rettigheter i profesjonell praksis (Magnussen & Brandt, 2014). Senere studier har antydnet at over tid har prioriteringsveilederne redusert den tidligere identifiserte variasjonen til en viss grad (Johansson et al., 2017), men at det fortsatt er store regionale forskjeller innen og mellom spesialiteter (Karstensen et al., 2015). I en undersøkelse av norske sykehusleger fant Bjorvatn og Nilssen (2018) at 72 % kjenner til veilederne, men bare 45 % konsulterer retningslinjene når de er usikre på behandlingen av en pasient. Men bildet er ikke helt ensidig. I en undersøkelse av sykehusleger fant Kvåle et al. (2019) at en kombinasjon av god kunnskap om de prioriterte retningslinjene og en positiv vurdering av revisjonen av retningslinjene var avgjørende for om retningslinjene påvirket legenes prioriteringspraksis. Det er også mer generelle studier som indikerer at leger i det store og hele ikke anser lovbestemmelsene som negative (Bjorvatn & Nilssen, 2018; Bringedal & Carlsen, 2018). Carlsen og Bringedal (2011) fant at norske sykehusleger har stor tillit til retningslinjer fra helsemyndighetene, og størst er tilliten til retningslinjer som Den Norske Legeforening har bidratt til å utvikle. Magnussen og Brandt (2014) fant også at leger ønsker enda tydeligere retningslinjer.

Oppsummerende konklusjon

I denne artikkelen har vi analysert problem- og løsningsforståelser i satsingen på tettere samvirke mellom arbeid og helse knyttet til oppfølgingen av store og viktige bruker- og pasientgrupper som er utenfor arbeidslivet. Overordnet bygger satsingen på en problemforståelse av sekvensiell tjenestestyling der Nav retter innsatsen mot arbeidsforberedende tiltak etter at helsevesenet har iverksatt diagnostisering, behandling og/eller rehabilitering. Løsningen som skisseres, er en felles satsing om tettere samvirke. Dette konkretiseres gjennom en rekke tiltak som blant annet tettere samarbeid på tjenestenivå, utvikling av et felles fagfelt på tvers av de to sektorene, kompetansebygging og felles retningslinjer for prioritering.

Et av våre hovedpoeng er at en bestemt problemrepresentasjon nødvendigvis skygger for andre forståelser og løsninger. For å illustrere dette poenget trakk vi frem to funn fra analysen: den grunnleggende antakelsen om at arbeid er helsefremmende, og oppfatningen om at prioriteringskriteriene styrer atferd, og at veiledere kan regulere faglig skjønnutøvelse til ansatte i helsevesenet og i Nav. Begge disse forutsetningene er illustrasjoner på myndige diskurser i satsingen: ideer som setter agendaen og bereder konteksten for institusjonell handling (jf. Padamsee, 2009).

Med utgangspunkt i empirisk forskning viste vi videre at selv om forskningen i generelle trekk gir støtte til tesen om at arbeid er bra for folks helse, er det flere nyanser i dette bildet. At arbeid i seg selv er helsefremmende, underkjenner for eksempel det komplekse forhold-

det mellom arbeid og mental helse. Strategien mangler en anerkjennelse av de mange ulike forhold som virker inn på helseeffekter av arbeid, deriblant arbeidets type, avlønning og grad av jobbtrygghet. Dette er forhold som ikke kan løses av tettere samarbeid i seg selv.

Også forutsetningen om at prioriteringskriteriene som er utviklet for spesialisthelsetjenesten, faktisk styrer atferd, er en antakelse som nødvendigvis skygger for andre forståelser av hva som påvirker faktiske prioriteringer. Vi viste i vår diskusjon at det kan være andre forhold enn den måten man forsøker å styre på som har mest å si for faktiske prioriteringer. Et av de mest sentrale forslagene i myndighetenes satsing er at gjeldende prioriteringsveiledere bør revideres for å klargjøre hvordan arbeid skal tolkes inn i eksisterende vurderingskriterier. Empirisk forskning viser at det ikke alltid er slik at reglene følges, eller at veilederne er kjent for og faktisk brukes av de som skal treffe beslutninger. Den forskningsbaserte kunnskapen som vi bygger på i analysen, blir illustrasjoner på ikke-myndige diskurser: et kunnskapsgrunnlag som satsingen ikke forholder seg til, eller som ikke vies avgjørende oppmerksomhet. Hvilke konsekvenser dette har for resultatene av den omfattende satsingen, er et åpent spørsmål og aktualiserer forskning som ikke tar for gitt og reproducerer myndighetenes forutsetninger, men som gjør disse til en del av forskningsobjektet.

Litteratur

- Aasen, H.S., Bringedal, B., Bærøe, K. & Magnussen A.-M. (2018). Styring, prioritering og likebehandling – om bokens innhold. I H.S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe & A.-M. Magnussen (red.), *Prioritering, styring og likebehandling: Utfordringer i norsk helsetjeneste* (s. 12–29). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Aasen, H.S., Gloppen, S., Magnussen, A.-M. & Nilssen E. (2014). Juridification and social citizenship: International law, democracy and professional discretion. I H.S. Aasen, S. Gloppen, A.-M. Magnussen & E. Nilssen (red.), *Juridification and social citizenship in the welfare state* (s. 277–299). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Anvik, C.H., Bliksvær, T., Breimo, J.P., Lo, C., Olesen, E. & Sandvin, J.T. (2019). *Forskning om koordinerte tjenester til personer med sammensatte behov: Kunnskapsnotat*. Oslo: NFR.
- Arbeidsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse* (2013–2016). <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ad/publikasjoner/rapporter/2013/oppfplanarbogpsykhelse.pdf>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet (2016). *Arbeid og helse- et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arbeid-og-helse-et-tettere-samvirke/Arbeid%20og%20helse%20-%20et%20tettere%20samvirke.pdf/> /attachment/inline/00e927ea-2fd9-4b12-89f4-402dca8d5ece:d4e184848c17b5c054db245cf8566e3c818fbcc6/Arbeid%20og%20helse%20-%20et%20tettere%20samvirke.pdf
- Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet (2019). *Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilstand-og-utfordringer-pa-arbeid-helseområdet/Tilstand%20og%20utfordringer%20pa%20arbeid%20-%20helseområdet.pdf/> /attachment/inline/cd5288e1-b92c-4756-b225-319c8f11c4b8:abd1e25e6df74d9bead6b5905ca59ef7b041c9f3/Tilstand%20og%20utfordringer%20pa%20arbeid%20-%20helseområdet.pdf
- Bacchi, C. (2009). *Analysing policy: What's the problem represented to be?* Frenchs Forest: Pearson.
- Bakke, E. (1934). *The Unemployed Man*. New York: Dutton.
- Beland, D. & Cox, R. (2011). Introduction: Ideas and politics. I D. Beland & R. Cox (red.), *Ideas and politics in social science research*. London: Oxford University Press.

- Bergene, A.C., Egeland, C. & Hansen, P.B. (2018). Regelen som bekrefter unntaket: En analyse av betydningsforhandlinger knyttet til midlertidig og fast arbeid. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(4), 25–41. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2018-04-02>
- Bjartnes, K.S. & Sørensen, S.Ø. (2019). Likestillingsproblemer i integreringspolitikken. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 43(3), 198–212. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2019-03-05>
- Bjorvatn, A. & Nilssen, E. (2018). Rettslig regulering og faglig skjønnsutøvelse i prioritering av spesialisthelsetjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(1), 18–38. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-01-02>
- Bringedal, B. (2015). Verdensmester i teoretisk prioritering. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 1(32), 79–86. https://www.idunn.no/nnt/2015/01/verdensmester_i_teoretisk_prioritering
- Bringedal, B. & Carlsen, B. (2018). Styring for kvalitet og likebehandling: Norske legers syn på styringsinstrumentenes betydning. I H.S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe & A.-M. Magnussen (red.), *Prioritering, styring og likebehandling: Utfordringer i norsk helsetjeneste* (s. 166–187). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Butterworth, P., Leach, L.S., Strazdins, L., Olesen, S.C., Rodgers, B. & Broom, H.D. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational & Environmental Medicine*, 68, 806–812. <https://doi.org/10.1136/oem.2010.059030>
- Carlsen, B. & Bringedal, B. (2011). Attitudes to clinical guidelines – do GPs differ from other medical doctors? *BMJ Quality & Safety*, 20(2), 158–162. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2009.034249>
- Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitikkk – Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), 261–277. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04>
- Ervik, R., Kildal, N. & Nilssen, E. (2009). Sosialpolitiske ideer i Norge og EU: Samsvar og påvirkning? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 12(2), 118–134.
- Ezzy, D. (1993). Unemployment and mental health: A critical review. *Social Science & Medicine*, 37(1), 41–52. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90316-v](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90316-v)
- Hannell, F. (2018). What is the ‘problem’ that digital competence in Swedish teacher education is meant to solve? *Nordic Journal of Digital Literacy*, 3(13), 137–151. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-943x-2018-03-02>
- Jenhaug, L.M. (2018). Myndighetenes forventninger til pårørende som samprodusenter i omsorgstjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(1), 39–58. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-01-03>
- Johansson, K.A., Nygaard, E., Herlofsen, B. & Lindemark, F. (2017). Implementation of the 2013 amended Patients’ Rights Act in Norway: Clinical priority guidelines and access to specialised health care. *Health Policy*, 121(4), 346–353. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.02.007>
- Jun, K.T. & Knesebeck, O. (2015). Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. *BMC Public Health*, 15(985). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2313-1>
- Karstensen, A., Håndlykken, E.K. & Andreassen, G-I. (2015). *Ventetider og pasientrettigheter 2014* Oslo: Norwegian Patient Registry, Norwegian Directorate of Health, 2015.
- Kvåle, I., Magnussen, A.M. & Nilssen, E. (2019). Prioriteringsveiledere i spesialisthelsetjenesten: Rettslige og medisinskfaglige ansvarliggjøringsmekanismer? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 22(03), 213–227. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-03-03>
- Ljunggren, B. & Lauritzen, T. (2015). Likestillingsintegrering i kvinnedominerte sektorer – horisontale styringsutfordringer. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, (2), 157–179.
- Magnussen, A.-M. & Aasen, H.S. (2016). Prioriteringsveiledere som styringsverktøy i skjæringspunktet mellom rett og medisin. *Rætfærd*, (1), 18–38.

- Magnussen, A.-M. & Brandt, L. (2014). Individual rights and prioritization of health care I H.S. Aasen, S. Gloppen, A.-M. Magnussen & E. Nilssen (red.), *Juridification and social citizenship in the welfare state* (s. 102–120). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Meld. St. 34 (2015–2016). «Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering». Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/?ch=1>
- Norges forskningsråd (2019). *Helsevel programplan 2017 – oppdatert 2019*. Oslo: Norges forskningsråd. <https://www.forskningsradet.no/contentassets/6d45731a23754d0487440d1bbad0a9f2/helsevel-programplan-2015-2024-oppdatert-2019.pdf>
- Noordt, M., Ijzelenberg, H., Droomers, M. & Proper, K.I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(10), 730–736. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>
- NOU 2018: 16: Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/?ch=1>
- NOU 2012: 10. *Arbeidsrettede tiltak*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-6/id672029/?ch=1>
- OECD (2013). *Mental health and work: Norway*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2015). *Integrating Social Services for Vulnerable Groups: Bridging Sectors for Better Service Delivery*. Paris: OECD Publishing.
- Padamsee, T.J. (2009). Culture in connection: Recontextualizing ideational processes in the analysis of policy development. *Social Politics*, 16, 413–445. <https://doi.org/10.1093/sp/jxp018>
- Schmidt, V. (2011). Taking Ideas and Discourse Seriously: Explaining Change through Discursive Institutionalism as the Fourth New Institutionalism. *European Political Science Review*, 2(1), 1–25. <https://doi.org/10.1017/s175577390999021x>
- Schmidt, V. (2017). Theorizing Ideas and Discourse in Political Science: Intersubjectivity, Neo-Institutionalisms, and the Power of Ideas. *Critical Review*, 29(2), 248–263. <https://doi.org/10.1080/08913811.2017.1366665>
- Syltevik, L. (2013). «Brukeren» i debatten om Nav-reformen. I H.T. Hansen, K.G. Lundberg & L. Syltevik (red.), *Nav – med brukeren i sentrum?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Tranvåg, E.J., Nygaard, E. & Norheim, O.F. (2015). Hvordan påvirker prioriteringsvilkårene rettighetsdelingen i Helsedirektoratets prioriteringsveiledere. *Michael*, 12, 416–27. <https://www.michaeljournal.no/i/2015/11/Hvordan-paavirker-prioriteringsvilkarene-rettighetstildelingen-i-Helsedirektoratets-prioriteringsveiledere->
- Vågeng, S., Eriksen, H.R., Ihme, I., Markussen, S., Pedersen, N., Stene, E. & Sæther, I. (2015). *Et Nav med muligheter. Bedre brukermøter, større handlingsrom og tettere på arbeidslivet. Gjennomgang av Nav. Sluttrapport fra Ekspertgruppen*, april 2015. https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/asd/dokumenter/2015/sluttrapport-ekspertgruppen-nav_9.4.15.pdf
- Waddell, G. & Burton, K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: TSO.