

# **Helhetlig rehabilitering i kommunal regi**

Kommunale aktørers ”oversettelse”  
av helhetlig rehabiliteringspolitikk

Bente Vibecke Lunde

Ph.D i sosiologi

Universitetet i Nordland  
Fakultet for samfunnsvitenskap

PhD i sosiologi nr. 17 (2015)

Bente Vibecke Lunde

**Helhetlig rehabilitering i kommunal regi**

Kommunale aktørers "oversettelse" av helhetlig rehabiliteringspolitikk

© Universitetet i Nordland

ISBN: 978-82-92958-16-2

Trykk: Trykkeriet UiN

Universitetet i Nordland

8049 Bodø

[www.uin.no](http://www.uin.no)

Alle rettigheter forbeholdes.

Kopiering fra denne bok skal kun finne sted på institusjoner som har inngått avtale med Kopinor og kun innenfor de rammer som er oppgitt i avtalen.

## **Abstract**

Rehabilitation is a political field of activity affecting many people with functional impairment and chronic illness. Norwegian municipalities are obliged to offer rehabilitation to all the inhabitants in their respective municipalities with such needs. Individual rehabilitation processes require assistance and cooperation across professions, public service offices and levels. Based on Storting White Paper no. 21. (1998-99) and its implementation, the policy emphasize user participation, and individually adapted, all-embracing, and coordinated services. This thesis is a case study comparing how certain municipal actors within four municipalities translate comprehensive rehabilitation policy into local practices. The thesis focuses on the translation process within the municipality and rehabilitation policy interpreted as “ideas traveling”. The theoretical framework is Scandinavian new institutionalism and actor-network theory.

Firstly, the study examines how legally imposed organizational measures: planning, coordination unit, individual planning and individual coordinator are translated locally. The findings showed that they came into use, but they developed weakly both at the system level and at the individual level. The Government wanted the services to become more equivalent, but municipal planning still became very different. The coordinating units are characterized by competition for attention and loyalty among both internal members and external partners. Concerning individual planning, the municipalities focused on the allocation process, and paid little attention to what happened after a decision is made. Many service providers expressed resistance with regard to the requirement of taking on the responsibility as a personal coordinator.

Secondly, the study examines how various professions and service units perceive the comprehensive policy. According to the actors in the municipalities, rehabilitation appears as “extended, diluted and invisible”. Both conceptual expansion and organizational integration implies that rehabilitation as a category has ‘blurred boundaries’ and overlap with other categories. Different professions and service units appear with varying degrees of identity related to rehabilitation as a bridging concept. Finally, I find that traditional and comprehensive rehabilitation lives side by side in the municipalities, and the latter does not seem to replace the former.

## Forord

Jeg er en godt voksen dame med utdanning innen sykepleie, folkehelse og sosiologi, og med et variert yrkesliv bak meg. En fellesnevner uansett arbeidsplass er at jeg alltid har vært opptatt av forholdet mellom politikk og praksis.

Jeg var en tid ansatt ved Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), ved Høgskolen i Bodø (nå Universitetet i Nordland). Da SKUR ble lagt ned og arbeidsoppgavene gikk inn i HelseDirektoratet, fikk jeg tilbud om å gå over i en stipendiatstilling. Jeg takker så mye for denne muligheten. Som mange kvinner på min alder har jeg vært student ved siden av arbeidet i store deler av min arbeidskarriere. Å være "evig" student kan kalles en livsstil. Å bli doktorgradsstudent med mulighet til å være "student" på full tid var dermed et privilegium.

Som ansatt på SKUR ble jeg særlig interessert i kommunenes utfordringer knyttet til ny rehabiliteringspolitikk, og jeg har valgt å følge opp dette temaet i avhandlingen. Jeg henvendte meg til fire kommuner, som alle ga meg tillatelse til å studere dem. Tusen takk til ledelsen i de fire kommunene for at jeg har fått tilgang til feltet. Jeg vil spesielt takke de fire personene som har vært mine kontaktpersoner i kommunene, og alle personene som jeg har fått anledning til å intervju, for at de har delt sine tanker og erfaringer med meg.

Jeg har gjennom hele prosessen med avhandlingen hatt god oppfølging av min hovedveileder professor Johans Tveit Sandvin. Han har vært meget tålmodig, og har inspirert meg til å stå løpet ut. Jeg vil takke min biveileder professor Rafael Lindqvist for fine kommentarer underveis. Jeg vil også takke professor emeritus Ståle Seierstad for gjennomlesning og kommentarer. Ikke minst har doktorgradsstudentene på sosiologi og fagpersonalet på Fakultet for samfunnsvitenskap vært gode å ha rundt seg.

Til sist vil jeg takke min familie som har akseptert at ferier og fritid har blitt kraftig beskåret, og at arbeidet med avhandlingen har tatt (alt for) lang tid. Jeg gleder meg til å få mer fritid og overskudd til familie og venner.

Bodø august 2014

Bente Vibecke Lunde

# Innhold

1	INNLEDNING .....	1
1.1	Introduksjon .....	1
1.2	Konstruksjonen av rehabilitering .....	3
1.2.1	Rehabiliteringspolitikk i spenningsfeltet mellom to politikkområder.....	6
1.2.2	Rehabilitering under press .....	8
1.3	Kommunen som aktør og arena.....	11
1.3.1	Velferdskommunen og velferdstrekanten .....	12
1.3.2	Fornyng av velferdssektoren .....	13
1.3.3	Velferdsprofesjoner, faglig styring og brukerinnflytelse .....	15
1.4	Problemstilling.....	16
1.5	Iverksetting og oversettelse .....	18
1.6	Metodisk avgrensning .....	20
1.7	Avhandlingens oppbygning .....	21
2	FRA MEDISINSK ATTFØRING TIL HELHETLIG REHABILITERING .....	25
2.1	Innledning.....	25
2.2	Fra medisinsk attføring til medisinsk habilitering og rehabilitering.....	26
2.2.1	Attføring må ha forankring i det lokale hjelpeapparatet .....	26
2.2.2	Målgruppen for attføring .....	26
2.2.3	Definisjon av attføring.....	27
2.2.4	Organisering og koordinering av attføringsprosessen .....	28
2.2.5	Erfaringer med medisinsk attføring.....	29
2.2.6	Nytt navn og endring i organisering .....	30
2.3	Mot en helhetlig rehabiliteringspolitikk .....	31
2.3.1	En helhetlig rehabiliteringspolitikk.....	31
2.3.2	En ny definisjon .....	34
2.3.3	Bred målgruppe.....	35
2.3.4	Individuelt tilpassede og likeverdige tjenestetilbud .....	36
2.3.5	Organisatoriske virkemidler i kommunene .....	37
2.3.6	To nye forskrifter og en nasjonal strategi .....	37
2.4	Hva skiller gammel og ny rehabiliteringspolitikk.....	39

2.4.1 Deltakelse, brukermedvirkning, individperspektiv og koordinering .....	39
2.4.2 Lovpålagte organisatoriske virkemidler og rettsliggjøring av individuelle rettigheter .....	41
2.5 Trekk ved rehabilitering i et velferds sosiologisk perspektiv .....	42
2.5.1 Brukermedvirkning, demokratisering og borgerrollen.....	42
2.5.2 Koordinering og samordning .....	43
2.5.3 Individualisering .....	45
2.5.4 Brukerens mål og samfunnets normer.....	47
2.6 Avslutning .....	47
3 ANALYTISK RAMME .....	49
3.1 Innledning.....	49
3.2 Fra iverksetting til oversettelse .....	49
3.2.1 Skandinavisk nyinstitusjonell teori .....	50
3.2.2 Myteperspektivet .....	52
3.2.3 Pragmatisk institusjonalisme.....	54
3.2.4 Oversettelsesbegrepet .....	55
3.2.5 Organisasjoner i et felt .....	58
3.2.6 Tilbudssiden og mottakersiden .....	58
3.2.7 Dekontekstualisering og kontekstualisering .....	59
3.3 Oversettelse som prosesser inne i organisasjoner.....	60
3.3.1 Om å flytte begrepene inn i organisasjonen .....	61
3.3.2 Konseptualisering, konkretisering og skandinavisk nyinstitusjonalisme .....	62
3.3.3 Aktør-nettverk- teori (ANT) og kontrollering .....	62
3.3.4 Institusjonaliserte myter i velferdsorganisasjoner .....	64
3.4 Avslutning .....	66
4 METODOLOGISKE OVERVEIELSER.....	67
4.1 Innledning.....	67
4.2 Valg av forskningsspørsmål og forskningsstrategi .....	67
4.3 Casestudier .....	70
4.4 Valg av datakilder .....	72
4.4.1 Dokumentstudier.....	72
4.4.2 Valg av dokumenter .....	75
4.5 Det kvalitative intervju .....	76
4.5.1 Kunnskap som gitt eller konstruert .....	76

4.5.2 Intervjuprosessen .....	79
4.6 Valg og beskrivelse av kommunene .....	81
4.6.1 Aidentifisering og beskrivelse av kommunene.....	81
4.6.2 Tillatelse og tilgang til feltet .....	84
4.7 Valg av intervjupersoner .....	84
4.7.1 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene.....	86
4.8 Analysearbeid .....	87
4.8.1 Dokumenter.....	88
4.8.2 Intervju .....	88
4.9 Kvalitetskrav til kvalitativ forskning.....	89
4.9.1 Validitet og reliabilitet .....	90
4.9.2 Overførbarhet.....	91
4.10 Forskningsetikk.....	91
4.11 Metodekritikk .....	92
4.12 Avslutning.....	92
5 PLANLEGGING - KONSEPTUALISERING AV OBJEKTET REHABILITERING .....	95
5.1 Innledning.....	95
5.2 Planarbeid før og etter 2001 .....	97
5.3 Konseptualisering av objektet .....	99
5.3.1 Bygdekommunen – kontinuitet og kopiering.....	99
5.3.2 Bykommunen – addering .....	102
5.3.3 Bygdebyen – fratrekking.....	105
5.3.4 Rehabiliteringsplan rammes inn av ulike kontekster .....	108
5.3.5 Problemdefinisjon og lokal oppslutning.....	110
5.3.6 Forankring og deltakelse i planarbeidene .....	113
5.3.7 Brukermedvirkning på systemnivå .....	114
5.3.8 Involveres koordinerende enhet? .....	116
5.4 Utkantkommunen - Ikke-planlegging.....	116
5.5 Avslutning .....	118
6 KOORDINERENDE ENHET – ET OBLIGATERISK PASSERINGSPUNKT?.....	121
6.1 Innledning.....	121
6.2 Innpakking av koordinerende enhet .....	122
6.3 Callons translasjonsmodell .....	125

6.4 Fase I: Problematisering .....	127
6.4.1 Identifisering av sentrale aktører .....	127
6.4.2 Lederposisjonen viktig for nettverksbygging .....	130
6.4.3 Kontinuitet eller brudd i forhold til tidligere relasjoner .....	131
6.4.4 Oppslutning innenfor integrert modell versus teammodell .....	132
6.4.5 Definerings av obligatorisk passeringspunkt .....	132
6.5 Fase II: Interessering og stabilisering .....	133
6.5.1 Konkurransen mellom ulike identiteter .....	133
6.5.2 Bestillerkontoret som obligatorisk passeringspunkt .....	136
6.5.3 Team som obligatorisk passeringspunkt .....	137
6.5.4 Få henvendelser .....	138
6.5.5 Sentralisert versus desentralisert vedtaksmyndighet .....	139
6.6 Fase III: Innrulling .....	140
6.7 Fase IV: Mobilisering .....	141
6.8 Avslutning .....	142
7 INDIVIDUELL PLAN – INDIVIDUALISERINGENS GRENSER OG EN KOORDINATORPOSISJON UNDER PRESS .....	145
7.1 Innledning .....	145
7.2 Innpakking av individuell plan og koordinator .....	146
7.2.1 Systemansvar .....	148
7.2.2 Individuell plan som trend og kontrakt .....	149
7.3 Utpakking: tildeling av individuell plan og koordinator .....	150
7.3.1 Vilkår for tildeling av individuell plan .....	151
7.3.2 Konkretisering av kriteriet om langvarige behov .....	151
7.3.3 Konkretisering av kriteriet om behov for koordinerte tjenester .....	152
7.3.4 Konseptualisering av individuell plan som ressurskrevende .....	154
7.4 Koordinatorposisjonen – oppnevning og oppslutning .....	156
7.4.1 Konkretisering; organisasjonsfesting eller personfesting av koordinatoransvaret .....	157
7.4.2 Konkretisering; kriterier for valg av koordinator .....	158
7.4.3 Lojalitet mot bruker eller mot kommunens økonomi? .....	159
7.4.4 Begrenset myndighet til koordinatorfunksjonen .....	161
7.4.5 Rett til individuell plan, men hva med rett til tjenester? .....	162
7.4.6 Noen yrkesgrupper vegrer seg – konseptualisering av koordinatorposisjonen .....	163
7.5 Vedtak, men ikke plan .....	168



7.6 Avslutning .....	170
<b>8 MENINGSARBEID OG FAGLIGE IDENTITETER BLANT AKTØRER I KOMMUNAL REHABILITERING.....</b>	<b>173</b>
8.1 Innledning.....	173
8.2 Utvidelse.....	175
8.2.1 Utvidelse av målgrupper og yrkesgrupper .....	176
8.2.2 Ny definisjon medfører utvidelse av innholdet.....	177
8.2.3 Utvanning .....	177
8.2.4 Usynliggjøring .....	179
8.2.5 Usikkerhet .....	181
8.3 Meningsarbeid i møtet mellom gammel og ny politikk .....	182
8.3.1 Rehabiliteringspotensial.....	182
8.3.2 Kontekstavhengige forståelser .....	184
8.4 Profesjonelle og institusjonelle identiteter .....	185
8.4.1 Fysioterapeutene som krumtapper og ildsjeler .....	185
8.4.2 Andre profesjoners identitet og engasjement .....	189
8.4.3 Få deltjenester har et forhold til habiliterings- og rehabiliteringsbegrepet .....	191
8.4.4 Rehabilitering og forebygging .....	193
8.4.5 Rehabilitering – et overordnet begrep i et distribuert system?.....	194
8.4.6 Samspill mellom kunnskap og samhandlingsteknologi .....	196
8.5 Avslutning .....	198
<b>9 OVERSETTELSE I SPENNINGSFELTET MELLOM ULIKE KONTEKSTER .....</b>	<b>201</b>
9.1 Innledning.....	201
9.2 Translasjon av organisatoriske virkemidler.....	202
9.2.1 Organisatoriske virkemidler på systemnivå .....	202
9.2.2 Organisatoriske virkemidler på individnivå.....	203
9.2.3 Strategier for å øke legitimitet i omgivelsene .....	205
9.3 Translasjon blant faggrupper og tjenesteenheter.....	207
9.3.1 Faggruppers konseptualisering av helhetlig rehabilitering .....	208
9.3.2 Yrkesgruppers identitetsarbeid .....	209
9.4 Funnenes betydning for translasjon av helhetlig rehabiliteringspolitikk.....	210
9.4.1 Kommunenes translasjon påvirkes av lav prioritering og prestisje.....	212
9.4.2 Translasjonen påvirkes av økonomiske rammer og uendelige behov .....	213
9.4.3 Individualiseringens janusansikt.....	214

9.5 Avslutning.....	215
LITTERATURHENVISNINGER .....	217
VEDLEGG.....	227
Vedlegg 1: Skisse til intervjuguide.....	227
Vedlegg 2: Forespørsel til kommunene om å få gjørefeltarbeid .....	233
Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD .....	235
Vedlegg 4: Informasjonsskriv til intervjupersoner .....	237

## **Tabeller**

Tabell 1: Sammenlikning av gammel og ny rehabiliteringspolitikk rettet mot kommunen.....	39
Tabell 2: Ulike typer av dokumenter .....	75
Tabell 3: Oversikt over intervjupersoner i de fire kommunene. Kontaktperson merket med *. .....	86
Tabell 4: Re-/habiliteringsplaner og planarbeid i de fire kommunene før og etter 2001.....	98
Tabell 5: Koordinerende enhet – organisatorisk forankring, aktører og leder .....	130

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Introduksjon

Temaet for denne avhandlingen er kommunale aktørers translasjon av nasjonal rehabiliteringspolitikk. Rehabilitering<sup>1</sup> er et politikk- og virksomhetsområde som angår mange mennesker med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom (St.meld.nr.21 (1998-99)). Norske kommuner er tildelt et omfattende ansvar for rehabilitering (Feiring, 2012; Feiring, 2004) i en periode der kommunen er blitt statens viktigste "produsent" av velferdstjenester (Stamsø, 2009). Dette er en politisk styrt utvikling innenfor velferdsstaten, hvor rehabilitering utgjør et eget politikkområde. Området er tett innvevd i annen helse- og velferdspolitik som vedtas nasjonalt, men skal iverksettes lokalt. Jeg er opptatt av hva som skjer med rehabiliteringspolitikken i forflytningen fra det nasjonale til det lokale. Mer konkret studerer jeg reorienteringen som ble fremmet med St. meld. nr. 21 (1998-99) "*Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*"<sup>2</sup> og oppfølgingen av denne. Den helhetlige politikken inneholder føringer og krav rettet mot kommunen, og i avhandlingen ser jeg nærmer på hvordan disse håndteres lokalt i fire kommuner.

I studien betraktes rehabiliteringspolitikken som "ideer på reise" (Czarniawska og Sevon, 1996), med et fokus på hvordan ideene blir satt i spill i forflytningsprosessen fra det nasjonale til det lokale. Denne prosessen handler om materialiseringen av ideer lokalt. Uttrykket materialisering omfatter både objektgjøring av ideer og omvandling til handling (Johansson, 2002:11). Den teoretiske rammen er hentet fra skandinavisk nyinstitusjonalisme og aktør-nettverk-teori (ANT) (Grape, Blom, og Johansson, 2006; Johansson, 2002; Latour, 1986; Røvik, 2007). For å forstå translasjonsprosessen er begrepet "oversettelse" hentet fra kunnskapssosiologene Bruno Latour (1986) og Michel Callon (1986). Hensikten med å fokusere på prosess er å få større forståelse for selve transformasjonen av politikken. Formålet med avhandlingen er å få økt kunnskap om hvordan nasjonal politikk på et velferdsområde mottas og oversettes i kommunen under ulike lokale betingelser. Rehabilitering er et lovpålagt ansvar

---

<sup>1</sup> I avhandlingen benytter jeg rehabilitering som et felles begrep for habilitering og rehabilitering, noe som er i tråd med internasjonal praksis (Solvang og Slettebø, 2012). Det er kun når det er behov for nyansering at habilitering eller andre underkategorier benyttes.

<sup>2</sup> St. meld. nr. 21 (1998-99) "*Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*" omtales heretter som Rehabiliteringsmeldingen. Meldingen var en tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 11. desember 1998, godkjent i statsråd samme dag. Den ble behandlet i Stortinget våren 1999.

for alle kommuner i Norge. En studie av fire utvalgte kommuner kan kalles en kollektiv casestudie, der flere case studeres for å undersøke et generelt fenomen (Silverman, 2005).

Bakgrunnen for den nye helhetlige rehabiliteringspolitikken var at rehabiliteringsvirksomheten ble utsatt for økende kritikk på begynnelsen av 1990-tallet. I behandlingen av Velferdsmeldingen (St.meld.nr 35 (1994-95)) påpekte Stortingets sosialkomité svikt i samarbeidet mellom faggrupper og nivåer, og manglende resultater av rehabilitering som et stort problem. Regjeringen ble bedt om å utarbeide en egen stortingsmelding om hvordan rehabiliteringsarbeidet kunne styrkes (Innst S nr. 180 (1995-96)). Da Rehabiliteringsmeldingen kom, var den kritisk til situasjonen på området: *"Rehabiliteringstilbodet er i dag i for stor grad prega av manglande planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og for lite medverknad frå brukarane sjølve"* (St.meld.nr.21 (1998-99):5). Intensjonen med meldingen var å beskrive en helhetlig rehabiliteringspolitikk som skulle: *"fremme sjølvstende og deltaking, og å medverke til eit verdig liv og like sjansar for menneske med funksjonsproblem eller kronisk sjukdom"* (ibid:5). Bistandsapparatet ble kritisert for å representere et fragmentert tjenestetilbud som manglet et nedenfra-perspektiv med utgangspunkt i den enkelte brukers mål, ønsker og behov. Myndighetene ønsket å fremme en rehabiliteringspolitikk som tok tak i problemstillinger som ble sett på som felles på tvers av ulike brukergrupper og virksomheter. Den nye politikken skulle motvirke sykdomsfokusering og en passiv pasientrolle (ibid:6).

Meldingen fremhevet kommunen som sentral aktør og arena. Det pekes på at det er i kommunene folk lever og bor, og at det er der hovedansvaret for å ivareta en helhetlig og koordinert rehabiliteringsprosess bør ligge. Med Rehabiliteringsmeldingen kom en ny definisjon av rehabilitering og en strategi for "helhetlig rehabilitering". Man skulle se hele individets livssituasjon i sammenheng, og fremme brukerstyring og aktiv deltakelse i samfunnet. Tjenestetilbudet skulle være individuelt tilpasset og koordinert. Rehabilitering ble beskrevet som et tverrfaglig og tverretatlig område, som krevde koordinering både horisontalt og mellom nivå, og hvor helsetjenester ofte kun utgjorde en liten del av et komplekst bilde. Det innebar en ansvarliggjøring av yrkesgrupper som ikke tidligere hadde tradisjon for å se seg som aktører innenfor rehabiliteringsfeltet. Organisering av virksomheten til det beste for brukerne ble et viktig tema: *"Det har også vist seg som ei stor utfordring å utvikle formålstenlege og effektive organisasjonsformer som tek vare på heilskapleg og tverrfagleg brukarassistanse"* (ibid:16). Meldingen ble fulgt opp av to forskrifter, forskrift om habilitering og rehabilitering, og forskrift om individuell plan, begge iverksatt 1.7.2001. Planarbeid, koordinerende enhet og individuell plan med en tjenesteyter med hovedansvar for oppfølgingen, ble lovpålagte virkemidler rettet mot koordinering på system- og individnivå, og la grunnlag for det som kan kalles en "organisatorisk vending" i rehabiliteringspolitikken.

Det er flere utviklingstrekk som aktualiserer et behov for økt kunnskap om forholdet mellom nasjonal rehabiliteringspolitikk og kommunal iverksetting. Regjeringserklæringen til Stoltenberg-regjeringen fra 2005 inneholdt et punkt om *”å sikre rehabilitering og opptrening til alle som trenger det”* (Soria-Moria erklæringen, 2005:40). Samtidig har flere nasjonale dokumenter pekt på at rehabilitering ikke har det omfanget og den statusen det burde ha for å ivareta de utfordringene som samfunnet står overfor, og at lovpålagte virkemidler ikke fungerer etter intensjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; Sosial- og helsedepartementet, 1998; St.prp.nr.1 (2006-2007)). Helhetlig rehabiliteringspolitikk framstår dermed som et krevende velferdsområde for kommunene å håndtere. I *”Nasjonal helseplan 2007-2010”* ble det pekt på at de kommunale sosial- og helsetjenestene har vært viet liten forskningsmessig oppmerksomhet, og rehabilitering fremheves som et fagområde hvor det er påvist lav forskningsaktivitet i forhold til behovet (St.prp.nr.1 (2006-2007):293). Det kommunale ansvaret for rehabilitering har i senere tid vært på dagsorden i forbindelse med Samhandlingsreformen og Stortingsmeldingen *”Morgendagens omsorg”* (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; St.meld. nr 47 (2008-2009); St.meld.nr.29 (2012-2013)). Behovet for rehabilitering beskrives som sterkt økende, og det er politisk bestemt at ansvaret for å ivareta fremtidens økte behov skal ligge til kommunene. Det skulle tilsi at avhandlingen belyser et aktuelt tema med behov for økt kunnskap.

Videre i dette innledningskapittelet vil jeg først gi en introduksjon til rehabilitering som et samfunnsskapt politikk-, kunnskaps- og virksomhetsområde med vekt på det mangesidige ved feltet. Jeg vil gi en kort bakgrunn for norske kommuner som velferdskommuner, og den rammen som translasjonen av politikken skjer innenfor. Videre vil jeg utdype avhandlingens problemstilling og valg av analytisk og metodisk tilnærming, før jeg til slutt gir en gjennomgang av avhandlingens oppbygning.

## **1.2 Konstruksjonen av rehabilitering**

Rehabilitering er et samfunnsskapt fenomen (Berger og Luckmann, 1992), og representerer et velferdspolitisk prinsipp og et kunnskaps- og virksomhetsområde med lange tradisjoner både internasjonalt og nasjonalt. Under første verdenskrig (1914-1918) ble det etablert *”re-education”* eller *”rehabilitation services”* i en rekke land rettet mot krigsskadede soldater (Stiker, 1999). Over tid har det vært benyttet mange ulike benevelser på rehabilitering i Norge, som etterbehandling, omskoling, attføring, habilitering og rehabilitering (Feiring, 2004:15). Attføring var fra midt på 1950-tallet det offisielle norske navnet på hele virksomhetsområdet<sup>3</sup>, og var lenge et ansvar først og fremst for statlige

---

<sup>3</sup> Det internasjonale ordet *”rehabilitation”* ble ansett som uegnet i norsk sammenheng, fordi begrepet ble knyttet til tilbakeføringen av personer som hadde vært nazister under krigen (Feiring, 2004).

etater som institusjonshelsetjenesten, trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten. Sammen med navnet på området har definisjoner, målgrupper og dets administrative tilhørighet endret seg over tid.

Marte Feiring daterer norsk rehabiliterings historiske røtter tilbake til 1870-tallet, men fagfeltet ble først etablert som et eget virksomhetsområde etter andre verdenskrig (Feiring, 2009; 2012; 2004). I en forenklet framstilling trekker hun fram tre ulike *forløpere* til dagens norske rehabiliteringsfelt (Feiring, 2012). Den første forløperen er en *pedagogisk* praksis som går tilbake til opprettelsen av de første utdanningsinstitusjonene for barn med bestemte typer av funksjonsnedsettelse (døve, blinde og "åndssvake"), og abnormskoleloven fra 1881. Abnormskoleloven ble erstattet av lov om spesialskoler i 1951. Da spesialskolene ble bygget ned i 1960- og 1970-årene, og helsevernet for psykisk utviklingshemmede ble avviklet i 1991, ble virksomhetene en del av habiliteringsfeltet. Den andre forløperen er en *sykdoms- og behandlingsorientert* praksis representert ved etterbehandling og arbeidsterapi i hospitaler og sanatorier på slutten av 1800-tallet. Ordninger knyttet til alvorlige epidemier som tuberkulose<sup>4</sup> og polio, og til krigsskadde, er forløpere for det som i dag kalles medisinsk rehabilitering (Feiring, 2009). Den tredje forløperen er en *yrkesorientert* praksis. Rehabilitering etableres som et virksomhetsområde etter andre verdenskrig under betegnelsen *omskoling*, en norsk oversettelse av "re-education", et ord som pekte i pedagogisk retning. Det ble startet omskoleringskurs av krigsskadde sjømenn m.fl., og det ble etablert en registreringsentral for omskoling i Oslo i 1946. Navnet ble endret til Statens attføringsinstitutt da omskoling, etter ønske fra sentrale medisinerere, ble erstattet av benevnelsen attføring på midten av 1950-tallet. Senere ble det etablert flere attføringsinstitutt, og tilbudet ble utvidet til "alle delvis arbeidsføre" nordmenn (Feiring 2004). Yrkesorientert attføring er beskrevet som myndighetenes "flaggskip" etter andre verdenskrig. Helgesen (1996:59) beskriver den yrkesrettede attføringen i Norge mellom 1945 og 1980 som sammensatt av tre problemfelter; arbeidsformidling, utredning av evner og anlegg, og medisinsk diagnostisering og/eller behandling. Attføringsprosessen ble et spørsmål om å koordinere disse tre problemfeltene. Ulike velferdsprofesjoner, som pedagoger, leger og ansatte i arbeidsmarkedsetaten, har kjempet om makt og innflytelse på området (Feiring, 1996; Feiring, 2004; Helgesen, 1996).

De tre forløperne for dagens rehabiliteringsvirksomhet utviklet seg delvis parallelt fram til 1960-årene. I følge Feiring (2012) skjer det etter dette en gradvis sammenløping til én virksomhet. Dagens praksis, som består av elementer fra de tre forløperne, har lokalsamfunnet som sin hovedarena. Feiring omtaler den nye virksomheten som *samfunnsorientert rehabilitering*. Å omtale rehabilitering om én virksomhet er en sannhet med modifikasjoner. Kommunen har fått et særlig ansvar for å koordinere

---

<sup>4</sup> Tuberkuloseloven av 1900 gjorde bekjempelsen av sykdommen til et offentlig ansvar, den første i sitt slag i verden (Seip 1984).

bistanden på individnivå, men ansvaret for å yte rehabilitering i form av ulike tiltak, er delt mellom statlige, private og kommunale virksomheter.

En dreining av fokus i rehabiliteringspolitikk fra institusjon til lokalsamfunn er en internasjonal trend. Lokalsamfunnsbasert rehabilitering (community-based rehabilitation (CBR)) ble på 1980-tallet lansert av Verdens Helseorganisasjon (WHO) som et tilbud for funksjonshemmede i lav- og middelinntektsland (Ingstad og Eide, 2007). CBR er senere blitt et trekk ved utviklingen i industrialiserte vestlige land, men ut i fra en begrunnelse knyttet til utviklingen av kroniske sykdommer, økt levealder m.m. I industrialiserte land er CBR en løst sammensatt benevnelse som inneholder ulike elementer, og som det er knyttet uklarhet til (Kendall, Muenchberger, og Catalano, 2009).

I Norge ble *medisinsk attføring* et kommunalt ansvar da kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft (1984). Lovgrunnlaget etablerte først og fremst et ansvar for helsetjenesten. Det innebærer at rehabilitering som et kommunalt ansvarsområde har hatt en sterk medisinsk eller helsefaglig forankring. Arbeid ble et mål blant flere da rehabilitering ble satt inn i en kommunal kontekst. En bred forståelse av *livskvalitet* kom i fokus med vekt på det å kunne leve som "andre" (Feiring, 2004).

Medisinsk attføring som et kommunalt ansvar må ses i sammenheng med *desentralisering* som en strategi innenfor velferdsstaten på denne tiden, og som et resultat av nye verdier og trender omtalt som *normalisering, avinstitusjonalisering og integrering*. En av drivkreftene var en kritikk av "totale institusjoner" som ramme for funksjonshemmedes liv (Goffman, 1967). Desentralisering og ideologien om normalisering og integrering, medførte at kommunene fikk overført ansvar for nye brukere. Barn med funksjonsnedsettelse fikk fra 1976 lov hjemlet rett til integrering i den vanlige skolen, og fikk fra 1988 rett til å gå på den skolen de geografisk hører til. Fra 1992 er de fleste statlige spesialskoler gjort om til kompetansesenter eller nedlagt (Tøssebro og Ytterhus, 2006). Da kommunene fikk ansvaret for primærhelsetjenestens fire deloppgaver; forebygging, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg, vokste helse- og omsorgstjenestene fort, og særlig pleie og omsorgssektoren. I 1988 overtok kommunene driften av sykehjemmene og fikk med dette et helhetlig ansvar for eldreomsorgen, både den hjemmebaserte og den institusjonsbaserte. I 1991 ble ansvaret for utviklingshemmede overført fra fylkeskommunen til kommunene gjennom "Ansvarsreformen". Samtidig har det foregått en generell nedbygging av langtidsinstitusjoner også for andre grupper av funksjonshemmede, noe som etter hvert har medført at "alle" personer med funksjonsnedsettelse er blitt et ansvar for kommunene, som f.eks. personer med psykiske lidelser og rusavhengighet. Tjenesteomfanget har vokst kraftig, og antallet velferdsprofesjoner og arbeidstakere har blitt mangedoblet (Kjølsrød, 2010). Den desentraliserte organiseringen av primærhelsetjenesten vi har hatt og fortsatt har i Norge, er

enestående, både innenfor den skandinaviske velferdsmodellen og internasjonalt (Romøren, 2011:201).

Ved inngangen til 1990-årene falt en stadig større andel av befolkningen i yrkesaktiv alder ut av arbeidslivet, og vi fikk en sterk vekst i uførepensjonen. Regjeringen Brundtland lanserte "arbeidslinjen" som en ny strategi i "Attføringsmeldingen" for å stoppe og reversere utviklingen (St.meld.nr.39 (1991-1992). Arbeidslinjen ble begrunnet med bekymringer for velferdsstatens bærekraft og med at lønnsarbeid er et gode for den enkelte (Hansen, Lundberg, og Syltevik, 2013:22). Den norske arbeidslinja skulle gi en bevegelse fra passivitet til arbeidsaktivitet og fra stønadsavhengighet til selvforsørgelse (Hernes, 2010). Kritikken mot effektiviteten i rehabiliteringsarbeidet må også ses i lys av denne endringen. Attføring/rehabilitering skulle ikke betraktes som en vei til uføretrygd, men som en innfallsport til arbeidslivet. Med arbeidslinjen ble oppmerksomheten rettet mot brukere med sammensatte behov for bistand i arbeidsmarkedet, noe som krevde samarbeid mellom etater som i stor grad håndterte de samme brukerne. Det ble satt søkelys på forholdet mellom arbeidsmarkedspolitik og velferdspolitik. Målet om å få flere i arbeid, og ønsket om å overskride gråson- og samarbeidsproblemer mellom statlig trygdeetat og Aetat, og kommunale sosialtjenester, dannet bakgrunn for etablering av NAV- etaten 1. juli 2006 (Stamsø, 2009).

### 1.2.1 Rehabiliteringspolitikk i spenningsfeltet mellom to politikkområder

I oppfølgingen av Rehabiliteringsmeldingen ble målgruppen for rehabilitering definert som: "*alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemning eller kronisk sykdom*" (forskrift om habilitering og rehabilitering 2001, § 3 andre ledd). De to begrepene *funksjonshemning* og *kronisk sykdom* plasserer utformingen av rehabiliteringspolitikken i et spenningsfelt mellom to politikkområder som drar i ulike retninger, nemlig helsepolitikk og politikk for funksjonshemmede.

I helsepolitikken er det stor oppmerksomhet omkring veksten i kroniske lidelser, noe som skaper utfordringer både på samfunnsnivå og på individnivå (Nettleton, 2006). Veksten er knyttet til endringer i demografiske og epidemiologiske forhold. Antall personer over 80 år vil øke fra 190.000 i 2000 til nesten 320.000 i 2030 og til over 500.000 i 2050 (Meld.St.16 (2011-2015):25). Med høyere alder øker også forekomsten av sammensatte og kroniske sykdommer. Generelt i befolkningen preges sykdomsbildet av kroniske ikke-smittsomme sykdommer<sup>5</sup> som påvirkes av levekår, livsbetingelser og levevaner. Medisinske fremskritt og nye behandlingsmetoder gjør at stadig flere tilstander kan

---

<sup>5</sup> De dominerende sykdomsgruppene er hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes type 2, luftveissykdommer, muskel- og skjellettsykdommer, ulykker og psykiske lidelser (Meld.St.16 (2011-2015)).



behandles, men også at flere må leve med senfølger av sykdom og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; St.meld.nr.21 (1998-99); St.meld.nr.29 (2012-2013); St.prp.nr.1 (2006-2007)). Disse utviklingstrekkene beskrives som økonomisk og kapasitetsmessig krevende å håndtere for samfunnet. En konsekvens av økningen i kronisk sykdom er økt behov for og etterspørsel etter rehabilitering. Med helsepolitikken og sykdomsbegrepet som utgangspunkt, rettes fokuset mot avvik i individets kropp og sinn, medisinske diagnoser og funksjonsnedsettelse. Rehabilitering i et individrettet og medisinsk perspektiv betraktes som et ledd i å bevare og styrke individers funksjonsevne og selvhjelpenhet, slik at de kan leve selvstendig og være minst mulig avhengig av hjelp (Bredland, Vik, og Linge, 2011).

Funksjonshemmingspolitikken på sin side er i opposisjon til det medisinske perspektivet med et ensidig fokus på individuell funksjonsevne. Her har en miljørelativ, relasjonell modell med vekt på forholdet mellom individets egenskaper og miljøets krav hatt en sentral posisjon fra slutten av 1970-tallet (NOU 2001:22; Tøssebro, 2009)<sup>6</sup>. En konsekvens av et relasjonelt perspektiv, er at behovet for rehabilitering blir situasjonsavhengig. Det overordnede målet for den norske politikken for funksjonshemmede har siden 1981 vært *full deltakelse og likestilling*. Verdigrunnlaget for den samlede politikken for funksjonshemmede er i følge St.meld. nr. 34 (1996-97) "*et samfunn for alle*" (Sosial- og helsedepartementet, 1997). I NOU 2001:22 "*Fra bruker til borger*" introduseres et begrepsmessig skille i forståelsen av funksjonshemming som tilsvarer det engelskspråklige skillet mellom "impairment" og "disability", mellom funksjonsnedsettelse som biologisk fenomen og individet i relasjon til sitt miljø. Internasjonalt er skillet mellom "impairment" og "disability" sentralt for utviklingen av den *sosiale* forståelsen av funksjonshemming. Disabled Peoples International (DPI) etablerte tidlig dette skillet og la vekt på fraværet av kausalitet mellom "impairment" og "disability" (Grue og Rua, 2013). Å gjøre noe med "impairment" kunne kreve medisinsk behandling, mens å gjøre noe med "disability" krevde politisk handling. Dette er et sentralt poeng i den sosiale modellen (Oliver, 1990) hvor man setter søkelys på samfunnsforholdene og undertrykkelsesmekanismene i samfunnet, og ikke på enkeltpersoners kroppslige og mentale avvik. Et skifte i perspektiv fra individ til samfunn har medført et skifte i funksjonshemmingspolitikken fra integrering til *inkludering*. Mange av de hindringene personer med funksjonsnedsettelse møter, er av strukturell karakter og krever mer omfattende endringer på samfunnsnivå. Det innebærer at funksjonshemmingspolitikken er opptatt av

---

<sup>6</sup> Tøssebro (2009) refererer til en artikkel av Nagi (1965) som et tidlig bidrag og en bakgrunn for utviklingen av den relasjonelle modellen, der Nagi henter argumenter fra en diskusjon innen rehabilitering for å skille tydeligere mellom a) det medisinske, b) de praktiske funksjonelle begrensningene og c) sosiale konsekvenser.

samfunnsmessig deltakelse og tilgjengelighet, mens helsepolitikken i større grad har fokus på individuell funksjonsevne.

### 1.2.2 Rehabilitering under press

Hvordan rehabilitering i nyere tid blir forstått, er bl.a. avhengig av hvilke perspektiv på funksjonshemming og kronisk sykdom som blir lagt til grunn. I følge Lie (2001:16) er betydningen av ordet rehabilitering "gjenvinning av verdighet". Bredland et al. (2011) refererer til to ulike betydninger: a) gjeninnsettelse i tidligere verdighet og stilling, og b) sette i funksjonsdyktig stand igjen. Den siste betydningen ser de som en medisinsk tradisjon der en har lagt vekt på bedring av kroppsfunksjon og mestring av daglige aktiviteter. En rehabiliteringsforståelse med vekt på verdighet forbinder de med en sosial dimensjon der individets ære og verdighet i samfunnet har betydning. Solvang og Slettebø (2012:17) skriver at rehabilitering er et begrep som har et vidt bruksområde. Fellesnevneren er en skade og en påfølgende forbedringsprosess. Normann, Sandvin og Thomessen (2008) skriver at de fleste leksika definerer rehabilitering som gjeninnsetting i eller gjenoppretting av noe som har vært tidligere. De mener at en slik forståelse ikke er dekkende for den individuelle prosessen som har som formål å realisere individuelle mål:

*"Alle mennesker, uansett alder, vil være i en eller annen utvikling. For mange voksne som har et rehabiliteringsbehov, vil det handle om en omstillingsprosess eller en alternativ utviklingsprosess, og ikke om en prosess som leder tilbake til den situasjonen de var i før ulykken, sykdommen eller krisen inntraff. Noen vil ikke en gang ønske seg tilbake til den tidligere situasjonen" (Normann et al. 2008:40).*

De er kritiske til å nytte begrepet rehabilitering fordi den tradisjonelle forståelsen, som reparasjon og gjenvinning, ikke er dekkende for det innholdet rehabiliteringsmeldingen og dagens rehabiliteringspolitikk legger opp til.

Ingunn Moser (1998) skriver i bokartikkelen "Kyborgens rehabilitering" at:

*"Rehabiliteringsdiskursen flyter rundt i og mellom vitenskapelige institusjoner og disipliner, staten ved forvaltningen og de profesjonelle aktørene i den offentlige helse- og sosialomsorgen, og politikken og de funksjonshemmedes egne organisasjoner. Den blir forhandlet fram i interaksjoner mellom aktører i ulike samfunnsinstitusjoner og på ulike arenaer" (Moser 1998:47).*

I tillegg til diskurser omkring rehabilitering i politiske dokumenter har brukeraktivistiske og akademiske miljøer bidratt med viktige kritiske perspektiver. Det er blitt stilt kritiske spørsmål ved rehabiliterings mål og virkemidler (Barnes, 2003; Hammell, 2006; Knøsen og Krokan, 2003; Oliver, 1996). "Tradisjonell" rehabilitering, i betydningen medisinsk og individrettet, har for det første blitt kritisert for å være *undertrykkende*. Det har vært et for ensidig fokus på individuelle funksjonsbegrensninger,

og de sosiale og miljømessige hindringene for personers deltakelse i samfunnet har blitt oversett (Barnes, 2003; Froestad, Solvang, og Söder, 2000; Moser, 1998; Oliver, 1996; Shakespeare, 2006). Samfunnsforholdene skaper sosial utestengning og diskriminering av funksjonshemmede, noe som krever politiske løsninger (Oliver, 1996).

I USA vokste det fram en ny sosial og politisk bevegelse blant funksjonshemmede i 1970-årene. Bevegelsen hentet inspirasjon fra borgerrettighetsbevegelsen og betraktet seg som en minoritetsgruppe med vekt på *diskriminering*. Bevegelsen "Independent Living" (ILM) var kritisk til profesjonelle tilbud som hovedsakelig handlet om medisinsk behandling og terapi i institusjoner. ILM-bevegelsen har spredd seg internasjonalt, og har også fått viktig innflytelse i Norge bl.a. gjennom innføring av ordningen med *brukerstyrt* eller *borgerstyrt personlig assistanse* (BPA). Ordningen ble startet som et prøveprosjekt i Norge i 1991, og ble et lovpålagt tilbud for kommunene fra 1. mai 2000, hjemlet i lov om sosiale tjenester (Askheim, 2003).

Tradisjonell rehabilitering kritiseres også for å hvile på en overgripende *normalitetsideologi* som preger både profesjoner og funksjonshemmede, og som ikke anerkjenner annerledeshet (Grue, 2006; Stiker, 1999). Historikeren Henri-Jacques Stiker (1999) beskriver i boken "A History of disability" hvordan funksjonshemming og sykdom er sosialt og kulturelt fortolket i ulike historiske faser. Kapitlet om funksjonshemming i vår tid kaller han "Rehabiliterings fødsel". Her forsøker han å vise hvordan rehabiliteringstenkningen er et brudd med tidligere tiders tenkning om funksjonshemming. Helbredelse er å fjerne noe og er relatert til helse. Rehabilitering handler om noe annet: "*Rehabilitation is situated in the social sphere and constitutes replacement for a deficit*" (Stiker, 1999:124). Rehabilitering er videre å inkludere alle i det som blir sett på som normalt. Det skjeve og skakke skal rettes ut og bli mest mulig i overensstemmelse med normen. Det som er annerledes, blir lite verdsatt. Dette er forskjellig fra bl.a. bibelske tekster og det rådende syn i middelalderen, der den unormale var en del av Guds plan, om enn fattig og forkommen (Solvang, 2006). I dagligtalen er "det normale" sammensatt og kan vise til tre ulike prinsipper for definering. For det første har vi en *statistisk* definisjon av normalitet. Her tematiseres normalfordelingskurven og standardavviket. For det andre har vi en *medisinsk* definisjon av normalitet. Når man er frisk er man normal, og det å være syk handler om en unormal tilstand. For det tredje kan det pekes på en *normativ* definisjon av normalitet. Det vil si kulturellt, hva som på et gitt tidspunkt i et gitt samfunn betraktes som en riktig og god levemåte. Normaliteten står i et uløselig forhold til det avvikende, og sammen danner de et dikotomt begrepspar. Normalitet er noe som først gir seg til kjenne når vi står overfor det motsatte, det unormale (Solvang, 2006).

Oliver (1996) avviser medikaliseringen<sup>7</sup> av funksjonshemmede. Han mener at problemet oppstår når leger vil bruke sin kunnskap til å behandle funksjonshemming i stedet for sykdom. Med utgangspunkt i stor makt har legene skapt en rekke pseudoprosesjoner i sitt bilde, som fysioterapeuter, ergoterapeuter og lignende. Disse yrkesgruppene, sammen med legene, har et felles mål, nemlig gjenopprettelse av det normale. Oliver kritiserer rehabilitering for at den ikke tar opp emnet makt og for at den ikke erkjenner eksistensen av en ideologi om normalitet. Rehabiliteringens mål var å assistere individet til å bli så "normalt som mulig" (ibid:105). Han mener at rehabilitering kan betraktes som en form for *sosial kontroll*, med henvisning til Foucaults begrep om normaliseringsteknologier. Ideologier er farligst når de blir tatt for gitt eller er usynlige. Ideologien til rehabiliteringsterapeutene er omsorg (care), ikke kontroll, men under ligger ideologien om normalitet. Barnes (2003) er også kritisk til at tradisjonell rehabilitering sykeliggjør funksjonshemmede mennesker og omtaler rehabilitering i et ordspill som "a sick joke".

Grue (2006) trekker fram ulike perioder i rehabiliteringens historie, og peker på at fokuset for normaliseringen har endret karakter. Under rehabiliteringens første periode var oppmerksomheten rettet mot den forskjellige kroppen og det forskjellige sinnet. Det var kroppen og sinnet som skulle normaliseres. Han bruker som eksempel de tiltak og innretninger som skulle få barn med cerebral parese til å gå "riktig", spise "riktig" osv. I den neste fasen av rehabiliteringstenkingen, den vi fortsatt er inne i, er oppmerksomheten i større grad rettet mot å normalisere menneskers måte å leve på. Funksjonshemmede er skilt ut som en egen gruppe, samtidig som det er en politisk målsetting at funksjonshemmede skal integreres, ha samme rettigheter og de samme muligheter som andre.

Diskursene ovenfor viser at rehabilitering som politikk-, kunnskaps- og virksomhetsområde er blitt møtt av kritikk fra aktører innen brukerorganisasjoner som ILM, og forskningsområdet Disability Studies (Shakespeare, 2006). Kritikken har betydning for synet på rehabilitering. Hanssen og Sandvin (2003) trekker inn flere kritiske synspunkter i en artikkel der de skriver at reorienteringen av rehabiliteringspolitikken reflekterer flere, men ikke nødvendigvis sammenfallende sosiale, politiske og ideologiske interesser. Med dette mener de at tradisjonell rehabilitering er utfordret fra ulike kanter: *ovenfra*, fra politiske institusjoner som etterspør flere og bedre rehabiliteringstjenester til lavere utgifter, *innenfra* av et økende antall profesjoner som kjemper for sin posisjon og plass innefor den nye rehabiliteringsvirksomheten, *utenfra* av samfunnsmessige utviklingstrekk hvor den modernistiske orden og fasthet brytes opp og gjør samfunnet og det sosiale liv mer flytende og uoversiktlig, og rokker ved tradisjonelle normalitetsforståelser, og *nedefra* av stadig mer selvbevisste brukere som vil

---

<sup>7</sup> Medikalisering betyr at problemer i samfunnet i tiltakende grad blir definert som et medisinsk anliggende (Andersen og Gjernes, 2012).

frigjøres fra undertrykkelse og paternalistiske profesjonelle. De spør om rehabilitering som begrep og som praksis vil overleve de ideologiske endringene som finner sted, og dersom begrepet overlever, hva vil komme ut av det?

Diskursene ovenfor viser at rehabiliteringsvirksomheten er satt under press nasjonalt og internasjonalt både i politiske dokumenter, gjennom brukerorganisasjoner og akademiske tekster. I hvilken grad disse kommer til uttrykk i sammenheng med oversettelse av den helhetlige rehabiliteringspolitikken i kommunale kontekster, er et empirisk spørsmål. Kommunen som kontekst utgjør et annet ståsted å reflektere ut fra enn nasjonal politikk, akademia og brukerorganisasjoner. Det er det kommunale blikk på rehabilitering avhandlingen videre vil utforske.

### **1.3 Kommunen som aktør og arena**

Kommunene er det laveste nivået i det norske styringssystemet. Å forstå kommunenes rolle i den norske forvaltningen innebærer å forstå deres delte funksjoner – som statlige iverksettingsorganer, som tjenesteprodusenter og som politiske arenaer (Fimreite og Grindheim, 2007). Kommunen er statens viktigste iverksetter av velferdstjenester, og er sentral for å forstå hvilke rammer rehabilitering som politikk og virksomhet er gitt lokalt. Det var 430 kommuner og 19 fylkeskommuner i Norge 1. januar 2008<sup>8</sup>, dvs. da avhandlingens empiri ble innhentet. Kommunesektoren er preget av stor grad av geografiske, befolkningsmessige og næringsmessige forskjeller, noe som innebærer ulikhet både når det gjelder behov og forutsetninger knyttet til tjenester. Det er stor variasjon i hvor mange innbyggere det er i den enkelte kommune og hvordan befolkningen er sammensatt etter kjønn og alder. Det skjer bl.a. en sentralisering av befolkningen i Norge, noe som innebærer at kommuner som preges av fraflytting og de som preges av tilflytting, vil stå overfor ulike utfordringer når det gjelder velferdstjenester. For rehabiliteringsområdet betyr det at befolkningens alders- og kjønnsammensetning vil påvirke profilen på brukersammensetningen, og at kommuner i et komparativt perspektiv vil ha ulike brukerprofiler.

Norske kommuner er bygd opp etter det som kalles *generalistprinsippet*, som innebærer at alle kommuner uansett størrelse (antall innbyggere), skal tilby det samme spekteret av tjenester med i prinsippet samme kvalitet. Samtidig har kommunene frihet til å bestemme utforming og i stor grad omfanget på tjenestene selv.

---

<sup>8</sup> I 2013/2014 er antallet kommuner 428. Den nye regjeringen Solberg har en kommunereform på sitt program med et mål om færre og større kommuner (Kommunal Rapport 04. 01.2014).

### 1.3.1 Velferdskommunen og velferdstrekanten

Det var formannskapslovene av 1837 som formaliserte kommunen som selvstendig politisk nivå (Hanssen, Helgesen, og Vabo, 2007). Fattigstellet og allmueskolen var de to hovedpilarene det kommunale selvstyret ble bygd på (Nagel, 1991:12). Norske kommuner omtales ofte som "velferdskommuner". Kommunene har historisk hatt en sentral rolle i utviklingen av velferdsstaten (Grønlie, 1991; Nagel, 1991), og har i dag en sentral rolle når det gjelder å sette velferdsstatens idealer ut i praksis (Hatland, 2011; Romøren, 2011). Seip (1991:24) legger vekt på at velferdsstaten er et produkt av samhandling i en trekant: mellom private aktører, kommuner og stat. Relasjonene i velferdstrekanten har endret seg over tid. Kommunene var velferdspionerer og et tyngdepunkt i trekanten fra rundt 1900 til slutten på 1950-tallet. I den tidlige fasen var enkelte kommuner foregangskommuner som på eget initiativ og med egne midler tok viktige sosiale løfter, mens andre var passive. I perioden 1960-80 integreres kommunene i velferdsstaten. Det ble flere lovpålagte oppgaver, mer spesifisering av hvordan de skulle løses, tilskudd og refusjoner ble styrende, og egne initiativer fikk mindre rom. Fra 1980 har desentralisering fra stat til kommuner vært en trend, med staten som styrende part i trekanten med rett til overordnet styring. Kommunene har fått en økt betydning som velferdsaktører, men har samtidig fått mindre spillerom for lokalt selvstyre (Fimreite, 2003).

Rammene for det kommunale selvstyret er negativt avgrenset, dvs. at kommunen kan påta seg alle oppgaver som ikke ved lov er tillagt andre organ. Staten anvender et bredt sett av virkemidler i sin styring av kommunene. Disse kan deles inn i juridiske, økonomiske og pedagogiske styringsmidler (Hanssen et al., 2007). Styringsystemene er sentrale virkemidler for staten som avsender av nasjonal rehabiliteringspolitikk og statens ønske om å legge til rette for kommunenes mottakelse av politikken. De *juridiske* styringsmidlene består av lover og forskrifter. Den nye kommuneloven av 1992 ga kommunene økt frihet i valg av organisasjonsform både politisk og på tjenestenivå. I følge Bukve og Offerdal (2002:9) ble det kommunale selvstyret nedtonet i den nye kommuneloven. Den nye strategien for integrasjon mellom kommune og stat bygde på målstyringstanken. Staten skulle fastsette målsettingene, mens kommunene skulle stå for gjennomføringen av dem lokalt. Kommunen skal organisere sine tjenester ut fra lokale prioriteringer og innenfor lokale økonomiske rammer, men skal samtidig ivareta krav pålagt av staten. Alle oppgavene kommunene er pålagt å ta seg av, er hjemlet i lov vedtatt i Stortinget (Hanssen et al., 2007). Utover 1990-tallet har lovfestingen i økende grad fått en *rettighetsorientering*, dvs. rettsregler som fastsetter at privatpersoner har krav på nærmere spesifiserte ytelser og tjenester fra kommunen (ibid:217). De *økonomiske* virkemidlene er knyttet til økonomiske overføringsordninger. Kommunene fikk fra 1986 et nytt inntektssystem hvor staten gikk over til rammefinansiering. Dette skulle gi kommunepolitikerne større økonomisk handlingsrom. Den *pedagogiske* styringen består først og fremst av ulike former for råd og veiledning. Disse formidles

gjennom statlige veiledere og håndbøker, direkte veiledning fra statlige organ, bruk av forsøks- og utviklingsprosjekter, samt kurs, konferanser m.m. Veiledningen er ment å virke normativt styrende på kommunenes virksomhet, selv om den ikke er bindende.

Mange av kommunenes oppgaver karakteriseres som kompleks tjenesteyting, og offentlige organisasjoner beskrives som multifunksjonelle. Dette innebærer at de skal ivareta delvis motstridende hensyn, som:

*”politisk styring, kontroll, representasjon og deltakelse fra berørte parter, medbestemmelse fra ansatte, lydhørhet overfor brukere, åpenhet, offentlighet og innsyn i beslutningsprosesser, forutsigbarhet, likebehandling, upartiskhet, nøytralitet, tjenestekvalitet, faglig uavhengighet, politisk lojalitet og kostnadseffektivitet” (Christensen, Lægreid, Roness, og Røvik, 2009:18).*

Kommunene har mange ulike oppgaver som skal ivaretas, og begrensede ressurser i form av penger og personell. Denne situasjonen innebærer en konkurranse mellom oppgaver om oppmerksomhet og ressurser, og spenninger mellom aktører som kommunepolitikere, kommunens administrasjon og de virksomhetene som har ansvar for å yte tjenester. I følge Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien, og Kroken (2002:12) preges den nasjonale velferdspolitikken ofte av gode hensikter og et ytelsesnivå som framstår uten grenser, mens kommunene fort framstår med en manglende evne til å realisere velferdsambisjonen: *”Politikken kjennetegnes av et oversettelsesproblem, der det kreves noe langt mer enn bare gode hensikter og entydige krav for at den skal lykkes”* (Vike et al. 2002:24). Nasjonale politiske idealer og lovpålagte virkemidler skal håndteres i ulike sammenhenger knyttet til politikk, administrasjon, profesjoner og brukere. Det innebærer at veien fra hensikter til resultater er en sammensatt og mangesidig prosess. Den enkelte kommunen kan fort bli stående i et krysspress da den både skal være en lojal iverksetter av statlig politikk og en selvstendig politikktutformer (Lyngstad, Støkken, og Lichtwarck, 1997).

### 1.3.2 Fornyning av velferdssektoren

Den norske velferdssektoren har i etterkrigstiden vært preget av stor vekst i oppgaver og personell, og spesialisering og differensiering har vært gjennomgående trekk ved utviklingen (Sandvin, 1996). Økt arbeidsdeling håndteres gjennom formalisering, spesialisering og profesjonalisering, som igjen skaper behov for koordinering (Jacobsen, 2004). Samtidig har utviklingen i velferdsstaten etter 1980 også blitt beskrevet som dedifferensiering, dvs. tilbakeføring av mennesker til lokalsamfunnet, og utviklingen mot et mindre differensiert omsorgssystem i kommunene (Sandvin, 1996). Kommunene har fått ansvar for langt flere oppgaver og brukere enn tidligere. Med den nye kommuneloven (1992) fikk kommunene frihet til selv å bestemme organisering, og fagdepartementer mistet den direkte kontakten med sin sektor. Staten har i stedet økt sin vekt på indirekte styring gjennom rettighetslovgivning, tilsyn og krav

til rapportering. Omfanget av rapportering og kontroll har skapt begrepet "det nye revisjonssamfunnet" (Amdam og Veggeland, 2011:43)

Helse- og velferdssektoren generelt, og den kommunale sektoren har hatt et økende reformpress de siste 25 årene. Fornyng og utvikling av offentlig forvaltning er fra tidlig på 90-tallet dominert av en markedsfokustert reformbølge som har fått betegnelsen *New Public Management* (NPM)<sup>9</sup>, en ideologisk overbygning for moderniseringsprogrammer i den vestlige verden. Kritikken mot offentlig sektor har særlig fokusert på ineffektivitet, byråkrati, høye kostnader og for dårlig kvalitet på ulike tjenester (Stamsø, 2009). NPM nedtoner forskjellene mellom offentlig og privat sektor, og fremhever at organisasjonsmodeller og styringsformer fra privat sektor med stort utbytte kan overføres til offentlige organisasjoner (Christensen et al., 2009:15). I norske kommuner har for eksempel resultatkommunen, eller to-nivå-modellen, med vekt på flat struktur fått stor oppslutning (Torsteinsen, 2012). For enhetsledere medfører modellen desentralisert ansvar for budsjett og personell i tillegg til faglig ansvar med vekt på resultat. I tillegg er mange mellomlederstillinger fjernet. Utviklingen berører rehabilitering som en tverrfaglig og tverrsektoriell virksomhet, fordi det bl.a. gir økte utfordringer for koordinering. Et økt antall selvstendige virksomhetsenheter medfører økt fare for fragmenterte tjenester.

De siste ti årene har det vært økt oppmerksomhet rettet mot tiltak som omtales som post-NPM med økt fokus på bl.a. samordningsbehov (Christensen et al., 2009:219). En annen betegnelse er *Joined-up government* (JUG), som er definert som en strategi som søker å koordinere politikk på tvers av organisasjoner for å ivareta "wicked problems" (Askim, Christensen, Fimreite, og Lægred, 2009). Med "wicked problems" menes problemer som har rot i samfunnet, men som er svært motstandsdyktig mot tradisjonell sektorbasert tilnærming. JUG-reformer søker å redusere spesialisering, - vertikalt, ved å styrke sentral ledelse, og - horisontalt, ved å fremme eller tvinge fram bedre koordinering. Den helhetlige rehabiliteringspolitikken har fokus på koordinering og helhetlige tjenester, noe som er sammenfallende med trekk innenfor post-NPM eller JUG-reform. Det samme kjennetegner NAV-

---

<sup>9</sup> Også omtalt som Ny offentlig styring (NOS)(Hanssen et al., 2007). Ødegård (2005:29) deler NPM-konseptet opp i tre hovedbolker. Den første bolken har fått betegnelsen "tro på ledelse" som innebærer: fokus på økt effektivitet, ledelse gjennom bruk av desentralisering og delegering, profesjonalisering av lederrollen, disiplinering av arbeidsstyrken gjennom produktivitetskrav og ansettelse av ledere på kontrakt knyttet til resultatkrav. Den andre bolken har betegnelsen "mer bruk av indirekte kontroll enn av direkte autoritet" i form av: privatisering/fristilling av kommunal virksomhet, prestasjonsbasert belønningssystem, fokus på kvalitet/kvalitetssikring, delegering av ansvar og myndighet, målstyring/resultatstyring, vektlegging av marked og kontrakter m.m. Den tredje bolken har betegnelsen "bruker-/borgerfokusering". Denne delen av NPM-tenkningen retter søkelyset mot hvordan man kan innrette organisasjonen for å legge til rette for økt innflytelse og medvirkning fra brukernes/innbyggernes side med vekt på forhold som brukervalg/valgfrihet, rettighetslovgivning, service-garantier, penger følger brukeren/voucher, borger-/brukerundersøkelser m.m..



reformen, hvor man slo sammen rikstrygdeverket, arbeidsmarkedsetaten og deler av den kommunale sosialtjenesten (Sosialdepartementet, 2003) for å skape mer helhetlige, sammenhengende og effektive tjenestetilbud for å få flere i arbeid og færre på trygd (Askim et al., 2009). Behovet for bedre samordning er også sentralt i Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 (2008-2009), hvor det er skissert fem hovedgrep for å sikre at pasientene får bedre koordinerte tjenester, samtidig som den svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene knyttet til dagens helse- og omsorgstjenester (Melby og Tjora, 2013).

Forskning viser at det ikke er slik at horisontale relasjoner har erstattet de hierarkiske, men at de ofte kommer i tillegg (Byrkjeflot og Guldbrandsøy, 2013). NPM og JUG representerer utviklingstrekk i offentlig sektor som ofte skjer parallelt. Dette er trekk som det er viktig å være oppmerksom på når avhandlingen videre skal ta for seg translasjonen av rehabiliteringspolitikken i den enkelte kommune.

### 1.3.3 Velferdsprofesjoner, faglig styring og brukerinnflytelse

Kommunene må forholde seg til at også andre aktører enn staten har interesser i den kommunale virksomheten. Kommunene er arbeidsgivere for en rekke yrkesgrupper eller profesjoner som står i direkte kontakt med brukerne, og som har til oppgave å yte de tjenestene som bl.a. rehabiliteringspolitikken retter seg mot. Disse tilhører i stor grad velferdsstatens yrkesgrupper eller profesjoner med et samfunnsmandat knyttet til velferdsstatens målsettinger (Grimen, 2008). Mange av profesjonene som er knyttet til kommunal rehabilitering, omtales som de "nye" profesjonene, eller det som tidligere ble omtalt som "semiprofesjoner", fordi de har en mellomlang utdanning på høyskolenivå, og bare delvis svarer til de trekk som kjennetegner de klassiske profesjonene. Profesjonenes arbeidsoppgaver er av en slik art at formalisert kunnskap må kombineres med utøvelse av skjønn for å kunne håndteres på en adekvat måte. Virksomheten omtales ofte som "praksis" (Molander og Terum, 2008:19). Velferdsstatens profesjoner kan på den ene siden betraktes som en gruppe av yrker med mange felles trekk, men kan på den andre siden studeres som grupper med ulike historier, ansvarsområder, egenskaper og interesser.

Innen rehabiliteringsfeltet har helsefaglige yrkesgrupper tradisjonelt hatt en sterk stilling i det kommunale rehabiliteringsarbeidet, mens andre yrker i liten grad har vært oppfattet som sentrale aktører innen rehabilitering. Diskurser omkring innholdet i rehabilitering kan bidra til en kamp mellom profesjoner om "intellektuell jurisdiksjon" i form av kunnskapsmessig kontroll (Abbott 1988) på rehabiliteringsfeltet. Kritikken rettet mot helseprofesjonene om at fagene er for individ- og sykdomsfokusert, og økt vekt på et helhetsperspektiv, kan gi økt innflytelse til yrkesgrupper med en mer samfunnsorientert tilnærming.

Det profesjonelle arbeid har sin egen logikk, som forutsetter spesielle organisatoriske forutsetninger for å fungere. Kommunene har de siste årene lagt økt vekt på budsjett- og resultatstyring på bekostning av faglig styring. Det er åpnet for et organisatorisk mangfold, hvor de tidligere etablerte sektorgrensene blir løst opp. Dette er trekk som ofte utfordrer profesjonenes autonomi. Freidson (2001) er bekymret for at profesjonalitet taper mot organisasjonsformer basert på marked og byråkrati. Han bruker begrepet "profesjonalitet" for å referere til de institusjonelle omstendigheter hvor medlemmer av yrker kontrollerer arbeidet i stedet for konsumenter eller administrative ledere.

I tillegg er brukernes rettigheter og innflytelse styrket overfor profesjonene. I lovgivning innen helse og velferd har myndighetene lagt stor vekt på å sikre brukerrepresentasjon i planlegging og drift av virksomheter på systemnivå, for eksempel i helseforetaksreformen fra 2002 og arbeids- og forvaltningsreformen fra 2006 (Olsen, 2009). Rett til brukermedvirkning på individnivå ble tatt inn i lovgivning som pasientrettighetsloven (1999) og forskrift om habilitering og rehabilitering (2001). Yrkesgruppene kan dermed komme i krysspress mellom statlig og kommunal styring ovenfra og brukernes behov og ønsker nedenfra.

## 1.4 Problemstilling

Alle norske kommuner er underlagt det samme juridiske kravet om å yte rehabilitering til brukere som trenger dette. De er også mottakere av de samme politiske føringene gjennom den nasjonale rehabiliteringspolitikken. Rehabiliteringsmeldingen varslet en ny og "helhetlig" rehabiliteringspolitikk hvor kommunene er gitt en mer sentral rolle enn tidligere. Translasjonen av politikken er en aktivitet som involverer mange aktører i kommunen, både politikere, administratorer og ulike faggrupper. Dette innebærer at en studie av lokal translasjon mest sannsynlig ikke vil representere et enhetlig syn. Oversettelse kan dreie seg om både oppslutning om, neglisjering av eller motstand mot nye tanker og virkemidler i politikken. For å få økt kunnskap om hvordan politikken mottas, og bedre forståelse av lokal translasjon og oversettelse, vil det være av interesse å vite mer om hva som skjer når politikken håndteres i ulike sammenhenger i kommunen.

Problemstillingen for denne avhandlingen er: **Hvordan oversettes den nasjonale helhetlige rehabiliteringspolitikken i ulike kommunale kontekster?**

Med nasjonal helhetlig rehabiliteringspolitikk menes den politikk som ble fremmet i Rehabiliteringsmeldingen, og oppfølgingen av denne. Meldingen er valgt som et utgangspunkt fordi den representerte et skifte i norsk rehabiliteringspolitikk som var gjeldende da jeg startet mitt PhD-

prosjekt. Senere bidrag til utforming og presisering av rehabiliteringspolitikken har i hovedsak vist tilbake til de hovedprinsipper som ble lagt i Rehabiliteringsmeldingen.

For å konkretisere og avgrense problemstillingen for den empiriske studien har jeg valgt å utforme to forskningsspørsmål:

1. Hvordan oversettes den helhetlige rehabiliteringspolitikken organisatoriske krav i fire utvalgte norske kommuner?
2. Hvordan blir den helhetlige rehabiliteringspolitikken oppfattet og mottatt av ulike faggrupper og tjenesteenheter i de fire kommunene?

Det *første* forskningsspørsmålet retter seg mot de nye lovpålagte oppgavene, som ble foreslått i Rehabiliteringsmeldingen og skrevet inn i de to nye forskriftene som kom i kjølvannet av meldingen. Det gjelder krav om planlegging av den kommunale rehabiliteringsvirksomheten, krav om etablering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og plikten til å tilby individuell plan og personlig koordinator til personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Disse oppgavene ble i Rehabiliteringsmeldingen beskrevet som sentrale virkemidler for realiseringen av en helhetlig rehabiliteringspolitikk, og måten kommunene håndterer disse kravene på er derfor sentrale for å forstå hvordan den nasjonale rehabiliteringspolitikken oversettes i de fire kommunene. Her retter jeg meg mot et organisatorisk nivå i de fire kommunene. Hvordan og hva kommunene planlegger, hvordan koordinerende enhet organiseres, og hvilke strukturer og rutiner som etableres for å ivareta arbeidet med individuelle planer vil fortelle mye om hvordan den lokale rehabiliteringsvirksomheten utformes i lys av nasjonale forventninger og mål.

De nye virkemidlene har fått ulik grad av oppmerksomhet i forskningen. Størst oppmerksomhet er viet til arbeidet med individuelle planer (Alve et al., 2012; Nilssen, 2011). Breimo (2012) har studert de ulike virkemidlene med utgangspunkt i organisering av rehabiliteringsprosessene rundt enkeltbrukere. Hun peker på at verken individuell plan eller koordinerende enhet med nødvendighet bidrar til å sikre individuelt tilpassede tjenester, men at de – avhengig av hvordan virkemidlene organiseres og praktiseres – like gjerne kan bidra til økt standardisering. Det er få andre studier som har sett på de ulike virkemidlene i sammenheng. Jeg er opptatt av hvordan kommunenes håndtering av de lovpålagte kravene, hver for seg og i sammenheng, bidrar til å strukturere rehabiliteringsvirksomheten på systemnivå i de fire kommunene, og hvordan disse strukturene gjenspeiler henholdsvis sentralpolitiske ideal og lokale interesser og betingelser.

Det *andre* forskningsspørsmålet retter seg mot ulike faggrupper og tjenesteenheter i kommunene, dvs. mot et tjenesteyternivå i kommunene. Jeg erfarte tidlig i undersøkelsen at yrkes- og

organisasjonstilknytning utgjorde viktige kontekster for måten aktørene forholdt seg til området rehabilitering, og foretar derfor en sammenligning mellom ulike fag- og etatsidentiteter på tvers av kommunegrensene. Jeg mener dette er av betydning for å få bedre innsikt i den dynamikk som preger translasjonen av den nye rehabiliteringspolitikken i kommunene.

Rehabiliteringsmeldingen fremholder at ulike faggrupper og tjenestemiljøer har ulik forståelse av rehabilitering og mener at dette har ført til samarbeidsproblemer mellom yrkesgrupper, virksomheter, etater og nivåer (St.meld.nr.21 (1998-99):10). Det hevdes at realiseringen av en helhetlig rehabiliteringspolitikk forutsetter at de mange yrkesgruppene som yter bistand i individuelle rehabiliteringsprosesser, forstår og slutter opp om hovedprinsippene i den helhetlige politikken. Det vil derfor være av relevans å undersøke hvordan disse aktørene oppfatter og omtaler kommunens rehabiliteringsvirksomhet og de eventuelle endringer som den nye politikken har medført i deres kommune. Hvordan beskriver ulike yrkesgrupper sitt forhold til rehabilitering? Hvilken grad av oppslutning om den nye politikken kommer til uttrykk i tjenesteyternes beskrivelser? Kommer det fram spenninger i tjenesteyternes beretninger mellom tidligere og ny rehabiliteringspolitikk, eller mellom ulike faggrupper eller deltjenesters rolle og plass i den nye politikken?

Å studere kommuners oversettelse av nasjonal rehabiliteringspolitikk, gir et annet inntak til rehabilitering enn å studere rehabilitering med utgangspunkt i en bestemt målgruppe, diagnose eller aldersgruppe. Avhandlingen tar ikke sikte på å evaluere i hvor stor grad kommunene oppfylder den statlige politikken. Hovedvekten i avhandlingen er på hvordan enkeltkommuner oversetter sentrale verdier og krav, og hvordan tjenesteytere og representanter for deltjenester forholder seg til den nye politikken. Fokus blir dermed på *prosessen*, hvordan statlig politikk transformeres til kommunal politikk og til en lokal utforming av rehabilitering som virksomhet. Det innebærer at studien vil konsentrere seg mer om realisering av politikken enn om effekter.

## **1.5 Iverksetting og oversettelse**

Det å studere hvordan politikk oversettes fra det nasjonale til det lokale, gir assosiasjoner til det som tidligere ble omtalt som iverksettingsstudier: "*Studier av iverksetting retter søkelyset på hva som skjer, om noe, etter at politiske vedtak er fattet, og det er fastlagt en politikk på et samfunnsområde*" (Offerdal, 2000:257). Iverksettingsstudier har tradisjonelt konkludert med at politiske målsettinger og virkemidler ikke fungerer slik det er tenkt når det omsettes i praksis. Jeg har hovedvekt på prosessen internt i kommunen, og er opptatt av hva som skjer, eller ikke skjer, når den nasjonale politikken "lander" i en kommune. Politikken betraktes som "ideer på reise" fra det nasjonale til det lokale

(Czarniawska og Sevón, 1996), og analysen har hovedvekt på translasjonsprosessen som skjer i den enkelte kommune, mer enn på resultatet av politikken. Dette er avhandlingens omdreiningspunkt.

I studien av rehabiliteringspolitikk som oversettelse tar jeg utgangspunkt i at det kan identifiseres en avsenderside og en mottakerside (Grape og Blom, 2006; Røvik, 2007). Avsendersiden består av sentrale myndigheter, der regjering og Storting vedtar politikken nasjonalt, mens den sentrale forvaltningen som departementer, direktorater m.fl., har ansvar for å legge til rette for iverksetting av den vedtatte politikken. Politikken innhold eller "ideer" formidles i dokumenter som NOU-er, stortingsmeldinger, statsbudsjetter, regelverk, handlingsplaner, veiledere, brosjyrer, bestillingsdokumenter, m.m.. I avhandlingen betraktes dokumenter både som "konteinere" for innhold, og som aktanter (medspillere) som fører til handling (Prior, 2003). Mottakere av rehabiliteringspolitikken er i denne sammenhengen norske kommuner.

Til å undersøke transformasjonen som skjer, har jeg valgt begrepene "translasjon" eller "oversettelse", med røtter i skandinavisk nyinstitusjonalisme og aktør-nettverk-teori (ANT) som teoretiske ressurser (Callon og Latour, 1981; Czarniawska og Sevón, 1996; Grape et al., 2006; Røvik, 2007). Innenfor et translasjonsteoretisk perspektiv har man de senere årene vært opptatt av sammenhengen mellom generelle ideer og konkrete lokale omorganiseringer (Blom og Grape, 2006; Røvik, 2007; Scheuer, 2006). "Translasjon" eller "oversettelse" er overlappende begreper som gir inntak til å forstå både stabilitet og endring i organisasjoner. Nasjonal rehabiliteringspolitikk som ideer betraktes som representasjoner som endres og omformes etter hvert som nye aktører kommer i kontakt med dem (Czarniawska og Sevón, 1996; Latour, 1987). Translasjonsteori er ikke en enhetlig teori, og oversettelse kan forstås både som endringer eller tilpasninger av innhold, og som etablering av nettverk som støtter opp om den nye politikken. (Callon, 1986; Czarniawska og Sevón, 1996; Latour, 1986; Røvik, 2007). Et nettverk kan omfatte både personer, tekster og teknologi.

Den norske velferdsmodellen er preget av en arbeidsdeling mellom stat og kommune, der staten vedtar og kommunene iverksetter velferdspolitikken (Stamsø, 2009). Forholdet mellom statlig politisk styring og kommunenes evne til å oppfylle et økende antall velferdsstatlige pålegg er omdiskutert (Fimreite, 2003; Vike et al., 2002). Både kommunal autonomi og statlig styring vektlegges, noe som kan medføre spenninger når velferdspolitikken skal "oversettes" lokalt i den enkelte kommune. Statsvitenskapen er opptatt av maktforholdet og balansen mellom de to nivåene, og om kommunene har fått redusert sitt handlingsrom (Fimreite, 2003; Fimreite, Flo, Selle, og Tranvik, 2007). Som velferdssosiolog vil mitt hovedfokus være rettet mot innholdet i politikken, og selve translasjonen som skjer i forflytningen av rehabiliteringspolitikken ideer og virkemidler fra det nasjonale til det lokale.

Fokus er på oversettelsesprosessen, der mange ulike aktører og systemer involveres, og der prosessen ofte framstår som sammensatt og utfordrende.

## 1.6 Metodisk avgrensning

Jeg undersøker hvordan ulike aktører i fire norske kommuner, en stor, en mellomstor og to små, forholder seg til og håndterer nasjonale krav og føringer som ble fremmet i Rehabiliteringsmeldingen og oppfølgingen av denne. Innhenting av data ble gjort over et år, fra høsten 2007 til høsten 2008. Det innebærer at jeg analyserer data fra denne tidsperioden. Selv om deler av regelverket<sup>10</sup> er endret fra 1.1.2012, er innholdet i de nasjonale føringene på de områdene som jeg tar opp i problemstillingen i stor grad det samme som tidligere for kommunene.

Kommunale aktører kan omfatte alt fra kommunepolitikere, administrativt personale, tjenesteytere og tjenestemottakere. Jeg har avgrenset meg til å studere kommunens oversettelse gjennom intervju med ledere på ulike nivå og med fagansatte eller profesjoner, også omtalt som "frontlinjebyråkrater" eller "bakkebyråkrater" (Eriksen, 2001; Lipsky, 1980). I tillegg har jeg lest kommunale dokumenter, hovedsakelig i form av rehabiliteringsplaner. Jeg har ikke intervjuet politikere, men har valgt å synliggjøre kommunal politikk ved å gjennomgå de ulike planarbeidene som har vært på dagsorden i de fire kommunene. Jeg har ikke intervjuet brukere, og studien gir dermed ikke inntak til hvordan kommunenes tjenestetilbud oppleves av brukerne. En kommune har som arbeidsgiver et ansvar for arbeidstakere som har behov for rehabilitering. Kommunens ansvar som arbeidsgiver er heller ikke tema i denne avhandlingen.

Beskrivelser og komparasjon mellom kommuner er sentralt når jeg undersøker oversettelsen av de organisatoriske virkemidlene. Sammenlikningen har til hensikt å få frem likheter, forskjeller og nyanser i kommunenes oversettelse. Hvordan rehabilitering oversettes i de fire kommunene, vil få sin betydning i kraft av den veven de inngår i, og jeg vil ikke kunne avkontekstualisere det som sammenliknes (Sørhaug, 2004). Dataene er hentet fra en stor, en mellomstor og to små kommuner, noe som gir mulighet for å studere i hvilken grad det framkommer spesielle problemstillinger eller spenninger som kan knyttes til størrelse. I løpet av analyseprosessen framsto også ulike fag- og etatsidentiteter på tvers av kommunegrensene som viktige for å få bedre innsikt i dynamikken som

---

<sup>10</sup> Kommunehelsetjenesteloven (1982) og deler av sosialtjenesteloven (1992) ble avløst av lov om helse- og omsorgstjenesteloven i kommunene fra 1.1.2012. Forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuell plan ble avløst av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator fra samme dato.

preger translasjonen av den helhetlige rehabiliteringspolitikken i kommunene. Det medførte at jeg går over til å ha hovedvekt på faggrupper og tjenesteenheter på tvers av kommuner i forskningsspørsmål 2.

I kommunene finnes det personer som har behov for rehabilitering, og som kommunene har plikt til og bistå. Disse personene kan ha ulike benevnelser som "brukere", "tjenestemottakere", "pasienter" og "klienter", avhengig av bl.a. faglig kontekst og tradisjon. I avhandlingen anvender jeg i hovedsak begrepet bruker, da dette begrepet ble benyttet i definisjonen av rehabilitering (forskrift om habilitering og rehabilitering 2001, § 2), eller begrepet "tjenestemottaker" som ble benyttet i forskrift om individuell plan (2001/2004). Martinussen (2008) utviklet i sin doktoravhandling om rehabilitering benevnelsen "*rehabilitant*" om personer i en rehabiliteringsprosess. Jeg har stor sans for hennes benevning, men har likevel valgt å benytte de begrepene som ble brukt i den sentrale lovgivningen for rehabilitering<sup>11</sup>.

Som praksis kan rehabilitering på mange måter betraktes som "flytende" (Bauman, 2006). Den er kontekstavhengig, endres med tid og sted, påvirkes av ulike interesser og forhandlinger, og framstår som omstridt. Individuelle og unike rehabiliteringsprosesser gjør rehabilitering til en mangfoldig og sammensatt virksomhet. Det er mange ulike yrkesgrupper og virksomheter involvert, og ulike oppgaver som skal ivaretas. Rehabilitering "gjøres" i en distribuert virksomhet og i form av mange ulike praksiser, og kan karakteriseres som "multiple" (Mol, 2002).

Den enkelte kommune utsettes for forventninger og krav fra ulike aktører, både interne og eksterne. Det er også forskjell i innflytelse, status og gjennomslagskraft mellom ulike aktører. Dette innebærer at oversettelse og materialisering av den nye nasjonale rehabiliteringspolitikken vil foregå gjennom en rekke komplekse praksiser, med innebygde spenninger, som vil kreve kontinuerlige forhandlinger og håndtering både innenfor rehabiliteringsvirksomheten i seg selv, i den grad den lar seg avgrense, og i forhold til andre politikkområder. Hvordan disse aspektene virker inn på oversettelsen av rehabiliteringspolitikken fra det nasjonale til det lokale, er avhandlingens hovedfokus.

## 1.7 Avhandlingens oppbygning

I *kapittel 1* har jeg gitt en innføring i avhandlingens tema og problemstilling. I avhandlingen undersøker jeg hvordan nasjonal helhetlig rehabiliteringspolitikk som "ideer på reise", "pakkes ut" og oversettes

---

<sup>11</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuell plan er fra 1.1.2012 erstattet av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Her er begrepene tjenestemottaker eller bruker erstattet av benevnelsen "*pasient og bruker*".

i fire ulike norske kommuner. Utgangspunktet er reorienteringen av rehabiliteringspolitikken i St.meld. nr.21 (1998-99) og oppfølgingen av denne, hvilke føringer som rettes mot kommunene og hva som er nytt i forhold til tidligere. Problemstillingen spør hvordan den helhetlige rehabiliteringspolitikken oversettes i ulike kommunale kontekster, og konkretiseres i form av to forskningsspørsmål der det første har vekt på oversettelse av organisatoriske krav, dvs. planlegging, koordinerende enhet, individuell plan og koordinator, og det andre har vekt på hvordan politikken blir oppfattet og mottatt av ulike faggrupper og tjenesteenheter.

I *kapittel 2* går jeg igjennom rehabiliteringspolitikkens sentrale ideer, og hvordan disse er "pakket inn". Jeg starter med å sammenlikne den "nye" politikken med tidligere rehabiliteringspolitiske dokumenter og lovgivning. Hensikten er å se "gammel" og "ny" rehabiliteringspolitikk i sammenheng, og tydeliggjøre hva som er innholdsmessig nytt i den helhetlige politikken. Jeg avslutter med å ta for meg sentrale trekk ved den nye rehabiliteringspolitikken i et sosiologisk perspektiv.

*Kapittel 3* er et teoretisk kapittel hvor jeg går nærmere inn på avhandlingens teoretiske og analytiske perspektiv. Translasjons- eller oversettelsesteori anvendes til å analysere prosessen når den nasjonale politikken "lander" i kommunen. Jeg redegjør for hvordan jeg anvender skandinavisk nyinstitusjonalisme med innslag av ANT som teoretisk ressurs i analysen. For å analysere innholdet i rehabilitering og for å forstå tjenesteyterne, supplerer jeg med annen teori i andre deler av avhandlingen.

*Kapittel 4* er et metodekapittel hvor jeg redegjør for metodiske valg, og hvordan den empiriske delen av prosjektet er gjennomført. Jeg studerer fire utvalgte kommuner. Studien har en kvalitativ tilnærming og kan kalles en komparativ casestudie. Hensikten er å få en omfattende og nyansert beskrivelse av casene, og å få fram forskjeller og likheter mellom dem.

Rehabiliteringspolitikken mottakerside tas opp i *analysekapitlene 5, 6, 7 og 8*. Kapitlene er analyser av hvordan det kommunale mottakerapparatet gjennom utpakking oversetter den nasjonale rehabiliteringspolitikken. *Kapittel 5* ser på i hvilken grad og hvordan de fire kommunene har arbeidet med planprosesser knyttet til rehabilitering. Jeg tar for meg hvordan kommunal planlegging dreier seg om en konseptualisering av rehabilitering som objekt i kommunen, og hvordan rehabilitering gjennom planlegging blir til forskjellige ting. I *kapittel 6 og 7* ser jeg på institusjonaliseringen av rehabilitering lokalt avgrenset til koordinerende enhet, individuell plan og koordinator. I *kapittel 8* tar jeg opp ulike faggrupper og tjenesteenheters oppfatninger og identitet knyttet til rehabilitering. Hvordan beskrives trekk ved rehabilitering i kommunene, og i hvilken grad betraktes rehabilitering som et felles og overordnet begrep av ulike faggrupper og innenfor ulike tjenesteenheter i kommunene.



I avslutningskapittelet, *kapittel 9*, vender jeg tilbake til avhandlingens problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg oppsummerer de mest sentrale funnene i analysen, og reflekter rundt hvordan funnene kan forstås, hva translasjonen kan bety for de utfordringer som kommunal rehabilitering står ovenfor, og hva som peker seg ut i forhold til videre forskning.



## **2 FRA MEDISINSK ATTFØRING TIL HELHETLIG REHABILITERING**

### **2.1 Innledning**

I dette kapittelet tar jeg for meg "gammel" og "ny" rehabiliteringspolitikk, og har fokus på hvilke forventninger og krav sentrale myndigheter har rettet mot kommunene. Statlige myndigheter utgjør politikken avsenderside, og politikken "pakkes" og formidles i form av offentlige dokumenter, som i denne sammenhengen omfatter alt fra norske offentlige utredninger (NOU), stortingsmeldinger, lovverk, veiledere m.m. Disse utgjør et viktig ledd i translasjonsprosessen fra det nasjonale og til det lokale, både som konteinere for innhold, og som aktanter (medspillere) i et handlingsperspektiv (Prior, 2003). Pakking viser til ideers form, hvordan de formuleres og presenteres, noe som kan være avgjørende for om de fremstår som akseptable og legitime (Røvik 2007:225-226). Nasjonale myndigheter benytter skriftlige tekster som ledd i sin styring, noe som forutsetter at de betrakter språk og ideer som viktige for vår forståelse av verden og for handling.

Med "gammel" rehabiliteringspolitikk mener jeg her tiden fra rundt 1980, da medisinsk attføring ble presentert som et ansvar for kommunene i forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven, og til og med 1997. Med "ny" rehabiliteringspolitikk mener jeg perioden fra 1998, da Rehabiliteringsmeldingen ble presentert, og tiden fram til min empiriske undersøkelse ble gjennomført høsten 2007 til høsten 2008. Etter at Rehabiliteringsmeldingen ble behandlet i Stortinget våren 1999, har sentrale myndigheter henvist til denne som et basisdokument i rehabiliteringspolitikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007), og gammel politikk refereres sjelden. I gjennomgangen vil jeg ha hovedvekt på innholdet i dokumentene. Rehabiliteringspolitikken kan også betraktes som et nettverk av dokumenter som står i relasjon til hverandre, og som er tett sammenvevd med andre dokumenter innenfor helse- og velferdspolitikken generelt. Jeg vil også være oppmerksom på relasjonen mellom dokumenter, hvordan disse forholder seg til hverandre og hvordan dokumenter kan få ting til å skje, dvs. i et nettverks- og handlingsperspektiv.

Gjennomgangen av gammel og ny rehabiliteringspolitikk vil danne en bakgrunn for den empiriske analysen av hvordan ideene "pakkes ut" inne i kommunene. Hensikten med gjennomgangen er å få fram sentrale utviklingstrekk, og tydeliggjøre hva som utgjør det nye i den helhetlige politikken. En oversikt over historiske utviklingstrekk gir også en bakgrunn for å forstå hvordan tidligere praksiser, begreper og organisasjonsmønstre fortsatt kan være tilstede i organisasjonene og kan virke inn på oversettelsen av den nye helhetlige politikken. Etter at jeg har oppsummert hovedforskjellene mellom

gammel og ny rehabiliteringspolitikk, vil jeg gjennomgå de viktigste trekkene i den nye politikken med utgangspunkt i sosiologisk teori.

## 2.2 Fra medisinsk attføring til medisinsk habilitering og rehabilitering

"Gammel" rehabiliteringspolitikk, som er rettet mot rehabilitering som et kommunalt ansvar, er knyttet til innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984 og deloppgaven medisinsk attføring. Dette har styrt valget av hvilke dokumenter som blir gjennomgått. De mest sentrale er: NOU 1980:47 "*Medisinsk attføring*", forarbeidet til kommunehelsetjenesteloven (Ot.prp. nr. 36 (1980-81)), St.meld.nr.36 (1989-90) "*Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*" og Helsedirektoratets veileder om medisinsk rehabilitering (IK-2360)(Helsedirektoratet, 1991). Hovedtemaer i gjennomgangen av dokumentene er: hvorfor rehabilitering bør være et kommunalt ansvar, beskrivelser av målgruppen for rehabilitering, definering av rehabilitering, utfordringer for rehabilitering og hvordan rehabilitering bør organiseres.

### 2.2.1 Attføring må ha forankring i det lokale hjelpeapparatet

NOU 1980:47 "*Medisinsk attføring*" tok opp medisinsk attføring spesielt, men omtaler også attføring mer generelt. Utredningen la vekt på "*å skissere et attføringssystem som har sin basis i det lokale hjelpeapparat*" (NOU 1980:47, s.8). Behovet for attføring ble satt i sammenheng med en persons problemer med å fungere i hjem, arbeidsliv eller andre sosiale og kulturelle aktiviteter. Problemene kunne best løses av personen selv i samarbeid med et lokalt hjelpeapparat (ibid:22). Attføring generelt beskrives som en mangfoldig virksomhet som angår mange sektorer og deltjenester i samfunnet. I beskrivelsen av lokalsamfunnets totale attføringsapparat (ibid:22) omtales et bredt sett av tjenester: både distrikthelsetjenesten, skoleverket, arbeidsmarkedsetaten, sosialvesenet, barnehager, trygdevesenet og frivillige organisasjoner. Det pekes også på et behov for å samordne de ulike bidragene: "*Helsevesenets bidrag til attføringsvirksomheten må ses i sammenheng med andre helsetjenester i og utenfor institusjon og må samordnes med samfunnets øvrige attføringsarbeid*" (ibid:7). Det viser at attføring tidlig ble betraktet som en kompleks virksomhet der koordinering var viktig.

### 2.2.2 Målgruppen for attføring

I forarbeidet til kommunehelsetjenesteloven ble målgruppen for medisinsk attføring bredt beskrevet:

*"Foruten attføring av pasienter med rent fysisk funksjonshemming etter gjennomgått sykdom eller skade, vil grupper av pasienter med psykiatriske lidelser, alkoholikere, narkomane, psykisk*

*utviklingshemmede, kreve en betydelig innsats. Særlig må de eldre nevnes, fordi det er nødvendig å markere at begrepet attføring ikke bare er knyttet til den yrkesmessige attføring.” (Ot.prp. nr. 36 (1980-81), :66).*

Den bredt definerte målgruppen i dokumentet over står i kontrast til NOU 1980:47 om medisinsk attføring, der målgruppen ble avgrenset slik i mandatet:

*”En avgrensning er nødvendig av et så vidt arbeidsfelt. Målgruppene bør i første omgang være barn og personer i yrkesaktiv alder. Problemene relatert til rene psykiatriske lidelser, alkoholisme, narkomani, psykisk utviklingshemming, samt eldreomsorg, holdes utenfor” (ibid:7).*

Avgrensningen begrunnes ut fra hensynet til omfanget på arbeidet, men kan også være et uttrykk for en spenning i synet på målgruppen. Spenningen kan gjenfinnes som to spor innenfor rehabiliteringsfeltet: ett avgrenset, fysisk medisinsk spor som har stått sterkt innenfor helsetjenesten (Bredland, Vik, et al., 2011), og et bredt spor som er politisk fundert. I senere nasjonale dokumenter er det en bred forståelse av målgruppen som følges opp. I Helsedirektoratets veileder 3-91 *”Medisinsk rehabilitering – planlegging og organisering”* (IK-2360) omfattet målgruppen både mental og fysisk funksjonshemming (Helsedirektoratet, 1991). Her er det en avgrensning i forhold til sosiale avvik som årsak til funksjonsnedsettelse, noe som har vært omdiskutert.

I følge NOU 1980:47 kunne attføringsklienter representere både enkle og sammensatte problemer, fra de med rene psykososiale eller rene fysiske svikttilstander, til de med problemer sammensatt av både fysiske og psykososiale komponenter. Samtidig understrekes det at:

*”For alle attføringsklienter gjelder regelen om at fysisk, psykisk og sosial funksjonsevne alltid påvirker hverandre gjensidig slik at det i praksis neppe forekommer rene fysiske, psykiske og sosiale svikttilstander” (ibid:17).*

### 2.2.3 Definisjon av attføring

Enhver definisjon av rehabilitering er et forsøk på å skape en fortolkning av hva virksomhetsområdet skal være (Feiring 2004:15). I NOU 1980:47 ble det valgt en definisjon av *attføring* utarbeidet av Sentralrådet for yrkesvalghemmede:

*”Ved attføring forstås vi det planmessige arbeid for å hjelpe funksjonshemmede personer til i størst mulig grad å klare seg selv og oppnå høvelig sysselsetting og sosial tilpasning. I det praktiske arbeidet vil det ofte være hensiktsmessig å skille mellom: a. medisinsk attføring, b. yrkesmessig attføring, c. sosial attføring” (NOU 1980:47, s.9).*

Definisjonen har vekt på at rehabiliteringsprosessen skal være planlagt. Det blir ikke fremhevet hvilke aktører som er sentrale i dette arbeidet, men *”å hjelpe funksjonshemmede personer”* indikerer en passiv brukerposisjon med hovedvekt på tjenesteyterne. Senere i utredningen ble det også lagt vekt

på at attføring er en prosess der den funksjonshemmede står i sentrum, og krever aktiv innsats av "klienten" (ibid:51), noe som peker mot en ansvarliggjøring av brukeren. Målet om "å klare seg selv" peker mot det å bli selvhjulpen, både praktisk i hverdagen og økonomisk gjennom arbeid. Målet har også vekt på "sosial tilpasning", et begrep som peker mot psykososiale forhold.

I definisjonen etableres det en *arbeidsdeling* mellom ulike kategorier av attføring; medisinsk, yrkesmessig og sosial. Yrkesmessig attføring hadde så langt vært dominerende, men i definisjonen sidestilles medisinsk og sosial attføring med den yrkesmessige attføringen. Definisjonen tydeliggjør at attføring kan omfatte mange ulike elementer. I innstillingen understrekes det at inndelingen først og fremst skal oppfattes som et *praktisk* arbeidsredskap til bruk ved *organisering* av virksomheten (ibid:10). Ansvarsavklaring mellom ulike tjenester får mye oppmerksomhet.

#### 2.2.4 Organisering og koordinering av attføringsprosessen

*Sektorprinsippet* ble på denne tiden presentert som det organiserende prinsipp for ulike kategorier av attføring:

*"Hovedprinsippet i organisering av samfunnets attføringsapparat må være at hver etat er ansvarlig for de attføringsoppgaver de er pålagt etter lovverket. Dvs. at helsevesenet er ansvarlig for å organisere medisinsk attføring, sosialvesenet ansvarlig for sosial attføring og arbeidskraftsmyndighetene ansvarlig for yrkesmessig attføring" (NOU 1980:47, s.55-56).*

En hovedhensikt med innstillingen var en klargjøring av oppgaver og fordeling av ansvar mellom ulike etater og virksomheter: "Det må legges vekt på hensiktsmessig oppgavefordeling og klare ansvarsforhold slik at klienter og samarbeidspartene vet hvilken etat som har ansvaret for attføringen" (ibid:54). Det beskrives en flytende overgang mellom medisinsk behandling/etterbehandling og medisinsk attføring (ibid:9). Innstillingen finner det ikke hensiktsmessig å konstruere et spesielt attføringsapparat for å ivareta attføringsoppgavene (ibid:53), da man finner at medisinsk attføring må være en naturlig del av alle helsetjenester. Medisinsk attføring anses dermed som en oppgave som bør integreres i helsevesenets generelle virksomhet.

Kommunikasjonssvikt mellom berørte etater i attføringssaker, samt at ingen hadde hovedansvaret for å starte og koordinere attføringsarbeidet, ble framsatt som en kritikk av attføringsapparatet (ibid:12). For å løse *koordineringsproblemet* ble det lagt vekt på at en av etatene måtte ha et hovedansvar for å koordinere alle ledd i attføringsprosessen. Ansvaret burde legges til den etaten som korresponderte med hovedproblemene i den enkeltes attføringsprosess. Når situasjonen til klienten endret seg, var det anbefalt at hovedansvaret ble overført til neste etat (ibid:51). Dersom man fikk til en tydelig

ansvarsdeling og denne var kjent for berørte parter, så ville samarbeidet mellom dem bli bra, og noe koordinering ut over dette var betraktet som unødvendig (NOU 1980:47).

Samtidig ble det lagt vekt på at rehabilitering ikke kunne håndteres av én yrkesgruppe alene, og det ble anbefalt å etablere et fast strukturert *tverrfaglig* samarbeid på attføringsfeltet og i lokalsamfunnet med faste møter (ibid:25). Helse-, sosial- og trygdekontoret ble foreslått som kjernen i et team, i tillegg kunne f.eks. pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og arbeidsformidlingen trekkes inn ved behov. Begrunnelsen var behovet for å ha en tverrfaglig tilnærming til klientens problemer<sup>12</sup>.

Da kommunehelsetjenesten ble lovfestet i 1982 besto den av fire lovpålagte deltjenester; forebygging, behandling, medisinsk attføring og pleie og omsorg (Bredland, Vik, og Linge, 1996). Kommunehelsetjenesteloven påla kommunene å ansette bestemte yrkesgrupper; lege, helsesøster, sykepleier og fysioterapeut. Dette ga yrkesgruppene stor innflytelse på feltet. Hovedansvaret for kommunehelsetjenestens deloppgaver hvilte på de lovpålagte yrkesgruppene. Forenklet kan man si at helsesøstrene ble sentrale for forebygging, legene for behandling, fysioterapeutene for medisinsk attføring og sykepleierne for pleie- og omsorgstjenester. Samtidig hadde legene en nøkkelposisjon som innebar monopol som behandler og "portvakt" for tildeling av ulike tjenester.

### 2.2.5 Erfaringer med medisinsk attføring

I St.meld.nr.36 (1989-90) "*Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*" ble det pekt på at myndighetene manglet data om omfanget og utviklingen for medisinsk attføring i kommunene. Tilgjengelig informasjon tydet på at det hadde vært satset svært lite på å bygge opp et medisinsk attføringsapparat i kommunene. Det ble pekt på uklarhet rundt organisering og manglende ansvarsavklaring. Det var få kommuner som hadde opprettet tverrfaglige samarbeidsteam/ansvarsteam for attføring, og tjenestetilbudet syntes å være lavt prioritert. Kommunene burde stimuleres til å utarbeide kommunedelplaner for medisinsk attføring, etablere faste samarbeidsteam/ansvarsteam og få en fast struktur på attføringsvirksomheten, med samarbeidsrutiner både inne i kommunen og med andrelinjetjenesten (St.meld. nr 36 (1989-90):87).

Den gamle rehabiliteringspolitikken forventet at rehabilitering skulle gi resultater både på individnivå og på samfunnsnivå. I NOU 1980:47 ble attføring beskrevet som et verdibegrep som omfattet både enkeltmenneskets livskvalitet og samfunnets behov for flest mulig selvhjulpne og selvstendige

---

<sup>12</sup> Det ble også forslått å organisere tverrfaglige team internt i kommunehelsetjenesten, kalt *arbeidslag*. En arbeidsmetode kalt for "*tiltaksjedefinsippet*" ble presentert i NOU 1986:4: "*En tiltaksjedefinisjon er serien av tiltak overfor den enkelte bruker fra behandlings- eller rehabiliteringsbehovet oppstår, og så lenge det er behov for oppfølgingstiltak fra helsevesenet eller andre instanser*" (Helsedirektoratet 1991, IK 2360:7).

samfunnsborgere (ibid:9). I St.meld.nr.36 (1989-90)) er det også forventet at medisinsk attføring lokalt skal bidra til raskere utskrivning fra sykehus, færre i kø til sykehjemmene, mindre press på hjemmesykepleien m.m. I tillegg til at attføring skal bidra til mer selvhjulpne samfunnsborgere, var det forventet at presset på andre tjenester skulle bli mindre, og at utgiftene til velferdstjenester dermed skulle reduseres.

#### 2.2.6 Nytt navn og endring i organisering

I kommunehelsetjenesteloven (1982) ble begrepet "medisinsk attføring" benyttet. I St.meld.nr.36 (1989-90):88) ble det anbefalt at begrepet medisinsk attføring i kommunehelsetjenesteloven burde byttes ut med begrepene "habilitering og rehabilitering", da det ville skape et tydeligere *skille* i forhold til yrkesmessig attføring. Det ble argumentert med at habilitering og rehabilitering ble brukt i andrelinjetjenesten, og bruk av like begreper ville kunne lette samarbeidet mellom nivåene. Det samme forslaget ble gjentatt i Attføringsmeldingen (St.meld.nr.39 (1991-92)). I Helsedirektoratets veileder 3-91 "Medisinsk rehabilitering – planlegging og organisering" (IK-2360), ble begrepet medisinsk attføring erstattet av begrepene medisinsk habilitering og rehabilitering. Skillet mellom de to kategoriene; habilitering og rehabilitering, har utgangspunkt i når i livet årsaken til rehabiliteringsbehovet oppstår. Rehabiliteringsbegrepet knyttes til helsesektoren, og attføringsbegrepet blir forbeholdt yrkesmessige tiltak. Det skjer en splitting av feltet som tidligere har hatt attføring som felles benevnelse. Rehabiliteringsbegrepet får økt innflytelse med basis i helselovgivningen, og medisinen øker sin innflytelse på feltet (Feiring, 2004).

Når det gjelder *organisering* og *koordinering* anbefalte Helsedirektoratets veileder om medisinsk rehabilitering kommunene å ha "en fast adresse" for medisinsk rehabilitering i kommunen (Helsedirektoratet, 1991). Veilederen anbefalte å oppnevne en *koordinator* for rehabilitering i kommunen, og i større kommuner et *rehabiliteringsteam* som kunne støtte koordinatoren i arbeidet (Helsedirektoratet, 1991:38). Her ble det henvist til Helsedirektoratets veileder (4/90), om samfunnsmedisinsk arbeid i kommunehelsetjenesten, som anbefalte at en *fysioterapeut* bør tillegges det koordinerende faglige ansvar for rehabiliteringsarbeidet i kommunen. Veilederen anbefalte også å opprette en *ansvarsgruppe* rundt den enkelte pasient som hadde behov for tverrfaglige tiltak over tid. Den anbefalte å oppnevne en *kontaktperson* for den enkelte bruker. Her dreier det seg på den ene siden om organisering av rehabilitering på *systemnivå* og på den andre siden om organisering på *individnivå*. Det ble anbefalt å lage en *individuell rehabiliteringsplan* som skulle omfatte alle ledd i rehabiliteringsprosessen, der klientens egne ønsker skulle ivaretas. Ansvaret for disse tiltakene skulle ligge på det ledd som til enhver tid hadde brukeren til behandling (ibid:27). Kommunene ble oppfordret



til å utarbeide egne planer for medisinsk re-/habilitering som en del av sin helse- og sosialplan. Dette er sentrale forslag sett i forhold til utviklingen videre.

*Oppsummert* kan attføringspolitikken rettet mot kommunene i tiden 1980-97 betegnes slik: Lokalsamfunnet omtales som viktig i attføringsarbeidet. Attføring som kommunalt ansvar forankres i helselovgivningen og helsesektoren som medisinsk attføring, men attføringsvirksomhet betraktes samtidig som noe som foregår innenfor flere sektorer og virksomheter. *Sektorprinsippet* ble lagt til grunn for organisering, og var bakgrunnen for oppdelingen i kategoriene medisinsk, sosial og yrkesrettet attføring. Det var viktig å avklare oppgaver og ansvar mellom sektorene, og tjenestene var i fokus. Målgruppen var *funksjonshemmede*, og disse ble beskrevet både smalt (helsefaglig) og bredt (politisk). Attføring kunne kreve innsats fra flere instanser, og *koordineringsansvaret* skulle flyttes mellom sektorer etter hvilke problemer som dominerte i rehabiliteringsprosessen. Medisinsk attføring skulle være et ansvar for alle helsetjenester og ikke en egen tjeneste. Kommunale planer på området var ønsket. Kommunene ble anbefalt å etablere en koordinator og et team for medisinsk attføring/rehabilitering, opprette ansvarsgrupper rundt enkelte brukere, samt å utarbeide rehabiliteringsplaner. Brukerrollen og brukervedvirkning var i liten grad på dagsorden. Attføringsbegrepet utfordres av rehabiliteringsbegrepet, og rehabiliteringsbegrepet knyttes til medisinsk virksomhet, mens attføringsbegrepet forbeholdes yrkesrettet attføring. Feltet har dermed ikke lenger et felles overordnet begrep. Myndighetene har liten dokumentasjon på virksomheten til medisinsk attføring/rehabilitering, men inntrykket var at virksomheten ikke var blitt prioritert lokalt.

## **2.3 Mot en helhetlig rehabiliteringspolitikk**

Helhetlig rehabiliteringspolitikk har utgangspunkt i St.meld.nr.21 (1998-99) "*Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*", de to påfølgende forskriftene; forskrift om habilitering og rehabilitering, og forskrift om individuell plan som begge trådte i kraft i 2001, og Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011. Rehabiliteringsmeldingen og oppfølgingen av den helhetlige politikken omfatter tiden fra rundt 1999 og til empirien ble samlet inn fra høsten 2007 til høsten 2008. Jeg skal videre tydeliggjøre kjernen i den nye helhetlige politikken, hva som skiller den nye politikken fra den gamle og hva forskjellene består i.

### **2.3.1 En helhetlig rehabiliteringspolitikk**

Da Rehabiliteringsmeldingen ble lagt fram våren 1999, var det første gang Stortinget behandlet rehabilitering som et samlet virksomhetsområde (Normann et al., 2008). Meldingen ble presentert som: "*ei stortingsmelding om strategiar for eit meir systematisk og effektivt rehabiliterings- og*

*habiliteringsarbeid på brukarane sine premisser*" (ibid:5). Innholdet i Rehabiliteringsmeldingen ble avgrenset til å fokusere på *individrettede tiltak og prosesser*. Generell tilrettelegging av samfunnet for funksjonshemmede ble behandlet i "Handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001" (St.meld. nr.8 (1998-99):6). De to tilnærmingene som trekkes opp her, omtales ofte som et *individrettet* perspektiv versus et *samfunnsrettet* perspektiv.

Rehabiliteringsmeldingen bygget på flere sentrale *verdier* (St.meld.nr.21 (1998-99):6-7). Rehabilitering skal ta utgangspunkt i respekten for menneskeverdet<sup>13</sup>, uavhengig av graden av funksjonsnedsettelse og den enkeltes evne til arbeid. Rehabiliteringsvirksomheten skal motvirke sykdomsfokusering og passive pasientroller, sikre størst mulig egen kontroll over rehabiliteringsprosessen, og legge til rette for aktiv deltakelse og medvirkning. Dette er elementer som knytter rehabiliteringspolitikken til politikken for funksjonshemmede.

Et viktig formål med Rehabiliteringsmeldingen var å påvirke og oppprioritere den lokale rehabiliteringsvirksomheten. Både den gamle og den nye politikken fremhever dermed at kommunen er viktig i arbeidet med individuelle rehabiliteringsprosesser. Rehabiliteringsmeldingen skiller seg fra den gamle politikken ved å være mer konkret på hva dette innebærer. Kommunen skal ha et hovedansvar for, og ha den viktigste *koordinerende rollen* i rehabiliteringsarbeidet (ibid:15). For å sikre god rehabiliteringsvirksomhet på lokalt nivå må det etableres *koordineringsfunksjoner* og en instans for tilmelding av rehabiliteringsbehov. Innsatsen på spesialisert nivå må innrettes slik at den støtter opp under rehabiliteringsprosessene på lokalt nivå.

Rehabiliteringsmeldingen ga en kritisk gjennomgang av situasjonen på rehabiliteringsområdet. *Hovedutfordringene* som ble trukket fram var for det *første* for liten grad av *brukermedvirkning*, selv om det hadde vært et satsningsområde i helse- og sosialpolitikk over flere år. Brukerens rett til medvirkning hadde en fremtredende plass i regjeringenes handlingsplaner for funksjonshemmede gjennom hele 1990-tallet. I følge oppsummeringen av handlingsplanene (St.meld.nr.34 (1996-97)) forutsetter brukermedvirkning at de som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester, får

---

<sup>13</sup> FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming var lenge det viktigste menneskerettighetsdokumentet for funksjonshemmede. Standardreglene og regel nr. 3 om rehabilitering lå til grunn for Rehabiliteringsmeldingen (ibid:6). I 2006 vedtok FNs generalforsamling en egen konvensjon om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, forkortet CRPD). Norge undertegnet konvensjonen i 2007 og ratifiserte den i 2013. Artikkel 26 omhandler habilitering og rehabilitering.

innflytelse på beslutningsprosessen og utforming av tjenestetilbudet (Olsen, 2009). I St.meld.nr.41 (1987-88) "Helsepolitikken mot år 2000" (Sosialdepartementet, 1988) ble økt brukerinnflytelse omtalt som en viktig strategi. I følge Rehabiliteringsmeldingen hadde virksomheter som bistod med tiltak i rehabiliteringsprosesser, i for liten grad brukernes behov i sentrum, og brukere hadde fortsatt "for liten innverknad på val og utforming av tiltak" (St.meld.nr.21 (1998-99):13).

For det *andre* trakk Rehabiliteringsmeldingen fram utfordringer med mangel på systematikk og helhetstenkning. Brukere hadde rapportert om manglende oversikt, plan og kontinuitet i tilbudene. Samarbeid mellom ulike forvaltningsnivå, etater og yrkesgrupper var mangelfullt og tilfeldig, og svekket effekten av tilbudene samlet sett. Mange brukere og deres pårørende måtte selv bruke mye tid og ressurser på å finne fram til aktuelle tiltak, og på å samordne disse. Rehabiliteringsmeldingen markerer et skifte i perspektiv:

*"For å modernisere og effektivisere helse- og sosialtenesta og trygde- og arbeidsmarkedsetaten, er derfor eit skifte frå eit institusjons- og sektorperspektiv til eit tverrsektorielt brukerperspektiv ein viktig innfallsvinkel" (ibid:7).*

Det poengteres at et brukerperspektiv forutsetter en vilje til å se tilbud og organisering nedenfra og opp. Et brukerperspektiv nedenfra utgjør et hovedskille i forhold til den gamle politikken. Styresmaktene og tjenesteyterne må sikre samarbeid og samordning på tvers av faglige og administrative skillelinjer. Koordinering skal ikke overlates til brukerne.

For det *tredje* hevdet man i Rehabiliteringsmeldingen at rehabilitering er preget av lav status og prestisje, ulike tilnærminger og mangelfull kompetanse (ibid:13). Meldingen peker på at det er behov for en felles, overordnet og sammenbindende forståelse av rehabilitering for å kunne dra i samme retning, og det presenteres en ny definisjon av rehabilitering.

For det *fjerde* påpekes det store forskjeller mellom kommunene, både når det gjelder dimensjonering, organisering og kompetanse. Variasjonene kan ikke forklares ut fra forskjeller i brukerbehov. Dette er ikke i tråd med verdien om at det norske velferdssamfunnet skal ha likeverdige tjenestetilbud uavhengig av hvor en bor og av økonomiske forutsetninger. Et sentralt mål i meldingen er dermed å få til større likhet i tilbudene mellom kommunene (ibid:13). Likeverdet skal gjelde for alle aldersgrupper, på tvers av ulike diagnosegrupper eller funksjonsnedsettelse, og på tvers av etniske grupper. Meldingen tar opp et behov for plan både på system- og individnivå, og legger vekt på en bred målgruppe som omfatter personer i alle aldre og med ulike bakenforliggende årsaker.

*Helhetsbegrepet* er sentralt i Rehabiliteringsmeldingen. Helhetsperspektivet peker mot at individet skal betraktes som et "helt" menneske. Med en ambisjon om å ha omsorg for "hele" mennesket ble *livskvalitet* et viktig begrep i utformingen av rehabiliteringspolitikken (St.meld.nr.21 (1998-99):5). Begrepet livskvalitet knytter rehabilitering til hverdagslivet til tjenestemottakerne og deres subjektive opplevelse av situasjonen. Fokus flyttes fra tjenester og arbeidsdeling til brukers behov for sammenhengende tiltak. Hjelpeapparatet skal innrettes slik at det kan møte enkeltpersoners individuelle rehabiliteringsmål- og behov (ibid:7), og bistanden skal være koordinert. Man skal se hele individets livssituasjon i sammenheng og fremme brukerstyring og aktiv deltakelse i samfunnet.

### 2.3.2 En ny definisjon

Sentralt i Rehabiliteringsmeldingen var en ny definisjon av rehabilitering. Den nye definisjonen styrket sin posisjon da den ble tatt inn i forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) med noen mindre endringer. I rehabiliteringsmeldingen ble rehabilitering presentert som et overordnet begrep som også omfattet habilitering. I forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) likestilles begrepene habilitering og rehabilitering, de har felles definisjon, men har ulike målgrupper<sup>14</sup>. Rehabilitering som et overordnet begrep svekkes med dette. En felles definisjon for medisinsk habilitering og rehabilitering var alt etablert i Helsedirektoratets veileder 3-91 om *medisinsk* rehabilitering (Helsedirektoratet 1991). Den felles definisjonen i forskrift for habilitering og rehabilitering (2001) rettet seg mot *helhetlig* habilitering og rehabilitering, og ikke som tidligere kun den medisinske delen. Innholdet i den nye felles definisjonen er slik:

*"Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet" (forskrift om habilitering og rehabilitering, 2001 § 2).*

Definisjonen legger for det *første*, vekt på at rehabilitering dreier seg om en individuell prosess som skal være planlagt og tidsavgrenset. Det legges sterke føringer på innholdet i prosessen i form av *rasjonelle* elementer som klare mål og virkemidler, noe som peker mot tenkningen innen New Public Management, med vekt på målstyring og effektivitet, borgerfokusering og brukerorientering (Ødgård, 2005). Hensikten er at man etter en avgrenset tidsperiode skal evaluere tiltakene som er igangsatt, for å se om de bidrar til å nå de oppsatte målene.

---

<sup>14</sup> Det ble dissens under behandlingen av meldingen i Stortinget om avgrensningen av habiliteringsbegrepet. Komiteen kunne ikke slutte seg til at habiliteringsbegrepet bare skulle begrenses til å gjelde barn og unge under 18 år (Innst.S. nr.178 (1998-99):8). De gikk inn for at habiliteringsbegrepet også skulle benyttes om voksne med medfødte funksjonshemninger, såkalt voksenhabilitering.

For det *andre* fremhever definisjonen at rehabilitering er en *kompleks* individuell prosess der flere aktører skal samarbeide. Markeringen av det komplekse, som krever bistand fra flere, skiller denne definisjonen fra tidligere definisjoner og gammel politikk. I følge definisjonen er det ikke bestemte virksomheter som yter rehabilitering, eller bestemte tiltak som inngår i rehabilitering. Det som vektlegges er at rehabilitering krever bistand fra flere tjenesteytere, og at bistanden skal være koordinert. Definisjonen nevner ikke brukermedvirkning direkte, men har vekt på ” *å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats*”. Det er den enkelte brukers mål, ønsker og behov som skal avgjøre hvilke tiltak eller innsatser som bør inngå i en rehabiliteringsprosess.

For det *tredje* skisserer definisjonen at *målet* for rehabiliteringsprosessen er sammensatt. Delmålet om best mulig funksjons- og mestringsevne kan vise til tiltak som læring og opptrening. Funksjonsevne retter oppmerksomheten mot den individuelle kroppen. Begrepet mestring kan forstås på ulike måter, som håndtering av stress (coping) eller som tilgangen til ressurser og evnen til å ta i bruk disse ressursene (Heggen, 2007). Selvstendighet kan både peke mot selvhjelpenhet og mot økt grad av selvråderett. Hovedmålet om deltakelse sosialt og i samfunnet vil si at den det gjelder skal kunne ha kontakt med andre mennesker og være samfunnsborger på linje med andre (Normann et al., 2008). Hovedmålet peker mot funksjonshemmingspolitikken og på et inkluderende samfunn. Her skiller den nye definisjonen seg fra tidligere definisjoner, som har hatt vekt på at individet skal være mest mulig selvstendig i betydningen å klare seg selv (NOU 1980:47), og ha en subjektiv opplevelse av livskvalitet (Helsedirektoratet 1991:12).

For det *fjerde* er årsaker til behov for rehabilitering og kjennetegn ved målgruppen ikke en del av den nye definisjonen. Det innebærer at årsakssammenhenger skyves ut av oppmerksomhetsfeltet. Innholdet i definisjonen er rettet mot krav til hvordan individuelle rehabiliteringsprosesser skal ivaretas, og på målsettingen for rehabilitering.

### 2.3.3 Bred målgruppe

I den nye rehabiliteringspolitikken er det understreket at rehabilitering retter seg mot en bred målgruppe, beskrevet i Rehabiliteringsmeldingen som ” *alle med funksjonsproblem og som har behov for assistanse for å nå, eller holde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå*” (St.meld.nr.21 (1998-99):10). Rehabilitering skal være et tilbud uavhengig av alder og bakenforliggende årsaker. I forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) ble målgruppen knyttet til personer med medfødt eller ervervet funksjonshemning eller kronisk sykdom, eller personer som står i fare for å utvikle varig funksjonshemning eller kronisk sykdom (ibid § 3, andre ledd).

Rehabilitering tillegges også et forebyggende aspekt, noe som er en videreføring fra Helsedirektoratets veileder i medisinsk rehabilitering (1991).

I den nye definisjonen fremstår begrepene kronisk sykdom og funksjonshemming som *sidestilte* uten at det antydes noe årsaksforhold mellom dem. I veilederen fra Helsedirektoratet (1991) beskrives målgruppen slik: *"den som er funksjonshemmet på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte"* (ibid:12). Her betraktes sykdom, skade eller medfødt lyte som en årsak til funksjonshemmingen. Den nye definisjonen er tilpasset tenkningen fra *"den sosiale modellen"* for funksjonshemming, der det nettopp legges vekt på at det ikke er en årsakssammenheng, og at konsekvensene i hverdagen ikke skyldes de funksjonelle begrensingene hos enkeltindivider, men dårlig tilpassede omgivelser i samfunnet (Oliver, 1996; Oliver og Barnes, 1998).

#### 2.3.4 Individuelt tilpassede og likeverdige tjenestetilbud

Med en utvidelse av målgruppen til "alle", og ved at rehabilitering skal være individuelle prosesser basert på enkeltbrukeres mål og behov, blir hver enkelt rehabiliteringsprosess *unik*. Når mulige tiltak eller innsatser blir utvidet, øker også antallet tjenesteytere som kan bli trukket inn i en rehabiliteringsprosess, og man kan ikke på forhånd avgrense og bestemme hvem disse skal være. I Rehabiliteringsmeldingen ble det fremhevet at et stort antall yrkesgrupper var involvert i rehabiliteringsorienterte oppgaver. I kommunene var det særlig helsetjenesten, sosialtjenesten og opplæringssektoren som ble trukket frem, men også andre etater som kulturetaten og teknisk etat. Tjenester eller innsatser som inngår i individuelle rehabiliteringsprosesser, kan være både private og offentlige, og med et langt videre spekter enn tradisjonelle helse- og sosialtjenester.

Samtidig som rehabiliteringsprosessen fremstilles som *unik* basert på individuelt tilpassede tjenester i et nedenfra-perspektiv, stilles det også krav om at borgerne skal ha *likeverdige* tjenestetilbud uavhengig av hvor de bor og av deres økonomiske forutsetninger. For å sikre mer likhet når det gjelder tilgjengelighet av tjenester, og større helhet i tjenestetilbudet, ble det fremhevet som viktig at rehabiliteringsarbeidet i størst mulig grad skjer på tvers av ulike brukergrupper, og det ble fremhevet at det er: *"eit stort potensial for effektivisering dersom ein fokuserer på organisatoriske løysingar som utnyttar ressursane på tvers av dei fag- og målgruppegrensene som ein ofte finn i dag"* (St.meld.nr.21 (1998-99):16). Myndighetene ønsket at kommunene skulle bygge ut generalisttjenester, dvs. et tilbud til alle innbyggere i kommunene uavhengig av gruppetilhørighet, med vekt på organisatorisk eller administrativ integrering (Tøssebro, 2004).

### 2.3.5 Organisatoriske virkemidler i kommunene

I følge Rehabiliteringsmeldingen ble brukerne møtt av et *fragmentert* praksisfelt som var preget av manglende samarbeid og koordinering. Sektorprinsippet, sammen med økt faglig spesialisering, har vist seg å skape problemer for enkeltbrukere med sammensatte problemer. For å bøte på dette la rehabiliteringsmeldingen vekt på at kommunene må ha et hovedansvar for, og den koordinerende rollen i rehabiliteringsarbeidet (St.meld.nr.21(1998-99):15). I forhold til tidligere politikk fremstår det som nytt at ansvaret for å koordinere en rehabiliteringsprosess ikke skal flyttes mellom sektorer i løpet av en rehabiliteringsprosess, men skal ligge fast i kommunen. Kommunene fikk dermed et hovedansvar for å organisere og koordinere individuelle rehabiliteringsprosesser med utgangspunkt i den enkelte bruker, uavhengig av hvor tjenestene hørte hjemme. Et organisatorisk virkemiddel var i følge rehabiliteringsmeldingen å etablere en kommunalt forankret koordineringsfunksjon for habilitering og rehabilitering på systemnivå, og et annet var å ta i bruk individuelle planer på individnivå. I tillegg vektla rehabiliteringsmeldingen at kommunene skulle utarbeide kommunedelplaner for rehabilitering.

### 2.3.6 To nye forskrifter og en nasjonal strategi

Rehabiliteringsmeldingen ble fulgt opp av to nye forskrifter, forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) og forskrift om individuell plan (2001/2004). Forskriftene<sup>15</sup> representerer myndighetenes "innpakking" av den nye rehabiliteringspolitikken som skal legges til rette for oversettelse lokalt. Flere av anbefalingene i Rehabiliteringsmeldingen ble dermed forskriftsfestet. Det ble stilt krav til kommunene om at arbeidet med rehabilitering skulle være planlagt, det skulle etableres en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, og brukere skulle tilbys individuell plan og personlig tjenesteyter/koordinator.

*Forskrift om habilitering og rehabilitering* (2001), ble hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven og påla helsetjenesten et ansvar for habilitering og rehabilitering, noe som styrket de juridiske båndene mellom begrepene habilitering og rehabilitering og helsesektoren. Kommunens ansvar innebar å sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering. Her er etablering av en *koordinerende enhet* sentral. Kommunen skal også tilby brukere *individuell plan*. Kommunen skal ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering, og har plikt til å planlegge sin

---

<sup>15</sup> Begge forskriftene er opphevet fra 1.1.2012, og er erstattet av en felles forskrift; forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, som trådte i kraft samme dato.

habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Forskriften stiller fra 2006 krav til kommunene om å sørge for formidling av nødvendige *hjelpemidler* og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte (ibid § 11)<sup>16</sup>.

I forskriften kommer det tydelig fram at rehabilitering ikke er en egen tjeneste. Alle deltjenester innenfor kommunehelsetjenesteloven har ansvar for å bidra i rehabiliteringsvirksomhet: *"Tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud"* (ibid:§ 7, tredje ledd). I kommentarene til forskriften er det samtidig pekt på at: *"Bistand fra helsetjenesten vil i de fleste tilfelle kun utgjøre én del av den samlede re-/habiliteringsinnsatsen"* (Kommentarer til forskriftens § 1). Kommunehelsetjenesten skal ved behov samarbeide med sosialtjenesten og andre samarbeidende etater, og skal også be om bistand fra andre etater ved behov.

*Forskrift om individuell plan (2001/2004)* rettet seg mot mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Formålet med en individuell plan var å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Dessuten, å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren, først kalt *personlig tjenesteyter*, senere *personlig koordinator* og til sist bare *koordinator*. Individuell plan og koordinator som organisatoriske verktøy har fått en langt større utbredelse enn ansvaret for rehabilitering, noe jeg vil komme tilbake til senere.

Helhetlig rehabiliteringspolitikk ble etter hvert fulgt opp av *"Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011"*<sup>17</sup>. Det tok tid før den kom, og den ble nedjustert fra en handlingsplan til en strategi, noe som innebærer at det ikke fulgte noen penger med den. Strategidokumentet er innledet med påstanden om at rehabilitering ikke har den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier, og at strategien skal gjøre noe med dette. Rehabilitering skal tilbys på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), og kommunene er sentrale. Helheten i tjenesteytingen skal ivaretas ved at kommunal, statlig og privat tjenesteyting blir sett i sammenheng. Strategien har vekt på å fremme tverrdepartementalt samarbeid og brukermedvirkning på nasjonalt nivå gjennom regelmessige møter, og å avklare ansvarsfordelingen mellom nivåene.

---

<sup>16</sup> Et hjelpemiddel kan defineres som et kompensatorisk virkemiddel som skal bidra til å utjevne gapet mellom personers funksjonsnedsettelse og de krav til funksjon som samfunnet stiller (GAP-modellen) (NOU 2010: 5, :13). Et hjelpemiddel kan være en gjenstand som reduserer et praktisk problem, men kan også være tjenester som døvetolking, førerhund m.m..

<sup>17</sup> Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 ble lagt fram i oktober 2007, som en del av Statsbudsjettet for 2008. Strategien var utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet på vegne av regjeringen.



## 2.4 Hva skiller gammel og ny rehabiliteringspolitikk

Oversikten under viser en forenklet oversikt over sentrale forskjeller mellom den gamle og den nye politikken. Sammenlikningen av gammel og ny rehabiliteringspolitikk rettet mot kommunene har som utgangspunkt: rehabilitering som et kommunalt ansvar, målgruppen for rehabilitering, definisjoner av rehabilitering, organisering og utfordringer knyttet til politikk og virksomhet. Sammenlikningen legger vekt på å tydeliggjøre sentrale spenninger i skifte fra gammel til ny rehabiliteringspolitikk.

Tabell 1: Sammenlikning av gammel og ny rehabiliteringspolitikk rettet mot kommunen

Elementer	Gammel politikk (1980-1997)	Ny politikk (1998-2008)
Benevning	Attføring	Habilitering og rehabilitering
Målgruppe	Smal og bred	Bred
Mål	Funksjonsforbedring, livskvalitet	Deltakelse
Arena	Tjenestesektor	Kommunen
Orientering	Medisinsk, sosial og yrkesrettet	Helhetlig
Retningsgiver	Behov	Mål
Primær aktør	Tjenesteyter	Bruker
Primære yrkesgrupper	Fysioterapeut, (lege)	Profesjonsnøytral
Innhold	Faglige tiltak	Pedagogisk veiledning
Organisering	Sektorprinsipp	Koordinering
Handlingskoordinering	Arbeidsdeling, avklaring av ansvar	Samarbeid, nettverk

### 2.4.1 Deltakelse, brukermedvirkning, individperspektiv og koordinering

Både gammel og ny politikk argumenter for at attføring/rehabilitering må ha en forankring i lokalsamfunnet. Med den nye politikken skjer det et skifte i det overordnede *formålet* fra funksjonsforbedring og livskvalitet til deltakelse sosialt og i samfunnet. Det nye målet forsterker betydningen av lokal forankring av rehabilitering.

Et hovedskille er at den gamle attføringspolitikken var *sektor- og tjenesteorientert*, mens den nye rehabiliteringspolitikken er *bruker- og målorientert*. Bistanden går fra å tilhøre kategoriene medisinsk, sosial eller yrkesrettet attføring, til å bli profesjonsnøytral og kontekstavhengig. Et nedenfra-perspektiv med brukeren i sentrum, og et fokus på individuelt tilpassede tjenester, innebærer at hver enkelt rehabiliteringsprosess blir unik. Sandvin (2012:57) peker på at det skjer en gradvis forskyvning av oppmerksomhet fra bestemte innsatser til tverrfaglig og tverretatlig samarbeid for å støtte individuelle

prosesser. Ingen faglige innsatser er i seg selv rehabilitering. Et viktig aspekt ved denne utviklingen er at det skjer en forskyvning der rehabilitering går fra å være et *faglig* begrep til å bli et *pedagogisk* og *organisatorisk* begrep med vekt på rådgivning og koordinering.

I helhetlig rehabiliteringspolitikk er det individet som skal stå i sentrum. Et individperspektiv betyr ikke nødvendigvis at problemet er individuelt i den betydning at årsakene til et problem blir definert som individuelle. I den gamle politikken var årsakene lokalisert i individet, og årsakene var utgangspunkt for å kategorisere rehabiliteringsbrukere i ulike grupper. Gruppebaserte kategorier medførte løsninger som ofte hadde form av standardiserte tiltak. I den nye politikken innebærer et individuelt perspektiv at man flytter oppmerksomheten fra årsak til løsning. Det er *løsningen* som skal være individuell (Sandvin, 2008). I den tradisjonelle problemlogikken er det ekspertene som kartlegger og definerer problemet gjennom diagnostisering, testing og måling av individet. Et individuelt perspektiv innebærer at individet selv er den viktigste kilden til kunnskap om problemet og dets årsaker. Løsninger skal ta utgangspunkt i brukerens subjektive mål, ønsker og behov.

Den gamle rehabiliteringspolitikken la vekt på at rehabilitering kunne ivaretas ved hjelp av enkelttjenester, men at det ofte ville kreve sammensatte tjenester. I Rehabiliteringsmeldingen understreker den nye rehabiliteringsdefinisjonen at rehabilitering er en *kompleks* virksomhet som krever bistand fra flere. At problemer er komplekse betyr ikke bare at de består av mange ulike ting og derfor kan være uoversiktlige. Det betyr også at de ulike delene ofte henger sammen og påvirker hverandre (Sandvin, 2008:172). Den nye politikken har vekt på et *helhetlig* perspektiv. Helhet kan forstås som en motsats til oppsplitting og mangel på sammenheng i bistanden, men kan også være rettet mot å se på individet som en helhet. Et individuelt perspektiv med bruker i sentrum omtales som et *brukerperspektiv*. Her skiller den nye politikken seg klart fra den gamle. Tjenesteyterne skal bistå brukeren i hans/hennes rehabiliteringsprosess for å nå personlige mål. I dette ligger det klare føringer om brukermedvirkning, men også en ansvarliggjøring av bruker.

For tjenesteyterne innebærer den nye politikken en relativisering av forholdet mellom enkelttjenester og rehabilitering som virksomhet. "Alle" typer av tjenesteytere kan bli involvert i individuelle rehabiliteringsprosesser, og ingen tjenester er i utgangspunktet en rehabiliteringstjeneste i seg selv. Rehabilitering blir en profesjonsnøytral virksomhet der flere bidrar, og forutsetter en *koordinering* av bistanden på tvers av faggrupper, sektorer og nivå, og med vekt på nettverksarbeid. Kontinuitet i prosessen er viktig.

Den helhetlige rehabiliteringspolitikken er ambisiøs på brukernes vegne. Den nasjonale politikken uttrykker mange gode hensikter som kan betraktes som *uavgrensede* (Vike et al., 2002). Brukerkunnskap og brukeres egne mål, ønsker og behov skal være styrende for individuelle

rehabiliteringsprosesser. Samtidig kan det være vanskelig å vite når individuelle mål og behov blir ivarettatt på et tilfredsstillende nivå (Grimen 2008). Brukernes vurderinger kan komme i konflikt med det faglige skjønnnet som kjennetegner profesjonsutøvelsen i velferdsstaten. Dessuten kan både brukernes individuelle mål og profesjonenes skjønnsutøvelse komme i konflikt med budsjetter og økonomiske rammer i kommunene. Det ligger også et motsetningsforhold i ønsket om å yte bistand slik at mennesker kan ta ansvar for seg selv og bidra i samfunnet, og det å yte bistand for at brukere skal kunne oppfylle sine egne mål og sitt potensial. Det er nettopp dette spenningsfeltet som i dag preger rehabilitering som virksomhet (Breimo, 2012:33).

#### 2.4.2 Lovpålagte organisatoriske virkemidler og rettsliggjøring av individuelle rettigheter

I den gamle politikken ble sektoransvaret sett på som en løsning på organisatoriske problemer. I den nye politikken er man opptatt av at sektoransvaret skaper utilsiktede problemer på individnivå. Den nye politikken tar utgangspunkt i et *nedenfra*-perspektiv med brukeren i sentrum. Med dette endres synet på *organisering*. Sektoransvaret ligger fortsatt fast, men problemene prinsippet skaper skal overskrides ved hjelp av skifte i perspektiv og ved bruk av organisatoriske virkemidler med vekt på koordinering og samarbeid.

Myndighetene har lagt vekt på at det kommunale rehabiliteringsarbeidet skal være planlagt både innenfor gammel og ny rehabiliteringspolitikk. Et koordinerende organ på tvers av sektorene ble i den gamle politikken betraktet som unødvendig dersom oppgaver og ansvar var avklart. Dette synet var på glid på begynnelsen av 90-tallet, og en veileder anbefalte kommunene å etablere en koordinator på systemnivå, og utnevne en kontaktperson og lage rehabiliteringsplan på individnivå. I den nye politikken blir kravet om en koordinerende instans på systemnivå forskriftsfestet, det samme gjelder individuell plan på individnivå. En rehabiliteringsplan på individnivå etter den gamle rehabiliteringspolitikken ble ofte utarbeidet av fagpersonell på basis av deres faglige vurderinger, og kunne ta for seg avgrensede deler av en individuell rehabiliteringsprosess. I den nye politikken skal en individuell plan ta utgangspunkt i brukermedvirkning. Det skal være brukerens egen plan, ta for seg hele livssituasjonen, og det skal kun være én plan per bruker. De organisatoriske virkemidlene går fra å være anbefalte tiltak som det tidligere var opp til ulike profesjoner og deltjenester å forvalte, til å bli lovpålagte virkemidler som kommunen som virksomhetsdriver pålegges å etablere.

Den individuelle retten til rehabilitering styrkes gjennom økt rettsliggjøring (Feiring, 2007; Hatland, 2011). Ved innføringen av pasientrettighetsloven (1999), får kommunens innbyggere rett til nødvendig helsehjelp, noe som også omfatter medisinsk habilitering og rehabilitering (Pasient- og

brukerrettighetsloven, § 2-1)<sup>18</sup>. Brukermedvirkning og rett til individuell plan er også nedfelt som juridiske rettigheter i loven. Den enkelte innbygger gis dermed en rett direkte fra staten som kommunene er forpliktet til å ivareta. Det at virkemidler og tjenester går fra å være anbefalinger forvaltet av fagpersoner til å bli juridisk bindende, gjør at kommunen bindes og ansvarliggjøres i sterkere grad. Det innebærer også at brukeren har en sterkere juridisk stilling i relasjon til hjelpeapparatet. Ny lovgivning styrker individers rett til rehabilitering, til brukermedvirkning og til individuelt tilpasset og koordinert bistand, med deltakelse som overordnet mål.

## 2.5 Trekk ved rehabilitering i et velferdssosiologisk perspektiv

Fram til nå har jeg tatt for meg utviklingstrekk i rehabiliteringspolitikken rettet mot kommunene, og sett nærmere på hva som er nytt i den helhetlige rehabiliteringspolitikken. I sammenheng med de utfordringene som tas opp i den nye politikken, peker det seg ut noen sentrale begreper, nærmere bestemt brukermedvirkning, koordinering, individualisering og deltakelse. Økt brukerinnflytelse representerer en reaksjon på den paternalistiske velferdsstaten, og et økt fokus på deltakelsesaspektet i borgerrollen (Hanssen et al., 2007:21). Behovet for koordinering peker mot utfordringer knyttet til arbeidsdeling og spesialisering i velferdssektoren. Helhetlige og individuelt tilpassede tjenester understøtter individualiseringen i samfunnet (Beck, 1992). Deltakelse peker mot normalisering og et inkluderende samfunn som verdier i velferdspolitikken. Begrepene representerer generelle verdier innenfor helse- og velferdssektoren og utviklingstrekk på samfunnsnivå. De medvirker til at rehabilitering framstår som et område som overlapper med mange andre. Jeg vil nå gå nærmere inn på disse begrepene med utgangspunkt i sosiologisk teori.

### 2.5.1 Brukermedvirkning, demokratisering og borgerrollen

Innen velferdssektoren har det skjedd en utvikling i retning av større individualisering og en mer liberal rettighetsdiskurs (Järvinen og Mik-Meyer, 2003; Mik-Meyer og Villadsen, 2007). Det har gjort brukermedvirkning til et viktig element. Å anlegge et brukerperspektiv viser vilje til å se et tjenestetilbud, eller behovet for det, fra brukerens side (Rønning og Solheim, 2000:31). Brukermedvirkning er et flertydig begrep med mange nyanser; f.eks. brukerperspektiv, brukerinvolvering, brukerdeltakelse, brukerinnflytelse, brukerstyring eller empowerment. Brukermedvirkning er et sentralt tema i offentlige tjenester og er nært knyttet til prinsippet om menneskets iboende verdighet (Kjellebold, 2005). Sentralt i internasjonal litteratur om

---

<sup>18</sup> Navnet ble endret fra Pasientrettighetsloven til Pasient- og brukerrettighetsloven i 2012.

brukermedvirkning er begrepet "*citizenship*", oversatt til norsk/svensk som medborgerskap. Den engelske sosiologen T.H. Marshall (1950) deler medborgerskap i tre grunnleggende elementer: sivil, politisk og sosialt medborgerskap. *Sivilt* medborgerskap omfatter rettigheter som er nødvendige for den individuelle frihet; f.eks. ytringsfrihet, retten til å kunne eie og gjøre avtaler og retten til rettferdighet. *Politisk* medborgerskap handler om retten til å delta i det politiske livet, f.eks. retten til å delta i valg og å kunne bli valgt. *Sosialt* medborgerskap omfatter alt fra retten til økonomisk velferd og sikkerhet til full deltakelse i det sosiale liv, og å kunne leve livet på lik linje med den rådende standarden i samfunnet (Gynnerstedt, 2004:18). Medborgerskap i dagens velferdssamfunn innebærer mer enn forbruk av offentlige ytelser. Framtidas velferdssamfunn krever en ny, dynamisk og mangesidig forståelse av sosialt medborgerskap. Forholdet mellom innbyggerne og velferdsstaten innebærer i større grad enn tidligere, at rettigheter og plikter, personlig ansvar og valg, deltakelse og selvstendighet blir satt i fokus på samme tid (Johansson og Hvinden, 2007). Utfordringen ligger i å gjøre systemene bærekraftige og samtidig fremme individuelt ansvar og valgfrihet. Folk må ikke bare bli sett på som en del av problemet, men også som en del av løsningen (St.meld.nr.29 (2012-2013)).

Brukermedvirkning er en rett som er nedfelt i sentrale lover på velferdsområdet, og som gjerne begrunnes med: (1) et spørsmål om demokratiske rettigheter, (2) en sikring av kvaliteten på tjenestene og (3) et bidrag til effektivitet og legitimitet i tjenesteapparatet (Olsen, 2009:152). Samtidig er brukermedvirkning et komplekst fenomen. Brukerens medvirkning kan skje på ulike nivåer: på individnivå, tjeneste- og organisasjonsnivå eller på politisk nivå. Den rommer også ulike grader av innflytelse avhengig av om den er basert på talerett, forhandlingsrett eller beslutningsmyndighet (ibid:151). Rehabilitering vil være preget av generelle utfordringer omkring brukermedvirkning både på systemnivå og på individnivå. En brukers mål og ønsker kan komme i konflikt med kommunale prioriteringer og ressurser, og med faggruppers kunnskapsyn og skjønnsmessige vurderinger. Jeg har ikke intervjuet brukere og vil dermed ikke ha empiri som gir tilgang til deres erfaringer. I avhandlingen har jeg valgt ikke å ha et eget analysekapittel om brukermedvirkning, men behandler temaet i avgrenset grad innenfor de andre analysekapitlene.

### 2.5.2 Koordinering og samordning

Henry Mintzberg (1983:2) skriver at alle former for organisering av aktivitet gir opphav til to grunnleggende og motstridende krav: arbeidsdeling og koordinering. Den norske velferdsstaten er preget av store og formelle organisasjoner. Komplekse og store oppgaver blir delt inn i deloppgaver, slik at hver enkelt blir håndterbar. Arbeidsdelingen innebærer at både virksomheter og tjenesteytere kan spesialisere seg på et avgrenset emne. Problemet med denne oppsplittingen er at de enkelte delene blir sterkt avhengige av hverandre. For at produktet eller tjenesten skal bli "helhetlig" må

delene fungere sammen. Klarer man ikke å koordinere alle de spesialiserte deloppgavene, vil man sitte igjen med et redusert produkt. Hvor godt et delprodukt er isolert sett, blir mindre viktig, hvis det ikke inngår i en helhet. Et samfunns effektivitet avhenger ikke bare av hvor god man er til å spesialisere seg, men også av hvor god man er til å samordne (Jacobsen, 2004).

I Rehabiliteringsmeldingen behandles koordinering i stor grad som et teknisk spørsmål med vekt på å følge en bestemt oppskrift. Sett ovenfra har myndighetene lagt vekt på et *konsensusperspektiv* der fokus er rettet mot å etablere en felles forståelse og finne de rette organisatoriske tiltakene. Betrakter man derimot deltjenester, nivåer og profesjoner nedenfra med utgangspunkt i et *konfliktperspektiv*, så vil det kunne komme til syne hemmende faktorer både når det gjelder felles forståelse, koordinering og samarbeid. Slike faktorer kan f.eks. være i hvilken grad ulike deltjenester og profesjoner er basert på forskjellige tankesystemer eller vitenskapelige paradigmer som det er vanskelig å forene. Det finnes også flere systemer for å kategorisere brukere og brukeres problemer som har utgangspunkt i ulike tjenestesystemer. I pasientforløp er *diagnose* som begrepsapparat et ordnende prinsipp. Når det gjelder individuelt tilpassede tjenester er begrepene *mål* og *behov* sentralt for hvordan man nærmer seg brukeren. I andre sammenhenger vil begrepet *funksjon* være sentralt. Det kan være knyttet til fysiske, psykiske og sosiale funksjonsnedsettelse hos et individ. Funksjon kan også gjelde bruk av statistikkprogrammet IPLOS, der funksjon måles og hver enkelt bruker kommer ut med en bestemt score, som sier hvor ressurskrevende han eller hun vil være. For å standardisere tilnærmingen ønsker norske myndigheter at flest mulig skal ta i bruk ICF, en bio-psyko-sosial modell, utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO), og godkjent i 2001. Ulike fagterminologier kan gjøre koordinering til et teknisk problem mellom ulike fag, men kan også representere konflikter basert på ulikhet i makt og innflytelse mellom yrkesgrupper og deltjenester både vertikalt og horisontalt.

En annen måte å studere koordinering på, er å fokusere på ulike *mekanismer* for å koordinere. I *hierarkiet* koordinerer man arbeidet gjennom et formelt regelverk som definerer ansvar, myndighet og arbeidsoppgaver, dvs. gjennom byråkratiske mekanismer. Dette er den tradisjonelle måten å styre på innenfor det offentlige. I *markedet* foregår koordinering gjennom tilbud og etterspørsel, som manifesteres i prisfastsetting og kontrakter. Aktørene motiveres av egeninteresse, og en rasjonell kunde antas å velge blant flere tilbydere for å finne det beste alternativet. For eksempel har spesialisthelsetjenesten fra 2006 valgt ut samarbeidende opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner på bakgrunn av prinsippet om konkurranse i et marked. Med koordinering gjennom *nettverk* er organisasjonsstrukturen flat, og samarbeidet går gjennom uformelle relasjoner, mellom likeverdige aktører eller virksomheter (Schiefløe og Værnes, 2010). Nyere rehabiliteringspolitikk legger vekt på å etablere koordinering som nettverk.

Fossestøl (2009) er opptatt av offentlig styring av velferdsstaten mer generelt. Han synes debatten i for stor grad har dreid seg om dikotomien marked og hierarki, og ønsker å fokusere på alternativer med utgangspunkt i begrepet samstyring. *Samstyring* er en fornorsking av begreper som "governance" eller "nettverksstyring" (Vabo og Røiseland, 2008). Samstyring karakteriseres av innsikten i gjensidig avhengighet, og av betydningen av dialog og forhandlinger som styringsvirkemiddel. Fossestøl (2009) argumenterer for at han ser en utvikling der dagens problemstillinger innenfor offentlig forvaltning i økende grad møtes med nye former for "governance" eller "samstyring", noe som involverer brede nettverk av berørte aktører både innenfor offentlig forvaltning og innenfor privat og offentlig sektor. Fossestøl hevder at den nye rehabiliteringspolitikken er et eksempel på samstyring. Med det mener han at den nye helhetlige rehabiliteringspolitikken ikke lar seg realisere gjennom tradisjonell hierarkisk styring, og at myndighetene i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) har tatt høyde for dette. Strategien tar i bruk et mangfold av virkemidler for å stimulere virksomheter og tjenesteytere til å utvikle et delt språk, samt verdier og forståelser basert på innsikten i gjensidig avhengighet (Fossestøl, 2009:45). Kunnskapsbaserte og diskursive strategier står sentralt, og det å utvikle infrastrukturer for samarbeid/dialog lokalt inngår som en del av styringsstrategien. Samtidig sier han at etableringen av samstyringsbegrepet og av samstyring som en reelt eksisterende forvaltningsreform ikke er det samme som å si at det representerer noe enkelt svar på tjenesteytingens utfordringer. Men det synes å ha som utgangspunkt kompleksiteten i de oppgavene som skal løses, den usikkerhet som er forbundet med velferdsstatlige intervensjoner og det utviklingsarbeid løsningen av komplekse og usikre oppgaver innebærer. Fossestøl ser strategien som et viktig skritt til å utvikle nye samhandlingsrelasjoner.

Koordinering og samordning er ikke noe nytt tema innenfor offentlig sektor eller innenfor helse- og sosialsektoren. Det har vært på dagsorden i mange politiske dokumenter over tid (Bernt, 2004; Wisløff, 2005). I følge Breimo og Sandvin (2009:191) er det i sentrale dokumenter innen politikken for funksjonshemmede skjedd en forskyvning de siste 40 årene i hvem samordningsdiskursen føres på vegne av, fra å referere til befolkningen som helhet, via spesifikke brukergrupper til enkeltindivider. Fra 1990-tallet og utover er det den individuelle bistanden som skal samordnes og koordineres rundt den enkelte bruker. Det er denne utviklingen reorienteringen av rehabiliteringspolitikken er et uttrykk for, og som kommunene får i oppgave å forvalte.

### 2.5.3 Individualisering

Kjernen i nyere rehabiliteringspolitikk handler om rehabilitering som en individuell prosess, hvor tjenestene skal være tilpasset den enkelte brukerens individuelle mål, ønsker og behov. I følge forskrift

om individuell plan er formålet med utarbeidelsen av en individuell plan at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Dette trekket ved rehabilitering passer inn i forhold til nyere samfunnsteorier om individualisering. Kjernen i moderne samfunn er at de er organisert med utgangspunkt i individet (eller kjernefamilien), og ikke som tradisjonelle samfunn organisert rundt grupper som slekt, landsbyer, klaner, laug, stender osv. (Aakvaag, 2006). I den nye moderniteten er individet i langt større grad enn tidligere ansvarliggjort når det gjelder å skape sin egen identitet og plass i samfunnet. Beck (1992) plasserer vår egen tidsepoke i overgangen mellom den første (industrisamfunnet) og den andre (risikosamfunnet) moderniteten. At samfunnet skifter karakter og blir et risikosamfunn innebærer store endringer. I den andre moderniteten forvitrer det institusjonelle fundamentet fra industrisamfunnet. Han legger vekt på at institusjoner som sosiale klasser, arbeid og yrkesroller, utdanning, kjønnsroller og familier tappes for funksjon og betydning. Når institusjoner forvitrer mister de evnen til å sette grenser for folks virksomhet. Resultatet er individualisering. Dette fører til en sterk økning i valgmuligheter. Individualisering innebærer økt frihet, men en frihet som er tuftet på en destabilisering av selve samfunnsstrukturen. Det ligger en form for ambivalens i dette. Rammene rundt friheten skaper uforutsigbarhet og usikkerhet i konkrete handlingssituasjoner. Med økt frihet oppstår det muligheter for ikke å lykkes. Et samfunn som har risiko som basis, stiller individet overfor den eksistensielle oppgaven å sette seg selv i sentrum for eget liv.

Giddens (1990; 1991) utviklet en analyse av senmodernitet. Det senmoderne mennesket har utviklet en evne til å stille seg utenfor den handlingssituasjonen det står i. Det betrakter og vurderer alternative handlingsvalg for til sist å velge løsning. Slik er det senmoderne samfunnet kjennetegnet ved refleksivitet. *Refleksiviteten* retter seg ikke bare ut over mot omverdenen og de alternativene som finnes der ute. I senmoderniteten har folk et tilsvarende refleksivt forhold til seg selv, de er *selvrefleksive*. De blir på en ny måte nødt til å reflektere over seg selv og sine egne livsprosjekter. En refleksiv bevissthet om selvet, om hvem man er, er ikke noe som er gitt eller dannet gjennom livet, men noe som må produseres og vedlikeholdes av individene selv, gjennom et refleksivt arbeid.

*Selvidentitet* kan forstås som individets anstrengelser for å skape seg en biografi. Rehabilitering handler ofte om *brudd i livet*. Becker (1997) peker på at vestlige mennesker forventer at det skal være en følelse av sammenheng i livet, og at brudd i disse forventningene skaper et behov for å etablere en følelse av kontinuitet igjen. I det senmoderne samfunn får hvert enkelt individ ansvar for å skape seg selv, opprettholde en selvidentitet og knytte sammen fortid, nåtid og fremtid i en sammenhengende fortelling om selvet. Den enkeltes plass i samfunnet er ikke lenger noe som ligger fast, men noe den enkelte selv må skape. Samtidig er det normative føringer rettet mot personer med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse om at arbeid, integrering og deltakelse er de forventede målene som en rehabiliteringsbruker skal strekke seg etter. Det innebærer en individuell prosess som stiller



krav til den enkelte bruker om å reflektere over og konstruere sitt "nye" liv, avklare mål og tiltak som skal bidra til deltakelse i samfunnet.

#### 2.5.4 Brukerens mål og samfunnets normer

Helhetlig rehabiliteringspolitikk fremmer brukermedvirkning og et individuelt tilpasset tjenestetilbud som skal ta utgangspunkt i brukerens egne mål, ønsker og behov. Med dette fremstår brukeren som fri til å velge mål og innretning for rehabiliteringsprosessen. Samtidig er det klare forventninger og krav til personer i en rehabiliteringsprosess om at arbeid, integrering og deltakelse er de forventede målene som en bruker skal strekke seg etter. Den individuelle friheten til å velge mål skjer innenfor en ramme av disiplinerende normer der myndighetene har definert hva som er bra for brukeren og samfunnet (Mik-Meyer og Villadsen, 2007). Dette kan oppfattes som motstridende utviklingstendenser, og innebærer at friheten til å sette personlige mål har samfunnsskapte rammer som vanskelig kan overskrides. Brukermedvirkning og retten til å sette egne mål forventes å forvaltes i tråd med myndighetenes normer. En bruker som ønsker å innrette sitt liv på andre måter kan fort komme i konflikt med bistandsapparatet. Friheten som er gitt med brukermedvirkning og individuelt tilpassede tjenester følges av et ansvar. Brukeren har ikke bare rettigheter, men med disse følger det også en plikt til å følge sentrale normer i samfunnet. Et virkemiddel som individuell plan vil dermed også kunne oppfattes som et disiplinerende virkemiddel med vekt på selvdisciplinering (Foucault, 1988). Styring av individet skjer ikke lenger gjennom direkte makt som vold og avstraffelser, men gjennom indirekte makt med virkemidler som skaper den selvstyrende bruker (Villadsen, 2007).

## 2.6 Avslutning

Nasjonale myndigheter er avsender av nasjonal rehabiliteringspolitikk, og politikken "pakkes" i form av ulike offentlige dokumenter. I dette kapittelet har jeg gjennomgått og sammenliknet dokumenter fra "gammel" (1980-97) og "ny" (1998-2008) rehabiliteringspolitikk. Gjennomgangen har som formål å vise hva som skiller den nye, helhetlige rehabiliteringspolitikken fra tidligere politikk på området. Den gir bakgrunnskunnskap som er nødvendig for avhandlingens empiriske analyse av hvordan den helhetlige politikken "pakkes ut" og oversettes lokalt i fire kommuner.

Både gammel og ny rehabiliteringspolitikk legger vekt på kommunen som en viktig arena for attføring/rehabilitering, men overgangen fra gammel til ny politikk innebærer flere sentrale endringer. Benevning endres fra attføring til habilitering og rehabilitering. Fokuset flyttes fra tjenester (medisinsk, sosial og yrkesrettet attføring) til bruker og individuelt tilpasset, koordinert og helhetlig bistand.

Rehabilitering er komplekse prosesser, og krever bistand fra flere. Ingen tjenester er i utgangspunktet en rehabiliteringstjeneste og virksomheten er profesjonsnøytral.

De *hovedtrekkene* som tydeliggjøres i den helhetlige rehabiliteringspolitikken kan oppsummeres som brukermedvirkning, individualisering, koordinering og deltakelse. Dette er sentrale tema innenfor velferdssosiologien. *Brukermedvirkning* har en demokratisk dimensjon som både peker mot medbestemmelse og valg i et marked. *Individualisering* er et trekk ved samfunnsutviklingen som har fått mye oppmerksomhet i moderne sosiologi (Aakvaag, 2008). *Koordinering* er et problem som har vært på dagsorden innenfor velferdssektorene i 40 år (Breimo og Sandvin, 2009). Diskursene på området har skiftet karakter fra fokus på samfunn, til gruppe og til sist på individ. *Deltakelse* har sammenheng med medborgerskap, normalisering, integrering og inkludering, og med målsettingen i funksjonshemmingspolitikken om et samfunn for alle. Dette er trekk som utgjør et sterkt normativt press på kommunene i deres arbeid med å oversette rehabiliteringspolitikk fra det nasjonale og til det lokale. Den helhetlige rehabiliteringspolitikken fremhever hvordan disse tiltakene vil løse de aktuelle problemene på området. Samtidig er nasjonal politikk ikke opptatt av i hvilke grad det kan være utfordringer knyttet til å ta i bruk disse for kommunene, noe jeg vil komme tilbake til i analysen.

## 3 ANALYTISK RAMME

### 3.1 Innledning

I dette kapitlet redegjør jeg for avhandlingens analytiske ramme for å studere rehabiliteringspolitikken translasjon fra det nasjonale til det kommunale. Valget av teoretisk utgangspunkt for analysearbeidet skjedde først et stykke ut i forskningsprosessen. Jeg valgte skandinavisk nyinstitusjonalisme og et translasjonsteoretisk perspektiv som analytisk utgangspunkt fordi det passet til min empirinære studie med vekt på prosesser. Rehabiliteringspolitikken betraktes som "ideer på reise" fra en nasjonal kontekst til en lokal, kommunal kontekst, og jeg anvender begrepene "oversettelse" og "translasjon" til å analysere prosessen som denne forflytningen innebærer (Røvik, 2007; Johansson, 2002; Grape, Blom og Johansson, 2006).

Skandinavisk nyinstitusjonalisme er en organisasjonsteoretisk tradisjon med sosiologiske røtter (Johansson, 2002). Da jeg kom tettere på translasjonsbegrepet, åpnet det seg ulike retninger eller forståelser av hva "translasjon" kan innebære (Callon, 1986; Czarniawska og Sevon, 1996; Latour, 1986; Røvik, 2007). Jeg har valgt å kombinere elementer fra det som omtales som a) skandinavisk nyinstitusjonalisme med innslag av aktør-nettverk-teori (ANT) (Czarniawska og Sevon, 1996; Grape et al., 2006; Johansson, 2002), b) Callons (2001/1986) translasjonsmodell, c) Røviks (2007) translasjonsteoretiske perspektiv og d) Nilsens (2007) begreper for å beskrive oversettelsens mikroprosesser. Jeg redegjør for innholdet i disse retningene senere i kapitlet. Translasjonsteori representerer et analytisk perspektiv for å forstå hva som skjer når rehabiliteringspolitikken beveger seg fra det nasjonale og til det lokale. Fokus i min studie vil i hovedsak dreie seg om hva som skjer inne i de fire kommunene når rehabiliteringspolitikken "kommer reisende". Jeg legger derfor vekt på å etablere en analytisk ramme for hvordan prosessen inne i kommunene kan analyseres. Aktuelle begreper og teorier knyttet til emner som rehabilitering, stat, kommune, velferdsstat, profesjoner m.m. blir redegjort for andre steder i avhandlingen, og omtales ikke i dette kapitlet.

### 3.2 Fra iverksetting til oversettelse

Rehabiliteringspolitikk vedtas nasjonalt av regjering og Storting, og skal omsettes til praksis i den enkelte kommune. Hvordan nasjonal rehabiliteringspolitikk blir fulgt opp på kommunalt nivå, gir assosiasjoner til det som tidligere ble omtalt som iverksettingsstudier (Offerdal, 2000:257). Det finnes

en rik forskningstradisjon innenfor dette feltet. En klassiker innenfor implementeringsforskning er boken "Implementation" av Pressman og Wildavsky (1984), som fokuserer på hvorfor målsettinger ofte ikke materialiserer seg i praksis, eller som det står i bokas undertittel: "*How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland; Or Why It's Amazing that Federal Programs Work at All*". Offerdal (2000:260) betrakter iverksetting som en del av en politisk utformingsfase. Iverksettingsbegrepet var ledende på 1970 og -80-tallet. Det utviklet seg ganske tidlig et skille mellom to hovedtilnærminger; ovenfra-og-ned- (top-down) og nedenfra-og-opp- (bottum-up). De fenomenene iverksettingsstudier tradisjonelt har vært opptatt av, blir fortsatt studert, men er blitt fanget opp av andre begrep. Offerdal (2000) nevner begrep som evaluering, læring, politikkutforming og administrasjon. Jeg har valgt begrepet "oversettelse" og skandinavisk nyinstitusjonalisme som et utgangspunkt for analysen (Grape et al., 2006; Johansson, 2009; Nilsen, 2007; Røvik, 2007). Denne teoretiske retningen har de senere årene vært opptatt av sammenhengen mellom generelle ideer og konkrete lokale omorganiseringer (Blom og Grape, 2006; Røvik, 2007; Scheuer, 2006). Den nasjonale rehabiliteringspolitikken kan betraktes som translokale immaterielle ideer som skal hentes ned lokalt. Et poeng i nyinstitusjonell teori er at organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser, hvor de konfronteres med sosialt skapte normer for hvordan de bør være utformet (Christensen m.fl., 2009). Organisasjoner kan ikke overleve ved bare å være effektivitetsorienterte. De må også søke legitimitet fra omgivelsene. Statlige myndigheter må ta hensyn til føringer fra autoritative overnasjonale institusjoner som FN, Verdens helseorganisasjon (WHO) og EØS. Kommunene må ta hensyn til føringer fra ulike autoritative statlige organer, brukerorganisasjoner m.m.

I analysen er fokuset på det situerte, der de nasjonale ideene skal resitueres til lokale, historiske praksiser. I denne tradisjonen betraktes ikke ideutbredelse som ren kopiering, men som en kontinuerlig forvandling av ideer når de forflyttes fra den ene aktøren til den andre. Det analytiske begrepet "oversettelse" er hentet fra kunnskapssosiologene Bruno Latour (1986) og Michel Callon (1986). I oversettelsesperspektivet havner mottakerne av ideene i sentrum. Uten aktiv innsats fra disse mottakerne kommer ingen spredning til å skje. Mottakerne er ikke bare transportører, men også transformatorer, og dermed innovatører av ideer.

### 3.2.1 Skandinavisk nyinstitusjonell teori

Organisasjoner kan studeres med utgangspunkt i ulike teoritradisjoner. Scott og Davis (2007) skiller mellom organisasjoner som rasjonelle, naturlige og åpne systemer, som kan studeres med utgangspunkt i henholdsvis rasjonell, institusjonell og nyinstitusjonell teori. I rasjonell teori legger man vekt på at organisasjoner er lukkede systemer og instrumenter for måloppnåelse. I institusjonell teori legger man vekt på organisasjoner som sosiale og kulturelle systemer. Scott (1992:117) har definert

institusjonalisering som: "den prosessen der handlinger gjentas og tilordnes ensartet mening av en selv og andre". Det er ikke bare organisasjoner, men også handlinger som kan forstås som institusjoner i samfunnet der de gjentas og gis samme mening av flere. I følge Berger og Luckmann (1992) vil en vanedannelsesprosess gå forut for all institusjonalisering. Institusjonalisering finner sted hver gang forskjellige aktører gjensidig typifiserer vanemessige handlinger (ibid:72). Definisjonen av institusjoner er grunnfestet i gjentatte handlinger og felles oppfatninger av virkeligheten (Hatch, 2001:102).

Nyinstitutionell teori oppsto på midten av 1970-tallet i USA (Scott og Davis, 2007). John Meyer og Brian Rowans artikkel; "Institutionalized Organizations: Formal structure as Myth and Sermony" fra 1977 betraktes ofte som en start på nyinstitutionalismen (Blom og Grape, 2006). Nyinstitutionalismen i USA sies å ha gjennomgått tre faser (Johansson, 2002, 2006). I den første fasen så man på organisasjoners måte å forholde seg til sine omgivelser som et spørsmål om ikke bare å tilpasse seg til tekniske, men også til institusjonelle (sosiale og kulturelle) krav. Andre fase kom i 1983, med et bytte av analysenivå fra enkeltorganisasjoner til organisatoriske felt. Man var opptatt av tendenser til homogenisering innenfor felt (DiMaggio og Powell, 1991). På slutten av 1980-tallet ble man opptatt av å forene kunnskap om omgivelsenes innvirkning på organisatoriske felt, med større oppmerksomhet mot enkeltorganisasjoner som aktører (Blom og Grape, 2006).

Skandinavisk nyinstitutionalisme har utgangspunkt i amerikansk institusjonell organisasjonsteori. Innen skandinavisk nyinstitutionalisme har svensk forskning innen bedriftsøkonomi en sentral plass. I svensk nyinstitutionell forskning på idespredning innen bedriftsøkonomi, har fokus vært på forholdet mellom lokale aktører og translokale ideer om organisasjon (Johansson, 2002). Forskingen handler om ideer som skapes, reiser, tas i mot og oversettes lokalt. Flere sentrale forskere innenfor skandinavisk nyinstitutionalisme kombinerer nyinstitutionalisme med elementer fra aktør-nettverksteori (ANT) utviklet av Latour (1987) og Callon (1986). Kombinasjonen av nyinstitutionelle ideer og resonnementet om idespredning gjennom lokal oversettelse er en svensk nyskaping som ikke finnes innenfor nyinstitutionell teori i USA (Grape et al., 2006:37).

De skandinaviske nyinstitutionalister kritiserte Selznicks "old institutionalism" og DiMaggio og Powells "new institutionalism" for å fremheve stabilitet fremfor forandring i deres teoretisering av institusjoner og institusjonalisering. De ønsket i stedet en teori som beskrev organisasjoner som kjennetegnet av både stabilitet og forandring (Czarniawska og Sevón, 1996: 3-5). Det legges vekt på at idespredning fører til både likhet og variasjon, både stabilitet og forandring. Oversettelsesbegrepet tildeler også aktøren en mer aktiv rolle i institusjonaliseringsprosessen enn i den amerikansk-dominerte delen av nyinstitutionell teori. De skandinaviske forskerne har benyttet casestudier. De har nærmet seg fenomenet organisatoriske felt med utgangspunkt i at enkeltorganisasjoner ble betraktet

som aktører innen feltet, ikke som passive avspeilinger av feltets egenskaper. Framfor alt kom man til å interessere seg for institusjonaliseringsprosesser, heller enn deres effekter.

I senere år har man begynt å anvende denne teoritradisjonen innenfor svensk forskning på andre områder enn bedriftsøkonomi, som sosialt arbeid og andre nærstående områder innen sosiologi. Her benyttes svensk nyinstitusjonell teori fra bedriftsøkonomi sammen med casestudier og kvalitativt innrettet forskning (Johansson, 2006:38; 2009). Slik sett faller min studie innenfor en etablert skandinavisk nyinstitusjonell tradisjon både fordi studien er en casestudie og fordi fokus i studien er hvordan ideer i form av rehabiliteringspolitikk oversettes fra det nasjonale til det lokale.

### 3.2.2 Myteperspektivet

Røvik (1992) og Christensen et al. (2009:75) omtaler det nyinstitusjonelle perspektivet som myteperspektivet. Her er de symbolske aspektene ved offentlig politikk i fokus. Organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser hvor de konfronteres med sosialt skapte normer for hvordan de bør være utformet. Organisasjoner må forholde seg til slike normer for organisasjonsutforming og forsøke å inkorporere og reflektere dem utad, selv om de ikke nødvendigvis gjør virksomheten mer effektiv. Gjennom denne prosessen blir organisasjoner mer like, særlig på overflaten. Her skiller myteperspektivet seg fra det kulturelle perspektivet, der det snarere understrekes at kulturelt mangfold fører til at organisasjoner over tid blir stadig mer ulike hverandre. Kulturperspektivet fokuserer på hvordan verdier og normer vokser fram over lang tid internt i organisasjonen, mens myteperspektivet er opptatt av hvordan verdier i omgivelsene stadig skifter. De sosialt skapte normene i de institusjonelle omgivelsene kaller Røvik (1992) for myter. Disse myter spres ofte raskt gjennom imitasjon. Organisasjoner kan ikke eksistere ved bare å være effektivitetssøkende, de må også søke legitimitet i omgivelsene. For å få aksept fra omgivelsene må de leve opp til modernitetsnormer om framskritt, fornyelse og rasjonalitet. Offentlige organisasjoner må ofte forholde seg til institusjonelle omgivelser som er sammensatte og som retter seg inn mot ulike deler av organisasjonen. En organisasjon må derfor ofte forholde seg til mange ulike, gjerne inkonsistente og over tid skiftende oppskrifter for legitime strukturer, prosedyrer og rutiner.

En myte er en legitimert oppskrift på hvordan man bør utforme utsnitt eller deler av en organisasjon. Oppskriftene fra institusjonelle omgivelser kan kalles for "institusjonaliserte elementer" eller "rasjonaliserte myter" (Røvik 1992). Med det menes institusjonaliserte og utbredte oppskrifter på hvordan organisasjoner bør handle og se ut. Rasjonaliserte myter presenteres for det første gjerne som svært effektive redskaper som organisasjoner kan bruke for effektiv måloppnåelse. En rasjonalisert myte er en ikke-vitenskapelig basert tro på at en organisasjonsoppskrift er begrunnet

vitenskapelig og rasjonelt. Organisasjoner opplever ganske ofte at de instrumentelle virkningene av å adoptere dem ikke blir som forventet. Rasjonaliserte myter er for det andre gjerne institusjonalisert i den forstand at de i en periode tas for gitt som de tidsriktige, effektive, moderne og gjerne naturlige måtene å organisere på. Institusjonalisert vil si at mytene er blitt selvfølgeliggjort og selvbegrunnende. Myter har gjerne karakter av å være mer eller mindre tydelige oppskrifter for organisasjonsutforming, gjerne i form av institusjonaliserte formelementer, komponenter eller byggesteiner. De enkelte oppskriftene har ofte sin egen litteratur og kan gjenkjennes ved et språklig merke. Oppskriftene er ofte hentet fra privat sektor. Det mest kjente settet av oppskrifter er det som går under samlebetegnelsen New Public Management (NPM).

Oppskrifters reise inn i en organisasjon omtales som adoptering (Christensen m.fl., 2009:90, Røvik, 1998). Organisasjonsoppskriftene er immaterielle ideer og har ikke fått sin endelige utforming når den foreligger fra avsender. Oppskriftene er elastiske. Mytenes idegrunnlag er ofte ganske generelle og tidløse. Noen instanser har i kraft av sin posisjon og status evne til å autorisere bestemte oppskrifter, f.eks. internasjonale organisasjoner som FN, nasjonale departementer og direktorater, KS, NHO, store konsultantselskaper m.m.. Rehabilitering som et kommunalt ansvarsområde må forholde seg til ulike omgivelser. Det kan være omgivelser som departementer og direktorater. Kommunal rehabilitering er hjemlet i helselovgivningen og er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. I tillegg kan rehabilitering omfatte tjenester som ligger utenfor helsesektoren og som har andre departement eller direktorat å forholde seg til. Andre omgivelser kan være internasjonale organisasjoner som FN, interesseorganisasjoner som representerer brukere, og yrkesorganisasjoner som representerer ansatte.

DiMaggio og Powell (1983) skiller mellom tre årsaker til at organisasjoner adopterer slike rasjonaliserte myter. Det første er *tvangsmessig adoptering*. Det innebærer at organisasjoner f.eks. gjennom lov eller forskrifter pålegges å innføre bestemte oppskrifter. Den andre er *normativt basert adoptering* som skjer som følge av ulike faggruppers og profesjoners felles normer, verdier og kunnskaper. Den tredje grunnen er *mimetisk adoptering*, som handler om at organisasjoner i usikre situasjoner prøver å etterlikne andre som man oppfatter har suksess og anseelse. Rehabiliteringspolitikken representerer gjennom to nye forskrifter tvangsmessig adoptering. I tillegg har myndighetene også lagt vekt på normativ og mimetisk adoptering. Nasjonale myndigheter har påpekt at det mangler en felles kunnskapsplattform på tvers av yrkesgrupper og tjenesteenheter, noe som peker mot forventninger om en normativ adoptering. Helhetlig rehabilitering forutsetter at de involverte aktørene har en felles forståelse av begreper og et bevisst forhold til det verdisyn som rehabiliteringsprosessen bygger på (St.meld.nr.21 (1998-99):62). Mimetiske adoptering skjer når organisasjoner i usikre situasjoner prøver å etterlikne andre som de oppfatter har suksess og anseelse. Sentrale myndigheter har i økende grad

lagt til rette for at kommunene skal lære av hverandre gjennom å dele erfaringer på konferanser og i rapporter (Helsedirektoratet, 2011).

At oppskrifter blir adoptert betyr ikke at de blir iverksatt eller får styrende virkninger på aktiviteter i organisasjonen. Når oppskriftene forsøkes iverksatt, kan utfallet bli rask tilkøpling, frastøting eller frikøpling (Christensen m.fl.2009:91). Rask *tilkøpling* anbefales ofte i konseptlitteraturen hvor moderne konsepter gjerne framstilles som velprøvde verktøy klare til å bli tatt i bruk. *Frastøting* innebærer at organisasjoner betraktes som komplekse og verdibærende tradisjoner som er generelt motstandsdyktige mot reformer. *Frikøpling* er et nyinstitusjonelt resonnement der moderne organisasjoner henter inn nye ideer for å fremstå som moderne, men de sørger samtidig for å skjerme kjerneaktiviteten fra innvirkning. Ut fra denne betraktningmåten blir oppskriftene eller mytene noe som ligger på overflaten i organisasjonene, som et utstillingsvindu rettet mot omgivelsene. Adoptering og grad av tilkøpling er begreper som kan si noe om translasjonsprosessen, noe jeg vil komme tilbake til senere i avhandlingen.

### 3.2.3 Pragmatisk institusjonalisme

I norsk sammenheng er Røvik en sentral representant for skandinavisk nyinstitusjonalisme. Han tar i boka "*Trender og translasjoner*" (Røvik 2007:52ff) utgangspunkt i det han omtaler som pragmatisk institusjonalisme. Begrunnelsen er at posisjonen preges av et blikk og begreper for tvetydighet og en empirisk orientering. Han ser pragmatisk institusjonalisme som et alternativ til den modernistiske og den sosialkonstruktivistiske posisjonen, som han anser som mer polariserte posisjoner. En modernistisk (rasjonell) posisjon legger vekt på organisasjoner som redskaper for måloppnåelse. En sosialkonstruktivistisk posisjon vektlegger at organisasjoner (også) er arenaer for utvikling og fortolkning av symboler og meninger (ibid:48). Det modernistiske paradigmet er preget av reform-, kunnskaps- og utviklingsoptimisme, mens det sosialkonstruktivistiske paradigmet er atskillig mer kunnskaps- og reformskeptisk. En pragmatisk posisjon må ta høyde for at organisasjoner når de studeres empirisk, både kan fremstå som redskaper som gir instrumentelle effekter, og samtidig sosialt konstruerte symboler med meningsskapende, legitimerende effekter. Han viser både til klassisk teoretisk-filosofisk pragmatisme (Peirce, James, Dewey, Rorty) og til en pragmatisk orientering i skandinavisk nyinstitusjonalisme. Studier av bl.a. March og Olsen (1983, 1989) og Brunsson og Olson (1991) beskriver institusjoner som generelt motstandsdyktige mot reformforsøk, men ikke som immune mot reformideer eller som uforanderlige.

Røvik har utviklet to pragmatisk-inspirerte teoribidrag: virusteorien og translasjonsteorien. Hver av disse fanger opp ulike aspekter ved tilbud, overføring, mottak og utnyttning av organisasjonsideer.



Virusteorien handler om kontekstualisering, dvs. ideers skjebne når de forsøkes tatt inn i og tatt i bruk i organisasjoner. Hovedvekten er på hva ideer kan gjøre med organisasjoner. Translasjonsteorien er en mer helhetlig pragmatisk teori om kunnskapsoverføring som både omfatter dekontekstualisering (uttak og pakking) og kontekstualisering (utpakking). Kunnskap avgis fra noen som ideer og oppskrifter og tas inn i andre. Det må tas høyde for at det som overføres ikke er objekter eller ting, men idemessige representasjoner. Overføring er mer enn transport, det er translasjon og dermed transformasjon, dvs. at noe forsøkes kopiert, noe legges til, mens annet trekkes fra, og så tilpasses og blandes (ibid:56). I min analyse låner jeg elementer fra Røviks translasjonsteori. Translasjonsteorien handler mest om hva organisasjoner kan gjøre med ideer.

### 3.2.4 Oversettelsesbegrepet

Oversettelsesbegrepet stammer opprinnelig fra den franske filosof Michel Serres, og er blitt videreutviklet av forskjellige forfattere innenfor ANT og nyinstitusjonell teori (Scheuer, 2006). Scheuer fremhever at begge teoritradisjonene identifiserer oversettelse som den sentrale mekanismen i forbindelse med forandringsprosesser. Han peker på at begrepet oversettelse selv også oversettes og forandres av de forskerne som tar det i bruk. Scheuer gjennomgår hvordan forskjeller mellom de opprinnelige oversettelsesmodeller i ANT og de skandinaviske nyinstitusjonalister har utviklet seg.

Oversettelse er i svensk tradisjon knyttet til Latour og hans hovedresonnement fra artikkelen "*The powers of association*" (Latour, 1986). Her skiller Latour mellom diffusjonsmodellen og translasjonsmodellen, et skille som er sentralt i den skandinaviske forståelsen av translasjonsbegrepet. Den første modellen, diffusjonsmodellen, representerer standardfortolkninger av hvordan ideer spres i tid og rom. Diffusjonsmodellen er sterkt inspirert av kunnskapen om fysiske lover for bevegelse og treghet. Et objekt eller en idé spres fra et sentrum, en kilde som tilfører den kraft eller energi til spredningsforløpet. Hvor fort objektet spres og hvor langt det når, vil være en funksjon av kraften det er sendt ut fra sentrum med, og hvor mye motstand (treghet) det møter på sin vei. Jo lenger ut fra kraftens sentrum objektet kommer, dess mer tapes spredningsevnen. Til slutt stopper spredningen opp, omtrent som når ringer brer seg i vann fra der en stein som er kastet ut, har truffet vannflaten. Objektet selv eller ideen forandres ikke gjennom spredningsforløpet. Den bare taper sin spredningskraft. Som et alternativ til diffusjonsmodellen utviklet Latour (1986) en oversettelsesmodell (a model of translation), som han mener gir en mer empirisk korrekt beskrivelse av hvordan sosiale artefakter spres. Spredningens energi kommer ikke fra et eksternt kraftsentrum, som i diffusjonsmodellen. Snarere forskyves ideer/artefakter i tid og rom som følge av at stadig ny energi tilføres av alle aktører som utgjør ledd i spredningskjeden. Ny, frisk energi og spredningskraft utløses som følge av at aktører ikke passivt mottar, men heller aktivt bearbeider og omformer ideer som er

ute på reise. Michel Callon (1986/2001) beskriver i artikkelen *"Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St. Brieuc Bay"* oversettelsesprosessen som en gradvis oppbygning av et aktør-nettverk bestående av humane og non-humane elementer. Prosessen foreløper i fire trinn: problematisering, interessering, innrullering og mobilisering.

De to aktør-nettverk-tilnærmingene (Latour 1986 og Callon 1986) forklarer hvordan noe får makt i verden med utgangspunkt i en konstruktivistisk ontologi. Fenomener i verden produseres av sosiotekniske nettverk bestående av humane og ikke-humane elementer. Forskerne følger assosiasjoner av både sosiale og naturlige/materielle elementer, som opprettholder eller medfører konstruksjon av fenomener i verden. Det er nettverksoppbyggende aktiviteter og aktør-nettverksrelatert arbeid som er i fokus, og ikke den mening humane aktører tillegger fenomener i verden. Når en ide får effekt eller får makt, skyldes det at det etableres et aktør-nettverk som handler på vegne av ideen, og jo flere aktanter som innrulleres, desto mer makt eller effekt vil ideen ha fått (Scheuer, 2006:17).

Innenfor nyinstitusjonell teori viser Scheuer (2006) til flere ulike oversettelser av oversettelsesbegrepet. De som først la vekt på oversettelse innenfor svensk nyinstitusjonalisme, var Czarniawska og Sevón i Idémodellen (1996). Denne modellen bygger på en sosialkonstruktivistisk posisjon og har vekt på Berger og Luckmans bok *"Den samfunnsskapte virkelighet"* (1966/1992). I idémodellen er fokus ideers reise inn og ut av organisasjoner i organisatoriske felt. Oversettelsesbegrepet er også innlemmet i Czarniawskas (2000/2005) teori om hvordan ideer institusjonaliseres som intra- og interorganisatoriske handlingsnett. Handlingsnett skapes og gjenskapes i samtaler. Samtaler omfatter tre typer av ordensskapende handlinger: oversettelse, redigering og inskripsjon i objekter (også dokumenter) som bidrar til stabilisering av handlingsnettet (Czarniawska, 2005).

Røvik (2007) skiller seg fra den svenske nyinstitusjonalismen i sitt syn på translasjon. Han viser til språkvitenskapen og *"translation studies"*, en tradisjon fra slutten av 1970-årene som var opptatt av oversettelse på tvers av språkgrenser. Tidligere var oversettelse nærmest ensbetydende med det å gjengi en litterær tekst på et annet språk enn originalspråket med vekt på oversettelse ord for ord. Innholdet i fagfeltet ble imidlertid redefinert og utvidet i løpet av 1980- og 1990-årene. Det ble en kulturdreining, og fokus ble rettet mot spørsmål om hva som er selve oversettelsesensheten, om det kun er oversettelse av ord og tekster, eller om det utvides til også å omfatte oversettelse og fortolkning av ulike kulturuttrykk mer generelt. Fokus på kulturelle ytringer som ideer, konsepter, trosforestillinger gjør at teoritradisjonen har relevans for forståelsen av overføringer av ideer mellom organisasjoner (ibid:253). Oversettelse av organisasjonsideer handler om ideer, dvs. immaterielle

representasjoner av og fra bestemte kontekster, og dette sammenfaller med translasjonsstudienes emner. Røvik argumenterer for at alle former for sosial kommunikasjon og ytringer i prinsippet kan forstås og studeres som translasjon med utgangspunkt i denne tradisjonen. Scheuer (2006:21) kaller Røviks translasjonsteori for "oversettelse ved spredning av oppskrifter". Han mener at Røvik i stedet for å definere oversettelsesbegrepet presist, utvikler en typologi over fire ulike oversettelsestyper; konkretisering, delvis imitasjon, kombinerende og omsmelting. Typologien synes å ta utgangspunkt i en antakelse om at det finnes originale ideer og oppskrifter som en oversettelse kan konkretisere eller avvike mer eller mindre fra. I Latour eller Czarniawska og Jorges finnes det ikke originale ideer og deretter mer eller mindre gode oversettelser, men bare lokalt tilpassede oversettelser (Scheuer 2006:23). Røvik (2007:254) er kritisk til ANT, som han betrakter som for abstrakt til hans pragmatiske ambisjoner. Jeg vil gjøre bruk av elementer fra translasjonsteorien til Røvik, men deler ikke hans skepsis til ANT. I stedet velger jeg i tråd med den svenske tradisjonen å støtte meg på ANT. Valget har sammenheng med Nilsen (2007) og hennes syn på hvordan oversettelse kan studeres internt i organisasjoner. Hun betrakter analyse av oversettelse med utgangspunkt i skandinavisk nyinstitusjonell teori som begrenset i forhold til å fange opp og forstå hele translasjonsprosessen, og hevder at analysen her stopper opp ved en begynnende materialisering av ideene. Hun tar i bruk ANT for å forfølge translasjonsprosessene videre, og for å få kunnskap om ideene makter å bli en integrert del av praksis (ibid:101).

Oversettelsesbegrepet beskriver lokale aktørers måte å forholde seg til det som spres. Begrepet bidrar til å belyse forholdet mellom ideer og praksis, mellom translokale og lokale forhold, og mellom ulike interne organisatoriske interesser. De lokale aktørenes handlingsrom kommer i sentrum for forskerens interesse, ettersom oversettelse innebærer en mulighet til å tolke og forandre det som spres. For nyinstitusjonell organisasjonsteori aktualiseres bl.a. spørsmål om likhet og variasjon innen organisatoriske felt, samt enkelte organisasjoners dobbelte strev etter samtidig å være lik andre innen feltet, og å være unike (Johansson, 2006:33).

Rehabiliteringspolitikk vil i et translasjonsperspektiv ikke betraktes som overføring av en fysisk gjenstand som har fått sin form en gang for alle. I stedet betraktes den som ideer eller representasjoner som endres og omformes etter hvert som nye aktører kommer i kontakt med dem (Latour 1986, Czarniawska og Sevón 1996). I avhandlingen anvendes oversettelsesbegrepet til å få kunnskap om hvordan ideer om rehabilitering fylles med lokalt situert innhold ved overlevering fra en nasjonal kontekst til en lokal kontekst.

Overlevering handler også om i hvilke grad aktører og aktanter slutter opp om ideene, lar seg innrullere, og på den måten skaper stabile nettverk som stabiliserer den lokale oversettelsen.

Ideer og strukturer forandres når de føres videre i tid og rom. Graden av forandring på lokalt nivå kan variere, avhengig av graden av tolkningsrom de lokale aktørene gir. Det kan være avhengig av selve ideinnholdet, men også ideens innpakning og reiserute. Det fokuseres på selve prosessen, hvordan spredning skjer, mer enn resultatet av den. Fordelen med oversettelsesbegrepet er at det kan fange opp kompleksiteten og mangetydigheten i prosessen.

### 3.2.5 Organisasjoner i et felt

Oversettelsesbegrepet gir rom for å forklare at organisasjoner i et felt kan utvikle variasjon og heterogenitet. Et felt består av organisasjoner som har noen aktiviteter til felles, og hvor de enkelte enheter (organisasjoner) vet om og gjerne identifiserer seg med de andre (DiMaggio og Powell, 1991). Felt kan identifiseres empirisk fordi det handler om hvem som faktisk vet om og identifiserer seg med hvem. Rehabilitering kan betraktes som et felt der ansvaret for å yte bistand er delt mellom kommuner, staten og private aktører. Det er rimelig å anta at norske kommuner utgjør et felt. Om rehabilitering som et kommunalt ansvar kan sies å utgjøre et eget felt, må undersøkes empirisk.

I følge Bourdieu utgjør et felt en arena der det har utkrystallisert seg en særegen kapitaltype (Aakvaag 2008:155). Kapital definerer Bourdieu som det som gir innflytelse på et felt, slik at feltets yttergrense er det sted der den feltspesifikke kapital slutter å gi innflytelse. Den feltspesifikke kapitalen gir også det enkelte felt en relativ autonomi og uavhengighet, da det kun er feltets egen kapital som gir innflytelse. Alle sosiale felt er preget av konflikter som oppstår når feltets aktører vil forsvare eller forbedre sin egen posisjon. Spillereglene på feltet og hva som skal gjelde som kapital (gir prestisje og innflytelse), er preget av en grunnleggende taus og implisitt enighet som Bourdieu kaller "doxa". Ofte vil doxa bli utfordret, f.eks. av nykommere på et felt. Angrep på det etablerte doxa kaller Bourdieu for "heterodoxa" (vranglære). Overført til rehabilitering som et felt, kan den nye helhetlige rehabiliteringspolitikken betraktes som en utfordrer til det etablerte doxa på feltet, noe som kan føre til konflikter mellom aktører i feltet om innholdet i den feltspesifikke kapitalen i form av å inneha den rette kunnskapen på området.

### 3.2.6 Tilbudssiden og mottakersiden

Røvik (2007) skiller mellom "tilbudssiden" og "mottakersiden". Tilbuds- eller sendersiden deler han inn i tre hovedelementer; 1) tilbudssidens aktører eller produsenter, formidlere og autoriserende instanser, 2) produktene, de ideer og oppskrifter som utvikles og sirkulerer og 3) de til enhver tid

rådende antakelser og forstillinger blant tilbyderne om hvordan markedet for ulike ideer og oppskrifter ser ut og vil utvikle seg i fremtiden.

Overført til rehabiliteringspolitikken vil tilbudssidens aktører eller produsenter være de som produserer politikken nasjonalt, og som vedtar den og står som avsender, dvs. regjering og Storting. De vil igjen være påvirket av diskurser som foregår innenfor ulike arenaer, som academia, brukerorganisasjoner, profesjoner og virksomhetseiere (Moser, 1998). Produktene vil si de ideer og oppskrifter som utvikles og sirkulerer. Disse kan her forstås som rehabiliteringspolitikken. Politikkens innhold kommer til uttrykk gjennom dokumenter som NOU-er og stortingsmeldinger. Disse kan bli fulgt opp gjennom utvikling av nytt regelverk, utarbeidelse av nye handlingsplaner, opprettelse av spesielle institusjoner (f.eks. SKUR, Dokumentasjonssenteret, nasjonale kompetansesenter osv.). Oppfølging av politikken etterspørres i dokumenter som bestillingsdokumenter fra direktorat til kommuner, rundskriv og lignende. De som formidler politikken og utgjør autoriserende instanser, kan være både departement, direktorat og fylkesmannen. Alle disse elementene vil være ledd i oversettelse og tilrettelegging av den nasjonale politikken, slik at kommunale aktører lettere kan ta tak i den og følge den opp. Rådende forstillinger blant tilbyderne/senderne om hvordan markedet for ulike ideer og oppskrifter ser ut og vil utvikle seg i fremtiden, er et interessant punkt. I rehabiliteringspolitikken handler det om prognoser om et økende behov for rehabilitering i årene framover pga. en økende andel eldre, flere som lever med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer, som overlever alvorlige sykdommer og ulykker m.m. Det handler også om nye normer om et inkluderende og ikke-diskriminerende samfunn, med vekt på deltakelse og borgerrettigheter for funksjonshemmede. Mottakersiden vil i denne sammenhengen være kommunene og ulike aktører innenfor det kommunale systemet.

### 3.2.7 Dekontekstualisering og kontekstualisering

Skandinavisk nyinstitusjonalisme deler fenomenet oversettelse av ideer analytisk inn i to hovedtyper av prosesser; nemlig dekontekstualisering og kontekstualisering (Røvik, 2007).

*Dekontekstualisering* handler om å hente noe ut av en sammenheng. Røvik (2007) sier enkelt at det handler om prosessen når praksiser oversettes til ideer. For at en idé skal kunne begynne å reise, må den først bli et objekt, for eksempel i form av en tekst. Kun i objektivert form kan den forlate det lokale og entre translokale reiseveier. Objektformen innebærer avkontekstualisering eller dekontekstualisering (fra Giddens disembedding). De lokale omstendigheter filtreres vekk, og det blir tilbake en abstrakt presentasjon av allmenne trekk.

Røvik skiller mellom to ulike former for dekontekstualisering; den første kalles "løsrivelse", mens den andre kalles "pakking". Løsrivelse handler om å oversette fra praksis til ideer, dvs. at man forsøker å gi den et innhold, en idemessig representasjon. Pakking handler om form, hvordan ideer formuleres og presenteres (Røvik, 2007:225). Selve pakkingen av en idé kan være avgjørende for om den fremstår som akseptabel og legitim, og kan være avgjørende for hvor populær den blir og hvor stor utbredelse den får.

*Kontekstualisering* kan enkelt beskrives som at ideer oversettes til praksis, dvs. motsatt av dekontekstualisering (Røvik, 2007). Det vil si prosessen når ideer skal settes inn i den enkelte organisasjon eller virksomhet, og omtales også som "utpakking". Når ideen "lander" i en lokal sammenheng, blir den "reembedded"; de abstrakte trekkene fylles ut med lokale særtrekk, og i denne formen omsettes den i handling (Johansson, 2006:30). Idespredning fører til både likhet og variasjon, både stabilitet og forandring. Blir ideer raskt kastet ut igjen, eller blir de omformet, slik at de passer bedre til den lokale konteksten? Forblir de immaterielle ideer som sirkulerer på prateplanet, eller blir de materialisert og kommer til uttrykk i strukturer, aktiviteter og målbare resultater?

### **3.3 Oversettelse som prosesser inne i organisasjoner**

Den skandinaviske nyinstitusjonelle skolen kjennetegnes ved sin interesse for det lokale organisasjonsnivået, og antakelser om at oppskrifter tillempes internt gjennom oversettelse. I doktorgradsavhandlingen "*Oversettelsens mikroprosesser*" kritiserer Elin Anita Nilsen (2007) skandinavisk nyinstitusjonell teori for å være lite opptatt av hva som foregår på mikronivå, inne i en organisasjon, og er i stedet mest opptatt av meso-nivå, dvs. hvordan ideer beveger seg mellom organisasjoner og organisatoriske felt. Hun har en gjennomgang av hvordan den nyinstitusjonelle teorien i kombinasjon med ANT kan anvendes på mikronivå, til å studere en translasjon når en idé har entret en organisasjon. Hun benytter en relativt vid definisjon av translasjonsbegrepet som overbygning for de to teoretiske skoleretningene: "*All the displacements through other actors whose mediation is indispensable for any action to occur*" (Latour, 1999:311 i Nilsen, 2007). Nilsen (2007) gjennomgår sentrale trekk ved den skandinaviske nyinstitusjonelle skolens bearbeiding av translasjonsbegrepet og hvordan ulike forskere bruker tenkningen i egne prosjekter. Med denne gjennomgangen mener hun å vise at det ikke finnes et godt utbygd begrepsapparat for å studere translasjonsprosesser på organisasjonsnivå, til tross for at dette er fremstilt som retningens styrke, i motsetning til for eksempel amerikansk nyinstitusjonalisme. Hun anser det derfor som en utfordring å utvikle de begrepene og resonnementene som tross alt finnes.

Nilsen gjør et skille mellom å bruke translasjon på henholdsvis en metaforisk og en teoretisk måte. Latour (og ANT) får en dobbelt rolle i kraft av både å være leverandør av den metaforiske forestillingen om overføring som translasjon, og i kraft av å bidra med et sett av teoretiske antakelser om hva translasjoner nærmere bestemt kan dreie seg om (ibid:29). Aktørers energitilførsel kombinert med ideers foranderlighet gjør overføring til translasjonsprosesser. Translasjon som et teoretisk rammeverk innebærer en tro på at det faktisk finner sted oversettelser som et identifiserbart fenomen når ideer skal omformes fra det globale til det lokale.

De to teoritradisjonene, skandinavisk nyinstitusjonalisme og ANT, har det til felles at de forsøker å forstå hvordan spredning og stabilisering av ideer foregår, men de gir ulike svar på hvilken energitilførsel som bør utgjøre overføringenes oppmerksomhetsfokus, og dermed hvilke aktiviteter som blir translasjonsbegrepets omdreiningspunkt. Innenfor skandinavisk nyinstitusjonalisme er man opptatt av å studere de innholdsmessige omskrivninger av ideer som følge av at de reiser ut og inn av stadig nye kontekster, eller beveger seg mellom ulike nivåer. Begrepsparet dekontekstualisering og kontekstualisering er sentrale i denne tilnærmingen. ANT betrakter spredning av artefakter som et performativt maktfenomen, hvor ideen blir mektig i den grad flere og flere innrulleres i dens nettverk. Det blir derfor viktig å studere nettverksbyggende aktiviteter.

### 3.3.1 Om å flytte begrepene inn i organisasjonen

Nilsen (2007) legger til grunn en antakelse om at translasjoner i forbindelse med overføringer er motivert av tre forhold:

- å gi ideer et representasjonsmessig innhold
- å gi ideer et konkret innhold
- å gjøre ideene mektige

Hun betrakter ikke organisasjonen som en enhetlig aktør, men som bestående av et mangfold av aktører. Med utgangspunkt i skandinavisk nyinstitusjonalisme utledes to prosesser kalt konseptualiseringsprosessen og konkretiseringsprosessen. *Konseptualiseringsprosessen* er utledet fra skandinaviske nyinstitusjonalisters resonnement om dekontekstualisering. *Konkretiseringsprosessen* utledes fra resonnementet om kontekstualisering. Her dreier overføringens fokus seg om hvordan ideer gis et representasjonsmessig innhold (konseptualisering), og hvordan ideer får et konkret innhold (konkretisering). Den siste oversettelsesprosessen utledes med utgangspunkt i ANT og kalles *kontrolleringsprosessen*. Den baserer seg på ANTs forståelse av translasjoner som nettverksbyggende aktiviteter, og fokus vil være aktiviteter for å gjøre ideer mektige, eller skape et stabilt nettverk rundt bruken av ideer.

### 3.3.2 Konseptualisering, konkretisering og skandinavisk nyinstitusjonalisme

Nilsen kritiserer Røviks kontekstualiseringsbegrep for å favne alt som skjer når en organisasjon forsøker å ta en ny idé i bruk. Nilsen hevder, med utgangspunkt i egen arbeidserfaring, at arbeidet i forbindelse med overføring ikke starter med å konkretisere et gitt objekt, men å lage objektet. En lokal overføring begynner gjerne med at man forholder seg til mange ulike kilder til en oppskrift, slik at man heller ikke i den enkelte organisasjon kommer utenom et arbeid som går ut på å fortolke de ulike kildene. Målet er å sette det sammen til en allmenn form som er anvendelig for den aktuelle organisasjonen. Nilsen legger opp til at både dekontekstualisering og kontekstualisering foregår som ledd i den interne oversettelsen, og at det skjer en vekselvirkning mellom de to mekanismene.

Overført til rehabiliteringspolitikken blir Rehabiliteringsmeldingen (St.meld.nr.21 (1998-99)) en kontekstspesifikk materialisering, forskriftene blir en annen kontekstspesifikk materialisering, uttalelser fra sentrale personer en tredje, bøker skrevet om rehabilitering en fjerde osv. Det interne arbeidet i kommunen med å sammenfatte og dekontekstualisere de ulike kontekstspesifikke materialiseringene av rehabilitering vil utgjøre kommunens *konseptualisering* av rehabilitering. Konseptualiseringsprosessen retter oppmerksomheten mot de translasjonene som handler om å skape objektet rehabilitering for kommunen i en tidlig fase av oversettelsen, slik at det skapes et representasjonsmessig innhold. Nilsen antar at det er en sammenheng mellom translasjoner i konseptualiseringsprosessen og resultatet, nemlig den interne utviklede representasjonen av rehabilitering.

Intern konseptualisering – det objektet de fleste i organisasjonen vil støtte på, er ikke skapt av autoritative sentra i feltet, men av interne oversettere. Med utgangspunkt i Nilsen blir det et skille mellom arbeidet med å skape objektet rehabilitering i kommunen, og arbeidet med å ta det i bruk med referanse til objektet. *Konkretisering* avsløser konseptualiseringen. Konkretiseringsprosessen retter oppmerksomheten mot de translasjonene som omhandler omskrivingen av det objektet som er skapt internt i organisasjonen, dvs. det skriftlige og visuelle uttrykket man har skapt av objektet i løpet av konseptualiseringen med sikte på forberedende og innledende praktisk bruk.

Analysen stopper opp ved en begynnende materialisering av objektet i praksis. Om objektet tas i bruk og blir en integrert del av praksis, forblir et åpent og ubesvart spørsmål. Det er en indikasjon på at flere translasjonsprosesser må følges, og her kommer ANT til unnsetning.

### 3.3.3 Aktør-nettverk- teori (ANT) og kontrollering

Oversettelse er i følge Latour (1987) den prosessen der et element, for eksempel en aktør, bygges inn i et nettverk og gis en identitet. Oversettelse kan også innebære at de som rører ved ideen eller



oppskriften, slipper den og på den måten unnlater å føre den videre. Det vil derved ikke bygges nettverk rundt den, og spredningen stopper opp. Det gjør at makt er en konsekvens av og ikke en forutsetning for sosial handling. Ut fra det kan det hevdes at jo flere som deltar i oversettelsen av en oppskrift, jo mektigere blir den. Innenfor ANT benyttes ikke begrepet overføring, som forbindes med diffusjonsmodellen, men overlevering.

Kjeder av humane og ikke-humane aktører (aktanter) utgjør et sosioteknisk nettverk som handler på vegne av ideen. Spørsmålet om makt står derfor sentralt. Nilsen betoner en forskjell mellom skandinavisk nyinstitusjonalisme og ANT når det gjelder bruken av translasjonsbegrepet. Mens man i skandinavisk nyinstitusjonalisme, til tross for translasjonsresonnementet, operer med en forestilling om en original versjon av en oppskrift på reise, som stadig pakkes inn og ut alt etter hvor den befinner seg, fremstår det mer problematisk i ANT. Poenget med Latours translasjonsmodell er ikke å betrakte verden som bestående av ting som sendes og mottas. Derfor er det i hans arbeid ikke interessant å se på hva som kommer fra et nivå til et annet. ANTs translasjonsbegrep tenderer mer mot omdanning, mens det i skandinavisk nyinstitusjonalisme ser ut til å bety redigering.

I ANT handler det om å skape interesse og oppnå støtte for oppskriften, for deretter å kontrollere aktørene i nettverket slik at bruken blir noenlunde stabil og forutsigbar. Et viktig poeng er at prosessen kan møte motstand. Man kan mislykkes med å skape nettverk rundt ny rehabiliteringspolitikk. Da vil den ikke stabiliseres. Alternativt kan man ha fått støtte, men innrulleringen av aktører har ført med seg et skifte i oppfatning av hvem som er de toneangivende aktører, og hvilken versjon av objektet som egentlig anvendes. Risikoen er at ideen kan få en form som er helt ugjenkjennelig, men det eksisterer like fullt en ide som i utgangspunktet har en form for identitet eller substans som man søker å bringe videre.

ANT har utviklet et differensiert analyseverktøy. Mest sentrale for min avhandling er disse:

“Performativ makt”: Makt er ikke noe en aktør har, men et resultat av en mobiliseringsprosess. Begrepet performativt peker på at fokus må være på det som skapes i relasjonen mellom de ulike aktørene i nettverket. Hva slags forbindelser utvikler seg og hvordan knyttes de humane og ikke-humane aktørene sammen.

“Obligatorisk passeringspunkt”: Et punkt som alle som ønsker å være en del av et nettverk må passere. Det er den posisjonen som definerer og forvalter det som oppfattes som sann kunnskap om feltet, og som blir oversetter av og for alle medspillerne i nettverket (Johnsen, 2004).

“Makro-aktører”: Et aktør-nettverk forstås som en makro-aktør (Callon og Latour 1981). Et fenomen hvor mange blir én, kan ha mange former; institusjoner, teknologier, selskaper og lignende.

Med ANT kan man følge oversettelsesprosessen lenger enn med det begrepsapparatet som følger av skandinavisk nyinstitusjonalisme. Selv om ideer har vært igjennom en konseptualiseringsprosess og en konkretiseringsprosess, kan ennå mye skje med hensyn til oversettelse. Det viktigste spørsmålet for om en idé skal bli mektig eller ikke, dreier seg om i hvilken grad man klarer å etablere kontrollmekanismer som sørger for å binde opp adferd. Andre allierte må bringes inn. Å identifisere de allierte som ofte kan ha en ikke-human karakter, antas å ha betydning for om ideen blir virksom og mektig. De ulike fasene eller prosessene skal virke utfyllende og ikke konkurrerende.

For at ny rehabiliteringspolitikk skal feste seg som ny praksis i kommunen, må det ha utviklet seg et aktør-nettverk som stabiliserer relasjonen mellom aktører og aktanter i praktiseringen av ny rehabiliteringspolitikk. I dette nettverksbyggende arbeid kan man skille ut to fokus. For det første prosessen med å innrullere flere aktanter i nettverket, samt å få sentrale aktører interessert i ny rehabiliteringspolitikk. Et eksempel kan være at de fleste velferdstjenester betraktes som aktuelle til å bistå i individuelle rehabiliteringsprosesser i den helhetlige rehabiliteringspolitikken. Politikken ansvarliggjør et bredt sett av tjenesteytere. Spørsmålet er om de ulike tjenesteutøverne blir interessert og støtter opp om de politiske føringene. For det andre om det etableres mekanismer som bidrar til å stabilisere og kontrollere deres adferd. Koordinerende enhet og individuell plan kan betraktes som mekanismer som skal bidra til å stabilisere og kontrollere tjenesteyternes adferd. Spørsmålet blir om kontrollering lykkes. For at ny rehabiliteringspolitikk skal feste seg som varig praksis i kommunen, antas det at ideene må stabiliseres gjennom tilknytning til fysiske gjenstander, ting, nedskrevne prosedyrer, skjema, systemer osv.

### 3.3.4 Institusjonaliserte myter i velferdsorganisasjoner

Velferdsstaten har utviklet en rekke virksomheter som ikke fungerer etter logikken i et kapitalistisk marked. Organisasjoner som arbeider med undervisning, pleie, rehabilitering og lignende, anvender teknologier til å produsere produkter eller ytelser som det er vanskelig å gjøre målbare. Slike organisasjoner tenderer mot å bli vurdert etter om de anvender legitime institusjonelle elementer. Man kan skille mellom *outputbaserte* vurderinger på den ene siden og *struktur- og prosessbaserte* vurderinger på den andre. En *outputbasert* vurdering vil være opptatt av resultat, omkostninger og kvalitet. Suksesskriteriet er om det oppnås høy produksjon til lave omkostninger. En *prosessbasert* vurdering vil være opptatt av arbeidsprosesser, aktivitetsnivå og samarbeid. Går produksjonen uproblematisk? Gode prosesser leder til gode resultater. En *strukturbasert* vurdering vil se på organisasjonsstruktur, kapasitet, ledelse. Riktig organisering fører til gode resultater. Når det er vanskelig å lage outputbaserte vurderinger, brukes ofte prosess- og strukturbaserte effektivitetsvurderinger i stedet. Prosess- og strukturbaserte kriterier kjennetegner i stor grad den nye

rehabiliteringspolitikken. Prosesskriterier har vekt på elementer som brukermedvirkning, individuelt tilpassede og koordinerte tjenester. Strukturkriterier har vekt på at riktig organisering vil føre til et godt resultat.

Mik-Meyer og Villadsen (2007:124-125) antar at velferdsorganisasjoner er underlagt et særlig press mot å tilpasse seg institusjonaliserte myter i omgivelsene. De antar at velferdsorganisasjoner konstant avkoder sine omgivelser i forhold til hvilke institusjonelle myter som eksisterer. Velferdsorganisasjoner vil være særlig tilbøyelige til å ta opp i seg organisasjonselementer der virkninger og effekter er udokumentert eller vanskelig å bevise. Et kritisk poeng er at velferdsorganisasjoner kan tenkes å være mer orientert mot å ta til seg og fremvise institusjonelle myter enn mot å undersøke hvordan de spesifikke strukturer, prosesser eller teknologier virker i forhold til brukerne, altså hvorvidt de frembringer de mest effektive resultater.

Velferdsinstitusjonene er de senere år i stigende grad stilt overfor krav om å møte borgeren som et helt og unikt menneske, som enhver innsats må innrettes og tilpasses etter. Samtidig er velferdsinstitusjoner preget av faglogikker som bestemmer hvordan profesjonelle aktører kan iakttas og møte borgeren. Dette setter alltid rammer for møtet mellom borgeren og den profesjonelle, for diagnostisering og behandling, for tildeling av ytelser m.m. På den måten spiller makt og kunnskap, intervensjon og faglogikk, snevert sammen i møtet mellom borgeren og velferdsstaten. Mik-Meyer og Villadsen (2007:9) omtaler en rekke verdier og tilhørende nye praksisformer som "nyliberalisme". Det er verdier som effektivitet, selvansvar, frihet, empowerment, selvhjelp m.v. som i stigende tempo har fått sentral plass i danske velferdsinstitusjoner. Med begrepet nyliberalisme henviser de ikke til et politisk program, historisk epoke eller politisk filosofi, men forsøker å sette fokus på en spesiell måte å innrette et system på og på noen bestemte praksisformer. Disse reformer og institusjonelle forandringer inspireres av sentrale verdier i et liberalistisk prosjekt. Denne forandringen som de for tiden ser i velferdsstaten, er ikke kun et skifte i maktstruktur fra stat til marked, eller endring av ansvar fra offentlig til private domener. Forandringen vedrører selve konstitueringen av borgeren i form av en omsegripende individualiseringsprosess, dvs. at borgeren i stigende grad gjøres til rettighetssubjekt og dermed samtidig ansvarlig for sin egen situasjon. Idealborgeren er en person som handler ansvarsfullt, viljesterkt og kontrollert, og som ønsker å spille hovedrollen i løsningen av sine problemer. Disse idealene skaper spesielle vilkår for møtet mellom borger og stat.

Velferdsstatens forandring kan relateres til en rekke innbyrdes motstridende utviklingstendenser, som både berører vilkårene for arbeidet i velferdsinstitusjoner og for det konkrete møtet med borgeren. Når det gjelder vilkår for arbeidet, peker Mik-Meyer og Villadsen (2007) på at politikken på den ene siden reduserer den statlige styringen til fordel for institusjoner og borgeres selvutfoldelse, samtidig

som det sentrale politiske nivå utøver en stigende detaljstyring. Dette kaller de for et *styringsparadoks*. De betrakter slike innbyrdes motstridende tendenser som en avspeiling av en ny form for styring. Staten søker å leve opp til liberalismens ideal om frihet for institusjonen og borgeren (reduksjon av statens styring) ved kontinuerlig å fremheve at det er institusjonen og borgeren selv som er ansvarlig for sin situasjon. Dette skjer samtidig med at det innføres flere og flere styringsteknikker som formuleres sentralt, og som har som formål, på den ene siden å sikre en optimal ressursutnyttelse gjennom en omfattende detaljstyring, og på den andre siden å hjelpe institusjonen og borgeren frem mot den ideelle tilstand; å handle ansvarsfullt, viljesterkt og kontrollert. Dette er trekk som er relevant for rehabilitering som virksomhet, og som jeg vil komme tilbake til.

### 3.4 Avslutning

I dette kapitlet har jeg tatt for meg avhandlingens analytiske rammeverk. Mitt utgangspunkt er skandinavisk nyinstitusjonalisme med innslag av ANT. Jeg betrakter rehabiliteringspolitikk som "ideer på reise", og begrepet "oversettelse" eller "translasjon" er sentralt for analysen. Jeg har redegjort for bakgrunnen til skandinavisk nyinstitusjonalisme, sentrale trekk ved teoritradisjonen og sentrale kjernebegreper som danner en ramme for avhandlingens analysedel. I svensk nyinstitusjonalisme har fokus vært på forholdet mellom lokale aktører og translokale ideer om organisasjon, på ideer som skapes, reiser, tas i mot og oversettes lokalt (Johansson 2002). Nilsen (2007) kritiserer retningen for at det mangler et godt utbygd begrepsapparat for å studere translasjonsprosesser på organisasjonsnivå. Jeg supplerer skandinavisk nyinstitusjonell teori med å bygge på Nilsens (2007) tre begreper om konseptualisering, konkretisering og kontrollering med vekt på oversettelse internt i en organisasjon. Den nyinstitusjonelle skolen omtales også som et myteperspektiv med vekt på at organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser, hvor de konfronteres med sosialt skapte normer for hvordan de bør være utformet.

## 4 METODOLOGISKE OVERVEIELSER

### 4.1 Innledning

I dette kapitlet redegjør jeg for de metodologiske overveielser og valg som ligger til grunn for studien, og beskriver nærmere hvordan jeg har gått fram for å undersøke avhandlingens problemstilling. Valg av framgangsmåte skal fungere hensiktsmessig i forhold til studiens forskningsspørsmål, og være i tråd med studiens forskningsstrategi og ontologiske og epistemologiske grunnlag (Blaikie, 2007). Formålet med kapitlet er å gjøre forskningsprosessen transparent og tilgjengelig for leseren.

I følge Silverman (2005) er beslutninger om metodologi alltid teoretisk ladet og har stor betydning for hvordan man designer et forskningsprosjekt. Han definerer metodologi som: *"a general approach to studying research topics"* (ibid:109). Valg av metode eller metoder bør reflektere en overordnet forskningsstrategi. Metoder skal ikke betraktes som rene teknikker, men får mening avhengig av hvilken metodologisk tilnærming de brukes innenfor (ibid:110). Valg av metodologi vil i følge Silverman (2005:99) ikke være sann eller falsk, men mer eller mindre nyttig.

### 4.2 Valg av forskningsspørsmål og forskningsstrategi

I avhandlingen er jeg opptatt av hva som skjer i fire utvalgte kommuner i deres møte med helhetlig rehabiliteringspolitikk. Studiens problemstilling er formulert slik: *Hvordan oversettes helhetlig rehabiliteringspolitikk i ulike kommunale kontekster?* Dette spørsmålet er igjen avgrenset og utdypet i form av to delspørsmål eller forskningsspørsmål. Disse er redskaper som gjør en problemstilling forskbar. Studiens problemstilling og forskningsspørsmål ble justert gjennom store deler av forskningsprosessen, noe som er vanlig innenfor kvalitative studier.

Blaikie (2007) skiller mellom tre hovedtyper av spørsmål; "what"-, "why"- og "how"-spørsmål. De tre hovedtypene viser til hva som er formålet med ulike typer av spørsmål. Det han kaller hva-spørsmål, har et deskriptivt eller beskrivende formål. De er rettet mot å oppdage og beskrive et fenomenes karakteristika og mønster. Hvorfor-spørsmål er ute etter å forklare eller forstå for eksempel hvordan et bestemt mønster er oppstått. Hvordan-spørsmål er opptatt av hvordan fenomen kan påvirkes eller endres, med fokus på intervensjon og praktiske resultat. Denne studiens forskningsspørsmål faller innenfor det Blaikie (2007) kaller hva- spørsmål, med en hovedvekt på det deskriptive eller beskrivende. I studien har det vært sentralt å få fram kunnskap om studiens gjenstandsfelt gjennom

tekstlige eller språklige beskrivelser av hvordan nasjonal rehabiliteringspolitikk oversettes til lokal forståelse og praksis i de fire kommunene. I tillegg har det vært en ambisjon å prøve å forstå noen av de trekk som beskrives som uttrykk for måter å håndtere de utfordringer den nye politikken skaper i ulike kommunale kontekster. Det innebærer at studien også tar for seg det Blaikie (2007) kaller for hvorfor- spørsmål.

For å kunne utvikle ny kunnskap om sosiale fenomen trenger forskere å velge en forskningsstrategi (Blaikie, 2007). En forskningsstrategi omfatter mye mer enn bare å bestemme hvilke metoder som skal anvendes for å innhente og analysere data. Det handler om valg av forskningslogikk og beskriver et startpunkt, en serie skritt og et endepunkt (ibid:9). Blaikie presenterer fire ulike forskningsstrategier som representerer fire ulike idealtypiske former for kunnskapsproduksjon eller resonnering: induktiv, deduktiv, retroduktiv og abduktiv (ibid:57). Induktiv og deduktiv resonnering er lineære, mens retroduktiv og abduktiv resonnering er bygd på sykliske eller spiralformede prosesser (ibid:105).

I denne studien er det valgt en forskningsstrategi som har felles trekk med det Blaikie (2007) beskriver som en abduktiv tilnærming. Blaikie skriver at abduktiv logikk opprinnelig var en tilnærming for å generere hypoteser innenfor naturvitenskapen, men nå er anbefalt som en viktig tilnærming for å utvikle kunnskap innenfor fortolkende samfunnsvitenskap (Blaikie, 2007:89). Den abduktive forskningsstrategien tar utgangspunkt i aktørenes livs- og begrepsverden, dvs. at den har fokus på språk, mening, fortolkning, motiver og intensjoner som mennesker anvender i sitt dagligliv, og som gir retning til deres handlinger. Forskningsprosessen begynner med å beskrive disse aktivitetene og meningene, for deretter å avlede kategorier og begreper som kan forme et grunnlag for en forståelse eller en forklaring på forskningsspørsmålet.

Den abduktive strategien består i følge Blaikie (2007:90) av mange lag:

*Hverdagslige begreper og mening*

Danner basis for

*Sosial handling/samhandling*

Om hvilke

*Sosiale aktører kan gi redegjørelser*

Fra hvilke

*Samfunnsvitenskapelige beskrivelser kan lages*

Fra hvilke  
*Sosial teori kan utvikles*  
*Eller som kan bli forstått på bakgrunn av*  
*Eksisterende teorier eller perspektiver*

Det er i prosessen når en beveger seg fra lekmannsbeskrivelser av sosialt liv til samfunnsvitenskapelige beskrivelser at en abduktiv tilnærming kan anvendes.

I følge Alvesson og Sköldberg (2008) utgår abduksjon fra empiriske fakta, men uten å avvise teoretisk forståelse hos forskeren. En abduktiv tilnærming kjennetegnes av at forskeren beveger seg frem og tilbake mellom empiri og teori, forståelsen vokser frem gjennom pendling mellom "empiriladet teori" og "teoriladet empiri" (Alvesson og Sköldberg, 2008:61). En abduktiv forskningsstrategi er preget av en idealistisk ontologi og en konstruktivistisk epistemologi (Blaikie, 2007:90). Innen den idealistiske ontologien<sup>19</sup> er "virkelighet" noe som mennesker skaper eller konstruerer. Sosial handling er ikke bare adferd, men involverer en prosess hvor handling har mening. Det er mening og fortolkning skapt og opprettholdt av sosiale aktører som konstituerer den sosiale virkeligheten. Sosial virkelighet omfatter den delte fortolkningen som sosiale aktører produserer og reproduserer i sitt dagligliv (Blaikie, 2007:16-17).

En konstruksjonistisk<sup>20</sup> epistemologi skiller seg fra empirisme og rasjonalisme ved å hevde at kunnskap verken er oppdaget i en ytre verden eller produsert av fornuften uavhengig av en slik virkelighet. Den er et resultat av at mennesker må skape mening i møte med den fysiske verden og med andre mennesker. Denne meningsskapende prosessen kan betraktes som enten en individuell aktivitet (konstruktivisme) eller en sosial aktivitet (sosial konstruksjonisme). I følge Blaikie (2007) har begrepet konstruksjonisme betydning både i forhold til sosiale aktører generelt og i forhold til forskning. Sosiale aktører konstruerer sin virkelighet sosialt. Ut fra det samme perspektivet konstruerer samfunnsforskere sin kunnskap om sosiale aktører og sosiale situasjoner. En abduktiv forskningsstrategi er opptatt av forholdet mellom disse to nivåene (ibid:23).

---

<sup>19</sup> Det finnes i følge Blaikie (2007) flere undergrupper av idealistisk ontologi. På den ene ytterkanten er *ateistisk idealisme* som benekter eksistensen eller relevansen av en ytre verden. På den andre ytterkanten er *perspektiv idealisme* som betrakter konstruksjoner av virkeligheten som ulike måter å oppfatte og skape mening av den ytre verden.

<sup>20</sup> Blaikie (2007) bruker her begrepet konstruksjonisme, mens vi i en norsk tradisjon vanligvis benytter begrepet konstruktivisme. Blaikie bruker f.eks. begrepet sosial konstruksjonisme der vi ville brukt sosial konstruktivisme.

I følge Blaikie vil valg av forskningsstrategi oftest være influert av hvilket forskningsparadigme (eller paradigmer) som forskeren foretrekker å arbeide innenfor, eller som rent pragmatisk betraktes som formålstjenelig i forhold til ontologiske og epistemologiske antakelser. Jeg har i utgangspunktet ikke vært opptatt av å plassere studien innenfor et bestemt paradigme (Blaikie, 2007; Silveman, 2005), men er inspirert av et interaksjonistisk perspektiv (Järvinen og Mik-Meyer, 2005), hvor man bl.a. legger vekt på at forskeren ikke kan stille seg utenfor forskningsprosessen, og hvor det er fokus på datamaterialets flertydighet, kontekstavhengighet og produktivitet (ibid:15).

Valg av en abduktiv forskningsstrategi har rent metodisk betydd at studien har en kvalitativ tilnærming med vekt på detaljerte og "tykke" beskrivelser av få enheter. Begrepet "kvalitativ" viser til kvaliteter, dvs. egenskaper eller karaktertrekk ved fenomenet og er innholdssøkende (Widerberg, 2001). Analyse materialet er tekster. Kvalitative forskningsdesign arbeider vanligvis med et relativt lite antall enheter, og kvalitative forskere ofrer omfang for detaljer (Silverman, 2005). Undersøkelsen går i "dybden" og søker mange opplysninger om et lite antall enheter.

### 4.3 Casestudier

Litteraturen om casestudier viser litt ulike forståelser av hva begrepet innebærer. En case kan både være et studieobjekt og en forskningsdesign (Johannessen, Tuft, og Kristoffersen, 2006:84). En vanlig oppfatning er at casestudier omhandler en empirisk avgrensbar enhet, som en gruppe eller en organisasjon, og et undersøkelsesopplegg som er rettet mot å studere mye informasjon om få enheter eller case. En annen tradisjon knytter casestudier til undersøkelser der fenomener studeres i sin naturlige sammenheng, og hvor undersøkelsen baserer seg på flere kilder av data (Thagaard, 2009:49). Studiens forskningsspørsmål peker kommunen ut som avhandlingens studieenhet, nærmere avgrenset til de delene av kommunen som er tildelt et ansvar overfor innbyggere med behov for rehabilitering. Norge hadde til sammen 430 kommuner da undersøkelsen ble gjennomført, og disse utgjør studiepopulasjonen. En studie av en eller noen få kommuner, kan kalles for en casestudie (Silverman, 2005), dvs. at en case (et tilfelle) eller noen få case studeres i detalj. Det generelle formålet er å utvikle en så omfattende forståelse av en case eller casene som mulig. Casestudier skal ikke kun forstås som en form for, eller synonymt med kvalitativ metode (Yin, 2006:32), men i denne studien har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. Yin (2006:76) anbefaler generelt en design hvor flere case inngår fordi de oppfattes som mer "robuste" og dessuten åpner for komparasjon. I utgangspunktet hadde jeg en intensjon om å inkludere seks kommuner. For å avpasse undersøkelsen til tiden jeg hadde til rådighet, ble antallet redusert til fire kommuner.

Silverman (2005:127) skisserer tre ulike typer casestudier, hentet fra Stake (2000:437-8):



1. "The intrinsic case study", som har en egen interesse uten forsøk på å generalisere eller bygge teori.
2. "The instrumental case study", hvor en case studeres for å få innsikt i et fenomen eller for å generalisere.
3. "The collective case study", hvor flere case studeres for å undersøke et generelt fenomen.

I avhandlingen studerer jeg rehabilitering i fire kommuner. Alle kommuner i Norge er pålagt det samme ansvaret for å yte rehabilitering, og rehabilitering kan dermed kalles et generelt fenomen. Med utgangspunkt i de tre typene av casestudier skissert ovenfor, kan denne studien kalles en "kollektiv casestudie" (Silverman, 2005). Kommuner er organisasjoner, og studien kan beskrives som å være på et mesonivå eller et mellomnivå, mellom makro- og mikronivå.

En case er aldri en avgrenset enhet på forhånd, og fremstår først som et analyseobjekt når forskeren har foretatt en rekke analysestrategiske valg (Justesten, 2005:224). Silverman (2005:127) identifiserer tre analytiske trekk som må ivaretas ved casestudieforskning, hentet fra Punch (1998:153):

- Hver case har grenser som må identifiseres på et tidlig stadium av forskningen.
- Hver case vil være en case om noe som forskeren er interessert i, så enheten for analyse må defineres allerede ved begynnelsen, for å klargjøre forskningsstrategien.
- Casestudier søker å ivareta helheten og integriteten til casen. Likevel, for å kunne oppnå et visst fokus, må det etableres et avgrenset forskningsspørsmål koblet til spesifikke trekk ved en case.

Enheten for analyse er i utgangspunktet kommunen, nærmere avgrenset til rehabilitering som en kommunal oppgave. Kommuner er sammensatte organisasjoner som omfatter mange deloppgaver, organisatoriske enheter og yrkesgrupper. Rehabilitering er beskrevet som en tverrfaglig og tverretattlig virksomhet, og ble dermed et utfordrende studieobjekt å avgrense. Hvem i kommunen som kunne belyse mine forskningsspørsmål, ga seg ikke selv. Et viktig spørsmål i avgrensingsarbeidet var å avklare hvilke krav som stilles til kommunene i den nye rehabiliteringspolitikken. Her pekte kommuneplanarbeid, koordinerende enhet og individuell plan seg ut som sentrale lovpålagte organisatoriske virkemidler. Disse avklaringene måtte være på plass før jeg kunne finne fram til aktuelle intervjupersoner som kunne svare på mine forskningsspørsmål. Kommuner er også ulikt organisert, noe som krevde at jeg måtte ha inngående kjennskap til hver enkelt kommune. Jeg vil komme tilbake med en nærmere beskrivelse av denne søke- og leteprosessen senere i kapittelet.

## 4.4 Valg av datakilder

En kvalitativ tilnærming kan benytte ulike metoder, som observasjon, intervju eller dokumentstudier (Mik-Meyer og Järvinen, 2005; Widerberg, 2001). Hva som får status som data for analysen, har sammenheng med studiens forskningsspørsmål. Studiens hovedtema, rehabiliteringspolitikk, er først og fremst tilgjengelig gjennom lesing av dokumenter, både nasjonale og lokale. For å få konkret og omfattende kjennskap til hva som er blitt gjort i de fire kommunene, trengte jeg å snakke med sentrale personer i kommunene. På denne bakgrunn pekte to hovedtyper av data seg ut som relevante for undersøkelsen; dokumenter og kvalitative intervju. Som et ledd i undersøkelsen har jeg lest rehabiliteringspolitiske dokumenter, både nasjonale og lokale. Som hovedmetode har jeg gjennomført kvalitative intervjuer med ansatte i de fire kommunene.

### 4.4.1 Dokumentstudier

Bruken av dokumenter som data i kvalitativ samfunnsvitenskapelig forskning har fått økt fokus i nyere internasjonal (engelskspråklig), nordisk og norsk metodelitteratur (Järvinen og Mik-Meyer, 2005; Prior, 2003; Ryghaug, 2002). Dokumentbegrepet er utvidet, og det er skjedd et skifte fra å se dokumenter i et historisk objektivt perspektiv til noe flertydig. Prior (2003:4) gjør et poeng av at dokumenter er "marginalisert" i mange samfunnsvitenskaplige arbeider. De blir kun betraktet som "rekvisitter" for virkelig menneskelig aktivitet, som skjer gjennom tale og handling. Prior er kritisk til at dokumenter i stor grad ensidig er betraktet som "konteinere for innhold" (ibid.:3). Han er også kritisk til at innholdet blir sett på som "fixed" i stedet for "situated", dvs. at han ser på innholdet ikke som statisk, men som noe som endrer seg avhengig av kontekst og hvem som leser det. Han mener at dokumenter har interesse som "ting" eller produkter som skapes, konsumeres og manipuleres. De har effekter, og det er viktig å se dem som aktører i et handlingsperspektiv. Samtidig er et dokument ikke påvirket av forskeren, slik et intervju vil være. Det har også som egenskap at det kan virke uavhengig av tid og sted, dvs. når og hvor det ble produsert.

Prior (2003) peker på at moderne vestlig vitenskap er basert på en tenkning der tale har høyere status enn skrift. Dette står i motsetning til et viktig trekk ved det moderne samfunn, nemlig at det er skapt gjennom skriving og dokumentasjon, et faktum som allerede Max Weber pekte på i sin studie av byråkratiet (ibid: 4). Coffey og Atkinson (1996) er opptatt av at etnografisk forskning tradisjonelt har vært opptatt av samfunn som var orale, og at denne forskningen nå trenger å ta inn over seg at moderne samfunn i vesentlig grad er skriftbaserte og avhengig av "papirarbeid" (og ikke minst elektronisk arbeid). Også flere nordiske samfunnsforskere er opptatt av at dokumentstudier er undertematisert som metode innenfor deler av samfunnsforskningen, og viser til fag som sosiologi,

antropologi og statsvitenskap. Selv om mange samfunnsforskere anvender ulike former for dokumenter i sin forskning, blir det i for liten grad vektlagt metodologisk. Valg av dokumenter og hvordan de er blitt anvendt eller analysert, forbigås i stillhet eller er et ikke-tema innenfor sosiologien (Järvinen og Mik-Meyer, 2005).

Marianne Ryghaug (2002) skriver i en artikkel at: "[...] *innenfor de fleste grener av statsvitenskap brukes tekster relativt ukritisk og som "face value" – det som står, det står!*" (Ryghaug, 2002:304). Hun kaller det for "naiv pragmatisme", der tekster leses overfladisk uten særlig bruk av metodiske analyseverktøy. Hun er kritisk fordi forskerne er for lite bevisst sin metodiske tilnærming når de anvender dokumenter som data. Aase og Fossåskaret (2007) trekker fram en liknende kritikk i sin metodebok "*Skapte virkeligheter*":

*"Skrevne dokumenter av en eller annen type – kommunepaner, stortingsmeldinger, avisinnlegg, strategiplaner, dagbøker – er ofte en del av datamaterialet samfunnsvitene arbeider med. I alt for mange forskningsrapporter og mastergradsoppgaver med slike tekster som empirisk materiale er det vanlig at forskeren melder å utføre "dokumentanalyse", men så blir "analysen" dessverre kun en gjengivelse av det som står i dokumentet. Det er for så vidt greit å behandle skriftlig materiale på den måten, men da blir det ingen tekstanalyse. En ren gjengivelse av de fakta eller konklusjoner som står i dokumentet, må heller enn tekstanalyse kalles bruk av tekstlige kilder" (Aase og Fossåskaret, 2007:147).*

I metodeboken "*Mellom nærhet og distanse*", peker Repstad (2007) på et skille mellom dokumentstudier i "vid forstand" og i "snever forstand". For det første vil forskeren ofte finne fram til og bruke bakgrunnsstoff av skriftlig karakter. I tillegg vil beskrivelser ved hjelp av eksisterende statistikk og annen dokumentasjon ofte utgjøre et nødvendig bakteppe før man går i gang med den egentlige studien:

*"I en videre forstand kan selvsagt alt dette kalles en form for dokumentanalyse. Man leser et skriftlig materiale og gjør bruk av det i analyse og rapport i den grad man finner at det er med på å kaste lys over ens problemstilling. I snevrere forstand er dokumentanalyse en metode der en gir visse tekster status av kilder eller data for selve undersøkelsen, på samme måte som feltnotater, intervjuetskrifter og lignende er data" (Repstad, 2007:103).*

Kritikken og tenkningen som er redegjort for ovenfor, har gitt meg økt bevissthet om hvilke muligheter som ligger i dokumentstudier, og at det er viktig å redegjøre for hvordan jeg gjør bruk av ulike dokumenter i min forskning. Samfunnsforskere har vært for upresise når de anvender begrepet dokumentanalyse. Jeg ser på skillet til Repstad (2007) mellom å anvende dokumenter som bakgrunnsstoff, og å gi dem status som data for undersøkelsen, noe som er sentralt for min studie. Jeg ser også skillet mellom å studere dokumenters innhold, og å studere dokumenter i et handlingsperspektiv, som relevant for min studie.

I avhandlingens studie anvender jeg dokumenter på litt ulike måter. Jeg anvender i stor grad nasjonale politiske dokumenter som *bakgrunnsstoff* (Repstad, 2007). Det innebærer at jeg redegjør for deler av innholdet og behandler på den måten dokumentene som "konteinere for innhold" (Prior 2003), og har som utgangspunkt at "det som står det står" (Ryghaug, 2002). Det å gjengi innholdet i teksten gjør det ikke til en analyse. Utfordringen går fra å være beskrivende til å bli analytisk. For å få analytisk dybde må man "raffinere" data. Forskeren må utdype hvilken type av dokumentanalyse som skal gjøres. I kapittel 2 sammenlikner jeg innholdet i dokumenter som representerer gammel og ny rehabiliteringspolitikk. Sammenlikningen gjøres med utgangspunkt i punkter som oppfattes som sentrale i rehabiliteringspolitikken, og jeg vil karakterisere sammenlikningen som temabasert. I tillegg til å anvende sammenlikningen av dokumenter som bakgrunnsstoff, peker jeg ut noen sentrale begreper som belyses sosiologisk. I kapittel 5 anvender jeg lokale rehabiliteringsplaner som et ledd i analysen av oversettelsen lokalt. I et oversettelsesperspektiv vil lokal tilpasning av rehabiliteringspolitikken innebære mer enn et fokus på rehabiliteringsplaners innhold. De har effekter, og det er viktig å se dem som aktører i et handlingsperspektiv.

Et viktig kjennetegn på en interaksjonistisk tilnærming til dokumenter er antakelsen om at dokumenter "gjør noe" i den sosiale interaksjonen, dvs. at dokumenter har et handlingspotensial (Mik-Meyer og Järvinen, 2005). Dette åpner opp for å studere dokumenter på nye måter. Dokumenter som handling kan studeres på makronivå og på mikronivå. På makronivå og i kontekst med politiske narrativer kan dokumenter fortelle historier og fungere som "triggere" av og som støtte for handling. Dokumenter kan danne nettverk og fremtre som aktører. Innholdet i dokumenter, hvordan disse oppfattes i ulike institusjonelle kontekster og hvordan de påvirker handling, kan si noe om hvordan et fagområde ringes inn og bygges med dokumenter. Hvordan skjer dette nasjonalt, og i hvilken grad skjer det lokalt, og hvordan blir relasjonen mellom det nasjonale og det lokale? Hvordan henger enkeltdokumenter sammen med andre dokumenter, og hvordan påvirker de hverandre og menneskelige aktører? At sentrale dokumenter, som f.eks. rehabiliteringsmeldingen og forskrift om habilitering og rehabilitering, har et handlingspotensial, utgjør et underliggende perspektiv for studien. Jeg tar bl.a. opp hvordan ulike rehabiliteringsdokumenter står i relasjon til hverandre og kan ses som aktanter i et handlingsperspektiv. Dokumenter er sentrale i statens styring av kommunene, et syn som bygger på en idé om at dokumenter har handlingspotensialer. Ulike typer av dokumenter er sentrale aktanter i translasjonen av rehabiliteringspolitikken fra det nasjonale til det lokale, og dokumenter kan inneha sentrale posisjoner i rehabiliteringsnettverk både vertikalt og horisontalt.

#### 4.4.2 Valg av dokumenter

Valg av dokumenter handler om hvilke typer av dokumenter som kan si meg noe om det fenomen som studeres. Holme og Solvang (1998) har systematisert ulike typer av dokumenter i en fire-felts-tabell på bakgrunn av om de er konfidensielle eller offentlige, personlige eller institusjonelle.

Tabell 2: Ulike typer av dokumenter

	<b>Personlige kilder</b>	<b>Institusjonelle kilder</b>
<b>Konfidensielle kilder</b>	Dagbøker, private brev	Interne arbeidsdokumenter i forvaltningen/private organisasjoners hemmelige rapporter, kommunale vedtak <sup>21</sup>
<b>Offentlige kilder</b>	Avisinnlegg, leserbrev, "åpne brev", selvbiografi, manifest	Rapporter, stortingsdokumenter, partivedtak, årsmeldinger fra organisasjoner, resolusjoner

(Holme og Solvang, 1996, s. tabell 9.3:122)

På statlig nivå har jeg særlig studert offentlige, institusjonelle dokumenter som NOU-er, stortingsmeldinger, statsbudsjett, handlingsplaner og strategiske planer og regelverk. I tillegg har jeg vært på nettet og sett på hva aktuelle departementer eller direktorater skriver om temaet rehabilitering på sine nettsider. Det har også vært aktuelt å studere innspill fra brukerorganisasjoner, KS, tjenestemannsorganisasjoner og lignende, men dette har i liten grad fått oppmerksomhet. Når det gjelder kommunale dokumenter, så har jeg gjort bruk av kommunestyresaker og -vedtak, og spesielt kommunedelplaner som gjelder rehabilitering.

Jeg vurderte også å gjøre bruk av kommunale vedtak på individnivå, men fant av tidsmessige og arbeidsmessige grunner ut at jeg ville velge disse bort. Vedtak er konfidensielle, institusjonelle kilder produsert av kommunen, som er unntatt offentlighet da det inneholder informasjon om den enkelte

---

<sup>21</sup> Skrevet inn i den opprinnelige tabellen av meg

ruker. Å få tilgang til denne typen av dokumenter ville bl.a. kreve samtykke fra brukeren selv, og at prosjektet skulle vurderes av etisk komité.

Dokumentstudier og analyse av dokumenter utgjør en mindre del av casestudien. Omfanget og typer av dokumenter er valgt ut i forhold til forskningsspørsmålene og som supplement til kvalitative intervjuer. Rehabiliteringspolitikken er materialisert i form av dokumenter, og disse er sentrale aktanter for undersøkelsen. De står i relasjon både til andre dokumenter, til organisasjoner og til personer. I studien har dokumenter status både som kilde til bakgrunnsinformasjon, som konteinere for innhold som kan analyseres og som viktige aktanter som påvirker handling.

## 4.5 Det kvalitative intervju

Hovedkilden til kunnskap om translasjonsprosessen i kommunene er basert på kvalitative intervjuer. Et forskningsintervju er en samtale som har en viss struktur og hensikt, og som går dypere enn den spontane meningsutvekslingen som skjer i hverdagen (Kvale, Brinkmann, Anderssen, og Rygge, 2009). Jeg har gjennomført 28 semistrukturerte ansikt-til-ansikt-intervjuer fordelt på fire kommuner. Et semistrukturert intervju kalles også et dybdeintervju (Tjora, 2012). Forskere bruker som hovedregel dybdeintervjuer der vi vil studere meninger, holdninger og erfaringer. Vi er ute etter kunnskap om livsverdenen til intervjupersonene, eller verden sett fra deres ståsted (ibid.105).

Intervjupersonene er sentrale personer med oppgaver relatert til rehabilitering. I denne studien er jeg opptatt av intervjupersonenes erfaringer med ny rehabiliteringspolitikk, dvs. at jeg er opptatt av deres yrkesfaglige erfaringer mer enn deres personlige historier. Jeg er opptatt av endringer i kommunen som organisasjon, og hvilke erfaringer intervjupersonene har på området. Intervjuene brukes dermed til å få innsikt i sammenhenger ut over disse som individer.

### 4.5.1 Kunnskap som gitt eller konstruert

Det er ulike perspektiver på hva intervjudata egentlig sier noe om. Kvale et al. (2009) benytter to metaforer til å illustrere to epistemologiske oppfatninger av intervjuprosessen. Den ene metaforen ser på intervjueren som *gruvearbeider*, der kunnskap er som skjult metall og gruvearbeideren henter det verdifulle metallet opp i dagen. Den andre metaforen ser på intervjueren som *reisende*, der den reisende vandrer gjennom landskapet og deltar i samtaler med personer han/hun treffer på veien. De to metaforene, intervjueren som gruvearbeider og som reisende, representerer to ulike idealtyper av intervjukunnskap, som henholdsvis *gitt* eller *konstruert*. Det første perspektivet representerer et positivistisk ståsted som fremhever at intervjusituasjonen representerer den "ytre" verden.

Informanters beskrivelser representerer opplysninger om opplevelser, kunnskaper og synspunkter som gjenspeiler tidligere erfaringer. Forskeren ses på som en tilnærmet nøytral mottaker av informanters erfaringer. Det andre perspektivet representerer et konstruktivistisk ståsted. Her er det ikke primært erfaringer i den "ytre" verden som kommer til uttrykk i intervjusituasjonen. Fokus rettes mot betydningen av sosial interaksjon mellom forsker og intervjuperson, og hvordan begge parter i fellesskap utvikler kunnskap og forståelse i intervjusituasjonen (Thagaard, 2009:87)

Mitt ståsted representerer en mellomposisjon i forhold til disse to standpunktene, og jeg forholder meg her til Thagaard (2009) og Miller og Glassner (2004). Thagaard fremhever på den ene siden betydningen av hvordan den sosiale interaksjonen mellom forsker og intervjuperson preger de kunnskaper og den forståelse som kommer til uttrykk i intervjusituasjonen. Intervjuets forløp reflekterer den settingen som konstrueres av forsker og intervjuperson i fellesskap. På den andre siden fremheves også betydningen av at kulturelle og sosiale omgivelser preger hvordan intervjupersonen gir uttrykk for kunnskaper, erfaringer og synspunkter i intervjusituasjonen (ibid:88). Miller og Glassner (2004) skriver at: "*the proposition that our interviews are meaningless beyond the context in which they occur is a daunting one*" (ibid: 125). Med dette mener de at de ikke er villige til å gi fra seg muligheten til å lære om den sosiale verden "der ute", at analysen av intervjudata også handler om noe ut over intervjusituasjonen i seg selv. Det er med utgangspunkt i denne mellomposisjonen avhandlingens intervjudata oppfattes og presenteres.

Jeg er samtidig inspirert av forfattere som skriver om kvalitative metoder i et konstruktivistisk-interaksjonistisk perspektiv (Järvinen, 2005; Mik-Meyer og Järvinen, 2005; Staunes og Søndergaard, 2005). Mik-Meyer og Järvinen (2005) tar avstand fra at det finnes en mer eller mindre stabil livsverden som skal avdekkes, og mener at forskerens oppgave er å undersøke meningsproduksjonen hvor igjennom den sosiale verden blir skapt. De viser til forfattere innen symbolsk interaksjonisme (Mead, Blumer, Goffman), etnometodologi og poststrukturalisme (Latour, Faircloughs), strukturalistisk eller amerikansk konstruktivisme (Bourdieu, Berger og Luckmann). Disse har til felles at en handlings eller et fenomens mening skapes i interaksjonen mellom mennesker eller mellom mennesker og ting. Mening er et relasjonelt fenomen som kun kan bestemmes situasjonelt ved å trekke inn konteksten. De viser til Chicago-sosiologien, som hadde en oppfattelse av at mening ikke er noe som er iboende i fenomener, men produseres gjennom konkret sosial interaksjon (ibid:11).

Interaksjonistiske forskere er ikke bare opptatt av intervjuets empiriske innhold, men også av dets kontekst, form og funksjoner. Forskeren kan fokusere på skapelsen av sosiale identiteter, på intervjupersonens strategier for (positiv) selvpresentasjon og på intervjuets narrative karakteristika. Intervjupersonene i min undersøkelse intervjues som fagpersoner. Det innebærer at det er identiteten

knyttet til yrke og yrkesutøvelse, mer enn det private og personlige ved personen, som er konteksten for intervjuet.

Järvinen (2005) tar utgangspunkt i Blumers (1969) tre grunnleggende teser for den symbolske interaksjonisme. For det første, at mennesker forholder seg til sin omverden (den fysiske og sosiale) på bakgrunn av den mening omverdenen har for dem. For det andre, at denne mening er skapt gjennom sosial interaksjon, og for det tredje, at det i den sosiale interaksjon skjer en kontinuerlig omfortolkning av mening. Den symbolske interaksjonismen har mye til felles med den etnometodologiske forskningstradisjonen. Järvinen viser til Cicourel (1964) som anbefaler at etnometodologer analyserer intervju på samme måte som de analyserer naturlig forekommende interaksjon. Et intervju er et sosialt møte og bør analyseres som ethvert annet møte. Et intervjumateriale kan ikke løftes ut av den sammenheng som har skapt det.

Järvinen ser det interaksjonistiske intervju i en motsetning til både "objektivismen" og den "naturalistiske" tankefigur. Mens objektivistiske undersøkelser (for eksempel surveys) prøver å samle inn objektive intervjudata ("fakta") gjennom standardiserte forskningsprosedyrer, streber naturalistisk inspirerte undersøkelser etter å oppnå en direkte og uformidlet adgang til intervjupersonenes subjektive opplevelser og meninger. Begge tilnæringer har det felles at de mener det er mulig å fremskaffe et datamateriale som (i prinsippet) ikke er forurenset av forskeren, en antakelse som forvandler forskeren til en automat (i objektivismen) eller til en nøytral oppsamler av kulturell erfaring (i naturalismen) (ibid:28). Det interaksjonistiske perspektivet er kritisk til det naturalistiske fordi det bygger på en forestilling om at det i intervjupersonens indre er en kunnskap som man kan nå fram til bak intervjupersonenes fasade, og som kan formidles videre til andre. Forskeren forventes å sette sin egen forståelse i parentes i intervjusituasjonen for å kunne få øye på intervjupersonens innerste tanker og opplevelser. Jo tettere forskeren kommer på intervjupersonen, jo bedre mulighet har forskeren til å oppnå innsikt i intervjupersonens "selv". Intervjupersonens selv er i følge et interaksjonistisk perspektiv ikke en privat, individuell enhet som intervjueren kan utvinne kunnskap fra. Jeg har tatt som utgangspunkt at et intervju er et sosialt møte hvor erfaring blir fortolket og mening blir skapt. Undersøkelsens materiale blir formet av intervjueren og intervjupersonen i fellesskap og er preget av interaksjonen i selve intervjusituasjonen. Dette perspektivet står i kontrast til de naturalistiske oppfattelser av intervjupersonene som "*containere for oppbevaring av fakta og følelser*" og intervjueren som "*innsamler*" av det som er iboende i intervjupersonen (Gubrium og Holstein, 2002 i Järvinen, 2005:29).

Den interaksjonistiske tilnærmingen til analyse av intervju bygger på en konstruktivistisk forståelse av språket. Utgangspunktet for en analyse er at språket både reflekterer og skaper den sosiale



virkeligheten (ibid:39). Mening kan i følge den symbolske interaksjonismen kun identifiseres i og gjennom de definisjonsprosesser som utfolder seg når mennesker interagerer (Blumer, 1969 i Järvinen, 2005:39). Mening er dermed prosess mer enn stabilitet. Og mening er et sosialt fenomen situert i en spesifikk kulturell kontekst heller enn et individuelt fenomen forankret i et avgrenset subjekt.

Et annet element er fokus på det uventede. Forskeren oppfordres til å la seg overraske av materialet, dvs. til ikke å undervurdere forskningsmaterialets meningskompleksitet, og til å holde åpen muligheten for å finne kunnskap som ikke var forventet. Samtidig vil det å tilstrebe en åpen tilnærming og gi plass for det uventede, ikke si det samme som å møte et forskningsfelt uten å ha forforståelse teoretisk eller på andre måter. Jeg har prøvd å møte empirien med en åpenhet, og har opplevd flere overraskelser underveis. Det har gjort forskningsprosessen spennende.

#### 4.5.2 Intervjuprosessen

Intervjuets kvalitet måles ut fra styrken og verdien av den kunnskapen som produseres. Kvale et al. (2009) presenterer syv trekk ved intervjubasert kunnskap. Den er produsert, relasjonell, samtalebasert, kontekstuell, språklig, narrativ og pragmatisk (ibid 2009:72). Intervjukunnskap produseres sosialt i samspillet mellom intervjuer og intervjuperson. Produksjonsprosessen gjelder ikke bare for selve intervjusituasjonen, men fortsetter gjennom transkribering, analyse og rapportering, og farges av prosedyrer og teknikker som benyttes underveis. Kunnskapen er relasjonell og subjektiv. Kunnskap basert på intervju er samtalebasert og retter oppmerksomheten mot diskurs og forhandlinger om betydningen av livsverden. At kunnskap er kontekstuell betyr at kunnskap er oppnådd i en situasjon som ikke automatisk kan overføres til eller sammenliknes med kunnskap i andre situasjoner. Språket er intervjuprosessen verktøy, og produktet av intervjuprosessen er språklig i form av muntlige utsagn og transkriberte tekster som skal analyseres. Dette reiser bl.a. spørsmål om hva som skjer når muntlig tale blir skriftliggjort. Forskningsintervjuer gir tilgang til historiefortellinger og personers måter å finne mening i vår sosiale virkelighet og eget liv. Hensikten er å oppdage eller å identifisere egenskaper, foretelser eller innhold som ikke er kjent på forhånd. Spørsmål om kunnskapen er vitenskapelig eller sann, har endret seg i retning av et mer pragmatisk spørsmål, om den leverer nyttig kunnskap (Kvale et al., 2009).

At et intervju er *semistrukturert*, vil si at det verken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Det utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer, og som kan inneholde forslag til spørsmål (Kvale et al., 2009:47). Jeg utarbeidet en liste med tema som jeg ønsket at intervjupersonene skulle si noe om i løpet av intervjuet (vedlegg 1). Som intervjuer forholdt jeg meg ikke nøytral eller passiv gjennom intervjuet, men fulgte nøye med i det som

ble sagt, og fulgte opp "tråder" som jeg oppfattet som viktige for å belyse problemstillingen, med tilleggsspørsmål. Dette innebærer at jeg som intervjuer blir "medskaper" av intervjuets resultat gjennom min interaksjon med intervjupersonen.

I følge Staunæs og Søndergaard (2005) er det å appellere til narrativer, dvs. fortellinger om det levde liv og intervjupersonens erfaringer, en måte å åpne intervjuet på. Jeg har lagt vekt på deres råd om at man ikke må anvende forskningsspørsmål som intervju spørsmål, da de er for abstrakte og generelle. Når man inviterer intervjupersoner til å fortelle om sine erfaringer, skal det gjøres konkret ved å spørre om konkrete hendelser og forløp. Hva- og hvordan-spørsmål egner seg for å få fram denne typen empiri (ibid:64-65).

Forskeren som person er selv det viktigste instrumentet i kvalitativ forskning (Kvale et al., 2009; Nilssen, 2012). Intervjuets kvalitet er avhengig av forskerens kommunikative ferdigheter, som evne til å skape kontakt, tillit og gode relasjoner. I møte med intervjupersonene har jeg lagt vekt på å opptre ryddig, overholde avtaler, møte forberedt og opptre høflig, vennlig og engasjert. Jeg har ønsket å legge til rette for en tillitsfull og respektfull atmosfære, slik at intervjupersonene blir trygge i situasjonen, og er villige til å åpne seg og fortelle. Som forsker må jeg hele tiden være oppmerksom på at et intervju innebærer en asymmetrisk maktrelasjon (Kvale et al. 2009:52). Intervjueren har vitenskapelig kompetanse, bestemmer temaet for samtalen og stiller oppfølgingsspørsmål. Forskeren har også som regel monopol på å fortolke intervjupersonens utsagn.

Personlige forhold som alder, kjønn og utdanning vil også ha betydning for relasjonen mellom intervjuer og intervjupersoner. Min posisjon som intervjuer var påvirket av faktorer som kjønn, alder og bakgrunn. Intervjupersonene møtte i meg en godt voksen kvinne som i tillegg til fagbakgrunn som sosiolog, har utdanning og arbeidserfaring fra helse- og omsorgssektoren. Min fagbakgrunn som sykepleier plasserer meg i en helsefaglig tradisjon og kan ha påvirket min posisjon som medspiller i en intervjusituasjon både positivt og negativt. Jeg har på den ene siden en viss innsikt i den praksis flere av intervjupersonene snakker om. På den andre siden kan min helsefaglige bakgrunn gjøre at jeg opplever mye i intervjuene som selvfølgelig og kan ha vanskelig for å stille kritiske spørsmål til praksis. Min bakgrunn kan også ha utløst følelser og fordommer av positiv eller negativ art hos dem jeg har intervjuet. Dette er utfordringer som jeg har reflektert over både i forkant og i etterkant av intervjuene, men som likevel er noe en kan være blind for i situasjonen. Jeg valgte å presentere min sammensatte faglige bakgrunn i informasjonsskrivet til kommunen (vedlegg 2), men la ikke vekt på dette i informasjonen til den enkelte intervjupersonen (vedlegg 4). Jeg har opplevd alle intervjupersonene som hyggelige og imøtekommende, og har ikke opplevd at min fagbakgrunn har skapt problemer i intervjurelasjonen. Jeg har også reflektert over hvordan min helsefaglige bakgrunn kan påvirke mitt

analytiske "blikk" som forsker. I hvilken grad det vil påvirke min evne til å etablere en nødvendig analytisk "distanse" til forskningstemaet. I følge Repstad (2007) krever forskningsprosessen at forskeren har evne til å bevege seg mellom "nærhet og distanse" i forhold til det som studeres. En forsker som studerer aspekter ved eget fag eller virksomhet, kan komme for tett på forskningsobjektet og få problemer med å etablere en analytisk distanse. Jeg opplevde det å etablere et "distansert" analytisk blikk som krevende gjennom hele forskningsprosessen, men at det først og fremst var knyttet til min evne til å ta i bruk det analytiske begrepsapparatet jeg hadde valgt, mer enn at det handlet om min helsefaglige fagbakgrunn.

## 4.6 Valg og beskrivelse av kommunene

I følge Ryen (2002) bør man først velge ut kommuner, deretter velge ut hvilken del av organisasjonen man vil undersøke før søkelyset settes på personer eller respondenter (Ryen, 2002:80). Jeg har tatt utgangspunkt i denne logikken. Jeg har selv valgt ut og kontaktet de kommunene som jeg har fått tillatelse til å innhente data hos. Kommunene er ikke valgt ut på bakgrunn av trekk ved deres rehabiliteringspraksis. Kriterier for valg av kommuner var i utgangspunktet ulikhet i befolkningens størrelse og geografisk beliggenhet. Jeg har valgt en "stor", en "mellomstor" og to "små" kommuner. Ulikhet i størrelse ble valgt for å ha muligheten til se om store kommuner produserer andre historier om translasjon av ny rehabiliteringspolitikk enn de små. De fire kommunene representerer til sammen to ulike landsdeler, med en større og en mindre kommune fra hver landsdel. Hensikten var ikke å sammenlikne regioner, men heller å få en viss nasjonal spredning på kommunene, og å sammenlikne kommuner med ulik størrelse.

### 4.6.1 Aidentifisering og beskrivelse av kommunene

De fire kommunene i avhandlingens undersøkelse er aidentifisert, da dette ble lovet da jeg søkte kommunene om tillatelse til å gjøre undersøkelsen. Jeg bruker derfor ikke kommunenes rette navn, men benytter i stedet betegnelsene *bykommunen*, *bygdebyen*, *byggdekommunen* og *utkantkommunen*. Beskrivelsene av kommunene er derfor begrenset, slik at den enkelte kommune ikke skal kunne kjennes igjen. Alle navnene på intervjupersonene er også aidentifisert, dvs. at de ikke omtales med sitt rette navn. Jeg har ikke gitt dem fiktive navn, men omtaler dem mer ut fra profesjon, stilling eller funksjon.

De to største kommunene er etter Statistisk Sentralbyrås definisjon regnet som mellomstore, dvs. at de har et innbyggertall mellom 10 000 og 50 000. Den største kommunen, som jeg kaller "*bykommunen*", har et innbyggertall som er mye høyere enn den nest største kommunen, som jeg

kaller "bygdebyen". Jeg har derfor valgt å karakterisere bykommunen som "stor" og bygdebyen som "mellomstor", for å få fram at det er forskjell i antall innbyggere. De to minste kommunene er ganske like når det gjelder størrelse, dvs. mellom 2000 og 3000 innbyggere. De omtales som "små" kommuner. Jeg har valgt å kalle den lille kommunen med nærhet til regionsenteret for "bygdekommunen" og den lille kommunen som ligger langt fra regionsenteret, for "utkantkommunen".

Begge de to *største* kommunene, bykommunen og bygdebyen, er regionale sentra preget av tilflytting. De har et variert arbeidsmarked preget av service, administrasjon og skole/utdanning. De har nærhet til sykehus. De to *små* kommunene, bygdekommunen og utkantkommunen, kan begge kalles distriktskommuner, med et arbeidsliv preget av primærnæringer og kommunal virksomhet. Bydekommunen er en distriktskommune, men har samtidig ganske kort vei til regionens senter. Mange av innbyggerne i bygdekommunen dagpendler til jobber i regionsenteret. Utkantkommunen er en mer entydig distriktskommune fordi det er ganske lang vei til regionsenteret, og innbyggerne har ikke mulighet for dagpendling. Tilbudet på arbeidsmarkedet er dermed mer begrenset. Bydekommunen har kort vei til sykehus, mens utkantkommunen har lang vei til sykehus.

Hver kommune styres av et politisk valgt kommunestyre og en ordfører. Kommunene har også en administrativ leder (en rådmann eller tilsvarende), og dennes stab. Bykommunen, bygdebyen og utkantkommunen har etablert *resultatsenhetsmodellen* med en flat eller tilnærmet flat struktur. En resultat enhet er en avgrenset og relativt selvstendig kommunal virksomhet med stor operativ frihet og tilnærmet totalansvar for egen drift og egne resultater innen hovedsakelig eksternt fastsatte økonomiske rammer (Torsteinsen, 2006:11). I disse kommunene deltar ikke ledergruppen og den enkelte kommunalsjef direkte i driften av tjenesteenhetene, men skal følge opp, veilede og arbeide med prinsipielle saker og overgripende utviklingsarbeid innenfor hvert sitt område. Enhetsledere har derimot personalansvar og fullt faglig og økonomisk ansvar. Bydekommunen har ikke vedtatt flat struktur. Her har f.eks. helse- og sosialsjefen fortsatt ansvar for personell og økonomi.

*Bykommunen* var organisert i tre avdelinger: teknisk avdeling, avdeling for oppvekst og kultur og helse- og sosialavdeling. Rådmannen og kommunalsjefene utgjorde ledergruppen i kommunen. I tillegg hadde rådmannen en administrasjonsavdeling i stab. Til Avdeling for oppvekst og kultur hadde man ønsket å samle alle forebyggende tjenester som var rettet seg mot barn og unge, for bedre å utnytte disse i et tverrfaglig samarbeid. Her fant man grunnskolekontor, barnehagekontor, bibliotek, kulturkontor, flyktningkontor, utekontakt, helsesøstertjeneste, og barnevernstjeneste. I Helse- og sosialavdelingen lå bestillerkontor, barnevernskontor, forebyggingskontor, omsorgstjenester, re-/habilitering, sosialtjeneste og helseråd. Koordinerende enhet var lagt til bestillerkontoret.

*Bygdebyen* ble omorganisert til flat struktur noen få år før min undersøkelse. Rådmannen og fire kommunalsjefer utgjorde ledergruppen i kommunen. Kommunen hadde kommunalsjefer for områdene (1) skole og barnehage, (2) økonomi og IKT, (3) helse og sosial og (4) kultur og forvaltning, drift og vedlikehold. Ved omorganiseringen ble det opprettet en ny internrettet administrasjonstjeneste i stab til rådmannen. Den var bl.a. tillagt funksjonen som koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i kommunen.

*Bygdekommunen* skilte seg fra de andre kommunene ved at den ikke hadde vedtatt en resultatenhetsmodell. Kommunen var inndelt i 4 avdelinger: (1) helse- og sosial, (2) opplæring, (3) teknisk og (4) landbruk. Hver avdeling hadde en avdelingsleder med ansvar for budsjett, personell og faglig ansvar. Koordinerende enhet var lagt til ledende kommunefysioterapeut i helse- og sosialavdelingen.

*Utkantkommunen* var delt i fire hovedområder; (1) helse- og omsorgstjenester, (2) sosialtjenesten, (3) kultur- og oppvekstavdeling og (4) enhet for plan, utvikling og drift. Kommunen skilte seg organisatorisk fra de andre ved at helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester utgjorde to selvstendige enheter. En kommunefysioterapeut var tildelt funksjonen som koordinerende enhet. Undersøkelsens intervjuer skjedde under NAV-reformen, og det medførte at organisering av velferdstjenester var oppe til diskusjon i alle de fire kommunene, og at det er gjort organisatoriske endringer i etterkant av min undersøkelse.

Kommunene var forskjellige når det gjelder *befolkningssammensetning*. De to regionsentrene, bykommunen og bygdebyen, hadde gjennomsnittlig en yngre befolkning enn de to distriktskommunene. Dette kommer tydelig frem når jeg ser på andelen eldre i befolkningen. Befolkningen i aldersgruppen 67 år og eldre var rundt 10 % for *bykommunen* og rundt 9 % for *bygdebyen*, mens den var rundt 16 % i *bygdekommunen* og rundt 19 % i *utkantkommunen*. Landsgjennomsnittet var på rundt 13 %. Man kan dermed forvente at de to minste kommunene hadde en større utfordring når det gjaldt tilbudet til eldre enn de to største kommunene. Denne situasjonen vil se annerledes ut for kommunene ved framskrivning av befolkningssammensetningen i tid.

Ser man på andelen uføre per 1000 innbyggere i aldersgruppen 18-49 år, skilte utkantkommunen seg ut, med en høyere andel uføre enn de tre andre kommunene, som var ganske like (25-27 %). Ettersom utkantkommunen var en kommune med et mindre variert arbeidsmarked enn de tre andre, kan det være dette som avspeilte seg i denne forskjellen.

#### 4.6.2 Tillatelse og tilgang til feltet

For å gjennomføre studien ble prosjektet først meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 3, Godkjenning fra Personvernombudet<sup>22</sup>). Det var ikke nødvendig med godkjenning fra Regional Etisk Komité, da studien ikke skulle samle inn personsensitive data. I den grad datasamlingen kunne gi inntak til data av sensitiv art, er disse ikke brukt i studien.

Søknad om tilgang til de aktuelle kommuner ble etter avtale med den enkelte kommune sendt til rådmannen i bygdebyen og kommunaldirektør/etatsleder i de tre andre kommunene (vedlegg 2). Der søknaden ble sendt kommunaldirektør/etatsleder, avklarte denne forespørselen med kommunens ledelse. Mye av kommunikasjonen mellom meg og kommunen foregikk per e-post eller telefon.

Jeg ble tatt godt i mot av alle de fire kommunene og har bare møtt velvilje og hjelpsomhet på alle nivå i kommunene. Av de som jeg ba om lov til å intervju, har jeg ikke fått avslag fra noen.

### 4.7 Valg av intervjupersoner

Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg, det vil si at intervjupersoner velges på bakgrunn av egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiv ((Thagaard, 2009:55). Å velge intervjupersoner til undersøkelsen var i utgangspunktet en tidkrevende og utfordrende prosess, slik jeg tidligere har vært inne på. Rehabilitering er i politiske dokumenter beskrevet som et tverrfaglig og tverretatlig virksomhetsområde, noe som gjør det til et uklart organisatorisk kommunalt område. I tillegg er kommunene ikke likt utformet organisatorisk. Valg av intervjupersoner ga seg ikke selv, så jeg valgte å benytte to utfyllende strategier for utvelgingsprosessen:

1. Jeg studerte kommunenes organisasjonskart og beskrivelse av virksomheten for å bli nærmere kjent med organiseringen i den enkelte kommune. Jeg gikk inn på nettet og så hvordan kommunene beskrev tjenestene sine. Jeg så etter tjenester som het eller ble presentert som rehabiliteringstjenester, habiliteringstjenester, koordinerende enhet, vedtak om individuelle planer og lignende. Det å studere organisasjonskart og informasjon om kommunene på nettet ga meg

---

<sup>22</sup>Forskere og studenter ved institusjoner som har utpekt NSD som personvernombud, og som i forbindelse med forsknings- eller kvalitetssikringsprosjekt skal behandle personopplysninger elektronisk eller opprette et manuelt personregister med sensitive opplysninger, har meldeplikt til personvernombudet

kjennskap til kommunene, men kunne ikke gi meg svar på hvem jeg burde velge som intervjupersoner.

2. Jeg ba om å få en kontaktperson i den enkelte kommune som jeg kunne samtale med. Hvem jeg fikk som kontaktperson, overlot jeg til kommunen å bestemme, men det var en person som kommunen anså som sentral i forhold til området rehabilitering. Jeg hadde innledende samtaler og kontakt på e-post med denne personen for å få oversikt over kommunens organisering og aktuelle informanter. Selv etter samtale med kontaktpersonen og nærmere studier av den enkelte kommune, var det ganske åpent hvem og hvor mange som burde intervjues i prosjektet. Jeg valgte noen kriterier til hjelp for å snevre inn mulighetene; hvem var sentrale i forhold til funksjonen koordinerende enhet, hvem hadde systemansvar i forhold til individuell plan, hvem satt i re-/habiliteringsteam eller ble pekt ut som sentrale i forhold til ulike målgrupper, deltok i planarbeid og lignende. Slik fikk jeg etter hvert satt opp en liste over aktuelle intervjupersoner i den enkelte kommune. Det var ikke uten videre slik at de samme stillingene ble foreslått av kontaktpersonene i de fire kommunene, slik at det å tenke komparativt mellom kommunene med utgangspunkt i likelydende stillingskategorier var ikke så enkelt.

I *bykommunen* ble intervjupersonene hentet fra Avdeling for oppvekst og kultur og Avdeling for helse- og sosialtjenester. I *bygdebyen* kom intervjupersonene fra helse- og sosialtjenesten, skole- og barnehagesektoren og rådmannens administrasjonsavdeling. I *bygdekommunen* kom intervjupersonene fra Helse- og sosialavdelingen og Opplæringsavdelingen. I *utkantkommunen* kom intervjupersonene fra helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten og kultur- og oppvekstavdelingen. I tillegg ble det intervjuet en person fra trygdekontoret i kommunen.

Totalt sett viste det seg at 21 av 28 intervjupersoner tilhørte helse-, omsorg- eller sosialtjenestene. I tillegg var 4 intervjupersoner fra opplæringsavdelingene, 2 var i stab hos rådmannen, og én kom fra trygdeetaten. Jeg har ikke intervjuet politikere eller brukere.

Det å finne fram til aktuelle intervjupersoner ble gjort i samarbeid med kommunene, men det endelige valget var til slutt mitt eget. Det innebærer at den enkelte kommune ikke direkte har styrt prosessen med utvelgelse av informanter for meg. Jeg begrunner valgene av intervjupersoner med at dette var sentrale personer i oversettelsen av den nye rehabiliteringspolitikken. Samtidig var det også andre ansatte i kommunene som kunne gi meg relevant kunnskap. For å begrense antallet intervjupersoner i prosjektet måtte mange velges bort.

Tabell 3: Oversikt over intervjupersoner i de fire kommunene. Kontaktperson merket med \*.

	<b>Bykommunen</b>	<b>Bygdebyen</b>	<b>Bygdekommunen</b>	<b>Utkantkommunen</b>
1	Leder av bestillerkontoret	Kommunalsjef Helse- og sosial	Helse- og sosialsjef	Fagkoordinator helse og omsorg
2	Saksbehandler bestillerkontoret	Leder for habiliteringsteamet/KE	*Sjefsfysioterapeut Rehabiliteringskoordinator/ KE/IP	*Kommunefysioterapeut/ Rehabiliteringskontakt/KE/ IP
3	Systemansvarlig/ koordinator Individuell plan barn/unge	*Leder for rehabiliteringsteamet/ KE	Spes.ped. koordinator skole/barnehage	Leder bolig utviklingshemmede
4	Virksomhetsleder rehabiliteringsavdelingen	Ledende fysioterapeut	Leder psykisk helsetjeneste	sosialleder
5	*Virksomhetsleder fysio-/ergoterapi-tjenesten	Fysioterapeut/medlem habiliteringsteamet	Leder åpen omsorg	Kommunelege 1
6	Virksomhetsleder helsesøstertjenesten	Sosionom/medlem rehabiliteringsteam		Spes.ped. koordinator skole
7		Psykiatrisk sykepleier		Leder psykisk helsetjeneste
8				Ledende helsesøster
9				Leder hjemmetjenesten
10				Trygdeetaten

#### 4.7.1 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene

Jeg kontaktet selv hver enkelt intervjuperson og avtalte tid og sted for intervju. Alle intervjupersoner fikk tilsendt skriftlig informasjon om studien og om meg som forsker (vedlegg 4). Intervjuene er basert på intervjupersonenes informerte samtykke. Alle intervjuene ble gjennomført på den enkelte intervjupersonens arbeidsplass. Det å være tilstede på de ulike arbeidsplassene gav meg som forsker



mye nyttig ekstra informasjon om den enkelte arbeidsplass. Det gjorde også at intervjupersonene var i en for dem trygg og kjent sammenheng. Ulempen var at noen av dem ble forstyrret under intervjuet, men det var ikke noe stort problem. Alle intervjuene, unntatt ett, ble spilt inn på en opptaker, og alle ble transkribert i ettertid.

Intervjuene ble gjennomført i perioden fra 26.09.07 til 30.05.08. Jeg tok kontakt og gjennomførte intervjuene i én kommune av gangen over en avgrenset tidsperiode på ca. en uke i hver kommune. Dette ble gjort av praktiske hensyn, som f.eks. utgifter til reise og overnatting. Intervjupersonene ble intervjuet én gang. I tillegg snakket jeg med de fire kontaktpersonene flere ganger. Intervjuene varte fra 1,0 til 1,5 time, med unntak av ett intervju som varte i 2 timer. Ett av intervjuene ble dokumentert i form av nedskrevne notater og ikke som lydopptak, da det i utgangspunktet var tenkt som et prøveintervju. Det ble senere trukket inn i datagrunnlaget.

Intervjuene ble gjennomført som halvstrukturerte intervju basert på en intervjuguide som var utarbeidet i forkant. Denne inneholdt noen utvalgte tema samt underliggende spørsmål (vedlegg 1). Temalisten og spørsmålene var stikkordsmessig utformet, og var mer en huskeliste som kunne krysses av underveis i intervjuet, enn at den styrte samtalen. Listen ble først utarbeidet på bakgrunn av min lesing av regelverket, politiske dokumenter, teori og forskning på feltet. Intervjuguiden ble forenklet og tilpasset den enkelte intervjupersonen i løpet av intervjuperioden.

## **4.8 Analysearbeid**

Analysearbeidet er basert på det som kan kalles en "cross case analyse" (Silverman, 2005). Analysen har et komparativt formål, og jeg har søkt å se etter likheter, forskjeller og nyanser på tvers av casene.

Jeg har i hoveddelen av analysen, dvs. kapitlene 5, 6, og 7, sammenliknet de fire kommunene. I kapittel 8, som er det siste analysekapittelet, går jeg over til å sammenlikne ulike faggrupper og tjenesteenheter. Det innebærer at kommunen som ramme for casene ikke gjennomføres konsekvent i hele avhandlingen. Begrunnelsen for dette skiftet er at det ble metodisk mest hensiktsmessig. Med utgangspunkt i funn fra empirien ble det mer interessant å se på forskjeller mellom faggrupper og tjenesteenheter enn mellom kommuner. Antallet intervjupersoner i den enkelte kommune innenfor den enkelte faggruppe eller tjenesteenhet ble så lavt at en sammenlikning på dette nivået på tvers av kommunene ble lite meningsfylt.

#### 4.8.1 Dokumenter

Nasjonale rehabiliteringsdokumenter er lest som bakgrunnsinformasjon, og lokale rehabiliteringsplaner er lest som en del av undersøkelsens empiri. Deler av innholdet i nasjonale dokumenter ble nedtegnet til korte sammendrag (annotering). De lokale rehabiliteringsplanene (både utkast og godkjente dokumenter) ble lest grundig, og dokumentene ble grovt kodet i form av empirinære stikkord. I undersøkelsen har jeg også vært opptatt av forholdet mellom dokumenter og aktører, f.eks. hvordan dokumentene ble omtalt av aktørene. Jeg har også vært opptatt av dokumenters handlingspotensial, f.eks. hvilken aktivitet som fulgte av dokumentene. Jeg har også sett på sammenhenger mellom dokumenter, f.eks. hvordan de bygger på hverandre, hva endres og hvordan.

#### 4.8.2 Intervju

Alle intervjuene ble i sin helhet transkribert fra tale til tekst av meg. Lange pauser, latter og lignende er skrevet inn i den transkriberte teksten. Små pauser, halve ord og lignende ble utelatt dersom de ikke hadde en egen betydning ut fra sammenhengen. Etter transkriberingen ble teksten fra hvert intervju lest nøye igjennom og kodet empirinært. Kodene ble i første omgang laget på bakgrunn av intervjuguidens tema, og på bakgrunn av empirinære tema som dukket opp i intervjuetekstene. Intervjuene ble først lest igjennom og kodet manuelt, før de ble overført til NVivo7. Hovedkodene for første gangs koding var;

- intervjupersonenes bakgrunn
- fortolkning politikk (rehabiliteringspolitikk, annen politikk, rehabiliteringsdefinisjonen)
- målgrupper (barn og unge, voksne, eldre, psykisk helse og rus, utviklingshemmede)
- organisering (planlegging, koordinerende enhet, individuell plan, koordinator)
- tjenester - faggrupper (lege, fysioterapi, ergoterapi, hjemmetjenester, sosionom, vernepleier, helsesøster, NAV, institusjonshelsetjeneste, brukerstyrt personlig assistent (BPA), støttekontakt, tekniske hjelpemidler)
- brukermedvirkning (individ, gruppe)
- samarbeid (eksternt og internt)
- utfordringer
- økonomi
- NAV-reformen
- tildeling av tjenester/vedtak
- rehabiliteringspotensial

Noen av kodene var ganske omfattende og ga mye tekst, andre var mye smalere og ga lite tekst. De fleste av kodene ble viktige i det videre analysearbeidet. Økonomi var en kode med lite tekst, men dataene ble likevel viktige i analysearbeidet. Det betyr at det ikke bare var temaene med mye tekst som fikk betydning.

I analysearbeidet har jeg benyttet *dataverktøyet NVivo7* som en støtte i organisering og administrering av intervjumaterialet. Etter kodingsarbeidet kunne jeg ved hjelp av NVivo ta ut tekstene som var blitt plassert under den enkelte kode, og lese disse i sammenheng. Teksten var inndelt i de fire kommunene. Videre ble tekstene lest og gjort til gjenstand for ytterligere koding og refleksjon i forhold til hva tekstene uttrykte, hvordan dette kunne betraktes i forhold til teoretiske begreper og analytiske tilnærminger. Det komparative arbeidet med å dele inn teksten fra de fire kommunene i ulike tema, kan kalles en *tematisk analyse* på tvers av materialet. Individuelle *narrativer* ble også trukket fram fra empirien og ble gitt oppmerksomhet innenfor det enkelte tema.

I følge Coffey og Atkinson (1996:28) kan koding forstås som en forenkling og reduksjon av data, men også som en prosess hvor data kompliseres, dvs. utvides, transformeres og omskapes begrepsmessig. I praksis vil det gjerne være en blanding av disse to formene. Koding gir data en ny kontekst. Å dele og kode data gir forskeren en mulighet til å tenke med og på data i nye sammenhenger. Koding kan betraktes som en analytisk strategi hvor man blir klar over relevante fenomen, samler eksempler på fenomenet, analyserer fenomenet for å finne likheter, forskjeller, mønster og strukturer (Seidel og Kelle, 1995 i Coffey og Atkinson, 1996:29). I praksis er koding gjerne en blanding av datareduksjon og å åpne opp data for komplisering og ytterligere undersøkelser (ibid:30).

Avhandlingens tekst er skrevet om flere ganger etter hvert som analysen har utviklet seg. Analyseprosessen i prosjektet har ikke vært noen lineær prosess, men heller en rotete, tidkrevende, ikke-lineær, og så langt som mulig en kreativ prosess med rom for tvil. En prosess som har gått ut på å få fram flertydighet og mening, men også orden og struktur, ut av dataene (Järvinen, 2005; Ryen, 2002).

## **4.9 Kvalitetskrav til kvalitativ forskning**

Kvalitet i forskning er knyttet til diskusjoner rundt begreper som troverdighet, styrke og overførbarhet, eller reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (Kvale et al., 2009). Begrepene validitet og reliabilitet er kontroversielle fenomener innenfor kvalitativ forskning, da de ofte betraktes som uttrykk for tradisjonelle positivistiske kvalitetskrav (Ryen, 2002:176).

#### 4.9.1 Validitet og reliabilitet

Data er representasjoner av virkeligheten. *Reliabilitet* har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre (Kvale et al., 2009). Troverdighet og tillit til forskningen trekkes fram som viktig i kvalitativ forskning (Thagaard, 2009). Ekstern reliabilitet i form av om et forskningsprosjekt utført i en situasjon kan gjentas (repliseres) av andre forskere i en annen situasjon, er vanskelig å oppnå i kvalitative studier (ibid:199). Forsøk på å gjenskape funn er sett på som lite relevant i kvalitativ metode, men et alternativ er refleksivitet (Hammersley og Atkinson, 1987:35). Troverdighet blir koblet til forskerens evne til å gjøre ting eksplisitte og til å reflektere over situasjonen. Innsyn og åpenhet er viktig. Forskningsprosessen skal være gjennomsiktig (transparent). Det handler om å redegjøre for de ulike skrittene i forskningsprosessen, f.eks. utvelgning av intervjupersoner, gjennomføring av intervjuene, transkribering av data, analyse av data og utskrivning. I avhandlingen har jeg lagt vekt på å ivareta innsyn og åpenhet i forskningsprosessen både gjennom redegjørelsene i dette kapittelet, og generelt gjennom hele avhandlingen.

I forskningslitteraturen skilles det mellom intern og ekstern *validitet*. *Intern* validitet eller gyldighet handler om hvor godt eller relevant data representerer det fenomen som studeres. Validitet i kvalitative studier dreier seg om i hvilken grad forskerens funn på en god måte reflekterer formålet med studien og representerer den virkelighet hvorfra dataene er hentet (Johannessen et al., 2006:199). Intern validitet er knyttet til tolkning av data (Thagaard, 2009). Responsvalidering vil si å konfrontere enkeltpersoner med sentrale funn og konklusjoner fra undersøkelsen. Det kan gjøres ved å arrangere møter der flere av respondentene deltar og diskuterer undersøkelsens funn og konklusjoner, eller ved å sende en foreløpig rapport til alle eller et utvalg av dem som har vært med på undersøkelsen. I denne studien har dataene ikke vært presentert for intervjupersonene fra kommunene, da analyseprosessen har strukket seg over en lengre periode. Jeg har vurdert det som vanskelig for intervjupersonene å forholde seg til et intervju som ligger noe tilbake i tid. Et annet spørsmål er om de vil kjenne seg igjen i den beskrivelsen rapporten gir. Opplever respondentene at det som kommer fram er relevant for dem? Denne typen validering har begrensinger ved at forskeren kan avdekke forhold som respondentene ikke selv er klar over. Respondentene kan ha "blindsoner" (Jacobsen, 2000:206-207). Jeg har ivaretatt validering gjennom kollegial validitet, ved at det har vært gjennomført oppstartseminar, midtseminar og sluttseminar som et ledd i PhD-programmet. Disse har vært åpne for interesserte, og en person har fått i oppgave å gi tilbakemelding på innleverte tekster. I tillegg har deler av studien vært lagt fram som et framlegg på en skandinavisk rehabiliteringskonferanse. Gjennom interne seminarer og deltakelse ved en konferanse har det vært rettet kritiske blikk mot ulike deler av forskningsprosjektet.

#### 4.9.2 Overførbarhet

Overførbarhet, også kalt ekstern validitet eller gyldighet, handler om i hvilken grad resultater fra et kvalitativt forskningsprosjekt kan overføres til liknende fenomener. Ved kvalitative undersøkelser snakker man om overførbarhet av kunnskap i stedet for generalisering, fordi det siste gir assosiasjoner til statistisk generalisering og kvantitative studier (Malterud, 1996; Thagaard, 2003). Overførbarhet av kvalitative data handler ikke om hvorvidt resultatene kan generaliseres globalt, men i hvilken grad den kunnskapen som produseres, kan tenkes å ha gyldighet ut over de observerte enhetene (Kvale et al., 2009:265). Spørsmålet er om den tolkningen som utvikles innenfor rammen av et prosjekt, også kan være relevant i andre sammenhenger (Thagaard, 2009:207). En undersøkelses overførbarhet dreier seg om hvorvidt en lykkes i å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige i andre sammenhenger, altså en *analytisk* overførbarhet. Min intensjon er at avhandlingen vil ha analytisk overførbarhet til tilsvarende prosesser i andre kommuner. Jeg håper også at avhandlingens funn kan være relevant for andre politikkområder der oversettelse av ideer fra det nasjonale til det lokale er i fokus. Det vil i stor grad være opp til leserne å vurdere om studien lykkes med dette.

### 4.10 Forskningsetikk

I studien er det tatt utgangspunkt i gjeldende regler for forskningsetikk, og den skal være utført i tråd med Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (2006). Alle intervjuene er basert på informert samtykke (vedlegg 4, informasjonsskriv til informantene). Det innebærer at informantene har kunnet trekke seg på ethvert tidspunkt av studien og uten å måtte begrunne hvorfor. Ingen av intervjupersonene har trukket seg i løpet av prosessen.

Det var viktig å ha et våkent forskningsetisk blikk gjennom hele prosjektet. I hovedsak er etikken ivarett gjennom å ha en forskningsstrategi som er føre var, hvor jeg har forsøkt å ivareta viktige etiske prinsipper i planleggingen av prosjektet. I tillegg har det vært viktig å diskutere med veileder og andre, når forskningsetiske spørsmål har dukket opp. Etske utfordringer har i liten grad blitt aktualisert i intervjudelen av prosjektet. Det har imidlertid vært viktig å ta hensyn til hvordan intervjupersonene har opplevd intervjusituasjonen, og om de har gitt uttrykk for at de har opplevd intervjusituasjonen som slitsom, slik som en av intervjupersonene gjorde: " *Ja, eg må nok seie at eg begynner å bli trøtt i hove. Eg veit heller ikkje om eg svarer på spørsmålet*". For å hindre at intervjupersonene ble slitne, har jeg begrenset lengden på intervjuene til under 1,5 time. Å begrense lengden på intervjuene var også av hensyn til arbeidsgiver, at intervjupersonene ikke skulle bruke for mye av sin arbeidstid på intervjuene.

I forbindelse med skriveprosessen har det dukket opp et etisk dilemma knyttet til lovnaden om aidentifisering av intervjupersoner og kommuner. I noen sammenhenger har jeg hatt ønsker om å beskrive detaljer fra materialet, som har kommet i konflikt med denne lovnaden. Dette har medført etiske avveininger, og i de aktuelle tilfellene har jeg alltid latt hensynet til aidentifisering komme først. I en del sammenhenger har jeg vært nødt til å utelate informasjon og latt være å beskrive enkeltforhold nærmere, fordi det kunne identifisere kommuner og personer.

## **4.11 Metodekritikk**

Feltarbeidet i de fire kommunene ble gjennomført over en periode på ett år, rundt regnet fra sommeren 2007 til sommeren 2008. Dataene som avhandlingen bygger på, er et tidsbilde av situasjonen slik den var da de ble skapt, og er situert både i tid og rom. Det er med andre ord gått en tid fra dataene ble skapt og til avhandlingen er ferdig, og mye er skjedd i de fire kommunene siden feltarbeidet. Det vil si at beskrivelser i avhandlingen fra de fire kommunene kan være anderledes i dag.

Fra intervjuene ble gjennomført og til avhandlingen ble skrevet ferdig, har det skjedd en rekke endringer innenfor politikk og lovgivning. Velferdspolitikken er et område som stadig er gjenstand for nye reformer, og hvor rammer og regelverk endres i et høyt tempo. I analysen tar jeg utgangspunkt i rammene slik de var da intervjuene ble gjennomført.

Avhandlingen har vekt på sammenlikning mellom kommunene. Et strategisk valg av intervjupersoner var i utgangspunktet en ganske krevende prosess, og valget ble gjort tidlig i undersøkelsen. Da jeg senere i analysen bestemte meg for å sammenlikne ulike profesjoner og deltjenester, ble det klart for meg at det strategiske utvalget kunne vært bedre tilpasset for dette fokuset. Jeg fant likevel at materialet ga meg interessante nok data for mitt formål.

## **4.12 Avslutning**

I dette kapittelet har jeg redegjort for studiens forskningsstrategi og begrunnet de metodologiske valgene som er gjort. Studien er basert på en abduktiv forskningsstrategi, og er en sammenliknende casestudie hvor fire kommuner, samt kommunalt ansatte inngår. Kommunene er én stor (bykommunen), én mellomstor (bygdebyen) og to små (bygdekommunen og utkantkommunen). Undersøkelsen er kvalitativt innrettet. Dataene er basert på halvstrukturerte intervju. Dokumenter er også sentrale, både som bakgrunnsmateriale og som data i analysen. Analysen er temabasert og har foregått på tvers av datamaterialet. Det er en hovedvekt på innholdsanalyse. Kunnskapen utviklet fra

casene kan betraktes som analytisk overførbar til andre liknende problemstillinger, i den grad leseren opplever avhandlingen som relevant.





# 5 PLANLEGGING - KONSEPTUALISERING AV OBJEKTET REHABILITERING

## 5.1 Innledning

I avhandlingens første forskningsspørsmål spør jeg om hvordan den helhetlige politikken lovpålagte organisatoriske krav oversettes i kommunene. I dette kapitlet tar jeg for meg det første lovpålagte, organisatoriske virkemiddelet, nemlig *planlegging*. En måte kommunene kan vise omgivelsene, innbyggerne og andre at de tar tak i rehabiliteringspolitikken, er ved å lage planer. I rehabiliteringsmeldingen ble det understreket at rehabiliteringsvirksomheten måtte synliggjøres i kommunale planer for å bli prioritert (St.meld.nr.21 (1998-99):17). Dette ble fulgt opp i forskrift om habilitering og rehabilitering (2001), hvor det ble stilt krav til at: "*kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet*" (ibid: § 8, første ledd). Innholdet i planen skal sikre at formålet med forskriften oppnås (ibid: merknadene til § 8). Kommunene skal planlegge sine tjenester etter kommuneplanbestemmelsene i plan- og bygningsloven og etter bestemmelsene om økonomiplan og årsbudsjett i kommuneloven<sup>23</sup>. Plan- og bygningslovens § 11-2 omhandler kommuneplanens samfunnsdel og kommunedelplaner. I lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) står det at planer som omfatter avgrensede deler av kommunenes virksomhet, skal integreres i økonomiplanleggingen, og bruken av midler innarbeides i planen (§ 44). Det følger også direkte av ansvaret for en tjeneste at den ansvarlige må stå for nødvendig planlegging av tjenesten. Å studere planarbeid peker seg dermed ut som en aktuell tilnærming for å få innsikt i kommunenes offisielle translasjon av den nasjonale rehabiliteringspolitikken.

For å være oppdatert i forhold til ny rehabiliteringspolitikk er det nødvendig at planene og planarbeidene som studeres er gjennomført i tiden etter 2001. Av de fire kommunene som er med i avhandlingens undersøkelse, har tre av dem hatt planarbeid på dagsorden etter 2001, mens én ikke har hatt det. I følge tall fra KOSTRA/IPLOS for 2010 var andelen av landets kommuner som sier at de har planer 58 %, og de som sier at de ikke har planer på området 42 %. Antallet kommuner med planer

---

<sup>23</sup> Det har vært en forenkling av statlig regelverk for planlegging rettet mot kommunesektoren, og egne planleggingshjemler i særlov er fjernet. Som en følge av dette ble Lov om planlegging i helse- og sosialtjenesten i kommunen, opphevet fra 1. juli 2003 (IS-I/2004, Sosial- og helsedirektoratet). Det kan dermed virke ulogisk at det fortsatt var en egen bestemmelse om planarbeid i forskrift om habilitering og rehabilitering (2001), som blir et eksempel på særlovgivning. Kravet til planlegging er videreført i § 5 i ny forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator fra 2011.

hadde en liten nedgang fra 2006. (Helsedirektoratet 2011, IS-1954: 96 og 109). Det er ikke gjort undersøkelser som har sett på innholdet i kommunenes planarbeider etter 2001.

Planlegging er et redskap som brukes i den statlige målstyringen av kommunene (Hanssen m.fl., 2007:230). Sett fra statlig nivå blir kommunal planlegging et virkemiddel i iverksettingen av den statlige politikken, og kommuner som planlegger, signaliserer at de tar rehabiliteringspolitikken på alvor. Det blir sett på som en fremgangsmåte for å sikre fast styring, og for å skape sammenheng og konsistens i politikken (Bukve, 2001:260). Aktiviteten fremstår som formålsrettet og instrumentell, og i et rasjonelt organisasjonsperspektiv blir forholdet mellom mål og virkemidler sentralt. Planlegging skal bidra til styrt endring, og forutsetter at organisasjoner betraktes som noe som kan endres og manipuleres av mennesker (Jacobsen og Thorsvik, 2007:360).

Planer kan også betraktes som tekstliggjorte ideer eller en materialisering av ideer til tekst. I et oversettelsesperspektiv kan planlegging studeres som et ledd i "utpakkingen" av den nasjonale rehabiliteringspolitikken, og omtales som kontekstualisering (Grape et al., 2006; Johansson, 2002; Røvik, 2007), eller konseptualisering og konkretisering (Nilsen, 2007). I følge Nilsen (2007) dreier oversettelse seg om hvordan ideene gis et representasjonsmessig innhold (konseptualisering), og hvordan ideene får et konkret innhold (konkretisering), dvs. at det skjer både en innpakking og en utpakking lokalt. Arbeidet med translasjon inne i organisasjonen starter ikke med å konkretisere et gitt objekt, men med å lage objektet. Sett i forhold til en planprosess innebærer det at aktørene i den enkelte kommune først må etablere et eget situasjonsbestemt bilde av rehabilitering før det kan konkretiseres. Rehabilitering som objekt produseres gjennom oversettelsesarbeidet som foregår i de ulike planarbeidene i kommunene. Gjennom denne historisk situerte og sosiale aktiviteten konseptualiseres det interne bildet av rehabilitering i kommunen. Det er dette som er kapittelets omdreiningspunkt.

Røvik (2007:307) er opptatt av i hvilken grad og på hvilken måte innholdet i det som overføres, blir omformet når man forsøker å oversette det til en ny organisasjonskontekst. Han plasserer tre omformingsmoduser på en linje fra ingen eller svak omforming til betydelig omforming; (i) den reproduserende modus (kopiering), (ii) den modifierende modus (adding og fratrekking) og (iii) den radikale modus (omvandling). Oversettelsesteori er en ressurs i arbeidet med å utforske hvorfor prosesser og resultater kan bli ulike i kommunene (Røvik, 2007). I den forbindelse blir flere forhold viktig å fokusere på (Nilsen, 2007):

- Hvilke kilder forholder utvalgte aktører i kommunen seg til?
- Hvem utgjør autoritative sentra?

- Hvilke aktører involveres i å utvikle objektet?
- Hvilke redigeringsregler gjør seg gjeldende i arbeidet?
- Hva kjennetegner den konseptualiserte versjonen av objektet?

Jeg vil komme tilbake til punktene i gjennomgangen av kommunenes planarbeider. Hovedfokus vil være på hva som kjennetegner den konseptualiserte versjonen av objektet rehabilitering, mens de andre punktene er med på å belyse planarbeid som prosess.

Intensjonen med kapittelet er å få kunnskap om hvordan planlegging fungerer som oversettelsesverktøy, og som et ledd i translasjonen fra nasjonal politikk til lokal forståelse og materialisering. Fokus vil være på den lokale innpakking og utpakking av objektet rehabilitering. Kapittelet handler mest om de tre kommunene i avhandlingen som har arbeidet med delplaner etter 2001. Jeg redegjør for planarbeidene som har foregått i den enkelte kommune i forhold til punktene ovenfor, og sammenlikner til slutt trekk ved oversettelsene.

En av de fire kommunene har ikke arbeidet med planlegging på området rehabilitering etter 2001, og på slutten av kapittelet vil jeg ta for meg hvordan kommunen begrunner sitt valg av strategi, som kan kalles ikke-planlegging (Gjertsen, 2003).

## 5.2 Planarbeid før og etter 2001

Planlegging har hatt nasjonal oppmerksomhet både før og etter at ny rehabiliteringspolitikk ble introdusert. St.meld.nr. 36 (1989-90) "*Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*" tok bl.a. opp at kommunene burde stimuleres til å utarbeide planer for medisinsk rehabilitering (medisinsk attføring). Helsedirektoratet<sup>24</sup> oppfordret på begynnelsen av 1990-tallet kommunene til å utarbeide planer for medisinsk (re)habilitering som en del av sin helse- og sosialplan (Bratland, 2005). Av de fire kommunene i avhandlingens undersøkelse, hadde tre av dem gjennomført planarbeid for rehabilitering før 2001. De tre kommunene; bykommunen (stor), bygdekommunen (liten) og utkantkommunen (liten) har politisk vedtatte delplaner fra tiden mellom 1996-1998. Her utgjør bygdebyen (mellomstor) et unntak, som ikke gjennomførte noe planarbeid i denne perioden.

I tiden etter 2001 representerer de fire kommunene tre ulike strategier for planlegging. En første strategi er å revidere en gammel plan. Bygdekommunen (liten) har rullert sin delplan fra 1998 for perioden 2003-2007. Revidering videre er diskutert, men utsatt. Den andre strategien er å starte

---

<sup>24</sup> Det daværende Helsedirektoratet ble lagt ned med virkning fra 1. januar 1994.

arbeidet med en ny plan. Begge de to største kommunene, bykommunen (stor) og bygdebyen (mellomstor) har satt i gang et nytt planarbeid etter 2001. Bykommunen var i 2007 i gang med et forarbeid til en ny delplan på området rehabilitering. Konklusjonen på forprosessen ble at planarbeidet ble "lagt på is", dvs. at det ble foreløpig avsluttet. Bygdebyen gikk i løpet av 2008 i gang med å planlegge sin første delplan for rehabilitering. Kommunen anslo at planen ville bli politisk behandlet i løpet av 2011, men det skjedde ikke. Den tredje strategien er å velge ikke-planlegging. Utkantkommunen har ikke drevet planarbeid på området rehabilitering etter 2001, og har dermed valgt ikke-planlegging som strategi (Gjertsen, 2003). Tabell 4 viser en samlet oversikt over de 4 kommunenes planarbeider før og etter 2001.

Tabell 4: Re-/habiliteringsplaner og planarbeid i de fire kommunene før og etter 2001

Re-/habili- terings plan	Bykommunen (stor)	Bygdebyen (mellomstor)	Bygdekommunen (liten)	Utkantkommunen (liten)
<b>Før 2001</b>	Plan for medisinsk rehabilitering vedtatt 1996	Ikke planarbeid	Plan for (re)habilitering vedtatt 1998	Plan for medisinsk (re)habilitering vedtatt 1997
<b>Etter 2001</b>	Planprosess startet i 2005, lagt på is i 2007.	Planprosess startet i 2008, politisk behandling planlagt 2011, men ble ikke gjennomført.	Revidert re-/habiliteringsplan vedtatt 2003-2007. Ny revidering utsatt.	Ikke planarbeid

Oversikten innebærer at det etter 2001<sup>25</sup> kun er to av kommunene, bygdebyen (mellomstor) og bygdekommunen (liten) som har produsert en skriftlig plan hvor innholdet kan studeres. Bykommunen har gjennomført et forarbeid, hvor det ble utarbeidet et skriftlig forslag til hva som burde være innholdet i en planprosess.

<sup>25</sup> Bygdebyen hadde utkast til en plan som ikke var politisk behandlet da jeg skrev kapittelet, mens bygdekommunen hadde en politisk vedtatt plan etter 2001.

## 5.3 Konseptualisering av objektet

Jeg starter med å analysere hvordan bykommunen, bygdebyen og bygdekommunen rammer inn og konseptualiserer rehabilitering som objekt i sine planprosesser. Gjennomgangen følger tidsrekkefølgen på planarbeidene. Bygdekommunen var først ute med sitt planarbeid, påbegynt i 2001 og godkjent i 2003. Bykommunen gjennomførte sitt forarbeid i tiden mellom 2005 og 2007. Bygdebyen var sist ute med sitt planarbeid som ble påbegynt i 2008, og et utkast til plan var ferdig i 2011.

### 5.3.1 Bygdekommunen – kontinuitet og kopiering

Den første rehabiliteringsplanen i bygdekommunen (liten) ble vedtatt for perioden 1998-2000. Kommunen fikk mye skryt og oppmerksomhet fra samarbeidspartnere og andre kommuner for sitt første planarbeid. Kommunen hadde dermed et godt rykte å leve opp til og ta vare på når det gjaldt planlegging.

Første rullering av planen ble utsatt til etter at ny rehabiliteringspolitikk og nytt regelverk på området ble avklart nasjonalt. Helse- og sosialutvalget i kommunen satte ned ei styrings- og arbeidsgruppe som skulle rullere planen i november 2001. Rullering av planen i bygdekommunen skjedde dermed i en tidlig fase av iverksettingen av ny helhetlig rehabiliteringspolitikk. Det er samme person, ledende kommunefysioterapeut, som har hatt ansvaret for å skrive utkast til plan i begge planprosessene. Han representerer dermed et bindeledd og en kontinuitet mellom de to planarbeidene. Den reviderte planen ble vedtatt for perioden 2003-2007. Planen skulle egentlig vært revidert på nytt igjen i 2007, men i følge helse- og sosialsjefen hadde de ikke kapasitet til å gjøre det da.

Intensjonen med rullering av planen var å oppdatere den eksisterende planen i tråd med ny politikk og nytt regelverk. Det gir en innramming og avgrensning av planarbeidet, men også en åpenhet knyttet til tolkningen av hva det nye besto i, og hvilke endringer dette ville medføre i forhold til den gamle planen. Målsettingen for de to planarbeidene har stor grad av likhet. Den ble formulert slik i den nye planen for perioden 2003-2007:

*”Med utgangspunkt i dei ressursane vi har i kommunen ønskjer vi å lage eit system som: 1. gjer det enkelt og greit for brukarar å orientere seg når dei har trong for hjelp. 2. føreslå ei organisering og plassering av ansvar som kan føre til ei effektiv handsaming av saker i tråd med lover og forskrifter. 3. utnytta ressursane vi har i kommunen på ei god måte og sikre samarbeid med dei andre nivå.”*

Det sammensatte formålet som ble skissert i forskrift om habilitering og rehabilitering (2001, § 1) får ikke oppmerksomhet i rullering av planen. Det nye presenteres først og fremst gjennom kravene om koordinerende enhet og individuell plan. Sentrale kilder og autoritative sentre kommer til syne i den

reviderte planen gjennom tekstlige utdrag fra rehabiliteringsmeldingen, henvisninger til de to nye forskriftene, men også henvisning til andre nye lover innenfor helseområdet som psykisk helsevernloven, spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven og lov om pasientrettigheter, som alle kom i 1999. I tillegg nevnes ny opplæringslov.

Konseptualisering av objektet rehabilitering i den reviderte planen bygger i stor grad på det konseptualiseringsarbeidet som ble gjennomført i det første planarbeidet. I den første planen ble målgruppen for rehabilitering beskrevet som alle med behov for rehabilitering uavhengig av alder og bakenforliggende årsak. Det kan forstås slik at rehabilitering skulle omfatte brukere med både somatiske, psykiske eller sosiale funksjonsnedsettelse og i alle aldre. Bygdekommunen hadde dermed alt i planarbeidet før 2001 etablert en bred tilnærming til målgruppen for rehabilitering. Dette var ingen selvfølge, da de politiske signalene før innføringen av kommunehelsetjenesten kunne tolkes både i retning av en smal målgruppe med fokus på fysiske funksjonsnedsettelse (NOU 1980:47) og en bred tilnærming hvor både fysiske, psykiske og sosiale funksjonsnedsettelse var inkludert (Ot.prp. nr.36 (1980-81.)) Den brede målgruppen som alt var etablert i bygdekommunens plan fra 1998, var i tråd med den nye politikken, og den samme forståelsen av målgruppen for rehabilitering ble videreført i den nye planen. Bygdekommunen slapp dermed å gjøre større endringer i konseptualiseringen av målgruppen for rehabilitering.

Det ble gjort noen mindre endringer og oppdateringer i revideringen av planen. Rehabilitering ble i det første planarbeidet organisert rundt to re-/habiliteringsteam, et for barn og et for voksne. De to teamene ble slått sammen til ett team med ledende kommunefysioterapeut som leder, og teamet ble, i den nye planen, utpekt til kommunens koordinerende enhet.

I forordet til den reviderte planen står det at: *"Rehabiliteringsplanen i bygdekommunen har vore eit reiskap til å utvikle eit samarbeid på tvers av fagområder, etatar og mellom nivåa i forvaltninga."* Når det gjelder fremstillingen av rehabilitering som et område i bygdekommunen, er det lagt vekt på å beskrive hver enkelt deltjeneste innenfor helse, omsorg, psykisk helsearbeid, sosialtjeneste, trygdeetat, skoleetat og teknisk etat i kommunen. Planen tar også for seg samarbeidet mellom 1.-, 2.- og 3.-linjetjenesten og beskriver ulike eksterne samarbeidspartere. Det gjør at planen er et ganske omfattende dokument på ca. 40 sider. Innholdet i den rullerte planen er svært likt den første.

Helse- og sosialsjefen i bygdekommunen ga uttrykk for at begge planarbeidene har hatt stor betydning for alle tjenestene og samarbeidet mellom dem: *"Veldig betydning. Eg vil seie det at det preger egentleg alle tenestene våre, det arbeidet som blei gjort her"*. Både helse- og sosialsjefen og ledende kommunefysioterapeut i bygdekommunen uttrykte at prosessen og bevisstgjøringen som fulgte med planprosessen, var det viktigste ved hele planarbeidet. Begge aktørene la vekt på at arbeidet med

planen fremmet en kultur for samarbeid, og skapte bevissthet omkring hvilke tjenester som finnes i kommunen. Det medførte at den enkelte tjenesteutøver fikk større forståelse for hva tjenesten kunne bidra med i en rehabiliteringsprosess, og forståelse for viktigheten av et godt samarbeid mellom tjenestene. Begge ga uttrykk for begeistring og en tro på at planarbeidet har hatt betydning.

Mye av innholdet i planen er rent beskrivende. Det er i liten grad lagt inn vurderinger av tjenesteinnholdet eller om eksisterende tilbud dekker behovet i tilstrekkelig grad. Innholdet i planen peker på mange måter mot kravet i forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) § 7, hvor det står at: *"Tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud"* (forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) § 7, tredje ledd). Helse- og sosialsjefen legger særlig vekt på at planprosessen gjorde dette poenget tydelig for dem selv:

*"Men, [...], den prosessen vi hadde [...], då såg vi at kva er rehabilitering? Jo, det er faktisk å sette saman og bruke dei tenestene vi har. Altså, det er ikkje ei eiga teneste".*

Selv om forskrift om habilitering og rehabilitering kun peker på tjenester som inngår i helsetjenesten, har bygdekommunen lagt vekt på å beskrive tjenester fra ulike kommunale sektorer. Både helse- og sosialsjefen og leder av plangruppen peker på hvordan prosessen har gitt dem et bilde av rehabilitering som et område der alle kommunale virksomheter og yrkesutøvere potensielt kan bidra. Rehabilitering er ikke en egen tjeneste som kan organiseres innenfor en egen organisatorisk enhet. Hvilke tjenester eller innsatser som inngår i individuelle rehabiliteringsprosesser, vil være forskjellig fra bruker til bruker.

I følge merknadene til § 8 om planlegging i forskrift om habilitering og rehabilitering, forventes det at planarbeidet skal si noe om *"kommunens prioriteringer og framtidige utvikling av virksomheten"*. Når rehabilitering betyr å sette sammen individuelt tilpassede tjenester fra ulike virksomheter og slik sett ikke er noen egen enhet, så har rehabilitering heller ikke noe eget budsjett. Uten eget budsjett er det liten mulighet til å påvirke prioriteringer og endringer innenfor de enkelte virksomhetene. Konseptualiseringen av rehabilitering i bygdekommunen kan kanskje forklare hvorfor planarbeidet i så stor grad kan karakteriseres som beskrivende, og at det i så liten grad trekker fram vurderinger av enkelttjenester. En sideeffekt blir at planarbeidet i liten grad følger opp føringene om prioritering i planarbeidet.

I bygdekommunen blir konseptualiseringen av rehabilitering, slik den ble utformet i den første delplanen, i stor grad videreført i rulleringen av planen. Konseptualiseringen medførte ikke behov for store endringer i rulleringen av planen. Forståelsen av rehabilitering i den første planen videreføres i den reviderte planen. Den rullerte planen representerer en kontinuitet og videreføring, men også en videreutvikling av konseptualiseringen i den første planen. Planen bygger på et bredt individperspektiv.

Det legges vekt på at rehabilitering betyr å sette sammen innsatser fra ulike virksomheter i kommunen. Planarbeidet synliggjør hvilke innsatser som finnes innenfor kommunen, hvor brukere kan henvende seg, og det legges vekt på å fremme tverrfaglig samarbeid og en god samarbeidskultur. Brukermedvirkning har fokus på enkeltindividets innflytelse på rehabiliteringsprosessen. Kommunen er opptatt av å være tro mot føringene i rehabiliteringspolitikken uten å trekke fra noe eller legge til noe, i tråd med det Røvik (2007) kaller for kopiering.

### 5.3.2 Bykommunen – addering

Det første planarbeidet om rehabilitering i bykommunen (vedtatt i 1996) handlet om hvordan den kommunale fysio- og ergoterapitjenesten ble samlet i en egen enhet og rehabilitering inngikk i navnet på enheten. Fysio- og ergoterapitjenesten ble samlet i en egen organisatorisk enhet, og kommunen bygget et eget hus for denne, et rehabiliteringssenter. Det å bygge et nytt rehabiliteringssenter i kommunen medførte at rehabilitering ble synlig i bybildet, materialisert som en egen ny bygning. Ved å samle rehabiliteringstjenestene i en egen virksomhet ble også rehabilitering synlig på kommunens organisasjonskart og i budsjett dokumenter. At rehabilitering ble en egen organisatorisk enhet, styrket virksomheten i forhold til andre deltjenester i kommunen, som hadde status som egen virksomhet med egen ledelse. Det ble opprettet to rehabiliteringsenheter, en dagenhet og en døgnbasert enhet, med en felles leder som også var fysioterapeut<sup>26</sup>. Begge enhetene har vært operative siden de ble opprettet, og resultatet av planarbeidet kan slik sett betraktes som en suksess.

I slutten av 2005<sup>27</sup> la en politiker fra helse- og sosialkomiteen fram et forslag i kommunestyret om å sette i gang et nytt arbeid med en kommunal rehabiliteringsplan. Forslaget førte til et enstemmig vedtak som lød slik:

*”Det gjennomføres en analyse av kommunens rehabiliteringstilbud. På bakgrunn av analysen og føringer fra ”Nasjonal plan for rehabilitering” utarbeides en 4-årsplan for rehabilitering i kommunen. Plangruppen skal ha sektorovergripende sammensetning [...] og brukergruppen skal trekkes inn i prosessen straks analysen foreligger”.*

Ledelsen i bykommunen valgte å dele planarbeidet inn i to faser. I den første fasen skulle mål og avgrensning for planarbeidet tydeliggjøres, og planprosessen skulle beskrives. Dette skulle gjøres av en tverrsektoriell prosjektgruppe bestående av fagpersoner fra ulike etater i kommunen. Når prosjektgruppa hadde kommet fram til et forslag, skulle det legges fram for rådmannens ledergruppe.

---

<sup>26</sup> Rehabiliteringssenteret gikk over fra en organisatorisk enhet med felles ledelse til to selvstendige enheter, en dagenhet og en døgnenhet, da kommunen innførte to-nivå-modellen.

<sup>27</sup> Bakgrunnen for at politikeren tok opp saken, skal ha vært bekymring over mangelen på fysioterapitjenester.



Den neste fasen i planarbeidet skulle innebære gjennomføring av selve planprosessen med kartlegging av det kommunale tilbudet, samt brukermedvirkning.

Føringene for fase 1 kan beskrives som eksplorerende ved at en prosjektgruppe fikk i oppgave å finne fram til hva en rehabiliteringsplan skulle handle om. I et translasjonsperspektiv kan det også uttrykkes som at de fikk i oppgave å skape et objekt. Dette er i tråd med Nilsen (2007) som hevder at arbeidet med overføring inne i organisasjonen ikke starter med å konkretisere et gitt objekt, men å konstruere objektet. Prosjektgruppen hadde få føringer og fikk et stort handlingsrom i forhold til dette arbeidet. Et så åpent mandat fra kommunens ledere kan tyde på at den var usikker på hva en rehabiliteringsplan burde omfatte.

Interne kommunale forhold, som kartleggingen av kommunens tilbud og brukermedvirkning, var ikke på dagsorden i den første fasen, hvor prosjektgruppen skulle etablere et bilde av rehabilitering og innholdet i planprosessen. En del av prosjektgruppens tid ble brukt til å oppdatere seg i forhold til den nasjonale politikken og diskutere denne. Konstruksjonen av objektet rehabilitering og innholdet i planarbeidet ble dermed skapt ved at den tverrfaglig og tverretattlig sammensatte prosjektgruppen hadde fokus på eksterne kilder utenfor kommunen. Prosjektgruppen i bykommunen leverte et notat til rådmannens ledergruppe våren 2007 med forslag til omfang og prosess knyttet til arbeidet med en ny rehabiliteringsplan. Prosjektgruppen foreslo bl.a. følgende: "*Planen skal bidra til helhetlig forståelse av rehabilitering i kommunen, dvs. at samfunnsrettede strategier skal likestilles med individuelle strategier som tiltak*". Med dette utgangspunktet skisserte prosjektgruppen to hovedområder som de mente det burde fokuseres på. Det ene området omhandler et *samfunnsperspektiv*, og det andre handler om et *individperspektiv*. For å fremme et helhetlig perspektiv på rehabilitering ble begge tilnærmingene sett på som nødvendige.

I følge rehabiliteringsmeldingen vil et individperspektiv innebære et fokus på individrettede tiltak og prosesser, mens et samfunnsperspektiv har et hovedfokus på generell tilrettelegging av samfunnet for funksjonshemmede (St.meld. nr.21 (1998-99):6). Meldingen avgrensar rehabilitering til individrettede tiltak og prosesser. Likevel valgte prosjektgruppen å legge vekt på samfunnsperspektivet og regjeringens "*Handlingsplan for økt tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjonsevne*"<sup>28</sup>. I følge denne er det et felles anliggende for et samfunn å skape en fremtid basert på løsninger som kan brukes av alle, uansett funksjonsevne. Prosjektgruppen mente at kommunen måtte ta tak i ansvaret for å sikre innbyggerne i kommunen like muligheter til deltakelse på ulike arenaer (sosialt, kulturelt, i arbeidslivet/skole/barnehage, og økonomisk). Bykommunen er den eneste av kommunene som

---

<sup>28</sup> Plan for universell utforming innen viktige samfunnsområder 2004-2009.

innlemmer et samfunnsperspektiv som en del av planarbeidet. Denne "utvidelsen" kan knyttes til at det på denne tiden var et økende fokus på samfunnsperspektivet gjennom offentlige dokumenter som NOU 2001:22 "Fra bruker til borger" og St.meld. nr.40 (2002-2003) "Nedbygging av funksjonshemmende barrierer", prosjekter og føringer omkring universell utforming, og fokus på ny antidiskriminerings- og tilgjengelighetslov (Tøssebro, 2010).

Sett i et translasjonsperspektiv førte prosjektgruppens konseptualisering til et *utvidet* innhold i rehabilitering fra et individperspektiv til også å inneholde et samfunnsperspektiv. Rehabiliteringsmeldingen (St.meld. nr.21 (1998-99)) skisserer en arbeidsdeling mellom rehabiliteringspolitikken og funksjonshemmingspolitikken. Helhetlig rehabilitering handler om et individperspektiv, mens samfunnsperspektivet legges til funksjonshemmingspolitikken. Det å legge til elementer i en oversettelse kan kalles for "addering" (Røvik, 2007:311). Det utvider omfanget av planarbeidet i stedet for å avgrense innholdet. Prosjektgruppen legger opp til at kommunen skal ta på seg en offensiv rolle, som også innebærer en klar strategi for samfunnsutvikling ut over innsatsen på tjenesteområdet rehabilitering (Finstad og Aarsæther, 2003:21). Ved å trekke inn samfunnsperspektivet i rehabiliteringsplanen synliggjør plangruppen at de to politikkområdene henger tett sammen, og at de på mange måter forutsetter hverandre. Det å gå nye veier i planarbeidet ved å legge til et nytt element som ikke har vært der tidligere, kan beskrives som å være *utviklingsorientert*.

Når det gjelder individperspektivet, fremhevet prosjektgruppen at planen må fokusere på innbyggere med sammensatte behov, som kan utløse flere kommunale tjenester som krever koordinering. Det kan forstås som en endring i fokus fra rehabilitering som enkelttjenester til fokus på koordinering av tjenester som inngår i individuelt tilpassede prosesser. Videre står det at planen skal gjelde for alle aldersgrupper, og være uavhengig av diagnose. Planen må belyse tema som koordinerende enhet, individuell plan, intern/ekstern rolle- og ansvarsfordeling, samhandling og brukermedvirkning, IT (journalssystem/arbeidsverktøy), sikre livsfaseoverganger, kompetansekartlegging og dimensjonering.

Bykommunen baserte sin første rehabiliteringsplan på et avgrenset individperspektiv. Virksomheten ble styrt av arbeidsoppgavene til fysioterapeuter og ergoterapeuter med hovedfokus på funksjonstrening, ADL-trening og tilpasning av hjelpemidler. Individperspektivet i det nye planarbeidet utvides til å omhandle alle brukere, uavhengig av type funksjonsnedsettelse eller diagnose. Dette er en utviding som er i tråd med bredden i individperspektivet i den nye rehabiliteringspolitikken, og medfører ingen addering i forhold til den nasjonale politikken, men det innebærer en utvidelse i forhold til den forståelse kommunen lokalt har hatt av rehabilitering og dens målgruppe så langt. Det innebærer at for eksempel psykisk helse og rus også trekkes inn, og at kommunen ikke lenger kan

forbeholde rehabiliteringsbegrepet til tjenester som fysioterapi og ergoterapi. Andre yrkesgrupper og enheter må også innlemmes i rehabilitering. Når målgruppen for rehabilitering utvides, utfordres kommunens institusjonalisering av rehabilitering, som er knyttet til en egen organisatorisk enhet for fysio- og ergoterapitjenesten, hierarkisk bygd opp i en linjeorganisasjon. Skifte fra en målgruppe tilpasset bestemte yrkesgruppers oppgaver til et bredt individperspektiv kan dermed medføre organisatoriske utfordringer for bykommunen.

Rehabilitering i et bredt individperspektiv forutsetter samhandling som går på tvers av faglige og organisatoriske skillelinjer og hierarkiske nivå, og som kan likne på "samstyring" (Vabo og Røiseland, 2008). Det å utvide rehabilitering, både innenfor individperspektivet, og til også å omfatte samfunnsperspektivet, gjør planarbeidet omfattende. Det får uklare grenser, og blir dermed vanskelig å ta tak i. Flere av intervjupersonene i bykommunen antydte at det å bringe samfunnsperspektivet inn i planarbeidet kan ha vært en medvirkende årsak til at planarbeidet i bykommunen stoppet opp. Det gjorde planarbeidet vanskelig og omfattende. Forslaget, med både et bredt individperspektiv og et samfunnsperspektiv, er en konkretisering av innholdet, men mens en konkretisering ofte betyr en avgrensning, så er det her snakk om en utvidelse av innholdet. Resultatet av forarbeidet ble at planarbeidet ble avsluttet eller "lagt på is" med begrunnelse om at det ikke var ressurser til å gjennomføre en så omfattende planprosess i kommunen på den tiden.

Selv om planarbeidet ikke førte fram til en vedtatt plan, og kommunen dermed kan sies å ha etablert en strategi av ikke-planlegging på området rehabilitering, så har det likevel skjedd utvikling og endringer på området rehabilitering innenfor kommunen. F.eks. er mange av de punktene som er trukket fram under det individuelle perspektivet, tatt tak i og arbeidet med (konkretisert) i andre sammenhenger, f.eks. gjennom å delta i nasjonale prosjekter og internt utviklingsarbeid.

Som en oppsummering kan man si at bykommunen skaper et utvidet bilde av rehabilitering som objekt ved at nye elementer legges til det som i utgangspunktet ligger innenfor den nasjonale politikken. Et fenomen som kan beskrives som addering (Røvik 2007). Det kan også beskrives som innovativt eller utviklingsorientert når prosjektgruppen i tillegg til et bredt individperspektiv legger til et samfunnsperspektiv og ser de to politikkområdene i sammenheng.

### 5.3.3 Bygdebyen – fratrekking

I bygdebyen (mellomstor) var de på intervjutidspunktet i gang med å forberede et planarbeid på området rehabilitering. De hadde i utgangspunktet ikke en egen delplan for rehabiliteringsområdet fra før, men i følge kommunalsjefen for helse og sosial hadde de valgt å legge rehabilitering inn som en del av økonomiplanen. Ser man etter hva som benevnes som rehabilitering, så finner jeg i tekstdelen

av årsbudsjettet for 2008 en egen enhet under "Helsetenesta" som heter "Fysioterapi og rehabiliteringstenesta". Enheten omtales som å være en viktig del av det totale tjenestetilbudet til barn, unge, voksne og eldre: "og skal medverke til at tenestemottakarar i størst mogleg grad skal ivareta seg sjølv med minst mogleg hjelp av tenesteyter" (Årsbudsjettet 2008). Rehabiliteringsbegrepet er her knyttet til den kommunale fysioterapi- og hjelpemiddeltjenesten.

Bakgrunnen for planarbeidet var en bestilling fra levekårskomiteen i kommunestyret på bakgrunn av et kommunalt utvalgsarbeid knyttet til omsorgspolitikken, nærmere bestemt St.meld. nr. 25 (2005-2006). "Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer". Sentrale dokumenter innen omsorgspolitikken fikk dermed autoritativ status, og omsorgspolitiske tekster ble sentrale kilder for deltakerne i planarbeidet. Prosjekteier var kommunalsjefen for helse- og sosial. Han uttalte at de ønsket å avgrense planen til voksne over 18 år for å gjøre planarbeidet overkommelig, og fordi de mente de hadde et rimelig godt system når det gjaldt barn.

Prosjektgruppen i bygdebyen fikk dermed mye mindre spillerom når det gjaldt å skape objektet rehabilitering, enn hva som var tilfelle i bykommunen. Men selv om rammene for planarbeidet i bygdebyen var avgrenset, forgikk det også der en konseptualisering eller konstruksjon av objektet. Kommunen har i utgangspunktet en ung befolkning, men forventer en dobling av antallet eldre over 67 år i perioden fram til 2025, og planarbeidet ble avgrenset til forventede utfordringer knyttet til "eldrebølgen". Kategorien voksne over 18 år ble avgrenset til de over 67 år.

Planarbeidet fikk omsorgspolitikken som kontekst eller ramme, og en problemdefinisjon knyttet til en forventet "eldrebølge" blir utgangspunktet for planarbeidet. Bildet som tegnes i utkastet til delplan, er at bygdebyen står overfor store ressursmessige utfordringer knyttet til økningen i antallet eldre. Kommunen ser det som nødvendig å sette i gang tiltak som kan begrense utgiftene denne utviklingen vil føre med seg. De faglige tiltakene i planen er å etablere korttidsplasser på sykehjemmet, slik at disse kan brukes til rehabilitering. Kommunen har ikke tidligere hatt faste korttidsplasser, og plassene skal etableres ved å omgjøre et begrenset antall langtidsplasser til korttidsplasser. St.meld.nr.25 (2005-2006) anbefaler etablering av tilstrekkelig med korttidsplasser i sykehjem samt dagtilbud som rehabiliteringstiltak rettet mot eldre (ibid:94). Sett i forhold til føringene i den nye rehabiliteringspolitikken, hvor målgruppen er "alle" med behov for habilitering og rehabilitering, uavhengig av diagnose, funksjonsnedsettelse eller alder, innebærer planarbeidet i bygdebyen en betydelig innsnevring.

I merknadene til forskrift om habilitering og rehabilitering (2001), står det at: "Planen for re-/habilitering bør beskrive kommunens prioriteringer og framtidige utvikling av virksomheten" (merknader til § 8, første ledd). Det står også at kommunen skal ha en generell oversikt over behov for

habilitering og rehabilitering i kommunen (§ 7, første ledd). Bygdebyen har valgt ut en gruppe, de eldre, og plandokumentet legger stor vekt på statistikk som får fram den demografiske utviklingen i kommunen, og hvordan denne utviklingen vil medføre et økende behov for tjenester innenfor omsorgssektoren. Dokumentet sier ingen ting om sentrale virkemidler som koordinerende enhet eller individuell plan. Hoveddelen av plandokumentet inneholder beregninger av økonomiske og personellmessige konsekvenser av økningen i antall eldre. Det legges vekt på en argumentasjon om at rehabilitering kan bidra til reduserte kostnader for kommunen, fordi rehabilitering vil kunne redusere behovet for tjenester til de eldre. Slik sett kan planarbeidet i bygdebyen karakteriseres som en innsnevring, både når det gjelder målgruppe og når det gjelder hva som trekkes fram som målet med rehabilitering. Når det trekkes fra noen elementer fra en idémessig representasjon i oversettelsesprosessen, kaller Røvik (2007:311) det for "fratrekking".

Planarbeidet i bygdebyen minner mye om det første planarbeidet i bykommunen. Problemforståelsen som fikk kollektiv oppslutning i bykommunen, var at mange eldre lå på sykehus og ventet på sykehjems plass. Det oppsto en kriseforståelse knyttet til dette, bl.a. ved at sykehusene presset på kommunen for å ta i mot ferdigbehandlede<sup>29</sup> pasienter, og at disse medførte utgifter for kommunen, som måtte betale sykehusene for disse. Planarbeidet handlet om å skape en effektiv rehabiliteringstjeneste, der effektivitet handlet om flere ting. Det ble argumentert for at det å etablere egne rehabiliteringssenger i kommunen var faglig og menneskelig effektivt. I stedet for passiv venting på sykehjems plass, så medførte aktiv rehabilitering at flere brukere ble i stand til å flytte hjem, og kommunens behov for sykehjems plasser ble redusert. Kommunen kunne spare penger og ressurser ved å yte den typen rehabilitering. Slik ble det argumentert for at det var god utnyttelse av kommunens ressurser, både for brukere og for kommunens økonomi, å satse på rehabilitering. Dette var også effektivt for sykehuset, som fikk skrevet ut sine ferdigbehandlede pasienter. Mange av disse argumentene finnes igjen i planarbeidet i bygdebyen.

I planarbeidet til bygdebyen knyttes målet med rehabilitering til at de eldre brukerne skal bli mest mulig *selvstendige*. Forståelsen av selvstendighet er at personene skal være selvhjulpne, og de skal i størst mulig grad klare seg selv uten hjelp fra kommunens tjenester. Innenfor nyere rehabiliteringstenkning handler selvstendighet like mye om selvråderett, i den betydningen at man vektlegger muligheten til selv å bestemme type tiltak og hvordan hjelpen skal gis (Normann m.fl. 2008:54). Målet for rehabilitering er deltakelse, uavhengig av graden av selvhjulpnehet. Planarbeidet til bygdebyen er i hovedsak konsentrert om kommunens økonomi. Individuelt tilpassede tjenester og

---

<sup>29</sup> Nå omtalt som utskrivningsklare pasienter i nyere regelverk.

målet om deltakelse, som vektlegges innenfor nyere rehabiliteringspolitikk, blir ikke tatt tak i. I oversettelsen av rehabilitering legges det vekt på at rehabilitering skal føre til selvstendighet, og målet er at brukerne i størst mulig grad skal klare seg uten hjelp fra kommunens tjenester. Det kan beskrives som en tradisjonell forståelse av rehabilitering, og gir inntrykk av en *defensiv* kommunerolle (Finstad og Aarsæther, 2003:20). Hovedargumentasjonen er at rehabilitering er bra for kommunens økonomi, ved at eldre blir selvhjulpne og ikke vil trenge omsorgstjenester fra kommunen. Konseptualisering av rehabilitering rettet mot eldre over 67 år i bygdebyen får dermed et smalere innhold enn det den nye nasjonale rehabiliteringspolitikken legger vekt på.

#### 5.3.4 Rehabiliteringsplan rammes inn av ulike kontekster

I planarbeidene til de tre kommunene er det ikke først og fremst de juridiske bestemmelsene på området som danner utgangspunkt for hvordan rehabilitering oversettes. På tross av at regelverket er blitt mer omfattende og detaljert, er de tre planarbeidene<sup>30</sup> blitt veldig forskjellige. Hvordan kan en slik ulikhet i oversettelse forstås?

En viktig faktor som kommer fram i planarbeidene til de tre kommunene, er at planarbeidene rammes inn på veldig ulike måter. Den lokale bakgrunnen for at en rehabiliteringsplan kommer på dagsorden i den enkelte kommune, er forskjellig. Situasjonsforståelsen og utgangspunktet for hvorfor planarbeid kommer på dagsorden, styrer i stor grad hvilken retning og hvilket innhold planarbeidet får. Det har igjen betydning for hvilke kilder og autoritative sentre aktørene i planarbeidet forholder seg til. Bygdekommunen skulle rullere sin plan, mens bykommunen og bygdebyen startet arbeidet med en ny plan. Rullering betraktes gjerne som et mindre omfattende arbeid enn å lage en helt ny plan.

De tre kommunenes planarbeider viser at rehabilitering rammes inn og oversettes på helt ulike måter i perioden etter 2001. Mens bygdekommunen i stor grad forholder seg til den nasjonale rehabiliteringspolitikken i sitt planarbeid, viser det seg at bykommunen og bygdebyen knytter sitt planarbeid til andre politikkområder innenfor velferdssektoren. Det å knytte planarbeidet for rehabilitering opp mot andre politikkområder handler om hvilke kilder som blir relevante i konstruksjonen av objektet.

I bygdekommunen, hvor rammen var å rullere en eldre plan i forhold til ny politikk, påvirkes revideringen av hvilke bilder som alt er etablert av rehabilitering i den gamle planen, og av hvordan man kan tilpasse det nye til det gamle. Rehabilitering har en bred målgruppe, det handler om mer enn

---

<sup>30</sup> Bykommunen har kun et forarbeid å vise til, bygdebyen har et utkast til plan som skal behandles politisk, og bygdekommunen har en plan som er politisk behandlet.

helse, og kommunen legger til rette for et bredt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid både internt i kommunen og med samarbeidsparter utenfor kommunen. I bygdekommunen representerer dette ikke noe brudd med tidligere tenkning, så planarbeidet preges av kontinuitet og videreføring.

Forarbeidet til plan i bykommunen legger til grunn at en rehabiliteringsplan bør omhandle både et individperspektiv og et samfunnsperspektiv. Ved å knytte rehabilitering til både rehabiliteringspolitikken og til funksjonshemmingspolitikken skjer det en addering ved at individperspektivet suppleres med samfunnsperspektivet. Den lokale konseptualiseringen av objektet, forståelsen av hva som inngår i rehabilitering, medfører en utvidelse eller addering av rehabilitering som objekt.

Bygdebyens konseptualisering av objektet rehabilitering har utgangspunkt i omsorgspolitikken. Her skjer det en fratrekking av ideer i forhold til rehabilitering som individperspektiv på flere måter. For det første ved at planarbeidet avgrenses til gruppen eldre og tjenester som tradisjonelt er knyttet til omsorgssektoren. For det andre forstås målet med rehabilitering som det å gjøre brukerne selvstendige. Rehabilitering blir et tiltak for å dempe etterspørselen etter omsorgstjenester, dvs. for å spare penger.

Det nye regelverket, som i utgangspunktet skulle bidra til å avklare og utdype hvilke forventninger som rettes mot kommunene, viser seg å ha mindre betydning for kommunenes konseptualisering i den innledende fasen av planarbeidet. Det er hva som setter rehabiliteringsplan på dagsorden og hvordan planarbeidet rammes inn som i stor grad påvirker denne delen av oversettelsesarbeidet.

Planarbeidene er også situert i tid. Tidspunktet for det enkelte planarbeidet har betydning for konseptualisering. Bygdekommunen var først ute, og det diskursive innholdet i planarbeidet avspeiler at man er i en tidlig fase når det gjelder å omsette den nye rehabiliteringspolitikken. I tiden mellom bygdekommunen og bykommunen sine planarbeider, skjer det en utvikling i synet på funksjonshemming, som også kommer til syne i form av diskurser rundt rehabilitering (NOU 2001:22, Barnes, 2003). Rehabilitering er et fagområde som går på tvers av velferdspolitikkenes mange ulike områder. Pleie og omsorgstjenester er et stort virksomhetsområde i kommunene, og omsorgspolitikken har fått mye oppmerksomhet nasjonalt. Rehabilitering er et område som også får oppmerksomhet innenfor omsorgspolitikken. Bygdebyen starter sitt planarbeid i 2008 som oppfølging av Stortingsmeldingen "Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer" (St.meld. nr 25 (2005-2006), 2006). Man kunne forvente at kommunen som var sist ute med sitt planarbeid, ville ha med seg tidligere diskurser rundt helhetlig rehabilitering inn i planarbeidet, slik de kommer til syne i planarbeidene til bygdekommunen og bykommunen. Når dette ikke skjer i planarbeidet til bygdebyen, kan det være fordi diskurser innenfor ulike politikkområder lever parallelle liv, uten å være

helt overlappende. Går man inn i den aktuelle omsorgsmeldingen, finner man imidlertid igjen mange av hovedtrekkene i den nasjonale rehabiliteringspolitikken. Det kan tyde på at konseptualiseringen av rehabilitering i bygdebyen i stedet var nært knyttet til et allerede etablert lokalt bilde av rehabilitering, slik det f.eks. kommer til syne i kommunens økonomiplan for 2008.

Oppsummert kan variasjonen i de tre planarbeidene beskrives som "konsoliderende", "utvidende", og "innsnevrende", begrunnet i behov for rutinemessig revidering (bygdekommunen), politisk avspeiling (bykommunen) og krisehåndtering (bygdebyen). De korresponderer med to av modusene til Røvik (2007); bygdekommunen tilsvarer den *reproduserende* modus (kopiering), mens bykommunen og bygdebyen tilsvarer den *modifiserende* modus, hvor bykommunen står for addering, mens bygdebyen står for fratrekking. Variasjonen i de tre kommunenes konseptualisering av rehabilitering hadde sammenheng med at planarbeidene ble rammet inn av ulike kontekster, dvs. ulike problemdefinisjoner og politikkområder. I tillegg til rehabiliteringspolitikken viste det seg at både funksjonshemmingspolitikken og omsorgspolitikken hadde stor betydning for problemdefinisjonen som lå til grunn for de ulike planarbeidene.

### 5.3.5 Problemdefinisjon og lokal oppslutning

Det er forskjell mellom de tre kommunene når det gjelder i hvilken grad en planprosess fører fram til en politisk vedtatt plan, og om planarbeidet blir avsluttet underveis. Jeg skal i fortsettelsen se nærmere på hva som kan være medvirkende til at planarbeidet i bykommunen stopper opp, mens bygdebyen og bygdekommunen fullfører planprosessen.

For å skape lokal legitimitet og lokalt engasjement må nasjonale problemstillinger relateres til lokale forhold. For at en oversettelse skal skje lokalt, så må noen være motivert for å ta tak i dette arbeidet, og ulike aktører må støtte opp om den oversettelsen som skjer (Latour, 1987). I følge Jacobsen og Thorsvik (2007:374) er det en viktig forutsetning for en vellykket planlagt endring at det er skapt en følelse av krise, som vil si at det må være en utbredt oppfatning i organisasjonen av at det er behov for endring. Krise handler gjerne om at man står overfor økte behov som må håndteres, og dette vil ofte medføre store og økte utgifter for kommunen. For å skape et lokalt engasjement trengs det en intern problemdefinisjon, en opplevelse av at kommunen står overfor et problem som må løses. Lokale problem som må løses, handler om konkretisering (Nilsen, 2007).

Planarbeidene i de to største kommunene fremtrer som ytterpunkter når det gjelder graden av lokal problemforståelse. Bygdebyen legger stor vekt på den lokale problemforståelsen, mens bykommunen ikke har fokus på den i det hele tatt. Bygdekommunen kommer et sted midt i mellom.



Prosjektgruppen i *bygdebyen* etablerte en tydelig intern problem- og kriseforståelse knyttet til "eldrebølgen", som er en nasjonalt identifisert problemstilling som har fått stor oppmerksomhet innenfor omsorgspolitikken (St.meld. nr 25 (2005-2006), 2006). Kriseforståelsen er basert på befolkningsstatistikk som beregner hvordan andelen eldre i befolkningen vil øke framover. For eksempel vil tallet på eldre over 80 år fordobles de neste 35 år (ibid:10). I bygdebyen var det ingen intervjupersoner eller dokumenttekster som ga uttrykk for motforestillinger mot "eldrebølgen" som en lokalt relevant problemstilling. Tvert om, den var opphav til en lokal forståelse av å stå foran en krise, fordi det vil kreve en kraftig økning i bruk av ressurser for kommunen. Dette bildet skaper en intern beskrivelse i bygdebyen som får oppslutning hos ulike aktører i planprosessen, dvs. både politikere, administratorer og fagpersoner.

Prosjektgruppen i *bykommunen* etablerte en problemforståelse som går ut over den nasjonale rehabiliteringspolitikken og trekker inn den nasjonale funksjonshemmingspolitikken. Fokus rettes mot et inkluderende samfunn for alle. Rehabiliteringsvirksomhetens tradisjonelle individperspektiv har møtt motstand, og rehabilitering som samfunnsoppdrag har blitt satt under press. Forslaget i bykommunen om å utvide rehabilitering fra et individperspektiv til også å omfatte et samfunnsperspektiv, kan betraktes som et forsøk på å imøtekomme og tilpasse den kommunale rehabiliteringsvirksomheten til denne kritikken. Gjennom å utvide perspektivet styrkes legitimiteten til rehabilitering på kommunalt nivå. Bykommunen er ikke alene om å tenke i en slik retning. Andre kommuner har også gjort denne type perspektivendring i sin planprosess, for eksempel Time kommune (Plan for rehabilitering 2006-2009 Time kommune). En slik utvidelse lokalt er likevel ikke uproblematisk. Flere intervjupersoner i bykommunen antydte at det å bringe samfunnsperspektivet inn i planarbeidet kan ha vært en medvirkende årsak til at planarbeidet i bykommunen stoppet opp. Det gjorde planarbeidet for vanskelig og omfattende.

Prosjektgruppen i bykommunen begrunnet valget av de to perspektivene ut fra faglige hensyn og nasjonal politikk. Det ble ikke identifisert en lokal problemdefinisjon som ble oppfattet som en lokal "krise". Kommunestyret og rådmannen kunne heller ikke vurdere i hvilken grad disse tiltakene, som var bra for brukerne, også ville være bra for kommunens økonomiske situasjon. I det første planarbeidet i bykommunen ble det etablert en kriseforståelse internt i kommunen knyttet til pasienter som lå og ventet på sykehjems plass på sykehuset, og lange sykehjemskøer, noe som ble dyrt for kommunen. Rehabilitering kunne gjøre at flere kunne flytte hjem og at køene ble redusert. Det ble skapt oppslutning om en slik problemforståelse på tvers av faggrupper, administrativt ansatte og politikere. Erfaringene fra planarbeidet før 2001 tyder på at ideologi og faglige argumenter betyr mest for fagfolk, men at effektivitet og økonomiske argumenter er viktige for å motivere kommunens ledelse. En vellykket oversettelse handler dermed ikke bare om faglig innhold og perspektiv, men også

om effektivitet og budsjettmessige konsekvenser. For å få oppslutning og engasjement fra kommunens ledelse hjelper det å vise at en rehabiliteringsplan kan føre med seg økonomiske innsparinger eller økonomiske tilskudd til kommunen.

Konseptualiseringen av rehabilitering i bykommunen synliggjorde ikke noen opplevd krise internt i kommunen som motiverte for endring. Samtidig kan et videre planarbeid kreve betydelige ressurser. Konsekvensene av å legge til samfunnsperspektivet kan medføre et omfattende merarbeid for kommunen. Det som i første omgang viste seg i bykommunen, var ikke en åpen motstand, men mer en mangel på entusiasme rundt et prosjekt som syntes åpent og vanskelig å se konsekvensene av. Det kan virke som om skissen til planarbeid ble for omfattende, uklar og ressurskrevende. Konklusjonen ble at styringsgruppen valgte å legge planarbeidet på is. Om det innebærer at det kun ble utsatt på ubestemt tid, eller om det ble avsluttet, er uklart.

Et slikt resultat kan knyttes til Nilsens (2007) poeng om å være fintfølede i forhold til abstraksjonsnivå. Ved å legge seg på et høyt abstraksjonsnivå kan det vise forståelse ved alle sider, også det mer vage ved ideene. Prosjektgruppen i bykommunen la seg på et høyt abstraksjonsnivå, noe som medførte at representasjonene av ideene ble så uklare at konkretiseringen i neste omgang ble vanskelig. Oversettelsesprosessen hadde fokus på nasjonale ideer uten at man hadde definert et lokalt behov som kommunen trengte å løse. En kartlegging av kommunens rehabiliteringstilbud, som kunne vært med på å skape en lokal problemdefinisjon, skulle først gjøres i fase to, dvs. i selve planleggingsfasen.

Bygdebyen derimot, motiveres i sitt planarbeid av en intern kriseforståelse knyttet til en økning av antallet eldre over 67 år. En rehabiliteringsplan betraktes som en hjelp for kommunen til å håndtere denne forestående "eldrebølgen". I planutkastet til bygdebyen har man regnet på de økonomiske og personellmessige konsekvensene av den forventede "eldrebølgen", og det er i liten grad lagt vekt på å problematisere hva en rehabiliteringsplan burde handle om. Det er viktig å være fintfølede i forhold til høy og lav grad av abstraksjon eller dekontekstualisering (Nilsen, 2007). Hvis man legger seg på et lavt nivå, er faren at et helhetsperspektiv går tapt. Bygdebyen har i sitt planarbeid lagt seg på en lav grad av abstraksjon. Planen får et økonomisk/teknisk preg og mangler et helhetsperspektiv på rehabilitering. I bygdebyens utkast til rehabiliteringsplan blir rehabilitering et tiltak for å minske behovet for omsorgstjenester til eldre. Det er en avgrenset planprosess som likner på deler av den første planprosessen i bykommunen, men bygdebyen mangler bykommunens vilje til å satse offensivt. De avgrenser tiltakene til å omgjøre et begrenset antall sykehjemsplasser til korttidsplasser. I utkastet til plan er koordinerende enhet og individuell plan ikke tatt opp, og i liten grad tverretattlig samarbeid. I streng forstand kan man si at planarbeidet i bygdebyen i sin oversettelse ikke tar opp de sentrale elementene som kjennetegner ny rehabiliteringspolitikk etter rehabiliteringsmeldingen, men legger

vekt på verdier som at rehabilitering kan gi økt selvstendighet og dermed kan bety mindre utgifter for kommunen. Det er kommunens økonomi som er i sentrum og ikke brukernes behov.

I *bygdekommunen* motiveres planarbeidet av en forpliktelse til å rullere kommunens første rehabiliteringsplan, som er utgått på dato, i tråd med ny rehabiliteringspolitikk og nytt regelverk. Kommunefysioterapeuten er en sentral aktør i arbeidet med planen. Han har lang fartstid i kommunen og karakteriserer seg som en ildsjel, og en som brenner for rehabilitering. Han har lagt ned mye arbeid i å utarbeide den gamle planen, og kommunen har fått mye skryt og oppmerksomhet for den. Mange kommuner rundt i landet har tidligere bedt om å få tilsendt planen. For å beholde en slik posisjon er det nødvendig at planen revideres og oppdateres i tråd med den nye rehabiliteringspolitikken. En rullering av planen kan være med på å sikre at kommunen kan opprettholde sitt gode rykte som en liten kommune som er god på planarbeid. Gjennom et anerkjent planarbeid signaliserer kommunen også at den er god på rehabilitering. Motivasjonen for å rullere planen er dermed ikke knyttet direkte til en indre kriseforståelse, men mer mot å opprettholde et godt rykte i forhold til sine omgivelser, representert ved institusjoner som fylkesmannen, spesialisthelsetjenesten og andre kommuner.

### 5.3.6 Forankring og deltakelse i planarbeidene

En kommune er en demokratisk styrt organisasjon, og det foreligger sterke normative føringer for hvordan en planprosess i en kommune bør foregå. Sentrale aktører er: politikere, administrasjon, fagpersoner og brukere. Skillet mellom politikk og administrasjon i kommunalt planarbeid gir føringer for arbeidsdelingen mellom dem (Jacobsen og Thorsvik, 2007). I et demokratisk perspektiv blir planlegging et viktig redskap for det politiske nivået, for å sikre at administrasjonen og de ansatte følger opp det som politikerne har bestemt. Ideelt sett bør en plan i en kommune initieres av politikere for så å sendes til administrasjonen for utredning, for deretter å sendes tilbake til politikerne som vedtar planen, og sender den til administrasjonen for iverksetting og gjennomføring. Deretter får politikerne etter hvert tilbakemelding om hvordan tiltaket har virket (Jacobsen 2007). Disse normene for planarbeid avspeiler seg også i planprosessene i de utvalgte kommunene. Planarbeidene har hatt overordnet forankring ved at mandatet for oppstart og godkjenning av endelig plan har vært vedtatt av kommunestyret i tråd med idealene for en politisk styrt planprosess.

Hvem som har deltatt i prosjektgruppene, sier noe om hvem som har fått anledning til å påvirke prosessen og innholdet i planen<sup>31</sup>. Det praktiske planarbeidet har vært forankret hos ledelsen for helse

---

<sup>31</sup> I følge Røvik (2007) er det viktig ikke bare å være oppmerksom på interne aktører, men også se etter arenaer og aktører utenfor kommunene, som kan ha påvirkning i en translasjonsprosess. Etter 2001 har SKUR hatt et utviklingsnettverk på planlegging av rehabiliteringsvirksomheten innenfor prosjektet Samsynt og Framsynt.

og sosialetaten i de aktuelle kommunene. Leder/sekretær for prosjektgruppene i bykommunen og bygdekommunen var fysioterapeuter. I bygdebyen hadde leder/sekretær helsefaglig bakgrunn som sykepleier. Det at fysioterapeuter har hatt en så viktig posisjon innenfor planarbeidet, indikerer at yrkesgruppen betraktes som sentral for området rehabilitering over tid selv om rehabiliteringspolitikken endres. At yrkesgruppen tildeles en så sentral posisjon i planarbeidet, tyder på at den fortsatt har stor legitimitet på området, og at den anses av andre som å inneha en spesiell translasjonskompetanse på området rehabilitering (Røvik, 2007). Deres kunnskap gjør dem spesielt egnet til å oversette politikken fra det nasjonale til det lokale.

Det er en overvekt av helse- og omsorgsfaglig representasjon i alle prosjektgruppene. I bygdekommunen var det representanter både fra helse, omsorg, sosial og opplæring. Bykommunen har i tillegg trukket inn representanter fra aktiv hverdag, eiendom og byplanlegging. Bygdebyen skiller seg ut ved å ha valgt en smal sammensetning av prosjektgruppen avgrenset til helse og omsorg. Den skiller seg også ut ved å ha med to arbeidstakerrepresentanter i prosjektgruppen, en fra Fagforbundet og en fra Sykepleierforbundet.

Det synes å være en sammenheng mellom bredden på mandatet, sammensetningen i prosjektgruppen og innholdet i planarbeidet. Bykommunen har det mest åpne mandatet og har den bredest sammensatte prosjektgruppen. Bygdebyen har et avgrenset mandat og en snevert sammensatt prosjektgruppe. Bygdekommunen ligger nærmere bykommunen enn bygdebyen når det gjelder bredden på prosjektgruppens deltakere og bredden på planarbeidet. Prosjektgruppene avspeiler en variasjon som har sammenheng med de ulike rammene for planarbeidene.

### 5.3.7 Brukermedvirkning på systemnivå

Sosialdepartementet lanserte i 1992 brukermedvirkning som prinsipp og nasjonal målsetting for en samlet helsesektor. Brukermedvirkning begrunnes både med henvisning til demokratiske prinsipper og som et redskap for bedre kvalitet og effektivitet (Lauvås og Lauvås, 2004). Det kan også betraktes som en anerkjennelse av brukernes kunnskap som viktig, på samme måte som tjenesteytneres fagkunnskap er viktig (Andreassen, 2008).

---

Ingen av de fire kommunene har deltatt i dette. Det utelukker ikke at de kan ha fått kjennskap til prosjektets innhold gjennom andre typer av nettverk som konferanser og lignende.

Brukermedvirkning innebærer at brukeren har innflytelse, men hvor mye og på hvilken måte skal brukeren medvirke? Nyere lovgivning knyttet til velferdsstatens tjenester har klare føringer om at brukermedvirkning, både på individ- og systemnivå, skal ivaretas.

I forskrift om habilitering og rehabilitering § 5, andre ledd, står det at kommunen bør legge til rette for at brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av re-/habiliteringsvirksomheten. Det kan derfor forventes at brukermedvirkning skal ivaretas i planarbeidet etter 2001. Hvordan kommunene skal ivareta brukermedvirkning, er ikke nærmere konkretisert, men kommuner er bl.a. pålagt å ha et eldreråd (lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd), og de ble fra 1.1.2008 pålagt å opprette råd for funksjonshemmede (Lov om råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne).

I teori om medvirkning er det lagt vekt på at muligheten for påvirkning er størst når brukerrepresentantene får delta tidligst mulig i prosessen, fordi planprosessen lukkes gradvis jo lenger ut i prosessen en kommer (Alm Andreassen, 2005). Etter 2001 er de politiske føringene i mandatet til to av kommunene, bykommunen og bygdekommunen, også tydelige på at det skal være brukermedvirkning i planarbeidet. I bygdebyen er det ikke sagt noe i mandatet om brukermedvirkning. Når det kommer til det konkrete planarbeidet, viser det seg at brukerrepresentasjon tidlig i de tre planprosessene etter 2001 er helt fraværende.

I bykommunen ble det administrativt bestemt at det ikke skulle delta brukerrepresentanter i forarbeidet til rehabiliteringsplanen. De skulle først være med i neste fase i arbeidet, men planarbeidet ble avsluttet før denne fasen kom i gang. I bygdebyen har man ivaretatt deltakelse fra arbeidstakerorganisasjoner i planprosessen, mens brukerne først får delta som høringsinstans. Det er sagt at planen skal sendes på høring til eldrerådet. I bygdekommunen ble den reviderte planen sendt ut til ulike høringsinstanser før planen skulle godkjennes i kommunestyret, også til interesseorganisasjoner. Oppsummert kan man si at bruker- og interesseorganisasjoner i hovedsak kun har hatt innflytelse som høringsinstans for et ferdig utkast til plan etter 2001. Det innebærer en begrenset form for brukermedvirkning, hvor prosessen er nærmest lukket før brukerne får uttale seg. De får ikke anledning til å delta i de innledende fasene hvor problemforståelsen utvikles og defineres.

Det kan også forventes at de nye planene tar opp som eget tema hvordan kommunene skal ivareta brukermedvirkning på systemnivå. Det er kun to planer som er utarbeidet etter 2001, hvor innholdet i planene kan studeres; et utkast til plan i bygdebyen, og en vedtatt plan i bygdekommunen. Brukermedvirkning har generelt ikke fått noen stor plass som eget tema i planene. Begge planene omtaler brukermedvirkning på individnivå i forhold til enkeltbrukere og tildeling av tjenester, og særlig i forhold til individuell plan. Brukermedvirkning på systemnivå er ikke omtalt som selvstendig tema i de to planene. Det kan være at brukermedvirkning generelt, eller på systemnivå spesielt, er behandlet

i andre dokumenter i de aktuelle kommunene, men det er i så fall ikke synliggjort eller henvist til dette i de to planarbeidene.

### 5.3.8 Involveres koordinerende enhet?

Sosial- og helsedirektoratet skriver i en brosjyre om koordinerende enhet (IS-1530) at koordinerende enhet "bør være en motor i å kartlegge, planlegge og utvikle rehabiliteringsvirksomheten generelt". Det gir føringer for at personer fra koordinerende enhet bør ha en plass i planarbeid.

I bykommunen er funksjonen koordinerende enhet lagt til bestillerkontoret for helse- og sosialtjenester. Aktører fra bestillerkontoret har ikke hatt noen formell rolle i den nye planprosessen. I bygdebyen er funksjonen koordinerende enhet delt på habiliteringsteam og rehabiliteringsteam, og disse er forankret i en enhet i stab hos rådmannen. Både leder av habiliteringsteam og leder av rehabiliteringsteam har vært med i planarbeidet i bygdebyen, som henholdsvis leder og sekretær (senere leder) for arbeidsgruppen, så her er koordinerende enhet koblet til planarbeidet. Om denne koblingen er gjort med hensikt, er et annet spørsmål, da enheten i stab til rådmannen generelt er sentral i planarbeid i kommunen. I bygdekommunen er ledende kommunefysioterapeut kommunens rehabiliteringskontakt og koordinerende enhet. Han var også leder for planarbeidet, så også her er det en kobling mellom koordinerende enhet og plan. I utkantkommunen er det ikke satt i gang noe nytt arbeid i forhold til plan, så der er spørsmålet ikke aktuelt. Ingen av intervjupersonene i de tre kommunene ga uttrykk for at det var gjort bevisste valg for å sikre koordinerende enhet en sentral rolle i planarbeidet etter 2001. Det virker som de fire kommunene har hatt en lav bevissthet rundt koordinerende enhets oppgave i forhold til å arbeide systemrettet, for eksempel ved å ta del i planarbeid.

## 5.4 Utkantkommunen - Ikke-planlegging

Utkantkommunen har ikke prioritert planarbeid på området rehabilitering etter 2001. Kommunen har en gammel rehabiliteringsplan fra 1997, som ikke har blitt revidert etter planen. Den er svært kort, kun tre sider som virket "politisk korrekt", men som var uten lokalt preg. Man kan si at planarbeidet fra før 2001 i liten grad var preget av lokal oversettelse eller kontekstualisering. Kommunefysioterapeuten mente at rehabiliteringsplanen som ble vedtatt i 1997, har hatt liten praktisk betydning: *"Jo, det er litt sånn typisk med planer. Vi lager planer og de ligger der et eller annet sted. Og av og til finner man dem. Men, det er ikke et aktivt arbeidsredskap, egentlig"*. Hun synes ikke at rehabiliteringsplanen har blitt fulgt opp i praksis, og opplever at kommunen har veldig mange planer som det er vanskelig å ha oversikt over. Hun savner interesse for rehabilitering fra politikere og fra

ledelsen i kommunen. Manglende interesse tror hun også har med økonomi å gjøre, at rehabilitering bare blir betraktet som en "utgiftspost". Det følger ikke med egne penger til rehabilitering, slik som innenfor opptrappingsplanen for psykisk helse og andre prosjekter.

Leder for helse og omsorg i utkantkommunen virker heller ikke særlig opptatt av planarbeid. En hovedgrunn som oppgis til at planarbeid ikke har blitt prioritert i utkantkommunen, er at det ikke følger økonomiske incentiver med å engasjere seg i planlegging av rehabilitering. Leder for helse og omsorg ser at hun har et ansvar for at planer blir rullert, men sier at den type oppgaver drukner i alle de daglige oppgavene. Det blir heller ikke etterspurt av rådmannen. Hun mener at den eneste planen de har rullert, er den om psykisk helse, og at det ble gjort fordi kommunen ville miste økonomiske tilskudd dersom de ikke gjorde det. Hennes poeng er at kommunen ikke har incentiver utenfra som motiverer for å prioritere planarbeid på området rehabilitering, og at det heller ikke er knyttet represalier til det ikke å ha en plan. Det innebærer at det verken fra politisk side eller fra administrativ side synes å bli lagt særlig stor vekt på planarbeid som et sentralt styringsredskap for kommunen. Utkantkommunen er en liten kommune, og de prioriterer den daglige driften framfor planlegging. Spesielt når det ikke har noen praktiske konsekvenser i forholdet til statlige myndigheter. Tvert i mot legger kommunefysioterapeuten vekt på at det skjer jo ting selv om de ikke har plan. Hun bruker som eksempel at de har gått inn i et samarbeid med NAV omkring individuell plan til å illustrere dette poenget.

Beskrivelsene fra utkantkommunen stemmer med funn i en tidligere undersøkelse av planlegging fra Nordland, hvor aktører i kommunene opplevde at planlegging førte til mangel på fleksibilitet for kommunen. I stedet for å lage planer kan aktørene i kommunene heller velge å forholde seg inkrementelt i form av en "sak for sak"-strategi (Gjertsen, 2003:197).

Motivasjonen for planlegging kan påvirkes av ulike typer av engasjement. Nilsen (2007) er opptatt av kontekstuell mening som engasjement. Hun skiller mellom eksternt og internt engasjement. Eksternt engasjement betegner den type energi hvor individet begrunner sine handlinger i forhold utenfor seg selv, lederens ordre, instruks, incentiver, belønninger osv. Utkantkommunen kan være et eksempel på manglende eksternt engasjement eller hvordan mangel på eksterne incentiver gir seg utslag i mangel på engasjement. Internt engasjement henviser til forhold hos en selv, at man har lyst, føler at det er nyttig, viktig, gir mening og lignende. Bygdekommunen kan være et eksempel på en kommune hvor aktørene ga uttrykk for internt engasjement. Sentrale aktører i planarbeidet ga uttrykk for at planprosessene hadde stor betydning for rehabilitering i kommunen. I følge Agyris og Kaplan (1994:90 i Nilsen 2007) er målet at folk skal begrunne sitt engasjement internt, først da identifiserer de seg med de oppgavene de gjør. Skillet som fremkommer mellom de to små kommunene, viser at hvorvidt

engasjementet er internt eller eksternt motivert, kan ha stor betydning for motivasjonen for å drive med planarbeid. Bykommunen kom så kort i sin planprosess, så motivasjon er vanskelig å plassere.

Manglende kapasitet eller ressurser trekkes fram av flere kommuner når de velger ikke-planlegging. Bykommunen begrunner sitt valg om å avslutte sitt nye planarbeid med at de ikke har ressurser til det. Bygdekommunen begrunner manglende revidering av sin plan etter 2007 med det samme. Utkantkommunen begrunner sin manglende planlegging med mangel på tid og ressurser, men peker også på andre forhold, som at det ikke eksisterer incentiver for å utarbeide planer på området rehabilitering, og heller ingen straff for ikke å ha en plan. Utkantkommunen viser også at ulike planarbeider kan komme i et konkurranseforhold til hverandre. Plan for rehabilitering kom i konkurranse med planarbeid innenfor Opptappingsplanen for psykisk helse, og kommunen prioriterte den siste for å få penger fra staten.

## 5.5 Avslutning

I dette kapittelet har jeg tatt for meg hvordan planlegging bidrar i oversettelsen av ny helhetlig rehabiliteringspolitikk fra det nasjonale til det lokale. Med begrepet oversettelse ligger det noen forventninger om at planarbeidet skal hjelpe kommunene med "utpakkingen" av den nasjonale rehabiliteringspolitikken innenfor rammene av lokale særtrekk. Utpakking lokalt omfatter både en lokal innpakking og utpakking, både konseptualisering og konkretisering (Nilsen, 2007). Konseptualisering innebærer at kommunen først må lage sitt eget interne bilde av rehabiliteringspolitikkenes ideer før de kan konkretisere dem.

Tre av de fire kommunene i avhandlingen, bykommunen, bygdebyen og bygdekommunen, har hatt fokus på planarbeid etter 2001. I kun en av kommunene, bygdekommunen, fører planarbeidet fram til en politisk vedtatt plan. Men selv om flere planarbeider ikke fører fram til politisk vedtak, får arbeidet betydning ved at deler av det blir fulgt opp administrativt.

Rehabiliteringsmeldingen ble fulgt opp av to nye forskrifter som begge trådte i kraft i 2001. Det var forventet at det nye regelverket skulle føre til større grad av likhet mellom kommunene, ved at de fikk klarere signaler om hva som var forventet av dem. De tre kommunenes planarbeider var veldig forskjellige, dvs. at de konseptualiserer objektet rehabilitering ulikt. I de aktuelle kommunene bidrar dermed nytt regelverk ikke til større grad av likhet mellom dem.

Først ute med planarbeid var *bygdekommunen* (liten). Kommunen rullerte sin plan kort tid etter at den nye politikken ble lagt fram, og rehabilitering framstår som et bredt og tverrfaglig objekt. Neste planarbeid skjedde i *bykommunen* (stor), og rehabilitering framstår som et utvidet objekt som



inkluderer både et individperspektiv og et samfunnsperspektiv. *Bygdebyen* (mellomstor) var sist ute med sitt planarbeid. Her fremstår rehabilitering som et innsnevret objekt. Kommunen legger vekt på at brukerne skal bli mest mulig selvstendige, slik at de kan klare seg uten hjelp fra kommunen. Målgruppen er avgrenset til eldre over 67 år.

Konseptualisering av rehabilitering som objekt i de tre kommunene faller innenfor tre av Røviks (2007:307) fire grunnleggende oversettelsesregler; kopiering, fratrekking og addering. Disse representerer ulike grader av *omforming* av det som søkes overført (Røvik, 2007), og i et komparativt perspektiv ble rehabilitering til ulike ting. Kopiering tilsvarer den reproduserende omformingsmodus, mens addering og fratrekking tilsvarer den modifierende modus. Røvik operer også med en fjerde oversettelsesregel kalt omvandling, som tilhører den radikale modus. Jeg har vurdert det slik at ingen av mine kommuner falt innenfor denne.

Rehabilitering er et område som går på tvers av ulike politikkområder. Flere departementer og direktorater fremstår som autoritative senter på området rehabilitering, og fremmer egne oversettelser på området. Kommunene rammer inn planarbeidene ulikt med utgangspunkt i ulike politikkområder. Dette er med på å skape ulikhet mellom kommunene i deres konseptualisering av rehabilitering som objekt. Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) inneholdt et eget kapittel om krav og forventninger rettet mot kommuner. Planlegging skulle ivareta forskriftens formål, men ingen av de tre kommunene valgte å legge vekt på denne som utgangspunkt for sitt planarbeid. I tillegg til at kommunene rammer inn planarbeidene ulikt, så påvirkes også konseptualiseringen av rehabilitering av hvilke forståelse og konkretisering kommunen alt har etablert på området. Det skjer en tilpasning mellom det nye og det gamle.

For å skape oppslutning om planarbeidet, er det viktig at det skapes engasjement. En intern problem- og kriseforståelse kan skape oppslutning, men ulike argumenter engasjerer ulike aktører. Faglige argumenter begeistrer fagpersoner, mens effektivitet og økonomiske argumenter skaper engasjement hos administrasjon og politikere. (Brukere er ikke spurt).

Aktørene som har fått delta i kommunenes planprosesser er ulike, og avspeiler i stor grad hvor smalt eller bredt rehabilitering rammes inn i de tre kommunene. Fysioterapeuter betraktes fortsatt som en sentral yrkesgruppe i planarbeidet. Brukerne har kun fått påvirke planarbeidene som høringsinstanser. Brukermedvirkning på systemnivå har heller ikke fått oppmerksomhet i planarbeidene.

Den siste kommunen, *utkantkommunen* (liten), har valgt ikke-planlegging som strategi. Intervjupersoner fra kommunen legger vekt på en ekstern motivering for å planlegge. Det pekes på at

det ikke følger noen incentiver med det å lage en plan, samt at det ikke følger straff med det ikke å planlegge.

For at planer skal bli virksomme må de iverksettes i praksis, dvs. omsettes til handling. Det er gjort mye forskning som viser at iverksetting av planer ofte mislykkes eller blir annerledes enn det de legger opp til (Kleven, 1990; Offerdal, 2000). Planarbeid kan være symbolpolitikk, som egentlig ikke er tenkt å skulle virke i praksis, det kan være motstand i organisasjonen mot endring, eller det skjer endringer på andre områder som virker inn og skaper problemer for gjennomføringen (Sætren, 1983:14-17). Kleven (1990) er opptatt av at den politiske logikken er forskjellig fra den som rasjonell planteori bygger på, noe som gjør at planarbeid ikke lykkes. Uansett vil en plan objektivert som tekst, kun betraktes som en innledende fase i en oversettelsesprosess. Translasjonen kan ta andre retninger i iverksettingsfasen. Det er for eksempel ikke uvanlig at planer blir "glemt" i en skuff og i praksis ikke blir fulgt opp. Iverksetting av planer krever oppslutning fra mange aktører og virkemidler (Latour 1987). Planarbeid er et av tre organisatoriske virkemidler den helhetlige rehabiliteringspolitikken stiller krav til kommunene om å ta i bruk. Dette kravet er også fortsatt aktuelt, da det er videreført i ny forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, som gjelder fra 1.1.2012 (§ 5, første ledd). I de to neste kapitlene vil jeg ta for meg de fire kommunenes translasjon av de juridiske påleggene om å etablere koordinerende enhet (kapittel 6), og å tilby individuell plan og koordinator (kapittel 7).

## 6 KOORDINERENDE ENHET – ET OBLIGATERISK PASSERINGSKUNNEN?

### 6.1 Innledning

I avhandlingen betraktes den nasjonale rehabiliteringspolitikken som "ideer på reise", og prosessen fra nasjonal innpakking til lokal utpakking studeres i et translasjonsperspektiv (Røvik, 2007). Lovpålagte organisatoriske virkemidler i den helhetlige rehabiliteringspolitikken omfatter kravet om at rehabilitering skal være planlagt, at kommunene skal opprette en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, og tilby individuell plan og personlig koordinator til brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester. I kapittel 5 tok jeg for meg hvordan planarbeid bidrar til en konseptualisering av objektet rehabilitering som ulike ting. Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator er organisatoriske virkemidler med hovedfokus på koordinering av tjenester. Det kan argumenteres for at koordinering i den nasjonale politikken betraktes som et teknisk problem, og koordinerende enhet, individuell plan og koordinator fremmes som lovpålagte standarder eller "oppskrifter" som skal løse koordineringsproblemene på system- og individnivå. De er oppskriftsmessige "teknologier" som kommunene er pålagt å ta i bruk. De lovpålagte virkemidlene utgjør det som kan kalles den nye *samordningsteknologien* i rehabilitering. Virkemidlene er pålagt kommunene utenfra gjennom lovverket og har en tvingende form, også kalt *tvangsmessig isomorfi* (DiMaggio og Powell, 1991). Jeg vil komme nærmere tilbake til individuell plan og koordinator i neste kapittel. I dette kapittelet vil jeg analysere arbeidet i de fire kommunene med å etablere og ivareta funksjonen koordinerende enhet som et "knutepunkt" for kontakt på området rehabilitering (Helsedirektoratet/Ramboll, 2010).

Nasjonale føringer legger vekt på at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal være et *synlig og tilgjengelig* sted å henvende seg for brukere og tjenesteytere (forskrift om habilitering og rehabilitering, 2001). Det skal være et *knutepunkt* for kontakt og et *bindeledd* mellom utpekte posisjoner som brukere og deres pårørende, eksterne samarbeidsparter (spesialisthelsetjenesten, Statped, NAV, hjelpemiddelsentraler m.fl.), interne samarbeidsparter (ulike kommunale enheter) og private samarbeidsparter (private rehabiliteringsinstitusjoner, idrettslag, ideelle organisasjoner og lignende). Med en funksjon som knutepunkt blir det relasjonelle aspektet sentralt. I Callons (2001/1986) translasjonsmodell vektlegges relasjonene mellom aktører i et nettverk, noe som gjør teorien relevant for å analysere koordinerende enhet som knutepunkt. Oversettelse med

utgangspunkt i modellen handler om å bygge opp et nettverk av lojale aktører for å skape oppslutning om koordinerende enhet som den sentrale samordningsteknologien for habilitering og rehabilitering i kommunen. Det er snakk om å bygge nettverk i to sammenhenger: For det første er koordinerende enhet i de fire kommunene sammensatt av flere aktører, og kan studeres som et eget nettverk. Det andre er et nettverk mellom koordinerende enhet og funksjonens ulike samarbeidspartnere. Koordinering som problem, og hvordan koordinerende enhet representerer løsninger på problemet, er skrevet inn i nasjonale dokumenter og regelverk som forestillinger om et handlingsmønster eller en inskripsjon som skal virkeliggjøres når oppskriftene tas i bruk. I dokumentene inngår koordinerende enhet i en fortellerstruktur som produserer forbindelser og bevegelser som skal frambringe et ønsket resultat. Det betyr at oppskriftene er utstyrt med en handlingsanvisning som tilrettelegger for bestemte samhandlingsmønstre. For å få dette til er en avhengig av at de som utpekes som sentrale deltakere og samarbeidspartnere, lar seg innrulle i et nettverk. Dermed blir spørsmålet om oppskriftene virker, ikke en essens som ligger innebygd i virkemidlene selv, men heller i de relasjonene de inngår i, dvs. at det å virke ikke er en egenskap ved oppskriftene, men en effekt frembrakt av det nettverket de inngår i (Callon, 2001/1986; Sørensen, 2004).

Videre i kapittelet vil jeg gi en presentasjon av koordinerende enhet som den nye organisatoriske teknologien i rehabilitering, før jeg beskriver Callons translasjonsteori. Jeg har latt meg inspirere av modellen og anvender den i en tilpasset form når jeg sammenlikner de fire kommunene. Jeg vil analysere i hvilken grad koordinerende enhet i de fire kommunene klarer å etablere seg som knutepunkt eller obligatoriske passeringspunkt i lys av Callons modell.

## 6.2 Innpakking av koordinerende enhet

Beskrivelsen av koordinerende enhet i nasjonale dokumenter kan forstås som innpakkingen av den nye teknologien (Røvik, 2007) og som inskripsjon for handling (Sørensen, 2004). Behovet for en koordineringsfunksjon i kommunene ble tatt opp i Rehabiliteringsmeldingen (St.meld. nr. 21 (1998-99)). I definisjonen av rehabilitering ble det lagt vekt på at en rehabiliteringsprosess involverte bistand fra flere tjenesteytere med ulike ståsteder og ulik kompetanse. Det ble understreket at det var et ansvar for styresmakter og tjenesteytere, og ikke for brukere, å sikre samordning og samarbeid på tvers av faglige og administrative skillelinjer (St.meld.nr.21 (1998-99):7). I Rehabiliterings-meldingen ble det pekt på en rekke oppgaver som en koordineringsfunksjon kunne tenkes å ivareta:

- registrere rehabiliteringsbehov
- fungere som en lokal pådriver i planlegging og utvikling
- initiere og følge opp tiltak for kompetanseutvikling på tvers av faggrupper og sektorer

- sikre at individuelle planer blir utarbeidet og iverksatt
- initiere, administrere og følge opp tverrfaglige samarbeidsgrupper
- være et knutepunkt for samarbeid mellom kommune og helseforetak
- koordinere samarbeidet mellom helse- og sosialtjenesten og lokale statlige etater
- være sentral i utviklingen av tverretatlige samarbeidsforum på ledernivå
- lede tverrfaglige team

Koordineringsfunksjonen ble fulgt opp i forskrift om habilitering og rehabilitering (2001), og fikk benevnningen koordinerende enhet. Her sto det at: *"Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Tjenestene som tilbys skal være synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere"* (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2001, § 8, andre ledd). Merknadene til § 8 i forskriften gir utdypende kommentarer til kravet om synlighet;

*"[...]. Kravet innebærer at koordineringsfunksjonen skal være synlig og etablert, slik at det er mulig å ta i mot henvendelser om behov for re-/habilitering. Det innebærer at kommunen vil ha et fast kontaktpunkt overfor spesialisthelsetjenesten, og at det skal være lett for brukere og samarbeidspartnere å finne fram til og komme i kontakt med det kommunale tjenestetilbudet".*

Hvilke oppgaver enheten skulle ivareta eller hvilke tjenester som skulle tilbys, var uklart og fikk liten oppmerksomhet ut over at enheten skulle være et kontaktpunkt og ta i mot henvendelser om behov for rehabilitering. *Tilgjengelighet* var ikke nærmere utdypet i merknadene. Moen (2004) omtaler tilgjengelighet som viktig for å fremme kontakt og nettverksbygging mellom koordinerende enhet og sentrale samarbeidspartnere. Det handler ikke bare om fysisk tilgjengelighet, men også om hvorvidt det er personer til stede i kontoret som kan betjene tjenestemottakere, og interne og eksterne samarbeidspartnere.

I merknadene til § 8 ble det også presentert ulike forslag til hvordan kommunene kunne organisere koordineringsfunksjonen:

- gjennom et fast og overordnet tverrfaglig team
- en egen koordinator opprettet for nettopp dette formålet
- gjennom den ordinære virksomheten, f.eks. gjennom en egen fagseksjon/avdeling eller ved kommune fysioterapeut eller kommune ergoterapeut.

Forskriften stilte ikke krav til at det skulle etableres en selvstendig enhet for å ta seg av koordineringsoppgavene. Benevnelsen koordinerende enhet er blitt kritisert for nettopp å peke mot dette, og det argumenteres for at det vil være mer korrekt å omtale koordinerende enhet som en funksjon (Fredriksson, 2006).

Sosial- og helsedirektoratet (nå Helsedirektoratet) har tatt opp kravet om en koordinerende enhet i bestillerdokumenter til kommunene fra 2005. I 2008 ble det gitt ut en brosjyre om koordinerende enhet, "*Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Synlig og brukerrettet*" (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Det meste av datainnsamlingen ble utført før brosjyren ble gitt ut i 2008, så kommunene i undersøkelsen har i hovedsak hatt føringene fra forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) å forholde seg til.

Ut fra anbefalingene i forskriften og dens merknader var det ganske åpent hvilken *forankring, bemanning og oppgaver* en koordinerende enhet kunne ha. Ideen koordinerende enhet var med andre ord "løst" pakket fra avsender. Det innebærer at den enkelte kommune hadde et ganske stort handlingsrom på dette området, både når det gjaldt forankring, organisering, innhold og aktører. Det ble åpnet opp for ganske store variasjoner mellom kommunene. Det som lå fast, var at koordinerende enhet, uavhengig av organisering, skulle være et *synlig og tilgjengelig* kontaktpunkt. Det skulle være et sted hvor brukere og samarbeidspartere kunne henvende seg. Helsedirektoratet har omtalt koordinerende enhet som et *knutepunkt* (Helsedirektoratet/Ramboll, 2010). Det var derfor interessant å undersøke i hvilken grad funksjonen koordinerende enhet i de fire kommunene ble etablert som et *knutepunkt* i et nettverk av brukere og tjenesteytende samarbeidspartnere. Jeg har ikke intervjuet brukere, så mine data er først og fremst på tjenesteytersiden.

Det å etablere koordinerende enhet som et knutepunkt gir for det første, forventninger om at den enkelte kommune skal avklare sentrale posisjoner og peke ut aktører som skal ivareta funksjonen. Denne prosessen kan med utgangspunkt i Nilsen (2007) forstås både som en *konseptualisering* og en *konkretisering* av objektet koordinerende enhet. For det andre forventes det at de utpekte aktørene slutter opp om arbeidet i koordinerende enhet, og at enheten tas i bruk av samarbeidspartnerne som et sted å henvende seg. Dette kan betraktes som det Nilsen (2007) omtaler som *kontrollering*. Aktuelle samarbeidspartnere er i følge nasjonale føringer brukere og tjenesteytere. Brukerne representerer personer med ulike og ofte sammensatte behov som kan ha bakgrunn i både fysiske, psykiske og sosiale problemer. Hvilke tjenesteytere eller tiltak som bidrar i individuelle rehabiliteringsprosesser, vil derfor variere. Koordinerende enhet vil dermed kunne inngå i et nettverk av ulike samarbeidspartnere, og hvem som fremstår som de mest sentrale, vil variere med den enkelte brukers problemer og behov. Skal koordinerende enhet bli et organiserende knutepunkt for rehabiliteringsvirksomheten, må den ha ansvar for noen oppgaver som samarbeidspartnerne, frivillig eller under tvang, støtter opp om.

Koordinerende enhet har fått økende oppmerksomhet fra myndighetene de siste årene. I følge Helsedirektoratet hadde 76 % av kommunene etablert en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i 2010 (Helsedirektoratet, 2012:126 og 131). Det innebærer at 24 % av kommunene ikke

har fulgt opp pålegget om å opprette en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Helsedirektoratet skriver ikke nærmere om hvem disse kommunene er. I en undersøkelse av rollen til koordinerende enhet i kommunene, hvor ansvarlige for koordinerende enhet ble telefonintervjuet (spørreskjema), svarte 57 % at de var fornøyde (meget eller ganske) med måten koordinerende enhet fungerte på i deres kommune, mens det var 17 % som var misfornøyde (litt eller meget) (Sørensen, 2009:7). De kommunene som har etablert koordinerende enhet, har valgt å gjøre det på mange ulike måter (Breimo og Thommesen, 2012; Moen, 2004; Sørensen, 2009).

Konsulentfirmaet Rambøll AS gjennomførte i 2010, på oppdrag av Helsedirektoratet, en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i fem kommuner som representerte "beste praksis". Formålet med undersøkelsen var å synliggjøre faktorer og rammebetingelser som kan ha betydning for at koordinerende enhet på systemnivå skal bidra til å sikre god koordinering på individnivå (Helsedirektoratet/Rambøll, 2010:10). På bakgrunn av undersøkelsen satte de opp 10 suksesskriterier og 6 hovedutfordringer. Suksess knyttes bl.a. til: god forankring, god informasjon om rolle og funksjon, høy legitimitet, samt å utvikle samarbeids- og kommunikasjonsstrukturer horisontalt og vertikalt. Hovedutfordringer handler om: motstand mot å ta på seg rollen som koordinator for individuell plan, ulike oppfatninger av ansvar, samarbeid ut over helse-, pleie- og omsorgstjenestene, tilstrekkelig informasjonsspredning og å utarbeide gode prosedyrer. I tillegg viser undersøkelsen at svært få brukere av offentlige tjenester har kjennskap til kommunale koordinerende enheter, også i de kommunene som omtales som "beste praksis". I rapporten argumenteres det for at det er viktigere å være synlig og lett tilgjengelig for samarbeidspartnere internt i kommunen enn for brukere, *"så lenge den kommunalt ansatte de henvender seg til kan henvise dem til riktig instans så effektivt som mulig"* (Helsedirektoratet/Rambøll, 2010:28).

### **6.3 Callons translasjonsmodell**

I analysen av koordinerende enhet har jeg valgt å ta utgangspunkt i ANT og Callons translasjonsmodell (Callon, 2001/1986). Callon og Latour (1981) nærmer seg virkeligheten som relasjonell og studerer forbindelser (associations), oppløsning av forbindelser (dissociations) og transformasjonen av svake forbindelser til sterke og omvendt. Samfunnet er ikke først og fremst et nettverk eller en struktur av mennesker, men av mennesker og ting som ikke kan reduseres verken til kultur eller natur. Mennesker og ting står i et produktivt utvekslingsforhold til hverandre, slik at det vi ellers kjenner som sosiale strukturer, blir konstruert og konstituert i dette utvekslingsforholdet. I denne sammenhengen er tingene det stabiliserende elementet. ANT representerer en form for semiotisk analyse og har som utgangspunkt at enheter får mening i relasjon til andre enheter, og bare da. Det finnes ingen innebygde

egenskaper, ingen essens, ingen faste punkter, bare bevegelse (Sørensen, 2004:13). Aktører er de som handler på vegne av noen, mens aktanter eller medspillere er de som det handles gjennom eller på vegne av (Sørensen, 2004:50). Selve oversettelsen er beskrevet som "*alle de forhandlingene, maktspill, utsagn og handlinger som en aktør eller kraft utfører for å få makt, autoritet og legitimitet til å snakke eller handle på vegne av andre*" (Callon og Latour, 1981:279 oversatt av Sørensen 2004:50).

Callon (1986/2001) deler oversettelse inn i fire faser, en prosess der fasene kan overlape hverandre, og hvor aktørenes identiteter, samhandlingsmuligheter og handlingsrom forhandles om og avgrenses (Callon, 2001:97). Den første fasen kalles "*problematisering*". Den handler om hvordan en aktør kan bli uunnværlig ved å få en posisjon som den som kan noe eller har noe som andre bare kan få hos den det gjelder (Sørensen, 2004:13), eller hvem som lykkes med å definere problemet og å gjøre seg selv uunnværlig (Johnsen, 2004:51). Problematisering har et hypotetisk aspekt. Her konstrueres og defineres et system av aktører og forbindelser mellom dem (Callon, 2001:101). Et viktig kjennetegn ved problematiseringsfasen er at en nettverksbygger, gjennom å definere de andre aktørene i nettverket og deres roller og identiteter, plasserer seg selv som et knutepunkt i det nettverket som bygges opp, et såkalt "obligatorisk passeringspunkt"(OPP) (Callon, 2001:97, Sørensen, 2004). Hensikten er at den nye teknologien skal bli godtatt som et nødvendig middel for å løse de problemene de andre aktørene har på det aktuelle området (Hess, 1997:109).

Den andre fasen kalles "*interesseskaping*" eller "*interessering og stabilisering*" (Callon, 2001/1986; Sørensen, 2004), og er den handlingsrekken som en aktør bruker for å forsøke å fremtvinge og stabilisere de andre aktørenes identiteter, slik disse er definert gjennom problematiseringen. Målet er å sette alliansene på plass og låse dem. En aktør kan enten la seg integrere i planen, eller avvise den ved å definere sin egen identitet, mål og interesser i andre retninger. De samarbeidspartnerne eller posisjonene som defineres i problematiseringsfasen, kan også være gjenstand for andre aktørers interessering. Andre kan definere deres identiteter og mål på en konkurrerende måte. For å fange de ønskede partnernes interesse, må man derfor plassere seg selv mellom dem man ønsker som en del av nettverket og konkurrerende nettverk (ibid:104).

Den tredje fasen kalles "*innrulling*", og er det stadiet hvor aktører forankres til og blir en del av nettverket gjennom de relasjonene de tildelte rollene gir dem (Hess, 1997:109). Interessering fører bare til innrulling når den lykkes, når de aktørene som er gjenstand for interesseringen, aksepterer de rollene de er tiltenkt i alliansen. Å beskrive innrulling er å beskrive en gruppe multilaterale forhandlinger, styrkeprøver og triks som følger med interesseringene og muliggjør at de lykkes (Callon, 2001:105). Defineringen og fordelingen av roller i nettverket er et resultat av forhandlinger, hvor aktørenes roller og identitet bestemmes, koordineres og utprøves.



Den fjerde og siste fasen kalles "*mobilisering*" og dreier seg om anstrengelser som skal sikre at de innrullerte aktørene ikke blir sviktet av de kollektivene de representerer. Bare et fåtall individer deltar i selve translasjonsprosessen. Disse kan betraktes som talspersoner eller representanter for dem de representerer. Spørsmålet er om massene vil følge sine representanter eller forråde dem (Callon, 2001:108). Talspersonene representerer ulike grupper av brukere, tjenesteytere, virksomheter, administrasjon og politikere lokalt og nasjonalt. I hvilken grad støtter disse kollektivene opp om sine representanter og koordinerende enhet som samordningsteknologi?

En analyse med utgangspunkt i Callons translasjonsmodell kan vise i hvilken grad koordinerende enhet i de fire kommunene får oppslutning hos utpekte aktører, og om det bygges nettverk som kan stabilisere funksjonen. Sentrale spørsmål vil være i hvilken grad nettverksbygging påvirkes av hvilke aktører som pekes ut som sentrale, hvordan koordinerende enhet plasseres og organiseres, og i hvilken grad de sentrale aktørene i nettverket identifiserer seg med posisjonene de tildeles. Hovedspørsmålet er i hvilken grad koordinerende enhet lykkes med å bli et obligatorisk passeringpunkt (OPP) på området rehabilitering, slik den nasjonale politikken gjennom nasjonale dokumenter legger opp til. Målet er å låse fast nettverket ved å gjøre seg uunnværlig. Når et nettverk fungerer så bra at forbindelsene og de ulike aktørenes identiteter ikke lenger er synlige, fremstår nettverket som en aktør. Da har vi med et aktør-nettverk å gjøre (Latour, 1987).

## **6.4 Fase I: Problematisering**

Problematiseringsfasen, som er første fase i Callons (2001) modell for translasjon, dreier seg om hvem som lykkes med å definere problemet og gjøre seg uunnværlig, samt om å konstruere og definere et system av aktører og forbindelser mellom dem (Callon, 2001:101). Det kan også betraktes som første ledd i utpakkingen av ideen koordinerende enhet i de fire kommunene (Røvik, 2007), og som konseptualisering av objektet koordinerende enhet (Nilsen, 2007). I en kommunal kontekst vil denne fasen fungere som en "planleggingsfase". Den enkelte kommune vil peke ut sentrale aktører i forhold til problematiseringen rundt koordinerende enhet i kommunen. Det skapes en oversikt over hvem aktørene er og forholdet mellom dem.

### **6.4.1 Identifisering av sentrale aktører**

En viktig aktør (medspiller) i kommunenes arbeid med å peke ut sentrale aktører, er den nasjonale rehabiliteringspolitikken. Dokumentene er utgangspunkter som får noe til å skje og som det handles på vegne av. Sentrale dokumenter er rehabiliteringsmeldingen (St.meld.nr.21 (1998-99)) og forskrift om habilitering og rehabilitering. Hvem som skal utpekes som sentrale aktører for å skape en

koordinerende enhet, er i følge den nasjonale rehabiliteringspolitikken og regelverket, uklart. I følge nasjonale føringer er koordinerende enhet profesjonsnøytral, dvs. ingen yrkesgrupper er pekt ut til å ivareta funksjonen. Aktuelle samarbeidspartnere for funksjonen er i følge nasjonale føringer brukere og tjenesteytere. Brukere er nærmere beskrevet i regelverket<sup>32</sup> som *"alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom"* (forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) § 3, andre ledd). Tjenesteytere og virksomheter er beskrevet i regelverket som aktører som *"samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats"* (ibid § 2), og dette samarbeidet tenkes å skje på tvers av fagområder, sektorer og nivå. Begge er ganske upresise posisjoner. Beskrivelsen av tjenesteytere er sentral for utpeking av sentrale aktører i koordinerende enhet. Både leder av koordinerende enhet og andre som tildeles sentrale oppgaver innenfor funksjonen, kan forventes å opptre som nettverksbyggere på vegne av koordinerende enhet. En nettverksbygger vil ha som oppgave å plassere koordinerende enhet som et knutepunkt eller obligatorisk passeringspunkt (OPP) i det nettverket som bygges opp.

I *bykommunen* var det bestillerkontoret for kommunens helse- og sosialtjenester som ble tildelt funksjonen som koordinerende enhet. Dette er i tråd med anbefalinger i brosjyren fra 2008. Bestillerkontoret er en forvaltningsenhet i helse- og sosialavdelingen og bygger på ideen om å skille bestilling og produksjon. Kontoret tok i mot alle henvendelser om helse-, omsorgs- og sosialtjenester, med unntak av spørsmål om legetime, helsesøstertime, økonomisk sosialhjelp og barnevern m.m. Forankringen var dermed tverrsektoriell, men avgrenset til helse-, omsorgs- og sosialtjenester. Bestillerkontoret hadde likevel i tillegg en viss myndighet rettet mot Avdeling for oppvekst og kultur, gjennom tildeling av individuell plan, noe som berørte funksjonen som koordinerende enhet. Kontoret tok i mot henvendelser fra kommunens innbyggere, gjorde en vurdering av hvilke tjenester eller bistand som skulle gis, utformet vedtak<sup>33</sup> som igjen ble sendt til bruker og de virksomhetene som skulle yte tjenestene til brukeren. De ansatte<sup>34</sup> i bestillerkontoret var også de som tildelte tjenester til innbyggere som var innlagt på sykehus, og som hadde behov for tjenester etter utskrivning. Det var pekt ut to posisjoner i bestillerkontoret som var sentrale i forhold til funksjonen som koordinerende enhet. Leder av bestillerkontoret var leder av funksjonen koordinerende enhet, og en av saksbehandlerne i

---

<sup>32</sup> Slik det fremsto på den tiden undersøkelsen ble gjennomført i 2007-2008.

<sup>33</sup> Vedtak viser til begrepet "enkeltvedtak", som er et juridisk begrep i forvaltningsloven. Noen tjenester i kommunehelsetjenesteloven krever enkeltvedtak og skal behandles ut fra reglene for dette. Vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie krever enkeltvedtak (§ 2-1, 4. ledd). Andre tjenester krever ikke enkeltvedtak. Kommune 1 har likevel valgt å tildele flere tjenester enn de loven krever, som enkeltvedtak.

<sup>34</sup> Kontoret er tverrfaglig bemannet med ulike yrkesgrupper, som sykepleier, sosionom, ergoterapeut, fysioterapeut, vernepleier. Sykepleiere er en dominerende yrkesgruppe i kontoret.

kontoret var utpekt som systemansvarlig for individuell plan. Ut over disse to aktørene fremsto de andre posisjonene i bestillerkontoret som utydelige.

*Bygdebyen* valgte å organisere funksjonen koordinerende enhet i form av to team, habiliteringsteam og rehabiliteringsteam, som begge var tverrfaglig sammensatt. Lederne av habiliteringsteam og rehabiliteringsteam var utpekt som ledere av funksjonen koordinerende enhet. De to teamlederne var begge ansatt i en enhet i stab under rådmannen, og koordinerende enhet ble dermed forankret på et overordnet og tverretatlig nivå. Dette var også i tråd med anbefalingen i merknadene til forskriften § 8 om å etablere et overordnet tverrfaglig team.

Habiliteringsteamet hadde ansvar for barn og unge fra 0-18 år i kommunen. Leder av stabsenheten under rådmannen var leder av habiliteringsteam. Det å lede teamet utgjorde kun en liten del av hans ansvarsområde. Habiliteringsteamet ble etablert tilbake i tid, rundt -94 eller -95, som et samarbeidsprosjekt mellom det spesialpedagogiske miljøet i fylket /regionen, barnehabiliteringen i spesialisthelsetjenesten og fire kommuner i regionen. I et vedtak i kommunestyret i 1999 ble det bestemt at det skulle opprettes et tverretatlig koordineringsteam for barn og unge, og det betyr at teamets opprettelse skjedde uavhengig av føringer i den helhetlige rehabiliteringspolitikken. Habiliteringsteamet hadde, i følge leder av teamet, i stor grad identisk sammensetning og oppgaver som det som fulgte av vedtaket i -99.

Rehabiliteringsteamet hadde ansvar for voksne fra 18 år. Leder for rehabiliteringsteamet var sykepleier ansatt i en stilling som utviklingskoordinator. Det å være leder av rehabiliteringsteamet var også bare en av flere arbeidsoppgaver hun hadde ansvar for. Hun hadde vært leder av teamet i ca. ett år. Rehabiliteringsteamet ble etablert gjennom et vedtak i kommunestyret en tid etter at forskriften om individuell plan kom i 2001. Leder av rehabiliteringsteamet hadde til oppgave å kalle inn til møter i teamet. I tillegg var hun rehabiliteringskontakt i kommunen og var kontaktperson for sykehusene.

I begge de to små kommunene, *bygdekommunen* og *utkantkommunen*, var det en kommunefysioterapeut som var leder av koordinerende enhet. Funksjonen besto i tillegg av et "rehabiliteringsteam" i bygdekommunen og "individuell plan team" i utkantkommunen. Begge kommunefysioterapeutene hadde lang fartstid i sine kommuner og hadde over tid vært rehabiliteringskontakter i kommunene. Det å være leder av koordinerende enhet utgjorde også for de to kommunefysioterapeutene kun en liten del av stillingen. Forankring og organisering av koordinerende enhet i de fire kommunene, og hvem som ledet funksjonen, presenteres i en oversikt i tabell 5.

Tabell 5: Koordinerende enhet – organisatorisk forankring, aktører og leder

Koordinerende enhet	Bykommunen	Bygdebyen	Bygdekommunen	Utkantkommunen
<b>Organisatorisk forankring</b>	Bestillerkontoret for helse- og sosial	Enhet i stab under rådmannen	Avdeling for fysioterapi og rehabilitering	Avdeling for fysioterapi og rehabilitering
<b>Omfatter</b>	Saksbehandlere i bestillerkontoret	Habiliteringsteam m/leder Rehabiliteringsteam m/leder	Rehabiliteringsteam m/leder	Individuell plan team m/leder
<b>Leder av KE</b>	Leder av bestillerkontoret	Leder av habiliteringsteam Leder av rehabiliteringsteam	Ledende kommune-fysioterapeut	Kommune-fysioterapeut

De fire kommunene forankrer koordinerende enhet forskjellig, men alle fire er innenfor anbefalingene i merknadene til forskrift om habilitering og rehabilitering. En landsdekkende undersøkelse som Synovate gjorde for Helsedirektoratet i januar 2009 (Sørensen, 2009), viste at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene er forankret i ulike organisatoriske enheter. Sett i forhold til denne undersøkelsen ligger de fire kommunene innenfor de mest vanlige valgene for forankring nasjonalt.

Felles for koordinerende enhet i de fire kommunene var at det ikke ble opprettet nye stillinger for å ivareta funksjonen. De aktørene som pekes ut til å ivareta funksjonen, får alle denne oppgaven i tillegg til andre oppgaver de ivaretar i de stillingene de alt besitter. I alle de fire kommunene er det ansatte med mange ulike oppgaver som her pålegges en ny oppgave. Det er ikke anslått hvor mye tid som skal avsettes til å ivareta den nye funksjonen i de fire kommunene. I bykommunen, bygdekommunen og utkantkommunen pekes det ut en leder for koordinerende enhet. I bygdebyen består koordinerende enhet av to team med hver sin leder.

#### 6.4.2 Lederposisjonen viktig for nettverksbygging

Koordinerende enhet er i utgangspunktet profesjonsnøytral. Forskrift om habilitering og rehabilitering inneholder noen forslag til hvor en slik enhet kan plasseres, men organisering er i følge kommuneloven noe kommunene selv skal bestemme. Utpeking av leder for koordinerende enhet innebærer en

forankring av funksjonen koordinerende enhet i kommuneorganisasjonen. En forskjell mellom de fire kommunene er at koordinerende enhet forankres på ulike nivå i kommuneorganisasjonen gjennom utpeking av lederposisjonen. Hovedskillet går mellom de to største og de to små kommunene, der de to største har forankret koordinerende enhet på et overordnet og tverretattlig nivå, mens de to små kommunene har forankret funksjonen på et underordnet nivå. I følge brosjyren om koordinerende enhet (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) er det anbefalt å forankre koordinerende enhet i et overordnet ledernivå. Overordnet forankring i de to største kommunene kan bety at disse har et bedre utgangspunkt for å lykkes i sitt nettverksarbeid og med å stabilisere koordinerende enhet enn de to minste kommunene.

#### 6.4.3 Kontinuitet eller brudd i forhold til tidligere relasjoner

Et annet spørsmål er om plassering av koordinerende enhet representerer *kontinuitet* eller *brudd* i forhold til tidligere forankring av rehabilitering. I alle de fire kommunene var det i utgangspunktet etablert sterke relasjoner mellom fysioterapitjenesten og benevnelsen rehabilitering, bl.a. ved at rehabilitering inngikk i navnet på virksomheten til kommunefysioterapeutene. I de to små kommunene, *bygdekommunen* og *utkantkommunen*, var kommunefysioterapeutene alt etablerte rehabiliteringskontakter i kommunene, og utpeking av kommunefysioterapeutene som leder for koordinerende enhet representerer en *kontinuitet* fra tidligere organisering av rehabilitering i de to små kommunene.

*Bykommunen* og *bygdebyen* har pekt ut ledere for koordinerende enhet på et overordnet nivå, noe som innebærer et brudd med den sterke relasjonen som alt var etablert mellom området rehabilitering og kommunefysioterapeutene. Forankringen av koordinerende enhet på et overordnet og tverretattlig nivå framstår dermed som et *brudd* med tidligere forankring av området. Dette bruddet i plassering kan bety at den sterke relasjonen mellom oppgaven rehabilitering og yrkesgruppen fysioterapeuter kan bli svekket i disse kommunene. Et slikt skille kan reflektere at rehabilitering som en profesjonsnøytral virksomhet har fått større grad av gjennomslag. En antakelse kan være at de to største kommunene, som velger å legge koordinerende enhet til en overordnet instans, lettere skaper relasjoner på tvers av ulike faggrupper og virksomheter, mens koordinerende enhet i de to minste kommunene har en større grad av profesjonstilknytning, noe som kan fungere som en barriere for et tverrfaglig nettverksarbeid.

De to store kommunene viser seg å ha valgt en plassering av koordinerende enhet som representerer en *nyorientering*, mens de to små kommunene har valgt en plassering som kan karakteriseres som *tradisjonell*. Valg av aktører og plassering av koordinerende enhet kan ha betydning for muligheten til

å etablere relasjoner på tvers av sektorer og fagpersoner. Aktører som er plassert høyere i kommunens hierarki kan ha tverretattlig myndighet og dermed bedre handlingsrom for å etablere nettverk på tvers.

#### 6.4.4 Oppslutning innenfor integrert modell versus teammodell

Både forskjeller i plassering, og forholdet mellom brudd og kontinuitet, peker i retning av et hovedskille mellom de to største kommunene på den ene siden og de to små kommunene på den andre når det gjelder problematiseringsfasen. Dette bildet kan nyanseres i to ulike modeller eller typer av nettverk, hvor de fire kommunene fordeler seg annerledes enn tidligere beskrevet.

Den første modellen kan kalles en *integrert* modell. Her ble koordinerende enhet etablert som en integrert del av den daglige virksomheten i en etablert enhet, og hvor enhetens leder også var leder av koordinerende enhet. *Bykommunen* er den eneste av de fire kommunene som representerer denne modellen, ved å legge koordinerende enhet til bestillerenheten for helse, omsorg - og sosialtjenester. Her ble de ansatte i bestillerenheten utpekt som sentrale aktører i koordinerende enhet.

Den andre modellen kan kalles en *team- eller matrisemodell*. De tre kommunene *bygdebyen, bygdekommunen og utkantkommunen* valgte alle teammodellen som organiserende prinsipp for koordinerende enhet. Aktører fra ulike enheter i kommunens velferdsapparat ble satt sammen i tverrfaglige team som møttes f.eks. en gang pr. måned. Teamet ble ledet av en teamleder som var leder av koordinerende enhet.

#### 6.4.5 Definerings av obligatorisk passeringspunkt

Problematisering handler ikke bare om å definere de sentrale aktørene. Problematisering er et system av allianser eller assosiasjoner mellom størrelser, som også identifiserer deres identiteter og "ønsker". Ingen kan oppnå det de ønsker alene (Callon, 2001). Problematisering innebærer å argumentere for at det er nødvendig for de sentrale aktørene å støtte opp om og ta i bruk koordinerende enhet for å løse problemet med koordinering innenfor rehabilitering. Alle de fire kommunene pekte ut det å tildele individuell plan og koordinator som hovedoppgaver for koordinerende enhet. Disse oppgavene er sentrale for at enhetene skal kunne utvikles til obligatoriske passeringspunkt på området rehabilitering i forhold til samarbeidspartnere. Brukere eller tjenesteytere tvinges til å gå gjennom koordinerende enhet for å få tilgang på virkemidlene individuell plan og koordinator. Muligheten for å bli et obligatorisk passeringspunkt knyttes til hvor uunnværlig tilgangen til individuell plan oppfattes å være for brukere og samarbeidspartnere.

## 6.5 Fase II: Interessering og stabilisering

Fram til nå har de identifiserte aktørene og de antatte relasjonene ikke blitt testet (Callon, 2001: 101). Interesseringsfasen tar for seg den handlingsrekken som en aktørenhet (her koordinerende enhet) bruker for å forsøke å fremtvinge og stabilisere de andre aktørens identitet, slik disse er definert gjennom problematiseringen. Her vil det være aktuelt å se i hvilken grad koordinerende enhet i de fire kommunene klarer å skape oppslutning om posisjoner og handlingskjeder, og på den måten klarer å knytte sentrale aktører til det ønskede nettverket. For det første om aktørene som er pekt ut til å ivareta posisjonen som koordinerende enhet, er interessert i å støtte opp om denne posisjonen. For det andre om koordinerende enhet blir et obligatorisk passeringpunkt for utpekte samarbeidspartnere. Her vil jeg ta utgangspunkt i den integrerte modellen (bykommunen) og teammodellen (bygdebyen, bygdekommunen og utkantkommunen), og se om modellene har forskjellige forutsetninger for å lykkes med nettverksbygging og stabilisering av nettverk.

### 6.5.1 Konkurransen mellom ulike identiteter

I *bykommunen* er funksjonen koordinerende enhet kun en liten del av bestillerkontorets mange oppgaver. Det er to posisjoner som peker seg ut, leder av bestillerenheten og systemansvarlig for individuell plan. *Systemansvarlig for individuell plan* er opptatt av at det finnes ulike roller og identiteter knyttet til de ansatte ved kontoret, og at identiteten som koordinerende enhet møter motstand og får liten oppslutning. Hun var opptatt av at de ansatte ved kontoret hadde for lite fokus på hvilken betydning funksjonen koordinerende enhet burde ha for kontorets tilnærming til og relasjon med brukerne. På spørsmål om hva bestillerkontoret hadde fokus på, svarte intervjupersonen at de hadde fokus: "*på de vedtakene vi gjør, å fatte vedtak på det de [brukerne] søker om. Det er det vi skal gjøre. Vi er jo et forvaltningskontor*". Systemansvarlig fortalte en historie fra egen praksis for å illustrere hvordan hun syntes kontoret burde arbeide for å ivareta funksjonen som koordinerende enhet på en god måte. Hun fortalte om en ung mann med ADHD som egentlig kom på kontoret for å søke om kommunal bolig, men hvor hun gikk videre og spurte om han trengte annen hjelp. Hun spurte om han ville bli henvist til rusenheten i kommunen, og det ville han. Den henvisningen "skar seg", dvs. det kom ikke noe ut av den, men hun tok da kontakt med alle instanser som han var i kontakt med, og innkalte til et felles møte (NAV-arbeid, trygd osv). Dette ble begynnelsen på det hun beskrev som en positiv utvikling i forholdet mellom den unge mannen og tjenesteapparatet. Hun la vekt på at tilnærmingen hadde stor betydning for å kunne etablere tillit og en stabil relasjon til brukeren.

Denne historien illustrerer hvordan saksbehandleren syntes at bestillerkontoret burde arbeide for å ivareta funksjonen som koordinerende enhet. Hun beskrev en arbeidsform som var mer *proaktiv*, mer

utforskende, hvor saksbehandleren tok opp forhold som gikk ut over det den unge gutten selv presenterte som sitt problem. Han kom for å søke om bolig, men saksbehandleren gikk bak denne forespørselen og tok tak i andre sider ved hans livssituasjon. Hun fulgte også saken opp på en aktiv måte og tok initiativ til nye møter når det første tiltaket ikke førte fram. Arbeidsmetoden krevde et aktivt nettverksarbeid i forhold til interne og eksterne samarbeidspartnere. Saksbehandleren tror at dersom bestillerkontoret hadde hatt mer fokus på at kontoret var en koordinerende enhet, ville det vært mer fokus på å arbeide proaktivt. På spørsmål om det er brukergrupper som faller utenfor, som ikke får tilbud om rehabilitering, svarte intervjupersonen at hun ikke tror at man kan tenke at det gjelder grupper. Hun tror heller at det er den individuelle oppfølgingen som den enkelte bruker får som svikter, og at det er der det kommer fram hvordan saksbehandlerne i bestillerkontoret tenker.

I følge intervjupersonen innebar det å være et *forvaltningskontor* at hovedfokus er på korrekt saksbehandling i henhold til juridisk tenkemåte og prinsipper. Denne tenkemåten har et annet fokus enn den tenkningen som ligger til grunn for rehabiliteringspolitikken, hvor det etterspørres et helhetsperspektiv, individualisering og aktiv koordinering. Systemansvarlig for individuell plan mente at opplutning i bestillerkontoret omkring det siste var nødvendig for å styrke identiteten til de ansatte omkring rollen som koordinerende enhet. Hun hadde kjempet for å fremme denne tenkningen i flere sammenhenger, men opplevde ikke at hun fikk opplutning i kontoret på dette.

Systemansvarlig opptrer her som nettverksbygger, men møter motstand på dette. Rollen som forvaltningskontor og koordinerende enhet representerer to konkurrerende tilnæringsmåter overfor brukerne, og innebærer konkurrerende måter å definere de ansattes identitet og mål på. I følge Grimen (2008) krever rollen som forvaltningskontor et rettslig skjønn, hvor like tilfeller skal behandles likt. Posisjonen som medlem av koordinerende enhet og rehabiliteringspolitikken krever derimot at den enkelte bruker behandles i sin unikhed og ut fra et krav om individualisering. Brukeren vil ha behov som er spesielle og situasjonsspesifikke og kan ikke sammenliknes med andre (Grimen, 2008). De ansatte i bestillerkontoret synes å ha etablert større grad av identitet og opplutning i forhold til funksjonen som forvaltningskontor. Aktørenes opplutning omkring oppgaven som koordinerende enhet fremstår som et usikkert og ustabil nettverk. Bestillerkontoret har ikke lyktes med å skape en identitet hos de ulike saksbehandlerne i kontoret i forhold til denne oppgaven. Systemansvarlig mener at dette kommer til uttrykk i måten saksbehandlerne møter brukere og deres problemer på. De ansattes identitet og opplutning til oppgaven som koordinerende enhet fremstår som lite utviklet, og dermed danner aktørene i koordinerende enhet et usikkert og ustabil nettverk.

Tre av de fire kommunene har organisert koordinerende enhet som *tverrfaglige team* med en leder. Teamene er opprettet kun for å ivareta funksjonen som koordinerende enhet. Et team kan beskrives



som en matrisestruktur. I følge Jacobsen og Thorsvik (2007:71) består det av to hoveddeler; en basisstruktur og prosjekter. Basisstrukturen er de enhetene der den enkelte er ansatt, har sin stillingsinstruks knyttet til osv. Deler av arbeidet kan foregå utenfor basisstrukturen i prosjekter. Et prosjekt kjennetegnes ved at det er en spesifikk oppgave som skal løses, at oppgaven er tidsbegrenset og at deltakerne kommer fra flere avdelinger eller enheter i organisasjonen (ibid:71). Teamene i de tre kommunene fungerer tidsbegrenset ved at medlemmene arbeider i sine enheter til vanlig, men at de møtes f.eks. en gang pr. måned, eller ved behov, for å ivareta oppgaven som koordinerende enhet. Samtidig er funksjonen koordinerende enhet ikke tidsbegrenset, men er en fast oppgave i kommunen. I følge Jacobsen og Thorsvik (2007) er det både fordeler og ulemper med en matriseorganisering. En fordel er at man får muligheten til å gå i dybden både omkring funksjoner og produkter, man får fleksibel utnyttelse av ressurser på tvers av organisasjonen og får lagt til rette for koordinering. Noen ulemper er at man bruker tid og ressurser på å sette sammen grupper, at delt ledelsesstruktur skaper krysspress, lojalitetsproblemer og frustrasjon hos medlemmene og at det stilles store krav til ansattes vilje og evne til å samarbeide, samt til å håndtere konflikter.

I utgangspunktet har de tre kommunene satt sammen sine team på tvers av yrkesgrupper og tjenesteenheter. Størrelsen på teamene varierte fra 4 til 6 medlemmer. *Bygdebyen* hadde, som den eneste av kommunene, to team, habiliteringsteam og rehabiliteringsteam, og har til sammen 11 personer involvert i koordinerende enhet. I *bygdekommunen* hadde de tidligere også to team, ett for barn og ett for voksne. Disse ble først slått sammen til ett team, og siden ble antallet medlemmer redusert. I følge leder av rehabiliteringsteamet tilhører både medlemmene av teamet og de som blir innkalt ledernivået i kommunen. Teamet var sammensatt av de som har ansvar, og som har vedtaksmyndighet. Koordinerende enhet i *utkantkommunen* er sammensatt av fire personer. Kommunefysioterapeuten er leder for teamet som tar i mot søknader om individuell plan. I praksis har det vist seg vanskelig å få samlet gruppen, og kommunefysioterapeuten er delegert ansvaret for å tildele individuell plan på egen hånd.

Et felles problem på tvers av teamene i de tre kommunene var å få medlemmene til å delta på møtene i teamet. Det å møte i teamene krever en tidsressurs, og *tid* opplever de fleste medlemmene er en ressurs som er presset. Medlemmene i teamene synes å ha størst lojalitet i forhold til sine daglige arbeidsoppgaver, og ser disse som viktigere enn teamets oppgaver. F.eks. erfarte ledende kommunefysioterapeut i bygdekommunen at det å holde sammen et team ikke var lett. Han opplevde at medlemmer i teamet ofte ikke ønsket å delta på møtene i koordinerende enhet, og at de kunne unnskylde seg med at: "*Dette har ikkje eg noke med. Dette berører ikkje meg og mitt felt, kan eg få lov til å slippe å møte*"? Antallet medlemmer i teamet ble redusert til en liten kjerne på fire personer som deltok på alle møter, mens andre kunne innkalles etter behov.

De tre kommunene lyktes bare delvis i sine bestrebelsers med å skape oppslutning og stabilisere nettverket eller teamet som utgjør koordinerende enhet. I et forsøk på å skape større grad av oppslutning og stabilitet i teamet prøvde de ut ulike tilpasninger, f.eks. at antall medlemmer i teamene ble redusert, medlemmene ble skiftet ut, antall møter i teamene ble redusert, og ved at leder for teamet fikk delegert flere av teamets oppgaver. Det ble ikke skapt nødvendig *lojalitet* hos medlemmene i koordinerende enhet. De utpekte aktørens *identitet* var først og fremst knyttet til de daglige oppgavene og den enheten de formelt tilhørte. I praksis ble mye av ansvaret for teamets oppgaver overført til *leder* av teamet. Medlemmene definerer egen identitet, mål og interesser på en annen måte.

De fire kommunene har pekt ut ulike aktører og valgt ulik organisering av koordinerende enhet. Det å gi oppslutning til funksjonen møter motstand hos de utpekte aktørene i alle de fire kommunene. De koordinerende enhetene framstår som *ustabile* nettverk, der de enkelte medlemmene skal ivareta konkurrerende identiteter. Ansatte i bestillerkontoret slutter i større grad opp om identiteten som ansatt i et forvaltningskontor enn det å være koordinerende enhet. Dette kommer til syne i relasjonen til brukeren. Også koordinerende enheter som team skaper konkurrerende identiteter, der identiteten knyttet til den egentlige arbeidsenheten får større oppslutning enn koordinerende enhet. Dette kommer til syne som liten vilje til å sette av tid til møter i teamet.

De aktørene som viste engasjement og som kjempet for økt oppslutning om koordinerende enhet blant medlemmene, var ledere for koordinerende enhet i bygdebyen, bygdekommunen og utkantkommunen og systemansvarlig for individuell plan i bykommunen.

#### 6.5.2 Bestillerkontoret som obligatorisk passeringspunkt

Etablering av koordinerende enhet som obligatorisk passeringspunkt (OPP) handler om i hvilken grad samarbeidspartnere aksepterer de rollene de har fått tildelt, og dermed blir en del av nettverket som gjør koordinerende enhet til et OPP. En problemstilling som kom fram i bykommunen, var at funksjonen koordinerende enhet ble "*usynlig*" i bestillerenheten. Leder av rehabiliteringsavdelingen<sup>35</sup>, pekte på at funksjonen koordinerende enhet ikke var tydelig innenfor bestillerkontoret, og var innvevd i alt det andre som kontoret hadde ansvar for. Hva denne funksjonen egentlig skulle omfatte av oppgaver, var ikke eksplisitt gjort rede for, verken for samarbeidspartnere eller for innbyggere. Han modererte kritikken ved å si at bestillerkontoret representerte en plass å henvende seg. Sett fra kommunens innbyggere representerte bestillerkontoret "en dør inn", og leder av

---

<sup>35</sup> En avdeling etter sykehjemmsforskriften.

rehabiliteringsavdelingen så også at det måtte være en forenkling for samarbeidspartnere som f.eks. sykehus. De har fått ett kontor å forholde seg til når det gjelder vedtak om helse-, omsorgs- og sosialtjenester.

Det fremgikk ikke av kommunens hjemmeside at bestillerkontoret var tillagt oppgaven som koordinerende enhet (2008). Samtidig er bestillerkontoret et sted som både samarbeidspartnere og brukere tvinges å henvende seg til for å få tilgang til kommunens helse-, omsorgs- eller sosialtjenester generelt. Tilgang til mange tjenester krever enkeltvedtak, og bestillerenheten er tillagt vedtaksmyndighet for de fleste tjenestene. Slik sett utgjør bestillerenheten et obligatorisk passeringspunkt for både brukere og eksterne og interne samarbeidspartnere når det gjelder vedtak om tjenester. Det gjelder også for søknad om individuell plan.

*Tilgjengelighet* er viktig for å fremme kontakt og nettverksbygging mellom koordinerende enhet og sentrale samarbeidspartnere. Bestillerkontoret er fysisk tilgjengelig og tilgjengelig på telefonen, og det er også en virksomhet som er åpen hele uken. Kontinuerlig drift betyr at saker behandles fortløpende. Ved at koordinerende enhet er en integrert del av bestillerkontoret, blir også oppgavene som ligger til denne funksjonen utført daglig. Brukere og samarbeidspartnere slipper unødig ventetid på behandling av søknader. Men brukere kan likevel måtte vente på tjenester, da virksomheten som skal yte tjenestene, kan ha mye å gjøre og opererer med ventelister. Dette var tilfelle på flere tjenester i bykommunen. Brukere og tjenesteytere kan også ta opp flere forhold når de først tar kontakt med bestillerkontoret. Bestillerkontoret har på mange måter gjort seg selv uunnværlig som OPP for brukere og tjenesteytere som har behov for tjenester. Det er imidlertid ikke tydelig i hvilke sammenhenger kontakten gjelder funksjonen som koordinerende enhet for rehabilitering.

### 6.5.3 Team som obligatorisk passeringspunkt

Oppslutningen om koordinerende enhet som *team* viste seg i praksis å være tett knyttet til tilgjengeligheten til *lederen* av teamene. Lederen er sentral i nettverkene som etableres med aktører både internt i kommunene og i forhold til eksterne aktører. Det daglige ansvaret for kontinuitet i funksjonen koordinerende enhet faller på leder av teamet. Det er denne personen brukere og samarbeidspartnere skal henvende seg til i det daglige. Det er denne aktøren som forbereder og planlegger møtene, og som har ansvar for kontinuitet i arbeidet. Kort sagt kan man si at det er denne personen nettverksbyggingen står og faller på. Det innebærer at nettverksbyggingen blir ganske sårbar fordi den blir svært avhengig av én aktør.

I kommunene som har etablert teammodellen, er det å være teamleder kun en liten del av ledernes arbeidsoppgaver. I *bygdebyen* er de to teamlederne ansatt i en stabsenhet under rådmannen. De har

mange oppgaver og er travelt opptatt på mange områder i kommunen. Deres tilgjengelighet er begrenset, og kontakten er avhengig av at kommunens servicekontor tar i mot og videreformidler beskjeder. Kommunefysioterapeutene i *bygdekommunen* og *utkantkommunen* har også teamlederoppgaven som en liten del av sine arbeidsoppgaver. De er opptatt med andre arbeidsoppgaver, og deres tilgjengelighet er begrenset.

Oppslutning var også avhengig av at koordinerende enhet kunne gjøre *vedtak* uten unødige forsinkelser i de sakene som ble meldt til teamene. I prinsippet var vedtaksmyndigheten lagt til teamene, og tilgjengelighet ble dermed avhengig av hvor ofte teamene møttes.

I *bygdekommunen* hadde rehabiliteringsteamet ikke en fast møteplan, men møttes etter behov. Dette ble begrunnet ut fra tidsfaktoren, dvs. mangel på tid. De sjeldne møtene i teamet skapte problemer for hvordan man kunne ivareta saker som oppsto mellom møtene. Koordinerende enhet i bygdekommunen løste dette ved å delegere myndighet fra teamet til leder av teamet. Selv om det i prinsippet var teamet som skulle behandle innmeldte saker, var kommunefysioterapeuten i praksis delegert ansvaret for å kunne sette i verk strakstiltak.

I *utkantkommunen* møtes individuell plangruppen sjelden, og leder av gruppen var delegert retten til å behandle søknader om individuell plan. Det betyr i praksis at individuell plangruppen stort sett har overlatt arbeidet til leder av gruppen og ikke er i funksjon.

I *bygdekommunen* og *utkantkommunen* er det leder av koordinerende enhet, dvs. kommunefysioterapeutene som leder av koordinerende enhet, som framstår som OPP. Medlemmene i teamene har ikke utviklet lojalitet og sterke nok relasjoner til at teamene framstår som stabile. Både bygdekommunen og utkantkommunen er små kommuner og koordinerende enhet er gjennom sine ledere underlagt en operativ tjenesteenhet nede i organisasjonen (Breimo og Thommesen, 2012). Det skiller dem fra *bygdebyen*, hvor de to teamene som utgjør koordinerende enhet, er lagt i stab under rådmannen. Jeg skal videre se om tilgjengelighet i bygdebyen skiller seg fra de to små kommunene.

#### 6.5.4 Få henvendelser

I *bygdebyen* kommer det fram et litt annet aspekt når problemstillingen om sjeldne møter i teamene tas opp. I bygdebyen møttes habiliteringsteamet og rehabiliteringsteamet i utgangspunktet ca. en gang per måned, men i praksis var det sjeldnere. Leder av rehabiliteringsteamet i bygdebyen ga ikke inntrykk av at de sjeldne møtene representerte noe problem, men det kom også fram at hun fikk få henvendelser. Leder av rehabiliteringsteamet var rehabiliteringskontakt i kommunen, og var kontaktperson for sykehusene. Å være kontaktperson innebar en postkassefunksjon. Leder av

rehabiliteringsteamet gjorde ikke vurderingsbesøk på sykehuset eller i kommunen. Hun videreformidlet beskjeder og kalte seg for et bindeledd, slik at samarbeidspartnere skulle slippe å lure på hvem de skulle snakke med. Dette til forskjell fra leder av koordinerende enhet i de to små kommunene, som begge gikk aktivt inn i enkeltsaker. I tillegg var antallet henvendelser hun fikk få. Sykehuset skulle ta kontakt med rehabiliteringskontakten kun når det gjaldt nye brukere, og det var i praksis bare sykehusets "Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering" som tok kontakt. Dersom pasientene i sykehuset alt mottok tjenester fra den kommunale hjemmesykepleien, var det hjemmesykepleien sykehuset skulle ta kontakt med. Denne praksisen medførte at koordinerende enhet ble en funksjon som sjelden ble kontaktet. Koordinerende enhet konkurrerte med andre enheter i kommunen som også var utpekt som samarbeidspartnerne for sykehuset, og som hadde etablert seg som viktigere knutepunkter for kontakt enn koordinerende enhet.

Det at koordinerende enhet ved leder av rehabiliteringsteamet i så liten grad fikk henvendelser fra sykehuset, og at henvendelsene kun kom fra én avdeling, viser at funksjonen koordinerende enhet i bygdebyen ikke har klart å etablere seg som et obligatorisk passeringspunkt (OPP) for eksterne samarbeidspartnere. Det samme gjelder for interne samarbeidspartnere i kommunen. Leder av rehabiliteringsteamet opplevde heller ikke at individuell plan var på dagsorden hos enhetslederne. Hun får heller ikke mange henvendelser fra samarbeidspartnere internt i kommunen. Det kan tyde på at rehabiliteringsteamet heller ikke har klart å få opplutning fra kommunale samarbeidspartnere i tilstrekkelig grad til å bli et obligatorisk passeringspunkt. Rehabiliteringsteamet hadde kun vært i drift noen år, og det var preget av mindre stabile nettverk både eksternt og internt enn habiliteringsteamet som hadde fungert siden 1999, og som var mere kjent og i større grad hadde etablert seg som et sted brukere/pårørende og samarbeidspartnere henvendte seg.

#### 6.5.5 Sentralisert versus desentralisert vedtaksmyndighet

*Bykommunen* har gjennom sitt bestillerkontor etablert et *sentralisert* vedtakssystem for mange tjenester, noe som tvinger alle brukere og samarbeidspartnere til å henvende seg dit, og koordinerende enhet blir et obligatorisk passeringspunkt nærmest som en uintendert konsekvens av dette. Det gir også muligheter for koordinerende enhet til å se brukere i et mer helhetlig perspektiv og å være mer proaktive i relasjonen til brukere. Ett felles trekk hos de tre kommunene som har valgt *teammодellen*, er at koordinerende enhet kun har som hovedoppgave å vurdere søknader om individuell plan. Vedtaksmyndighet i forhold til enkelttjenester ligger ute i den enkelte virksomhet som et *desentralisert* system. Koordinerende enhet blir her bare en av mange kontakter i kommunen. Samarbeidspartnere må forholde seg til et desentralisert kommunalt system, noe som kan svekke funksjonen koordinerende enhet fordi funksjonen taper i konkurransen om oppmerksomhet når

kommunene har så mange og konkurrerende kontaktpunkter som samarbeidspartnere må forholde seg til<sup>36</sup>.

## 6.6 Fase III: Innrulling

*Innrulling* er et resultat av at interesseskaping har lyktes (Callon, 2001/1986). Begge de to modellene for funksjonen koordinerende enhet, *integrert* modell og *team*modell, har et stykke igjen før utpekte aktører fremstår som innrullert, og nettverket fremstår som stabilt og låst. De to modellene framstår med ulike styrker og svakheter i forhold til det å skape nettverk og oppslutning i forhold til koordinerende enhet.

Ser en på de fire kommunene under ett, så er det snakk om å bygge nettverk på to områder. Det handler for det første om nettverket som utgjør koordinerende enhet. Uavhengig av om koordinerende enhet er organisert som en integrert modell eller som en teammodell, så fremstår medlemmenes *identitet* og *lojalitet* internt i koordinerende enhet som *lav*, og nettverket innenfor koordinerende enhet som *ustabilt*. Når det gjelder koordinerende enhet som et internt nettverk, så har de utpekte posisjonene og de aktuelle aktørene ikke latt seg innrullere i den grad at det skapes stabile nettverk. Det kan være mange årsaker til det, og noen er allerede omtalt. Funksjonen er forholdsvis ny og har først fått oppmerksomhet de siste årene. Staten har ikke gitt økonomiske incentiver for å stimulere til at kommunene skal prioritere denne oppgaven. Uansett, så vil det å skape et sterkt nettverk internt mellom medlemmene i koordinerende enhet være av stor betydning for kvaliteten på funksjonen. Når medlemmene har liten identitet og lojalitet til posisjonen som medlem av koordinerende enhet, vil funksjonen svekkes. Her fremstår *lederposisjonen* som viktig. Den har fått lite oppmerksomhet nasjonalt, og i de fire kommunene er det lagt lite ressurser i en slik posisjon. Det er en funksjon som håndteres ved siden av mange andre oppgaver.

Det handler for det andre om å skape et stabilt nettverk mellom koordinerende enhet og funksjonens ulike *samarbeidspartnere*. Styrken på disse forbindelsene er først og fremst avhengig av at de oppgavene som legges til koordinerende enhet enten gjør at samarbeidspartene synes det er viktig å inngå aktivt i nettverket, eller at de tvinges til å delta i nettverket. Det er i denne sammenhengen det er snakk om i hvilken grad koordinerende enhet klarer å etablere seg som et OPP. Innrulling krever at brukere og samarbeidspartnere har en opplevelse av at det å støtte koordinerende enhet er viktig,

---

<sup>36</sup> Her vil det nye pålegget i helse- og omsorgstjenesteloven § 6 om formelle samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (regionale helseforetak) bidra til en bedre avklaring av samarbeidsrelasjonene mellom kommune og sykehus.

eller at de tvinges til å bruke koordinerende enhet. I utgangspunktet var alle tjenesteytere innenfor helselovgivningen pålagt å ta initiativ til en individuell plan dersom de så at det var behov for det, eller fikk forespørsel om det fra en bruker. Innrulling betyr at ulike tjenesteytere var oppmerksomme på denne plikten og etterlevde den. Innrulling av brukere vil si at de var informert om denne retten, og selv kunne ta initiativ til å få den ivarettatt. Det innebærer potensielt et svært vidt nettverk.

Det som viste seg å ha stor betydning for innrulling i de fire kommunene, var i hvilken grad det var skapt rutiner som tvang samarbeidspartnere til å ta kontakt med koordinerende enhet. Det viste seg at de tre kommunene med et desentralisert tildelingssystem for tjenester i mindre grad klarte å innrulle sine kontakter og hadde et mer ustabilt nettverk enn den største kommunen hvor bestillerenheten i stor grad representerte et obligatorisk passeringsspunkt på mange områder. "En dør inn" representerte en forenklet kontakt for samarbeidspartnere og skapte mindre usikkerhet og konkurranse, noe som lett kan skje når det finnes flere knutepunkter for kontakt i en kommune. På den andre siden var identiteten som koordinerende enhet lite utviklet og dermed ustabil.

## 6.7 Fase IV: Mobilisering

Denne fasen handler om i hvilken grad man kan snakke om at de innrullerte aktørene støttes av de kollektivene de representerer. Vi har i forrige fase sett at innrulling av aktører som utgjør koordinerende enhet og enhetens samarbeidspartnere, ikke fremstår som et spesielt stabilt eller fastlåst nettverk. I et nyinstitusjonelt perspektiv, kan man tolke kommunene slik at de oppretter koordinerende enhet for å vise staten at de følger opp et lovpålegg, dvs. tvangsmessig adopsjon (DiMaggio og Powell, 1983), og at de ikke er så opptatt av å koble virkemiddelet til praksis. Staten har fra 1.1.2012 svart med å legge koordinerende enhet inn som et krav i ny helse- og omsorgstjenestelov, og på den måten gir staten bedre støtte til virkemiddelet. Samtidig har koordinerende enhet i de fire kommunene klart å gjøre seg uunnværlig gjennom å være den instansen som behandler søknader om individuell plan, uavhengig av hvilke aktører som utgjør koordinerende enhet og hvordan de er organisert. Oppslutningen om koordinerende enhet er blitt avhengig av oppslutningen om individuell plan og koordinator. Bruken av individuell plan er stigende, så slik sett kan man si at støtten fra brukere og tjenesteytere generelt peker mot en styrket stilling. Dette retter oppmerksomheten mot relasjonen mellom begrepene rehabilitering og individuell plan. Det er ikke sikkert at alle brukergrupper er like kjent med begrepet rehabilitering, eller ser sammenhengen mellom rehabilitering og individuell plan. Det er heller ikke sikkert at de ulike tjenesteyterne som trekkes inn i individuelle rehabiliteringsprosesser, har en faglig yrkesidentitet som knytter dem til rehabiliteringsbegrepet. Dette spørsmålet vil jeg komme nærmere tilbake til i kapittel 8.

## 6.8 Avslutning

I dette kapittelet har jeg undersøkt hvordan ideen koordinerende enhet oversettes lokalt, ved hjelp av Callons translasjonsmodell (1986/2001) og fasene problematisering, interesseskaping, innrulling og mobilisering. Forflytningen fra å være et lovpålagt virkemiddel på papiret til å etablere en kommunal praksis, krever en rekke translasjoner og innrullinger. Koordinerende enhet må for å lykkes, bli et obligatorisk passeringpunkt (OPP) for brukere og tjenesteytere (Callon, 2001/1986; Sørensen, 2004). For å bli produktiv er koordinerende enhet avhengig av at brukere, tjenesteytere og andre mulige samarbeidspartnere overbevises om at det er i deres interesse å samhandle med instansen koordinerende enhet. Skal dette skje, må virkemiddelet tas tak i lokalt, og for å få oppslutning må de interne medlemmene la seg innrulle i funksjonen. I tillegg må funksjonen tas i bruk av ønskede samarbeidspartene. Det krever en innvevingsprosess der nye forbindelser skapes og stabiliseres (Sørensen, 2004). Koordinerende enhet som obligatorisk passeringpunkt er avhengig av at bestemte aktører lar seg innrulle i et ønsket nettverk.

Den nasjonale innpakkingen av samordningsteknologien koordinerende enhet var i utgangspunktet ganske åpen. Det var uklart hvordan den skulle organiseres, hva som skulle være primæroppgaven og hva som var kriteriet for suksess. Både den integrerte modellen og teammodellen preges av svak identitet og lojalitet hos de aktørene som utgjør koordinerende enhet. I både integrasjons- og teammodellen gjør aktørene internt motstand mot å innrulleres, slik at aktørene som er utpekt som medlemmer i koordinerende enhet, ikke utgjør et stabilt nettverk. Når en sammenlikner de to modellene, synes det som den integrerte modellen lykkes bedre i sitt nettverksarbeid eksternt fordi den tvinger samarbeidspartnere til å henvende seg dit. Selv om det er forskjeller mellom de fire kommunene, har de det felles at de har lagt koordinerende enhet til eksisterende stillinger og funksjoner, og har ikke satt av nye ressurser til å løse oppgaven. Løsningene fremstår som inkrementelle, dvs. at endringene er preget av små skritt og tilpasning til eksisterende løsninger (Fimreite, 2005). Kommunene har heller ikke lyktes i å etablere sterke identiteter eller lojalitet knyttet til funksjonen koordinerende enhet, verken internt eller eksternt. Det er lite som tilsier at nettverkene blir til en makroaktør (Latour, 1987). For at et aktør-nettverk skal bli til en makroaktør (Callon og Latour 1981), må mange bli til én, og det kan ha mange former som institusjoner, teknologier, selskaper og lignende.

Funnene peker mot at koordinerende enhet har en legitimerende funksjon, og at kommunene er mer opptatt av å vise staten at de følger opp et lovpålegg, enn å etablere en koordinerende enhet med høy grad av effektivitet overfor brukere. Samtidig er funksjonen etablert og de tildelte oppgavene blir håndtert, så noe skjer der. Hovedidentiteten til koordinerende enhet er knyttet til oppgaven med å



tildele individuell plan og koordinator. Det kan bety at målgruppen for rehabilitering er blitt lik målgruppen for individuell plan, eller at individuell plan blir synonymt med rehabilitering.



# 7 INDIVIDUELL PLAN – INDIVIDUALISERINGENS GRENSER OG EN KOORDINATORPOSISJON UNDER PRESS

## 7.1 Innledning

Individuell plan er det organisatoriske virkemiddelet i den helhetlige rehabiliteringspolitikken som har fått mest oppmerksomhet. I Rehabiliteringsmeldingen ble det påpekt at brukere i liten grad ble tatt med i valg og utforming av tiltak, at bistanden var fragmentert og at brukere med erfaring fra ansvarsgruppe, kontaktperson, eller en plan oftere hadde fått hjelp som var tilpasset behovet. Ulike yrkesgrupper og tjenester hadde alt tatt i bruk "individuelle planer" under ulike betegnelser som; omsorgsplan, rehabiliteringsplan, habiliteringsplan, individuell opplæringsplan m.m. Rehabiliteringsmeldingen fremhevet at:

*"Brukaren er likevel ikkje sektorinndelt. Brukaren har eit behov for eit heilskapleg, samla, planlagt, tydeleg og forpliktande rehabiliteringsløp. Dette tilseier ein samla plan på langs av nivå og på tvers av sektorar" (St.meld.nr.21 (1998-99):23).*

Individuell plan handler om koordinering eller samordning av tjenester på individnivå, om brukermedvirkning, individuelt tilpassede tjenester, og et helhetlig og koordinert tilbud (Hansen, 2007:21). Det er en rettighet og et virkemiddel som har vært lovpålagt siden 2001, og som kommunene er tillagt et særlig ansvar for (St.meld.nr.21 (1998-99); forskrift om individuell plan, 2001/2004; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2011). Et ledd i ordningen med individuell plan var tildeling av en personlig tjenesteyter eller koordinator med et hovedansvar for oppfølging av tjenestemottaker. I følge Thommesen, Normann og Sandvin (2008) er lovverket og intensjonen bak ordningen med individuell plan ganske klar. Det er utarbeidet en veileder på området som er revidert flere ganger, og det har vært gjennomført mye opplæring. Likevel er det i praksis ulike oppfatninger av hva en individuell plan er for noe, og hva som inngår i ordningen (ibid:43). Over tid har koordinatorrollen fått økt oppmerksomhet og betydning,

I dette kapittelet vil jeg ta for meg de lovpålagte virkemidlene individuell plan og koordinator som "ideer på reise", dvs. hvordan de er pakket inn fra sentrale myndigheter, og undersøke hvordan de pakkes ut i de fire kommunene. Oversettelsesbegrepet peker på hvordan organisasjoner i et felt kan vise variasjon og heterogenitet, og kan fange opp kompleksiteten og mangetydigheten i prosessen (Johansson, 2002). Ideer og strukturer forandres når de føres videre i tid og rom. Ordninger på lokalt

nivå kan variere med graden av tolkningsrom de lokale aktørene gis. Det kan være avhengig av selve idéinnholdet, men også ideens innpakning og reiserute. Oversettelse handler om hvordan politikken gis et representasjonsmessig innhold (konseptualisering), og hvordan politikken får et konkret innhold (konkretisering). *Konseptualisering* viser til hvilke representasjoner av individuell plan og koordinator som utvikles i de fire kommunene. *Konkretisering* handler om hvilke rutiner og ordninger som etableres for å ivareta brukernes rett til individuell plan og koordinator. Hvem er de sentrale aktørene, og hvordan blir de trukket inn og ansvarliggjort? Den siste oversettelsesprosessen kalles *kontrollering* og har utgangspunkt i ANT. Den baserer seg på ANTs forståelse av translasjoner som nettverksbyggende aktiviteter. Fokus vil være på aktiviteter som har til hensikt å gjøre individuell plan og koordinatorposisjonen mektig, dvs. skape et stabilt nettverk rundt bruken av individuell plan og koordinator. Jeg vil se nærmere på i hvilken grad sentrale aktører lar seg innrullere i nettverket, og i hvilken grad det utvikles prosedyrer og rutiner som låser fast ordningen med individuell plan og koordinator. Jeg vil også se nærmere på om det kommer til syne motstand mot å la seg innrullere i de posisjonene som pekes ut som sentrale for ordningen med individuell plan og koordinator, og hvilke representasjoner som er utviklet i forhold til ordningene.

## 7.2 Innpakking av individuell plan og koordinator

Individuell plan ble først tatt opp i rehabiliteringsmeldingen (St.meld.nr.21 (1998-99):23), og ble fulgt opp av en egen forskrift i 2001. Forskrift om individuell plan fra 2001 var først kun hjemlet i helselovgivningen. Denne ble avløst 1.1. 2005 av forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosiallovgivningen (2004)<sup>37</sup>, som et ledd i harmonisering av regelverket for helsetjenesten og sosialtjenesten, og for å bedre samarbeid og koordinering mellom tjenestene (Kjellevoid, 2009:86). For å dekke personer som henvendte seg både til helsetjenesten og/eller til sosialtjenesten, gikk man over fra å anvende begrepet "pasient" til begrepet "tjenestemottaker". Denne forskriften var gjeldende da jeg gjorde feltarbeid i de fire kommunene. Det ble også gitt ut en Veileder til forskrift om individuell plan i 2002 og 2005, som også er blitt revidert i 2010 (Helsedirektoratet, 1/2010; Helsedirektoratet (IS-1253), 2005).

I følge forskrift om individuell plan (2004) er det "*tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester*" som har rett til å få utarbeidet individuell plan. Forskriften

---

<sup>37</sup> Heretter omtalt som forskrift om individuell plan (2004).

hadde et tredelt formål<sup>38</sup>: (1) å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder en tjenesteyter med hovedansvar for oppfølgingen, (2) at tjenestemottakerens mål, ressurser og behov kartlegges, samt at tiltak koordineres, (3) å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, mellom tjenesteytere, og på tvers av forvaltningsnivå. Forskriften slo fast at å starte arbeidet med en individuell plan forutsetter at brukeren ønsker det og gir sitt samtykke<sup>39</sup>. Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning tjenestemottakeren og pårørende ønsker det, og dersom tjenestemottakeren/pasienten ikke har samtykkekompetanse etter helselovgivningen. Det skulle i følge formålsparagrafen være en tjenesteyter eller koordinator som hadde hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Tjenestemottaker og koordinator ble dermed pekt ut som to sentrale posisjoner i arbeidet med individuell plan.

Forskriften (2004) inneholdt flere krav til hva et plandokument skulle omfatte (ibid § 7). Det skulle bl.a. inneholde en oversikt over tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester, hvem som deltar i arbeidet med planen, hvem som skal være koordinator, hvilke tiltak som er aktuelle, og hvem som skal ha ansvaret for disse. Innhold og omfang skulle tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker.

Tjenesteytere som arbeidet med utgangspunkt i helse- og sosiallovgivningen, var juridisk forpliktet til å informere personer i målgruppen om ordningen og hjelpe dem videre i systemet. De ble også pålagt å samarbeide med andre tjenesteytere som bistår med tjenester til brukeren. Den individuelle planen gir ikke tjenestemottakeren større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.

På den tiden da datasamlingen ble gjennomført, var rett og plikt til individuell plan hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-5, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3a. I praksis var tre instanser pålagt arbeidet med å utarbeide individuell plan etter sosial- og helselovgivningen: sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten og helseforetakene, som også omfattet institusjoner innenfor det psykiske helsevernet. Tjenestemottakere har rett til rehabilitering, og de har en rett til individuell plan. Forholdet mellom disse rettighetene er uklart. Hvordan vet en tjenestemottaker at han eller hun er innenfor målgruppen for å motta rehabilitering? Er det å motta en rett til individuell plan

---

<sup>38</sup> Dette formålet ble endret fra 1.1.2012, da de to forskriftene på området ble slått sammen til en ny forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Den nye forskriften har beholdt formålet fra tidligere forskrift om habilitering og rehabilitering (2001).

<sup>39</sup> Her ble det etablert et unntak for pasienter under tvungent psykisk helsevern.

dokumentasjon på at du mottar rehabilitering? På dette området er den nasjonale rehabiliteringspolitikken uklar.

Verktøyet individuell plan har siden den første forskriften kom i 2001, fått stor utbredelse og er nedfelt i flere sektors lovgivning. I tillegg til forskrift om individuell plan etter sosial- og helselovgivningen er retten til en individuell plan hjemlet i *arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 15* (NAV-loven, 2006), som trådte i kraft 1.7.2006. Fra 1. januar 2010 har *barnevernstjenesten* hatt plikt til å utarbeide en individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester, dersom det anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet, og det foreligger samtykke. Barneverntjenesten skal videre samarbeide om planen med andre instanser barnet mottar tiltak fra (Barnevernloven, 1993§ 3-2a). Videre ble det i Midtlyngutvalgets utredning "*Rett til læring*" (NOU 2009:18) foreslått at bestemmelser om individuell plan, samt rett til personlig koordinator skulle hjemles i *barnehageloven og opplæringsloven*. Retten til en individuell plan har dermed oppnådd suksess i form av spredning til lovverk innen flere sektorer i velferdsapparatet. Man kan spørre om den kraftige spredningen av individuell plan innebærer at det er et virkemiddel som benyttes på flere områder enn i rehabilitering, eller om spredningen betyr at rehabilitering er en virksomhet som utvides?

### 7.2.1 Systemansvar

For kommunene innebar forskrift om individuell plan (2004) et krav om å etablere rutiner som sikret at ordningen ble ivaretatt. Regelverket hadde i utgangspunktet ikke klare føringer for hvor individuell plan skulle forankres, eller hvilke rutiner og oppgaver som skulle ivaretas. Hvordan kommunene skulle ivareta ordningen, fremsto dermed som "løst pakket" i nasjonale føringer på den tiden undersøkelsen ble gjennomført. Veilederen for individuell plan fra 2005 (Helsedirektoratet (IS-1253), 2005) anbefalte at *rutiner og prosedyrer* ble behandlet politisk eller på rådmannsnivå, slik at de kunne gjelde for alle ansatte. Det ble videre anbefalt at en instans i kommunen burde utpeke koordinatorene og ha opplærings- og veiledningsansvar for dem (Helsedirektoratet (IS-1253), 2005:23). Den organisatoriske forankringen var åpen, men koordinerende enhet ble pekt ut som sentral i flere dokumenter (St.meld.nr.21 (1998-99), Helsedirektoratet 2005 (IS-1253), St.prp.nr.1 (2007-2008) kapittel 9)<sup>40</sup>. De

---

<sup>40</sup> Begrepet "*systemansvar*" ble tatt i bruk i den reviderte veilederen til forskrift for individuell plan som kom i 2010, dvs. etter at datasamlingen var avsluttet. Her står det at systemansvar kan innebære utarbeidelse av sektorovergripende rutiner, rekruttering av koordinatorene, generell opplæring og informasjon, opplæring og veiledning av koordinatorene, oversikt over planarbeidet i kommunen, være kontaktpunkt for henvendelser om oppstart av individuell plan med mer (Helsedirektoratet (IS-1253), 2005:15).

fire kommunene i min undersøkelse har alle valgt å legge ansvaret for individuell plan og koordinator til koordinerende enhet før undersøkelsen ble gjennomført. I følge en landsdekkende undersøkelse fra 2009 om rollen til koordinerende enheter, svarte 72 % av 192 koordinerende enheter at de har systemansvar for individuell plan, dvs. lager rutiner, er ansvarlig for opplæring, har oversikt over antall planer m.m. (Sørensen, 2009).

### 7.2.2 Individuell plan som trend og kontrakt

Individuell plan kan oppfattes som en *organisasjonsoppskrift* med utgangspunkt i New Public Management (NPM). Forskriften legger vekt på at det skal utvikles klare mål og at det etableres tiltak for å nå målene, noe som gir et virkemiddel basert på en *rasjonell-instrumentell* logikk (Hansen, 2007). Satt på spissen innebærer det en vending i synet på tjenestemottakere fra å se dem som svake, utslåtte og hjelpetrengende til å se dem som rasjonelle og kompetente forbrukere som selv vet best hva de vil med sine liv (Andersen, 2011).

Individuell plan som virkemiddel kan også betraktes som en *trend* i norsk og europeisk velferdspolitik med vekt på en *individualisering* og *kontraktliggjøring* av forholdet mellom velferdsstaten og dens klienter (Nilssen, 2011). Individuelle planer omtales som en form for relasjonelle kontrakter eller kvasikontrakter. Med relasjonelle kontrakter forstås en måte å organisere forholdet mellom tjenesteytere og tjenestemottakere på som er forankret i en kontraktorientert tenkemåte, men som ikke har en rettslig status som kontrakt (Yeatman og Owler, 2001 i Nilssen 2011:81). Det kontraktstilkende har som mål å skape en selvstendig eller autonom borger, og gjør at individuell plan kan fungere som et styringsmiddel som forplikter brukerne til å ta aktiv del i tjenesteytingen. På den andre siden er ikke en individuell plan bindende for kommunen når det gjelder å følge den opp, verken i forhold til enkelttjenester eller som en helhetlig plan. Så lenge kommunen holder seg innenfor forsvarlighetsnormen, står den fritt til skjønnsmessig å vurdere hvilke tiltak eller tjenester den synes er best, og omfanget på disse.

Lovgivningen om individuell plan er omtalt som ambisiøs både i forhold til kvantitative og kvalitative mål (Røhme, Hatling, og Lidal, 2006). Målgruppen, dvs. tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, er en gruppe som er vanskelig å avgrense og tallfeste. Bruken av individuelle planer har vært økende. I en kartlegging av individuelle planer i landets kommuner gjennomført våren 2011 er det beregnet at 0,58 % av befolkningen har en individuell plan (Helsedirektoratet/Ramboll, 2011). Sentrale myndigheter vet imidlertid lite om forholdet mellom dette tallet og behovet for slike planer. Er det slik at alle som har rett til en individuell plan, faktisk får tilbud om det?

Et annet aspekt ved antallet planer er knyttet til hvordan kommunene oversetter eller håndterer forskriftens kriterier for å tildele individuell plan. Den kvalitative dimensjonen handler om formålet med individuell plan, dvs. å styrke brukermedvirkning og skape sammenhengende tjenestetilbud hvor forvaltningsnivåer og ulike instanser samarbeider. I en spørreundersøkelse rettet mot ansatte fra helse- og sosialsektoren svarer et flertall at individuell plan styrker brukernes innflytelse på utformingen av egne velferdstjenester, bedrer samordningen mellom tjenesteområder på lokalt nivå og fremmer den individuelle tilpasningen av de kommunale tjenestene (skreddersøm) (Nilssen, 2011:91-92).

En norsk avhandling har sett nærmere på innføringen av individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid (Hansen, 2007). For at tjenestemottakere skal kunne ha nytte av arbeidet med individuelle planer, er det en forutsetning at de både har klare mål og forstår hensikten med å utforme en individuell plan. Dette er forutsetninger som Hansen (2007) i liten grad opplever er oppfylt innenfor psykisk helsearbeid. Han mener samarbeid og helhetlige tilbud i stor grad påvirkes av andre faktorer enn individuell plan. Forhold som forståelse for rehabiliteringsideologien, kommunens organisering, profesjonelle grenser, holdninger og samarbeidskompetanse fremheves som viktige rammer for samarbeid. Den individuelle planen bidrar likevel til at de ulike tjenestene tilpasser seg hverandre. Her tar koordinatorene et særlig ansvar.

### **7.3 Utpakking: tildeling av individuell plan og koordinator**

Koordinerende enhet i de fire kommunene hadde som hovedoppgave å behandle søknader om individuell plan og koordinator. For å få tilgang til koordinator måtte tjenestemottakeren først få innvilget rett til en individuell plan. Det som fikk størst oppmerksomhet i de fire kommunene, var prosedyrer knyttet til tildelingsprosessen, hvordan retten til en individuell plan skulle vurderes og tildeles. Tildelingsmyndighet vil si å behandle søknader om individuell plan, og gi søkeren enten medhold eller avslag på søknaden. Det er dermed av interesse å studere hvordan intervjupersonene håndterte vilkårene for å tildele individuell plan i de fire kommunene som et ledd i konkretiseringen av ny rehabiliteringspolitikk.

Individuell plan er et velferdsgode, og koordinerende enhet får en "portvaktfunksjon" i forhold til tilgjengelighet, dvs. at medlemmer i koordinerende enhet har makt til å bestemme hvem som skal få tilgang til godet eller ikke. Koordinerende enhet er, samtidig som den skal ivareta hensynet til tjenestemottakerens eller brukerens beste, satt til å forvalte samfunnets ressurser på en forsvarlig måte (Halvorsen, 2010:118). Velferdsstatens profesjonsutøvere fordeler viktige goder og avgjør hvem som skal få hva, når og hvordan (Eriksen, 2001:15). Profesjonsutøvere kritiseres ofte for at de enten



fastlegger for romslige eller alt for knappe standarder, etablerer urimelige forskjeller eller behandler ulike tilfeller likt (Eriksen, 2001:15-16). Når profesjonsutøvere eller frontlinjebyråkrater har stort rom for skjønn, blir det vanskelig å holde dem ansvarlige (Lipsky, 1980). Jeg vil først se nærmere på konkretisering i de fire kommunene, dvs. struktur og rutiner rundt tildeling av individuell plan og av koordinator. Senere vil jeg komme inn på spørsmål knyttet til kontrollering: Hvilken oppslutning får individuell plan hos sentrale aktører i kommunene? Har de fire kommunene rutiner som ivaretar oppfølging av planer etter at vedtak er gjort? Hvilken oppslutning har rollen som koordinator blant kommunens tjenesteytere?

### 7.3.1 Vilkår for tildeling av individuell plan

Den som søker om individuell plan, må i følge regelverket fylle vilkåret om behov for langvarige og koordinerte tjenester (Helsedirektoratet (IS-1253), 2005). Vurderingen av hvem som faller inn under disse kriteriene, beror "til en viss grad på skjønn" (ibid:13). Det blir en faglig vurdering å avgjøre om forskriftens vilkår for rett til individuell plan er oppfylt. Mange av medlemmene i kommunenes koordinerende enheter hadde bakgrunn som helse- og sosialpersonell. Det ble ikke pekt på bestemte profesjoner i regelverket, så vurderingen var i utgangspunktet profesjonsnøytral. De to kriteriene var løst pakket inn, og handlingsrommet for skjønnsmessig tolkning var følgelig stort. Dette var situasjonen da jeg gjennomførte min datasamling (2007-2008). Helse- og omsorgsdepartementet omtaler senere kriteriene i utkastet til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester slik:

*"Med behov for "langvarige" tjenester menes at behovet må være av en viss varighet. Det er imidlertid ikke et krav at behovet skal være varig eller strekke seg over et bestemt antall måneder eller år. Med behov for "koordinerte tjenester" menes at behovet må gjelde to eller flere helse- og/eller sosialtjenester, det vil si tjenester fra forskjellige tjenesteytere, og at tjenestene må eller bør ses i sammenheng" (Helse- og omsorgsdepartement 2010, I-1151 B:279<sup>41</sup>).*

Her skjer det en viss operasjonalisering fra myndighetenes side av hva som legges i kravene, men vilkårene er fortsatt ganske åpne for en skjønnsmessig vurdering av enkeltsaker.

### 7.3.2 Konkretisering av kriteriet om langvarige behov

Det første kriteriet om langvarige behov for tjenester viste seg å bli lite problematisert av intervjupersonene i de fire kommunene. Leder for rehabiliteringsteamet i bygdebyen formulerte konkretisering av kriteriet om langvarighet slik: "Vi har vel definert langsiktige, langvarige koordinerte tjenester, at de skal vare mer enn to år". Dette er en tidsangivelse som gikk igjen hos flere

---

<sup>41</sup> Disse kommentarene er senere tatt inn i merknadene til § 7-1 Individuell plan i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) (Medlex Norsk helseinformasjon, 2012:27).

intervjupersoner i de fire kommunene, som de mente var signalisert utenfra, uten at de kunne angi dette nærmere. Samtidig som angivelsen to år var veldig konkret, uttalte intervjupersonene at de i praksis ikke var så opptatt av å vurdere tidsangivelsen ut over at behovene skulle være av langvarig karakter. Hva de konkret la i dette, ble i liten grad beskrevet nærmere. Konkretiseringen eller operasjonaliseringen av kriteriet fremsto som uklart i alle de fire kommunene. Det kommer fram en oppfatning om at langvarighet handler om år, noe som gir et annet perspektiv enn om det handler om måneder. Det kan tyde på at personer der langvarighet kunne handle om måneder, ikke har vært innenfor målgruppen for individuell plan i de fire kommunene, og at disse dermed ikke har fått noe tilbud.

### 7.3.3 Konkretisering av kriteriet om behov for koordinerte tjenester

Intervjupersonene var langt mer opptatt av kriteriet om behov for *koordinerte* tjenester. I tillegg til koordinerte tjenester snakket de gjerne om *sammensatte* tjenester. Det var dette kriteriet som ble tillagt hovedvekt, og hvor det kom fram flest synspunkter. Et hovedskille går mellom de to største og de to minste kommunene, der de to største framstår som *strengere* i sine vurderinger av kriteriet om koordinerte tjenester.

I de to største kommunene viste det seg at *organisering* ble tillagt avgjørende vekt for tildeling av individuell plan. Leder av bestillerkontoret/koordinerende enhet i bykommunen avgrenset behovet for koordinerte tjenester med utgangspunkt i organisasjon. Hun skilte klart mellom tjenester som hører inn under samme leder, og der de tilhører ulike ledere: *"Hvis det er behov for å koordinere hjemmesykepleie og hjemmehjelp, ligger det hos en leder, og da forventer man at det koordineringsansvaret blir gjort der"*. Det er ikke nok at brukeren mottar flere tjenester. Det må være flere enheter som yter bistand til brukeren. Et tilsvarende syn kommer til uttrykk hos leder av rehabiliteringsteamet i bygdebyen:

*"Vi teller vel ikke akkurat tjenester, men det er et definisjonsspørsmål i forhold til hvis det kun er hjemmetjeneste inne, om det skal være individuell plan. [...] Altså, er det en tjeneste, så mener jeg at de skal klare å koordinere den der. Da trengs det ikke noe formelt vedtak om individuell plan."*

Lederne av koordinerende enhet i *bykommunen* og *bygdebyen* var tydelige på at et koordineringsbehov som oppstår innenfor en enhet (en leder), skal ivaretas internt av enheten, og at en enhets interne koordineringsbehov ikke gir en bruker rett til en individuell plan. Det var særlig hjemmetjenesten eller omsorgstjenesten som ble trukket fram som eksempel på en virksomhet som tilbyr flere tjenester, og hvor tjenestemottakere kan ha behov for koordinering av tjenester selv om de tilbys innenfor en enhet. I Rehabiliteringsmeldingen ble det lagt vekt på at tjenesteyterne innenfor

rehabilitering må ha en vilje til å se tilbud og organisering nedenfra og opp med brukeren i sentrum, og at dette skulle representere et skifte fra et institusjons- og sektorperspektiv til et tverrsektorielt brukerperspektiv (St.meld.nr.21 (1998-99)). I bykommunen og bygdebyen, som er de to største kommunene, blir tjenester fra flere enheter gjort til et hovedkriterium for tildeling av individuell plan. Det vil si at det er kommunens organisering av tjenester som tillegges vekt. Brukernes subjektive opplevelse av sin situasjon synes ikke å bli tillagt vekt. Det skjer en *konseptualisering* av individuell plan som noe som skal omfatte flere enheter, og dette får betydning for behandling av enkeltsaker.

De to minste kommunene, *bygdekommunen* og *utkantkommunen*, fremstår som mindre strenge når de konkretiserer hva som ligger i kriteriet om sammensatte tjenester. Slik de ser det handler det kun om å summere antall tjenester, noe som signaliserer en enklere og mindre streng vurdering.

Kommunefysioterapeuten i *utkantkommunen* var delegert beslutningsmyndighet for individuell plan. Ut fra hennes vurdering var det enkelt for en person alene å vurdere om kriteriene for å få tildelt en individuell plan, var oppfylt: *"Så lenge forskriften er så vag og... jeg husker ikke helt ordrett hva som står der, men det gjør i hvert fall at stort sett alle har rett"*. Det handler om å summere antallet tjenester som tjenestemottakeren mottar eller har behov for. I prinsippet var det tilstrekkelig at en tjenestemottaker mottok bistand i form av to tjenester for at bistanden kunne sies å være sammensatt. Det skulle mye til for at det ble gitt avslag på en søknad. Dette inntrykket ble underbygget både av leder for helse og omsorg, og av leder av psykisk helse, som sa: *"og det er vel ingen som har fått avslag til nu"*. Den andre av de små kommunene, bygdekommunen, la seg på en liknende linje. I praksis var det teamets leder som var delegert beslutningsmyndighet om tildeling av individuell plan. Samlet sett representerer de to små kommunene en mindre streng fortolkning av kriteriene for å få tildelt en individuell plan enn det som kom fram i de to største kommunene.

Forskjellen i tolkningen av kriteriet om sammensatte behov, tyder på at det er lettere å få tildelt en rett til individuell plan i de to minste kommunene. I følge undersøkelsen *"Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011"* (Helsedirektoratet/Ramboll, 2011:2), er det generelt færre involverte tjenester i små kommuner enn i større kommuner. En forklaring er at store kommuner har et større tjenesteapparat og en mer oppdelt tjenestestruktur. Det innebærer at flere brukere i større kommuner enn i små kommuner har behov for individuell plan, og at det relativt sett vil være behov for flere individuelle planer i større kommuner. I Helsedirektoratets undersøkelse viste det seg imidlertid at når antallet individuelle planer ble vurdert i forhold til innbyggertallet, så var det flest individuelle planer per innbygger i kommunene i Finnmark, Nord-Trøndelag og Hedmark og færrest individuelle planer per innbygger i kommunene/bydelene i Vestfold, Oslo og Akershus (ibid:2). De tre første fylkene representerer mindre kommuner i innbyggertall enn de tre siste. Undersøkelsen kan

dermed indikere at små kommuner har lavere terskel for å tildele en rett til individuell plan enn større kommuner også på nasjonalt nivå. Jeg vil videre se nærmere på hva som kan være bakgrunnen for forskjellen mellom de to største og de to små kommunene i min undersøkelse når det gjelder tildeling av individuell plan.

#### 7.3.4 Konseptualisering av individuell plan som ressurskrevende

En streng fortolkning av kriteriene for tildeling av individuell plan kan forstås som en *motstand* mot individuell plan. Dette var en motstand som jeg først og fremst fant hos sentrale aktører i de to største kommunene. Kommunalsjefen for helse og sosialtjenester i *bygdebyen* var opptatt av at koordinerende enhet ved de to teamene hadde en kontrollfunksjon i forhold til hvor mange som ble tildelt individuell plan: *”Og på den måten så har ein lite grann kontroll på mengden på det, uten at det skal være noke sånn sensurorgan, men at ein har ei grundig drøfting på kor ti bør det opprettast [...]”*. Kommunalsjefen ville unngå at det ble tildelt for mange individuelle planer av ressursmessige hensyn. Leder av habiliteringsteamet i kommunen ga i tillegg uttrykk for en generell skepsis i forhold til om individuell plan var så bra som myndighetene argumenterer for. Han var opptatt av om tiden det tok å utarbeide en plan, kunne gå på bekostning av det å få gjort ting i praksis. Leder av bestillerkontoret i *bykommunen* var opptatt av at en individuell plan kunne medføre økt bruk av ressurser, og var særlig opptatt av at koordinatorene *”ikke måtte love for mye”*.

Repstad (2004) peker på to hovedargumenter for koordinering og samarbeid. For det første forventes det at brukerne får bedre tjenester når de er samordnet. Det er særlig dette poenget som er vektlagt i den nasjonale rehabiliteringspolitikken. For det andre forventes det at koordinering vil effektivisere oppgaveløsningen. Tanken er at samarbeid eller koordinering vil gi bedre tjenester for en billigere penge, at det virker ressursbesparende. Samtidig peker Repstad på at samarbeid har en pris, noe som underkommuniseres. Koordinering krever ressurser. Det må først investeres ressurser, før det kan spares ressurser. Dette poenget kommer fram i vurderingene rundt tildeling av individuell plan hos dem som er ledere på litt høyere nivå, slik som helse- og sosialsjefen i *bygdebyen* og leder av bestillerkontoret i *bykommunen*. Slik de ser det, representerer tildeling av individuell plan økt bruk av ressurser, f.eks. ved at det oppnevnes en koordinator som trenger avsatt tid til arbeidet, og som i løpet av prosessen kan få kjennskap til flere behov hos brukeren, noe som kan gi et økt press på flere tjenester.

Denne motstanden er også omtalt i annen forskning (Grut, 2008), og Myrvold, Kristofersen og Sverdrup (2007:2) skriver at flere av deres informanter har reflektert over det sterkt ressurskrevende elementet ved utvikling av slike planer. Både utarbeiding og oppfølging er så kostnadskrevende at det er vanskelig

å nå opp til idealet om at alle som har krav på individuell plan, skal få det. Hvor skal man ta tiden og ressursene fra? Thommesen et al. (2008:49) skriver at de har møtt mange, både tjenesteytere og kommunale ledere, som tror at individuell plan kan føre til en utgiftseksplosjon. Deres informanter frykter at dersom en øker brukernes innflytelse gjennom arbeidet med individuell plan, vil det medføre økte krav om tjenester. Thommesen (2010:122) omtaler forestillingen om at individuell plan fører til økte utgifter som en "*seiglivet myte*", og peker på unødvendig store faste ansvarsgrupper og en ressurskrevende målutredning som årsaker til myten. I tillegg omtaler hun individuell plan som "*en tidstyv som frigjør tid*". Når man tar i bruk individuell plan, slipper tjenesteytere og tjenestemottakere å delta på så mange møter, og tjenestemottakere slipper å fortelle sin historie flere ganger.

Motstanden som kommer til uttrykk hos intervjupersoner i de to største kommunene, kan dermed knyttes til at det er skjedd en konseptualisering av objektet individuell plan som *ressurskrevende*. Konseptualisering er dermed noe mer enn innledende intern oversettelse av den nasjonale politikken. Konseptualisering skjer også over tid på bakgrunn av kommunenes erfaringer med å ta i bruk virkemiddelet. I hvilken grad konseptualisering av objektet individuell plan som ressurskrevende er hentet fra andre kommuners erfaringer, eller om det er skapt på bakgrunn av egne erfaringer internt i kommunen, vet jeg lite om. Dersom dette er en idé som beveger seg mellom organisasjoner, blir det vanskelig å forstå hvorfor den i hovedsak kommer til uttrykk hos de to største kommunene, og ikke hos de minste. En grunn til denne forskjellen kan være at de to største kommunene samlet sett har et større antall individuelle planer enn de to små kommunene, og har mer erfaringer med det å drifte individuelle planer. Det kan også være at det er et større press på tjenester i de to største kommunene sammenliknet med de to minste. En annen forklaring kan være at det er større nærhet til brukerne i de små kommunene og dermed vanskeligere å avslå en søknad enn i de to store kommunene, som fremstår som mer byråkratiske.

Konseptualiseringen av individuell plan som ressurskrevende finnes også i nyere nasjonale offentlige dokumenter. I St.medl.nr.12 (2011-2012) om forholdet mellom stat og kommune problematiseres økningen i statlig regelverk i perioden etter 1999 innenfor de største sektorene i kommunal virksomhet. Denne økningen gjelder også retten til individuelle planer på en rekke lovområder (St.meld.nr.12 (2011-2012):7). I meldingen fremheves viktigheten av å få mer kunnskap om følgene av disse plankravene. Det skal derfor gjennomføres "*ei samla evaluering av dei ulike lovføresegnene om individuell plan*" (ibid:8). Fram til Stortinget er blitt forelagt en slik gjennomgang, vil regjeringa ikke legge fram nye forslag til lovfesting av individuell plan. Denne teksten kan tyde på at nasjonale myndigheter også er i ferd med å etablere en konseptualisering av individuell plan som et ressurskrevende tiltak. De vil utrede dette nærmere. Det framstår dermed som åpent i hvilken grad de

slutter opp om en slik konseptualisering. Den planlagte evalueringen vil være sentral for hvilken oppslutning individuell plan vil få framover.

Virkemiddelet har hatt stor oppslutning fra sentrale myndigheter fra 2001 og fram til nå. De nye signalene kan være et tegn på at oppslutningen er blitt mindre eller har stoppet opp. Bildet av individuell plan som ressurskrevende representerer en motstand som truer oppslutningen om virkemiddelet. Nasjonale myndigheter signaliserer en viss skepsis i forhold til å utvide området for individuell plan som virkemiddel. Det signaliserer et skifte fra framgang til stillstand. I følge nyinstitusjonell teori er det vanlig at rasjonaliserte myter i løpet av en tid går fra stor suksess til å miste den store tilliten som de har hatt (Røvik, 1998). Troen på virkemiddelet individuell plan som et godt redskap for effektivisering og modernisering utfordres av en lokal oppfatning av at det er ressurskrevende mer enn ressursbesparende, og denne konseptualiseringen har også spredd seg til nasjonale myndigheter.

Det å utarbeide et plandokument oppfattes som særlig ressurskrevende ved ordningen. Motstanden kan føre til endringer som kan gå i flere retninger. Det kan f.eks. bli strengere kriterier for å få tildelt en individuell plan, eller det kan bli lagt mindre vekt på selve planarbeidet. Et annet trekk er økt fokus på funksjonen som koordinator.

## **7.4 Koordinatorposisjonen – oppnevning og oppslutning**

Et viktig formål med individuell plan var i følge tidligere regelverk å sikre at det til enhver tid er en *tjenesteyter* som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren (Forskrift om individuell plan (2004) § 2, IS-1253:15). Denne tjenesteyteren er i nytt regelverk kalt "*koordinator*"<sup>42</sup>. Koordinatorrollen har hele tiden vært en nøkkelposisjon i arbeidet med individuell plan og har fått økende oppmerksomhet. Koordinator skal, med utgangspunkt i brukerens mål, ønsker og behov, stabilisere nettverket rundt brukeren og ivareta kontakten mellom system- og individnivå. Regelverket stiller ingen formelle kompetansekrav til en koordinator, og funksjonen er i utgangspunktet profesjonsnøytral. En nasjonal undersøkelse viser imidlertid at det er flest koordinatorene rekruttert fra psykisk helsetjeneste og hjemmetjenesten, etterfulgt av helsestasjonen. Dette er i samsvar med hvilke tjenester som hyppigst er involvert i arbeidet med individuell plan: psykisk helsetjeneste (91 %),

---

<sup>42</sup> Fra 1.1.2012 er benevnelsen koordinator benyttet både i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21

helsestasjon (89 %), fysioterapi (88 %) og skole/barnehageetat (82 %) (Helsedirektoratet/Ramboll, 2011:2).

For å belyse de fire kommunenes oversettelse av koordinatorposisjonen, vil jeg ta for meg oversettelse i form av konkretisering; dvs. hvordan de fire kommunene pakker ut eller har organisert oppnevningen av koordinator, og hvilke aktører som er sentrale i dette arbeidet. Videre vil jeg se på translasjon i form av kontrollering; dvs. i hvilke grad aktørene slutter opp om og lar seg innrullere i nettverket rundt denne oppgaven. Jeg vil til slutt også komme inn på hvordan koordinatorposisjonen konseptualiseres i kommunene.

#### 7.4.1 Konkretisering; organisasjonsfesting eller personfesting av koordinatoransvaret

Koordinerende enhet i de fire kommunene har alle som oppgave å sikre at det utnevnes en koordinator, men de har valgt å organisere det på litt ulike måter. Hovedskillet går mellom å "organisasjonsfeste" og å "personfeste" koordinatoransvaret. Dette handler om oversettelse som konkretisering. De to benevnelsene er hentet fra intervjuet med leder av koordinerende enhet i bykommunen. Bykommunen *organisasjonsfester* ansvaret, mens de tre andre kommunene personfester det. Organisasjonsfesting innebærer at når bestillerkontoret i bykommunen tildeler en bruker rett til en individuell plan, blir det samtidig vedtatt hvilken virksomhet som får ansvar for å utnevne personlig koordinator. Leder av bestillerkontoret begrunner denne praksisen slik:

*"Da fatter vi et vedtak på at denne får en individuell plan. Selvfølgelig samarbeider vi med brukeren. Vi spør hvem brukeren vil ha som koordinator, og vi vurderer det. Vi går aldri inn for at pårørende skal være koordinator. Og vi hører på brukeren, men sånn klassisk så tenker vi at den tjenesten som er mest inne, kjenner brukeren best og bør ha koordinatoransvaret. Det nedfeller vi i dette vedtaket, hvem har koordinatoransvaret, hvilken virksomhet har koordinatoransvaret".*

Hun har flere legitimerende forklaringer på det å organisasjonsfeste koordinatoransvaret. Tidligere ble ansvaret personfestet, men hvis en koordinator sluttet, ble koordinatoransvaret hengende i løse luften. Ved å organisasjonsfeste ansvaret oppnår de at lederen for virksomheten som tildeles koordinatoransvaret, både blir orientert og ansvarliggjort. Lederen som orienteres om at enheten får et koordinatoransvar for en individuell plan, har for det første ansvar for å finne en personlig koordinator til brukeren, for det andre ansvar for å frigjøre tid for koordinatoren til å gjøre koordinatoroppgavene, for det tredje ansvar for å finne en ny koordinator dersom koordinatoren slutter, og sist men ikke minst, ansvar for at innholdet i planen er i tråd med hva enheten har mulighet til å bistå med.

Organisasjonsfesting av koordinatoransvaret medfører en ansvarliggjøring av *enhetslederne*. De tildeles en sentral posisjon i nettverket som skal ivareta individuell plan på systemnivå. Enhetslederne tildeles det praktiske ansvaret med å avklare hvem som skal være koordinator. Denne forskyvningen av ansvar kan også forstås som en måte å skyve et problemområde nedover i organisasjonen. Å få ansatte til å ta på seg oppgaven som koordinator for brukere med individuell plan er i følge Helsedirektoratets rapport IS-1841 (Helsedirektoratet/Ramboll, 2010) en hovedutfordring i arbeidet med individuell plan. Ved å organisasjonsfeste ansvaret forskyves den mest utfordrende delen av jobben til enhetslederne.

De tre andre kommunene *personfester* ansvaret, dvs. at de har et system hvor koordinerende enhet formelt skal utpeke koordinator. I praksis henvender de seg til enhetslederen for den virksomheten som er mest i kontakt med brukeren, for å få hjelp til å finne en koordinator. Selv om koordinerende enhet formelt oppnevner koordinatoren, så skjer det praktiske arbeidet i samarbeid med enhetslederne. Enhetslederne henvender seg til aktuelle tjenesteytere og forhandler med disse på vegne av koordinerende enhet. Innrulling av enhetslederne i nettverket rundt individuell plan er viktig for kontrolleringsprosessen, dvs. å skape et stabilt nettverk rundt ordningen. I utgangspunktet framstår skillet mellom å organisasjonsfeste og å personfeste koordinator som et skarpt skille der ansvaret i organisasjonsfesting flyttes til enhetslederen, mens ansvaret i personfesting blir hos koordinerende enhet. I praksis er det glidende overganger mellom de to prinsippene.

Uansett prinsipp for tildeling av koordinator får enhetslederne en sentral posisjon i arbeidet med å rekruttere koordinatorene, et arbeid som kan være utfordrende. Mange tjenesteytere har motstand mot å ta på seg denne rollen. I tillegg kan en uavklart myndighet mellom koordinerende enhet og enhetsledere skape usikkerhet når det gjelder grensen for hvor mange brukere en koordinator kan ha ansvar for. En enhetsleder kan synes at hennes/hans enhet ikke har kapasitet til å ta på seg flere oppdrag som koordinator. Hvem kan avgjøre dette, enhetslederen eller koordinerende enhet? I bykommunen er enhetslederen pålagt å finne en koordinator, men i de tre andre kommunene er dette ansvaret uklart. I følge Jacobsen (2004) er denne typen uklarhet et vanlig problem i forholdet mellom teamorganisering og hierarkisk organisering. Oppslutningen hos enhetslederne kan dermed være variabel, dvs. at nettverket er ustabil og kontrollering er langt fra optimalt.

#### 7.4.2 Konkretisering; kriterier for valg av koordinator

Intervjupersonene i de fire kommunene prioriterte generelt å legge koordinatoransvaret til den tjenesten/tjenesteyteren som har *mest kontakt* med brukeren, dvs. den virksomheten som yter flest og mest tjenester. Det innebærer f.eks. at brukere som har psykiske problemer og som mottar flest



tjenester fra psykisk helsevern, har koordinator fra denne tjenesten. Små barn, hvor foreldrene har mest kontakt med helsestasjonstjenesten, får en koordinator fra denne tjenesten. Brukere med flest tjenester fra hjemmetjenesten har koordinator fra denne tjenesten osv.

De tok også hensyn til brukerens eget ønske om koordinator når det fremkom av søknaden. I en del saker ble valg av koordinator først avklart etter en forhandlingsrunde mellom koordinerende enhet og bruker. Det skjedde helst når brukerens ønske om koordinator ikke sammenfalt med koordinerende enhets "prinsipper" for tildeling av koordinator.

I veileder til forskrift om individuell plan fra 2005 står det at tjenestemottakeren i så stor grad som mulig selv må få innflytelse på valget av koordinator (ibid:23). I den reviderte utgaven fra 2010 står det i tillegg at kommunen/spesialisthelsetjenesten har det avgjørende ordet (Helsedirektoratet 1/2010:22). Ut over brukerens ønske kommenteres ikke valg av koordinator nærmere i veilederen.

Jeg har ikke data som kan si om det er forskjell mellom kommunene når det gjelder å ivareta brukernes ønsker om koordinator. Under intervjuene framsto bygdebyen som den strengeste. Leder i habiliteringsteamet i bygdebyen fortalte at det har vært ganger da habiliteringsteamet har hatt et annet forslag enn bruker/foreldre. Da prøver teamet "*å overtale*" bruker eller pårørende til å bli enige i forslaget fra habiliteringsteamet. Der bruker eller foreldre har motforestillinger, blir det drøftet med disse. Kommunen var mindre villig til å akseptere brukers ønske når det avviker fra koordinerende enhets prinsipp, og det er koordinerende enhet som har det siste ordet. En annen forskjell mellom kommunene, som handler om størrelse, er at det kan være færre personer å velge mellom som koordinator i de små kommunene enn i de store. I bygdekommunen var kommunefysioterapeuten en nøkkelperson som i stor grad tok på seg oppgaven som koordinator. Koordinatorfunksjonen ble ivarettatt gjennom hans vilje til å stå på i arbeidet, og til å arbeide mye overtid. Han viste stor entusiasme for arbeidet, men ordningen blir også sårbar når koordinatorfunksjonen blir avhengig av en person. I utkantkommunen var de noen flere nøkkelpersoner som var koordinatører. De var positive til å ta på seg oppgaven som koordinator, imidlertid var antallet planer og dermed presset på å ta på seg koordinatorfunksjonen ikke så stort.

#### 7.4.3 Lojalitet mot bruker eller mot kommunens økonomi?

Habiliteringsteamet i bygdebyen skiller seg ut ved at de ønsker å legge koordinatoransvaret på ledernivå, på styrer eller styrerassistent i barnehage, eller på rektor eller inspektør i skolen. Begrunnelsen var at dette ga bedre oversikt over ressursbruken. Lederen for habiliteringsteamet mente samtidig at den to-nivå-organisasjonsmodellen som kommunen nå hadde innført, medførte at koordinatoransvaret måtte bli mer spredt: "*Leiarane har ikkje tid til å være koordinatører, dessverre,*

*trur eg, men sånn er det*". Leder av bestillerkontoret i bykommunen var opptatt av at koordinatorene ikke måtte love for mye, og at enhetslederne hadde et ansvar for å passe på at de var lojal mot kommunens økonomi.

I *bygdekommunen* var leder av koordinerende enhet opptatt av at de som hadde ansvaret for brukeren, skulle ha størst grad av lojalitet rettet mot brukeren. Som koordinator og i ansvarsgruppene unngikk de ledere: "*... fordi det gir ansvarsgruppene frihet til å handle, til å komme med ideer uten at noen sitter og bremser fordi at de ser at de ikke har ressurser, økonomi til å gjennomføre ting*". Her ble det lagt vekt på at lojaliteten og hensynet til brukeren skulle være i sentrum. Lederne av koordinerende enhet i bygdebyen og bygdekommunen synes å ha helt ulik oppfatning av hvor *lojaliteten* til koordinatoren bør ligge. Den første er mest opptatt av ressursbruken, mens den andre er opptatt av brukerne.

Her kommer det fram en dimensjon ved plassering av koordinerende enhet som handler om hvilken identitet som har forrang, og hvem lojaliteten til koordinerende enhet rettes mot, bruker eller kommunens ledelse. Leder av koordinerende enhet i bygdekommunen er plassert lenger nede i det kommunale hierarkiet. Hans lojalitet er i større grad rettet mot brukeren. Leder av koordinerende enhet i bykommunen er også stedfortreder for kommunalsjefen for helse og omsorg. Leder av habiliteringsteamet i bygdebyen er plassert i stab til rådmannen. For disse lederne kan avstanden til enkeltbrukere fremstå som større enn avstanden til kommunens toppledelse med overordnet ansvar for økonomi. Lojaliteten hos disse lederne virket i større grad å være rettet mot den kommunale ressursituasjonen. Forskjellen som kommer fram kan være et uttrykk for ulike plasseringer i kommunehierarkiet. Samtidig er leder av koordinerende enhet i bygdekommunen den som tydelig også beklager at funksjonen ikke er tillagt et eget budsjett, og at den heller ikke kan gjøre vedtak som omfatter tjenester.

Det er anbefalt at koordinerende enhet bør plasseres på et tverrsektorielt nivå for å kunne ha myndighet på tvers av sektorer og enheter, og at dette er noe som etterlyses når funksjonen er plassert lenger nede i hierarkiet. Plassering av koordinerende enhet kan innebære et dilemma mellom ulike hensyn. Når koordinerende enhet plasseres på et overordnet nivå, vil funksjonen ha myndighet på tvers av enheter og sektorer, men de kan utvikle større grad av lojalitet knyttet til ledelsen og kommunens ressursituasjon. Dersom koordinerende enhet er plassert på et lavt nivå i kommunehierarkiet, mangler den myndighet på tvers av enheter og etater, men medlemmene kan i større grad ha sin lojalitet rettet mot brukeren.

#### 7.4.4 Begrenset myndighet til koordinatorkontoret

Leder av habiliteringsteamet i *bygdebyen* ønsket at koordinator skulle være en leder, for å kunne vurdere ressursbruken og vite hva som var "mulig" å gjøre. Leder av bestillerkontoret i *bykommunen* var særlig opptatt av at lederne i de ulike virksomhetene var orientert om koordinatorsansvaret, slik at de kunne følge med på ressursbruken: "*...vi hadde jo noen situasjoner tidligere da, hvor en medarbeider [...] hadde vært koordinator, hadde lovet saker og ting*".

Hun presiserte at et vedtak om en individuell plan ikke var bindende for hvordan enkelttjenestene skal ytes. Videre var hun opptatt av at en koordinator har begrenset myndighet, og det var viktig at den enkelte koordinator var klar over dette. En koordinator skulle ikke gå ut over sin myndighet i forhold til å love tiltak som den enkelte ansvarlige enhetsleder ikke kunne gå god for innenfor sin drift. Hun var opptatt av at medarbeidere og ledere kan se ulikt på ting:

*"vi ser jo mange ganger at det kan være medarbeidere inne i mot kjernen i organisasjonen som kan ha helt andre tanker om hva som skal være mulig for kommunen, og [hva kommunen] skal gjøre for den ene [brukeren] fremover, enn det lederen har. For lederen har i større grad med seg det totale ressursperspektivet for kommunen"*.

Det leder av bestillerkontoret her omtaler, er en problemstilling knyttet til at en koordinator gjerne kommer tett på en bruker og får en detaljert innsikt i brukerens behov. I neste omgang kan dette generere et økt behov for tjenester og ressurser. Jo bedre koordinatoren kjenner brukeren, jo "*tykkere beskrivelser*" (Geertz, 1993) av brukerens situasjon vil framkomme. Denne problemstillingen peker tilbake mot et ressursperspektiv, dvs. at en koordinator som kjenner brukeren godt, kan få kjennskap til flere og mer omfattende behov hos brukeren, noe som medfører økt bruk av ressurser for kommunen.

Rehabiliteringspolitikken legger vekt på at brukere skal få bistand som er individuelt tilpasset, noe som også omtales som individualisering. Tjenestene skal være individuelt tilpasset, og kan dermed i prinsippet ikke sammenliknes med andre brukeres tilbud. Her foreligger det en mulighet for det Grimen (2008:190) kaller "*perfeksjonistisk svikt*". Individualisering avkledd et hvert komparativt konsistenskrav er et perfeksjonistisk ideal. Det mangler en logisk eller naturlig grense for når individualisering er perfekt. Man kan drive individualisering så langt man vil på grunnlag av tykkere og tykkere beskrivelser av det unike tilfellet, uten noen gang å komme til den endelige og perfekte tilstanden. Det oppstår et spørsmål om hvor langt individualisering egentlig bør drives. Grimen modererer faren for dette ved å si at individualisering ofte har et formål, og at tiltakene er tilfredsstillende når målene er nådd. Dette poenget kan peke mot definisjonen av rehabilitering, hvor det er lagt vekt på at rehabilitering må være målrettet. Mål kan være med på å etablere grenser for

når individualisering som ideal er nådd. Det forutsetter at målene er klare og tydelige. I den kommunale hverdagen er et fordelingsperspektiv sentralt, og kravet om individualisering støter fort mot økonomiske rammer, og hensynet til at kommunen har et ansvar for "alle" brukere innenfor kommunegrensen. Rettighetslovgivningen gir kommunens innbyggere rettigheter som enkeltpersoner. Individualisering kan betraktes som en rettighet som mangler grenser. Dersom individualiseringens uklare grensesetting overses som et aktuelt problem i kommunene, oppfattes det ofte kun som et *effektivitetsproblem* eller som et *kapasitetsproblem* (Grimen, 2008; Vike, 2004). Det er lett å overse et problem knyttet til at individualisering avkledd et komparativt krav er et perfeksjonistisk ideal uten en naturlig grense.

Det kan være forskjell på det en bruker ønsker å nedfelle av mål og tiltak i sin individuelle plan, og hva den enkelte virksomhet eller kommune har ressurser til eller er villig til å stille opp med. Individuell plan kan fort bli et forhandlingsarbeid mellom partene, hvor koordinatorrollen kan oppleves som "mellom barken og veden", mellom brukers ønsker og hva det kommunale tjenesteapparatet er villig til å stille opp med. Koordinatorposisjonen blir sårbar på den måten at en koordinator lett kan komme i et *krysspress* eller oppleve *ambivalens* mellom to typer av lojalitet eller ansvar, på den ene siden lojalitet mot bruker og kravet om individualisering, og på den andre siden lojalitet mot ledelsen og kravet om å tilpasse tjenestene til ressursituasjonen. Denne typen ambivalens og spenninger kan gjøre oppgaven som koordinator til en utfordrende balansegang (Thommesen et al. 2008). En leder har en sterk maktposisjon i kraft av å være overordnet, mens en bruker kan appellere til en tjenesteyters faglige normer og idealer. Koordinatorposisjonen kan fort bli krevende fordi det innebærer å mekle mellom ulike interesser (Breimo, 2012).

#### 7.4.5 Rett til individuell plan, men hva med rett til tjenester?

Leder av bestillerkontoret i *bykommunen* er opptatt av at en koordinator ikke må love for mye. Bestemmelsen om individuell plan gir tjenestemottakeren en rett til å få utarbeidet en plan på papiret, men rettskrav på bestemte tjenester vil ikke følge av selve planen (forskrift om individuell plan 2004, § 4). Denne spenningen er knyttet til individuell plans *juridiske* status, som er problematisk. Tjenestemottakere har krav på å få utarbeidet et dokument som beskriver kartlagte behov, mål og gjennomføring av tiltakene. Tiltakene skal være tilpasset den enkelte bruker, men innholdet i en individuell plan gir ikke tjenestemottakeren et automatisk rettskrav på de tiltakene som er beskrevet i planen, eller på at samarbeidet skal foregå på den måten som er beskrevet (Forskrift om individuell

plan (2001) § 4; Grut, 2008)<sup>43</sup>. Dette medfører at individuell plan kan betraktes som en *kvasikontrakt* (Nilssen, 2011:81). En koordinator har i samarbeid med bruker ansvar for å utarbeide en plan, men det er andre aktører som har myndighet til å gjøre vedtak om enkelttjenester. Dette skaper usikkerhet om forholdet mellom innholdet i en plan og hvilke tjenester som faktisk tildeles. En konsekvens av dette er at individuell plan ikke nødvendigvis oppfattes som forpliktende i forhold til tjenesteinnholdet, og dette kan svekke interessen for å legge ned arbeid i planen (Grut, 2008). I et nyinstitusjonelt perspektiv kan viktigheten av å ha en plan fremstå som mer *symbolsk*. Det er ikke snakk om materielle rettigheter, men om å angi noen prosedyrer for samordning av tjenester og brukermedvirkning. Det følger av prinsippet om kommunalt selvstyre at den enkelte kommune selv kan bestemme hvilke tjenester som skal tilbys. Det skal imidlertid legges stor vekt på tjenestemottakerens synspunkt og meninger. Selv om planen ikke i seg selv utløser rettigheter, vil den være viktig når vedtak om tjenester skal fattes, og kan bidra til å utløse tjenester som ellers ikke ville blitt utløst (Grue og Rua, 2010; Kjellelvold, 2009:20).

Regelverkets funksjon som moderator mellom nasjonal politikk og lokal praksis påvirkes av at det ikke er knyttet materielle rettigheter, dvs. tiltak og tjenester, til virkemiddelet individuell plan, noe som kan bidra til at virkemiddelet svekkes. Det skapes usikkerhet omkring verdien av å ha en individuell plan.

#### 7.4.6 Noen yrkesgrupper vegrer seg – konseptualisering av koordinatorposisjonen

Motstand mot å ta på seg oppgaven som koordinator er en av seks hovedutfordringer påpekt i en undersøkelse fra 2009 av koordinerende enhet i fem kommuner som representerte "*beste praksis*" (Helsedirektoratet/Ramboll, 2010:10). Noen tjenesteytere er gjennom lovgivningen pålagt å bidra i individuelle planprosesser, og kan dermed i prinsippet ikke unndra seg oppgaven som koordinator. Andre yrkesgrupper er ikke juridisk sett pålagt å bidra, og kan bruke manglende lovhjemmel som grunn for å nekte å ta på seg oppgaven som koordinator. Det gjelder f.eks. personell i skoler og barnehager (Grut, 2008).

Et stabilt nettverk rundt virkemiddelet individuell plan er avhengig av at de som pekes ut som koordinatorene, slutter opp om oppgaven. Dersom mange tjenesteytere vegrer seg eller sier nei til koordinatoroppgaven, betyr det at de ikke lar seg innrullere i nettverket rundt individuell plan, og ordningen svekkes. Koordinatorposisjonen er fordelt på mange ulike yrkesgrupper i det kommunale systemet. I de fire kommunene i min studie var det særlig noen yrkesgrupper som på den ene siden

---

<sup>43</sup> Dette er også tilfelle for den nye forskriften fra 1.1.2012: "*Den individuelle planen gir ikke pasienten og brukeren større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket*" (forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) § 16).

opplevde stort press på å ta på seg oppgaven som koordinator, og som på den andre siden vegret seg mot å la seg innrullere i posisjonen som koordinator, selv om de juridisk var forpliktet til det. De syntes posisjonen som koordinator var vanskelig av flere ulike grunner, men særlig pga. merarbeidet de mente det førte med seg. Motstanden var ikke like tydelig i alle de fire kommunene, og kom sterkest fram i de to største; *bykommunen* og *bygdebyen*.

I *bykommunen* har bestillerkontoret ansvaret for å gjøre vedtak om individuell plan til barn og unge, og sender disse vedtakene videre til ledende helsesøster som enhetsleder. Helsesøstertjenesten har hatt store problemer med å finne personer som var villige til å ta på seg oppgaven som koordinator for individuell plan. Ledende helsesøster beskrev situasjonen slik:

*"Fra sentralt hold så sier de jo selvfølgelig det at det her er vanlig drift og det er det dere gjør til vanlig. Men i praksis er det jo bare sånn at den som skal ha en koordinatorrolle, påtar seg jo faktisk et stort merarbeid [...]. Selv om det er vanlig drift, har man koordinatorrolle for 2 eller 3 planer så har du et rimelig stort arbeid, spesielt i den fasen når planen skal skrives".*

Det å være koordinator innebærer merarbeid som ofte betyr å ta på seg overtid. For helsesøstrene er det å ta på seg arbeid som medfører overtid, ikke populært, og det har medført vansker med å få helsesøstre til å ta på seg oppgaven som koordinator, noe ledende helsesøster opplever som "pinlig" i kontakten med foreldrene:

*"... vi har strevet veldig med å få det her til. Jeg må si rett ut at jeg synes det har vært pinlig overfor foreldre og brukere, at vi kunne ha fått disse vedtakene i handa og sender dem ut til den helsesøsteren som jobber på den skolen eller helsestasjonen der barnet tilhører, og hennes oppgave har jo da vært å samle de felles aktørene som har med barnet å gjøre, og at de i lag skulle finne ut hvem av dem som skulle være koordinator. Men, det har alt, alt for ofte havnet, dvs. det som har skjedd, er at det har blitt en diskusjon hvor ingen vil være det, ingen vil ta på seg jobben, og hvor helsesøster sitter igjen med "svarteper". Det er stygt sagt, men har sittet igjen med koordineringsjobben, selv om kanskje man ikke har kjent ungen en gang. Så det har vært veldig vanskelig".*

I *bykommunen* stilte ikke personalet fra skole- og barnehagesektoren opp som koordinatorene. Det ble dermed færre å fordele koordinatorfunksjonen på og et større press på tjenesteytere fra helse- og sosialtjenesten. For å finne en løsning på denne vanskelige situasjonen har ledende helsesøster gått til det skritt å opprette en midlertidig stilling som systemansvarlig for individuell plan for barn og unge, med ansvar for å være tidsavgrenset koordinator i perioden det tar å kartlegge og skrive ferdig et førsteutkast til plan. Når det er gjort, skal koordinatoroppgaven overtas av en annen person. Den midlertidige jobben var opprettet som et forsøk, for å se om det da blir lettere å få andre til å ta på seg koordinatorjobben etterpå.

Dette er et eksempel på lokal utpakking og oversettelse der den lokale oversettelsen fremstår som ganske omarbeidet i forhold til den opprinnelige ideen. Oversettelsen innebærer på den ene siden at det skjer et skifte av koordinator, noe som medfører et brudd i kontakten og tilliten som er opparbeidet. Det tar tid å bli kjent og opparbeide seg tillit i rollen som koordinator. På den andre siden må dette ses i forhold til det fremskrittet at kommunen nå raskere får etablert et tilbud som gjør at barn og unge får utarbeidet individuelle planer. I bygdebyen har de fått til en lokal avtale om at personell i barnehager og skoler kan være koordinator. De unngår dermed det store presset rettet mot helsesøstrene, som de opplever i bykommunen.

I veilederen til forskrift om individuell plan står det at rollen om koordinator bl.a. kan innehas av ansatte i utdanningssektoren (Helsedirektoratet (IS-1253), 2005:23). I NOU 2009:18 om bedre læring for barn, unge og voksne med særskilte behov foreslo man å hjemle retten til individuell plan i barnehageloven og opplæringsloven, noe som ville medføre at personell i barnehager og skoler kunne pålegges å ta på seg rollen eller funksjonen som personlig koordinator (NOU 2009:18). I NOU 2012:1 om ny lovgivning for barnehagene blir det vist til at dette forslaget skapte bekymring i barnehager og skoler (Øie, 2012:307). Her fremheves det at flere hensyn taler mot at den enkelte lærer i skolen eller ansatte i barnehagen skal ha oppgaven med å være koordinator for individuell plan: *”Dette vil føre til større arbeidsbyrde og tidsbruk innenfor et område som må sies å ligge utenfor barnehagens og skolens kjerneoppgaver”* (ibid:307). Det argumenteres for at en koordinator fra barnehage og skole vil bety skifte av koordinator, noe som i følge nasjonale føringer på området ikke er ønskelig. Det argumenteres for at kontinuiteten vil bli bedre ivaretatt dersom koordinatoransvaret ligger hos barnevernet, helsetjenesten eller sosialsektoren. Kunnskapsdepartementet ser derimot behov for å presisere at barnehager og skoler har plikt til å delta i et samarbeid om utarbeiding og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan. De ønsker å lovfeste plikten til å samarbeide om planarbeidet, men vil ikke lovfeste at ansatte i skoler og barnehager skal ha koordinatoransvar. Kunnskapsdepartementet anser dermed at koordinatoransvaret på den ene siden ligger utenfor kjerneområdet i skoler og barnehager, at den er for ressurskrevende og at et koordinatoransvar i skoler og barnehager vil medføre uønskede brudd i koordinatoransvaret (ibid:307). Motstand mot å ta på seg koordinatorfunksjonen er dermed ikke kun lokal, men også et nasjonalt anliggende. Kunnskapsdepartementet yter motstand mot at ansatte i barnehager og skoler skal ta på seg koordinatoroppgaven.

Et annet aspekt er at ledende helsesøster/enhetsleder ikke ser det som realistisk at helsesøstre kan være koordinator uten at det medfører overtid. Dette kolliderer med de forventningene som kom fram hos leder av bestillerkontoret til at en enhetsleder skal passe på at det frigis tid til koordinatorarbeid. Dette er en av begrunnelsene som leder av bestillerkontoret oppga for å organisasjonsfeste

koordinatoransvaret. Denne situasjonen illustrerer hvordan et problem kan fortone seg ulikt fra ulike posisjoner i organisasjonen, og løsningene man ser blir dermed også ulike.

Motstanden hos helsesøstrene er spesielt knyttet til utredningsfasen og den tiden det tar å skrive en plan. Individuell plan som "tidstyv" forbindes først og fremst med kartleggingsfasen og utarbeidelsen av plandokumentet. Når bare planen er skrevet, så kan helsesøstrene overta, for da er det meste av arbeidet gjort. Sammenhengen mellom benevnelsen plan og det sterke fokuset på plandokumentet problematiseres av Thommesen m.fl. (2008), som legger vekt på at: *"det viktigste med individuell plan er at det representerer en arbeidsmåte som kan bidra til at brukerne når de målene de har satt seg"* (ibid:47). Forfatterne advarer mot å ha for stort fokus på selve plan- og papirarbeidet. Slik ledende helsesøster omtaler individuell plan, så får det skriftlige plandokumentet, som i utgangspunktet skal være et hjelpemiddel og ikke et mål, all oppmerksomhet, og er blitt til en barriere i arbeidet med individuelle rehabiliteringsprosesser.

Fagkonsulent i hjemmetjenesten i *bygdebyen* ga også uttrykk for motstand mot å ta på seg koordinatorrollen, både personlig og i hjemmetjenesten generelt. Hun var medlem i kommunens rehabiliteringsteam som skulle tildele koordinatorene. Hun opplevde at tildeling av koordinator til brukere i hjemmetjenesten var vanskelig på flere måter. Den første gjaldt henne selv som fagperson. Hun var kontaktperson for hjemmetjenesten mot sykehuset. Ofte når det kom en henvendelse fra sykehuset om at brukere i hjemmetjenesten trengte en individuell plan, mente de andre i teamet at det var hun som skulle være koordinator for disse brukerne, siden hun var sykehusets kontaktperson. Hun syntes ikke det var en god løsning og begrunnet det med at hun ikke hadde den nærheten til brukeren som de tjenesteyterne hadde som arbeidet med direkte brukerkontakt. Hun argumenterte for at det å være både koordinator og tjenesteyter ga et bedre utgangspunkt for å gjøre en god jobb som koordinator. Dette argumentet kan problematiseres. Det var flere medlemmer av koordinerende enhet i de fire kommunene som ønsker å være koordinator for å ha kunnskap om hva funksjonen innebærer. Slettebø og Madsen (2012:268) argumenterer for at det også kan være fordel dersom den som er koordinator ikke i tillegg har en terapeut- eller behandlerrolle overfor tjenestemottakeren. Å være i en slik dobbeltrolle kan skape rollekonflikt både hos tjenesteyter og hos tjenestemottaker. Sistnevnte kan bli usikker på når tjenesteyteren opptrer som tjenesteyter, og når han/hun opptrer som koordinator. Dobbeltrollen kan også skape forventninger hos tjenestemottaker om at koordinator skal yte mer tjenester enn formelt vedtatt overfor tjenestemottakeren.

For det andre hadde fagkonsulent i hjemmetjenesten et inntrykk av at det generelt var vanskelig å finne noen som ville ta på seg jobben som koordinator i hjemmetjenesten, da det som regel krever mye tid og planlegging. For en bruker som bor hjemme og får tjenester fra flere deltjenester, for



eksempel hjemmetjenesten og fysioterapitjenesten, kan det være vanskelig å avgjøre hvem som bør være koordinator. Fysioterapeuten argumenterer ofte med at hjemmetjenesten ser brukeren mest. Kontaktpersonen for hjemmesykepleien tror at diskusjonen egentlig dreier seg om ressursbruk, at det å være koordinator krever ressurser.

For det tredje handlet vegring om mangel på kunnskap. Selv har fagkonsulenten aldri tatt initiativ til å starte prosessen med en individuell plan. Hun ser at de har flere brukere med sammensatte behov som kan ha bruk for en individuell plan, men glemmer å tenke på det. Det tror hun kommer av at hun ikke har vært vant til planarbeid og ikke kan så mye om det. Hun synes hun trenger opplæring både om lovverket og om hvordan en plan skal bygges opp.

Problemet med at ulike posisjoner og yrkesgrupper vegrer seg mot koordinatorrollen kan tolkes på ulike måter. Det kan for det første forstås i tråd med poenget om at koordinering ikke bare sparer ressurser, det krever også ressurser (Repstad, 2004). Den som tar på seg arbeidet som koordinator, må ha *tid* til å gjøre de oppgavene som ligger til koordinatorfunksjonen. Hvor omfattende arbeidet vil være, er avhengig av brukerens situasjon, og vil variere. Sparingene kommer eventuelt et stykke ut i prosessen, og er både usikker og kan være vanskelig å dokumentere. Vegring kan også skyldes manglende kunnskap eller negative holdninger. Men det kan også skyldes mer praktiske barrierer knyttet til yrkesutøvelsen. Motstanden kan være en konsekvens av hvordan arbeidet til daglig er organisert. Helseøstre og tjenesteytere i hjemmetjenesten jobber mye "ute" på skoler og barnehager eller hjemme hos folk, dvs. at de ikke sitter på et kontor. Det å være koordinator krever gjerne tilgang til en kontorplass, og tid til å arbeide "inne". Når denne tiden kun blir på slutten av dagen og gjerne på overtid, så skaper det motstand.

Sist, men ikke minst, kan koordinator være en posisjon som preges av kryssende forventninger fra henholdsvis ledelse og bruker. Koordinatoren må opptre som en "mekler" mellom ledelsens krav om å ta hensyn til ressursituasjonen og brukerens ønsker om best mulig tjenester. Dette kan oppfattes som en uløselig rollekonflikt. Det er vanskelig å tilfredsstille begge parter på samme tid, noe som kan være ubehagelig å stå i for koordinatoren. Sett *ovenfra* kan det å være koordinator framtre som et teknisk spørsmål om å koordinere ulike tjenester. Sett *nedenfra*, fra ulike tjenesteytere, kommer det fram at koordinering er mer sammensatt og mer enn kun et teknisk spørsmål. Koordinatorposisjonen har felles trekk med bakkebyråkratene (Lipsky, 1980). Deres arbeidssituasjon er kjennetegnet av blant annet betydelig rom for skjønnsutøvelse, liten innflytelse over arbeidets rammebetingelser og mer arbeid enn tilgjengelige ressurser kan dekke. I følge Lipsky (1980) er bakkebyråkratene fremmedgjort fra sitt arbeid. De blir fremmedgjort fra sine klienter som er produktet av deres arbeid. Dette fordi de bare arbeider med deler av "produktet", og ofte ikke har kontroll over resultatet av sitt arbeid.

Bakkebyråkrater blir fremmedgjorte i den grad de opplever dette avviket som et tap av kontroll over situasjoner de er ment å skulle kontrollere. En koordinator skal på den ene siden bistå brukeren i arbeidet med å finne fram til individuelt tilpassede og koordinerte tjenester. Koordinatoren har ikke kontroll over tildelingen av tjenester knyttet til en individuell plan. Dette er beslutninger som tas av andre, og fordi disse ikke er pålagt å ta hensyn til innholdet i en individuell plan, kan dette skape mangel på kontroll og avmakt i forhold til resultatet av det arbeidet koordinatoren er satt til å gjøre. Mangel på kontroll og en følelse av avmakt kan komme til uttrykk som *motstand* mot å gå inn i en slik posisjon.

## 7.5 Vedtak, men ikke plan

Koordinerende enhet i de fire kommunene har ansvar for å tildele eller gjøre vedtak om individuell plan. Noen av intervjupersonene ga eksempler på brukere som har fått vedtak om plan, men som ikke har fått utarbeidet en plan. Når koordinerende enhet har tildelt en tjenestemottaker rett til individuell plan, så "avslutter" tre av de fire kommunene sitt ansvar ved å sørge for at det blir oppnevnt en koordinator. Ansvaret for å følge opp at det faktisk blir laget et plandokument, og at dette fungerer i praksis, ser ut til å være en "gråson" eller et ansvar som ikke er plassert. Gjennom intervjuene kom det fram at i bykommunen (den største kommunen) og i bygdekommunen og utkantkommunen (de to små kommunene) har ikke leder for koordinerende enhet eller systemansvarlig for individuell plan oversikt over om de planene som er innvilget, blir til "levende" planer. Når vedtakene er gjort, følger ikke koordinerende enhet opp hva som skjer videre med planarbeidet. Det blir et ansvar som i praksis "privatiseres" og faller på den enkelte koordinator. Det er heller ikke et ansvar som blir fulgt opp av enhetslederne der den enkelte koordinator er ansatt. I mange tilfeller blir det brukeren selv som må passe på at planarbeidet følges opp.

I *bygdebyen* har de to teamlederne, sammen med teamene, tatt tak i denne problemstillingen. Særlig leder av rehabiliteringsteamet, som kun har vært leder ett år, har brukt mye av tiden til å få oversikt over planene. Det viste seg at mange som hadde fått vedtak om individuell plan, egentlig ikke hadde fått utarbeidet planer eller hadde aktive planer. Hun har brukt mye arbeid på å få oversikt og rydde opp, slik at vedtak om plan også betyr at det er en aktiv plan. I tillegg til å sjekke om planarbeidet er på plass, har hun også sett på om behovet for en individuell plan faktisk er til stede: "*Det er mange som har hatt vedtak og ikke plan. Og da har jeg gått og spurt, litt sånn detektivarbeid, om de virkelig trenger plan, når de har vedtak*". Resultatet av arbeidet er at hun har redusert antallet planer ganske mye. De var oppe i 120 vedtak om planer for et år siden. På intervjutidspunktet var de redusert til 70, noe som betyr nesten en halvering av antallet planer. I bygdebyen har prosessen med å sjekke om planvedtak blir fulgt opp, dermed også i realiteten resultert i en ny vurdering av om behovet for en

plan var til stede. Mange er blitt "fratatt" den tildelte retten til en plan. Det kan dermed se ut som det har skjedd en kraftig innstramning av kriteriene for å få tildelt rett til plan i bygdebyen. Dette gir et inntrykk av at bygdebyen sto for en restriktiv tildelingspraksis for individuell plan, og at den skjønnsmessige vurderingen av retten til individuell plan har endret seg.

Når tre av de fire kommunene i studien manglet oversikt over om tildelte individuelle planer er "levende" planer, så viser det at mye av oppmerksomheten har vært rettet mot det å få tildelt retten til en plan og det å få tildelt en koordinator. Hva som skjer etter dette, har vært mindre i fokus. Det å få tildelt en individuell plan som en symbolsk handling eller en myte, uten egentlig å være knyttet til et substansielt innhold, vil være i tråd med et institusjonelt myteperspektiv (Røvik 2007). Det viktigste er legitimiteten fra omgivelsene ved å vise at man følger trender for organisering, ikke hva som kommer ut av det.

I et kvalitetssikringsperspektiv vil man påpeke at kommunene har en svikt i sitt internkontrollsystem<sup>44</sup> når det er slik at flere tjenestemottakere ikke har fått utarbeidet plan. Erfaringene fra de fire kommunene viser tydelig at her er det gråsoner som medfører store konsekvenser for brukerne av individuell plan. Oppmerksomheten rundt denne problemstillingen synes så langt liten.

*Bygdebyen* er et unntak. Her har kontrollen med "levende" planer vært knyttet til det skriftlige planarbeidet. Det er det skriftlige produktet som leses og vurderes i forhold til kvaliteten på planarbeidet, og det er det skriftlige produktet som brukes for å dokumentere at noe skjer. Når oppmerksomheten kun rettes mot planen i form av vedtak og som et skriftlig produkt, så er det fare for overmåling og målforskyvning (Etzioni, 1978:20-21). Målforskyvning innebærer at en organisasjons egentlige mål er blitt skjøvet til side til fordel for andre mål. Overmåling viser til situasjoner der de aktivitetene en organisasjon driver med, kan være sammensatte, og det blir fristende for organisasjonen å måle kun de indikatorene som lett lar seg måle. Når det gjelder individuell plan, kan målforskyvning komme til uttrykk ved at kravet til vedtak om tildeling får all oppmerksomhet, mens kvaliteter ved selve prosessen neglisjeres. Overmåling kan f.eks. komme til uttrykk ved at man kun er opptatt av å telle antall planer, dvs. vedtak om plan. Fokuset på hvilke resultater som oppnås, får ingen eller liten oppmerksomhet. Grut (2008:17) skriver at det er behov for mer kunnskap om konsekvensene av at det bare vektlegges elementer knyttet til prosess og struktur (at det skal utarbeides en plan) i den individuelle planen og ikke forventninger om innhold i og resultat av planen.

---

<sup>44</sup> Internkontroll er et generelt styringsprinsipp som er hentet fra privat virksomhet. Helsetjenesten, omsorgstjenesten og deler av sosialtjenesten har plikt til å utarbeide internkontrollrutiner som et ledd i egenkontrollen av sin egen virksomhet. Helsetilsynets tilsynsvirksomhet sjekker først ut virksomhetenes egenkontroll eller internkontrollsystem. Neste skritt for tilsynet er å se i hvilke grad virksomhetene følger sine egne rutiner (Borgen og Lunde 2007).

Planen er et virkemiddel, ikke et mål i seg selv. Det kan fort skje at virkemiddelet tar all oppmerksomheten på bekostning av det som er det egentlige målet.

## 7.6 Avslutning

I dette kapittelet har jeg sett nærmere på oversettelsesprosessen i de fire kommunene når det gjelder *systemansvar* for individuell plan og personlig koordinator. Formålet med ordningene var ganske tydelige, men de nasjonale føringene når det gjaldt organisering og oppgaver var åpne. Oversettelse ble analysert med vekt på prosessene konseptualisering, konkretisering og kontrollering (Røvik, 2007; Nilsen, 2007). *Konkretisering* handler om de fire kommunenes utvikling av rutiner for å ivareta plikten til å tilby individuell plan og koordinator. Koordinerende enhet er den instansen som er tildelt systemansvar for individuell plan i de fire kommunene. Innholdet i dette ansvaret var løst pakket fra nasjonale myndigheter. De fire kommunene la hovedvekt på rutiner knyttet til *tildeling* av individuell plan og koordinator. I den skjønsmessige beslutningen om *tildeling* av individuell plan, fikk kriteriet om behov for langvarige tjenester liten oppmerksomhet. Kriteriet om behov for sammensatte tjenester fikk størst oppmerksomhet. De to største kommunene viste seg å ha en strengere forvaltning av kriteriene enn de to små. De to største kommunene stilte krav om at bistanden må komme fra ulike enheter, etater eller sektorer for at retten til individuell plan skal utløses. Kommunens organisering ble tillagt større vekt enn brukernes behov. De to minste kommunene la kun vekt på å telle antall enkelttjenester, og hadde dermed mindre strenge kriterier.

For at ordningen med individuell plan skal bli virksom, er den avhengig av at utpekte posisjoner lojalt støtter opp om ordningen og lar seg *innrullere* i nettverket rundt individuell plan. I følge kommunene er koordinerende enhet og koordinator, sammen med enhetslederne, de mest sentrale posisjonene for å ivareta ordningen. Det kommer imidlertid fram en viss motstand mot individuell plan spesielt i de to største kommunene knyttet til bekymring omkring at ordningen medfører økt ressursbruk. Den nasjonale rehabiliteringspolitikken har vekt på hva som er bra for brukeren. I en kommunal kontekst møter politikken også andre hensyn, som budsjetter og begrensede ressurser. Gjennom en *konseptualiseringsprosess* er det, særlig i de to største kommunene, skapt et bilde av individuell plan som *ressurskrevende*. Denne representasjonen av individuell plan står i motsetning til begrunnelsen for å innføre individuell plan, som var at det skulle virke ressursbesparende. De to største kommunene, som har en konseptualisering av individuell plan som ressurskrevende, har også utviklet en strengere tildelingspraksis.

Tjenestemottakere som får positivt svar på sin søknad om individuell plan, blir tildelt en koordinator. Konkretisering handler om rutiner for tildeling av koordinator. Enhetslederne er sentrale i arbeidet

med å finne koordinatører. Alle kommunene legger helst koordinatørfunksjonen til den deltjenesten som har mest kontakt med brukeren. Motstand hos tjenesteytere i helsesøstertjenesten og hjemmetjenesten mot å ta på seg oppgaven som koordinator, er knyttet til ressursaspektet, men også til egenskaper ved arbeidet som er preget av aktivitet "ute av kontoret". Koordinatorrollen er utsatt for kryssende forventninger, på den ene siden om å opptre økonomisk ansvarlig, og på den andre siden å være lojal mot brukerens ønsker og behov. De to største kommunene fremstår som mest opptatt av ressursaspektet, mens de to minste fremstår som mer opptatt av lojalitet til brukeren. Det kan bety at koordinatører i de to største kommunene opplever et større press mot å opptre økonomisk forsvarlig enn koordinatører i de to minste kommunene. Det innebærer at det spesielt i de to største kommunene har skjedd en konseptualisering av koordinatorrollen som krevende, både i forhold til ressurser som tid, men også etisk krevende.

Nasjonale myndigheter har rettet mest oppmerksomhet mot å telle antall planer og antall koordinatører, dvs. et kvantitativt fokus. Ved å tildele individuell plan og koordinator signaliserer kommunene til myndighetene at de har tatt virkemidlene i bruk. Om tjenestemottakeren har en "levende" plan, der det legges vekt på innhold i planen, og om bistanden har effekt, har fått mindre oppmerksomhet. Kommunene har så langt vært mer opptatt av legitimitet fra omgivelsene enn om virkemidlene virker etter intensjonen overfor brukere. Det er også en fare for at tjenesteytere, innenfor begrensede rammebetingelser, innfrir formelle krav på måter som ikke fremmer intensjonene med ordningene.



# 8 MENINGSARBEID OG FAGLIGE IDENTITETER BLANT AKTØRER I KOMMUNAL REHABILITERING

## 8.1 Innledning

I de tre foregående analysekapitlene, kapittel 5, 6 og 7, har jeg tatt for meg avhandlingens første forskningsspørsmål og analysert oversettelse av den nye politikens organisatoriske virkemidler i de fire kommunene i et komparativt perspektiv. Kapittel 8 utgjør det siste analysekapittelet. I dette kapittelet vil jeg ta for meg avhandlingens *andre forskningsspørsmål*, som lyder slik: *Hvordan blir den helhetlige rehabiliteringspolitikken oppfattet og mottatt av ulike faggrupper og tjenesteenheter i de fire kommunene?*

I Rehabiliteringsmeldingen ble ulikhet i forståelse av rehabilitering mellom faggrupper, tjenesteenheter og sektorer ansett som et grunnleggende problem. Den nye politikken la vekt på viktigheten av å skape en mest mulig felles forståelse og kunnskap blant alle tjenesteytere som involveres i helhetlige rehabiliteringsprosesser (St.meld.nr.21 (1998-99):13). Denne felleskunnskapen kan betraktes som noe annet enn den spesifikke yrkeskunnskapen den enkelte yrkesutøver har tilegnet seg gjennom en egen utdanning. Normann et. al (2008) skiller mellom fagspesifikk kunnskap og tverrfaglig kunnskap. Fagspesifikk kunnskap omtales som *divergerende* kunnskap og omfatter både yrkesspesifikk og etatsspesifikk kunnskap. En yrkesspesifikk kunnskap er den kunnskapen man får gjennom en grunnutdanning eller en yrkesutdanning og gjennom praktisk utøving av yrket. Etatsspesifikk kunnskap er kunnskaper og ferdigheter knyttet til etatsspesifikke virkemidler og arbeidsformer, for eksempel kunnskaper i NAV-etaten. Den tverrfaglige kunnskapen omtales som *konvergerende* kunnskap, en kunnskap som kan få de ulike bidragene i en rehabiliteringsprosess til å føye seg sammen til en enhet (Normann et. al 2008:82). Her skiller forfatterne mellom det de på den ene siden kaller tverretatlig og tverrfaglig felleskunnskap, og på den andre siden den kunnskapen som først og fremst brukeren selv og pårørende har opparbeidet seg.

I dette kapittelet er jeg opptatt av i hvilken grad det er etablert en slik felles forståelse og kunnskap på det utøvende nivået i kommunen. Hvilken konseptualisering eller representasjoner formidler intervjupersonene om rehabilitering som kommunal virksomhet, og i hvilken grad forholder intervjupersonene seg til den helhetlige tenkemåten som rehabiliteringspolitikken bygger på? Mer konkret spør jeg: Hvordan omtaler ulike yrkesgrupper endringene på rehabiliteringsområdet, og hvilke utfordringer opplever de at dette medfører? Her vil jeg gå nærmere inn på hvordan intervjupersoner

omtaler utviklingstrekk over tid, og hvordan intenderte og uintenterte effekter ved den nye rehabiliteringspolitikken diskursivt kommer til uttrykk. Med diskurs forstår jeg en bestemt måte å snakke om og forstå verden (eller et utsnitt av verden) på (Jørgensen og Phillips, 2008:9). Vår måte å snakke om verden på spiller en aktiv rolle i å skape og forme vår virkelighetsforståelse. Virkeligheten er tilgjengelig for oss gjennom våre kategorier, og vår viten om verden er et produkt av våre måter å kategorisere verden på. Vårt syn på verden er alltid historisk og kulturelt innleiret, og vår måte å forstå verden på skapes og opprettholdes i sosiale prosesser.

Videre spør jeg: Hvordan samsvarer den enkelte tjenesteyters yrkesmessige og organisatoriske identitet med forventningene om å etablere rehabilitering som en felles overordnet forståelse og kunnskap på tvers av yrkesgrupper? I hvilken grad gir faggruppene diskursivt uttrykk for at de identifiserer seg med rehabilitering som et overordnet og felles begrep, slik den nye rehabiliteringspolitikken legger opp til? Jeg vil se på forholdet mellom yrkesidentitet, organisasjonsidentitet, og rehabilitering som begrep og virksomhetsområde. Yrkesidentitet vil være knyttet til utdanningsbakgrunn og stillingskategori. Med organisasjonsidentitet tenker jeg på hvilken tjenesteenhet intervjupersonen arbeider innenfor.

Her blir mening et sentralt begrep, og begrepsforståelsen bygger på symbolsk interaksjonisme. I følge Blumer (1969) bygger symbolsk interaksjonisme på tre premisser. Det første er at mennesker handler i forhold til objekter ut fra den mening disse objektene har for dem. Det andre premisset er at et objekts mening stammer fra eller oppstår i den sosiale interaksjonen individet har med andre mennesker i sine omgivelser. Mening er dermed et produkt som skapes gjennom sosial interaksjon. Det tredje premisset er at mening modifiseres gjennom tolkningsprosessen individet befinner seg i når det anvender en konkret mening. Videre er definisjonen av situasjonen sentral for vår forståelse og handling. Det er snakk om hvordan hver enkelt av oss i et gitt tilfelle fortolker en situasjon, og at denne blir bestemmende for vår adferd. (Levin og Trost, 2005:12).

I dette kapittelet trekkes erfaringene til ulike representanter for faggrupper og tjenesteenheter fram, fordi de ut fra sine posisjoner er viktige deltakere i det kommunale oversettelsesarbeidet av rehabiliteringspolitikken. I hovedproblemstillingen for studien er det kommunen som utgjør analyseenheten og konteksten for den oversettelsen som studeres. I analysen av intervjuene med tjenesteyterne kom det fram at både profesjons- og organisasjonstilhørighet utgjorde viktige kontekster, og det kom fram trekk som i stor grad gikk på tvers av kommunegrensene. Komparasjonen



mellom kommunene er derfor nedtonet i dette kapittelet. Jeg har intervjuet til sammen 28 ansatte fordelt på 8 ulike yrkesgrupper<sup>45</sup> i de fire kommunene<sup>46</sup>.

## 8.2 Utvidelse

Jeg vil starte med å ta for meg konseptualisering av rehabilitering hos ulike aktører i kommunene, dvs. hvordan enkelte av intervjupersonene omtalte *utviklingstrekk* og *endringer* innenfor kommunal rehabilitering som virksomhetsområde.

Rehabilitering kan identifiseres på organisasjonskartet til de fire kommunene ved at en eller flere enheter i kommuneorganisasjonen har rehabilitering i navnet på enheten. I de fire kommunene er det fysioterapitjenesten (sammen med ergoterapitjenesten i bykommunen) som har rehabilitering som en del av navnet på enheten. Men selv om navnet rehabilitering er knyttet til fysioterapitjenesten<sup>47</sup>, så er intervjupersonene i de fire kommunene ganske samstemte i at rehabilitering er en aktivitet som foregår i mange av deltjenestene i kommunene. En leder i den største kommunen, *bykommunen*, sier det slik:

*"... alle jobber jo med rehabilitering i vårt system. Sosialkontoret jobber jo med habilitering/rehabilitering, rustjenesten jobber med det, hele omsorgstjenesten jobber med det, men ofte sånn litt klassisk, viss man kan si det sånn, så blir dette veldig fort definert mot ergoterapeuter og fysioterapeuter".*

Intervjupersonen gir her uttrykk for at det eksisterer flere forståelser av hvor rehabilitering foregår i kommunen. Utsagnet kan forstås slik at tidligere og nye tankemodeller og strukturer knyttet til rehabilitering som virksomhet, lever side om side i kommuneorganisasjonen (Lindquist og Hetzler, 2004). Man kan si at de sameksisterer, og at dette kommer til syne som manglende samsvar mellom navn på enheter og praksisfeltets forståelse av hvor rehabilitering foregår. Forståelsen som kommer til uttrykk i intervjuene, er mer flertydig enn det som fremkommer ved å lese kommunenes organisasjonskart.

---

<sup>45</sup> Ved siden av 4 ledere på mellomnivå (også med profesjonsbakgrunn), besto intervjupersonene av 8 ulike yrkesgrupper: fysioterapeut: 6, sosionom: 6, sykepleier: 3, psykiatrisk sykepleier: 2, helsesøster: 2, vernepleier: 2, spesialpedagog: 2, lege: 1. Valg av informanter i de fire kommunene er redegjort nærmere for i kapittel 4 om metodologiske overveielser.

<sup>46</sup> Det er få intervjupersoner fra hver yrkesgruppe i den enkelte kommune, noe som gjør komparasjon mellom kommunene mindre meningsfylt.

<sup>47</sup> Av praktiske grunner vil jeg videre kun omtale dette som fysioterapitjenesten, da det gjelder for 3 av 4 kommuner.

Intervjupersonen ovenfor gir inntrykk av at rehabilitering er en virksomhet som har *ekspandert* og foregår i ulike deltjenester på kommunalt nivå. Flere av intervjupersonene snakker om *utvidelse* når de beskriver trekk ved utviklingen på rehabiliteringsområdet. De snakker om utvidelse på flere måter. På den ene siden handler utvidelse om at flere brukergrupper, yrkesgrupper og sektorer inkorporeres i rehabilitering, og at begrepet rehabilitering får utvidet gyldighet på nye arenaer. På den andre siden handler utvidelse også om å endre tankemodeller, noe som medfører en utvidelse av rehabiliteringsbegrepets innhold. Det er viktig å synliggjøre de ulike faktorene hver for seg, men det må også presiseres at de i praksis er tett sammenvevd og påvirker hverandre.

### 8.2.1 Utvidelse av målgrupper og yrkesgrupper

Leder for bestillerkontoret i *bykommunen* synes at rehabiliteringsarbeidet har endret seg på flere måter i løpet av de årene hun har vært tilknyttet kommunens helse- og sosialtjeneste. Hun trekker først inn at målgruppene eller brukergruppene er utvidet:

*”Jeg synes at det har endret seg i fra at man hadde et hovedfokus på [...] primært de med en form for fysisk funksjonsnedsettelse [...]. Så er jo også de psykisk utviklingshemmede, viss det går an å tenke disse som en gruppe, det er veldig sammensatt, men så er de kommet inn. Men, fortsatt tenker jeg at vi har mye igjen i forhold til [...] å få det fokuset inn når det gjelder de med psykiske, psykiatriske diagnoser”.*

Hun peker på den ”klassiske” målgruppen for rehabilitering, de med fysiske funksjonsnedsettelser, og i tillegg peker hun på to grupper som har fått mye oppmerksomhet gjennom egne reformer; utviklingshemmede og de med psykiske lidelser. Her viser intervjupersonen hvordan politiske reformer som har utvidet kommunenes ansvar, er med på å påvirke og forme rehabilitering som objekt, og som kommunal virksomhet. Utvidelsen av målgrupper omtales i nøytrale former uten at det kommer frem motforestillinger mot denne utviklingen. I følge nyere helhetlig politikk er det individet som skal stå i fokus, ikke gruppetilhørighet. Når dagens innbyggere tar kontakt med kommunenes velferdstjenester betraktes de ikke kun som individer. De gis også ulike gruppeidentiteter ved å kategoriseres innenfor ulike hovedkategorier etter alder (barn, voksne, eldre) eller bakenforliggende årsak som somatiske lidelser, utviklingshemmet, psykiske lidelser, rusavhengighet osv. Gruppekategorier fungerer som et utgangspunkt for å finne fram til relevante tjenester, plassering av ansvar m.m..

I tillegg til at utvidelse er beskrevet som nye brukergrupper med differensierte funksjonsnedsettelser og diagnoser, betyr rehabilitering at kommunen involverer seg i brukernes dagligliv. Tjenester ytes for å få hverdagslivet til å fungere for dem som berøres; brukere, foreldre og andre nærpersoner. Skole, barnehage, arbeidsliv, fritid og brukernes bolig er alle relevante samarbeidsarenaer, og synliggjør at rehabilitering innruller mange flere yrkesgrupper fra ulike deltjenester og sektorer enn tidligere. For

enkelte brukere blir antallet tjenesteytere de må forholde seg til, så stort at det blir et problem i seg selv, som påkaller koordinering.

### 8.2.2 Ny definisjon medfører utvidelse av innholdet

I tillegg til utvidelsen av målgrupper og yrkesgrupper, er leder av bestillerkontoret opptatt av at den nye definisjonen av rehabilitering representerer en utvidelse av *innholdet* i rehabilitering. Hun mener at rehabilitering har fått en definisjon som omfatter alt som skjer med en person, noe hun opplever som vanskelig:

*"[...] i fra at man tenkte [at] habilitering og rehabilitering gikk veldig sterkt i mot helsesida og sosialsida, så er det kommet en definisjon, [...] fra nasjonalt hold, hvor det nesten er blitt sånn, [...] at absolutt alt vi gjør er rehabilitering.[...] Er det hensiktsmessig å gjøre rehabiliteringsbegrepet så vidt at det handler om absolutt alt?"*

Hun oppfatter at utvidelsen som den nye definisjonen av rehabilitering representerer, gjør det vanskelig å avgrense hva eller hvem som faller utenfor eller innenfor kategorien rehabilitering. For intervjupersonen medfører den utvidete forståelsen av rehabilitering at omfanget av tjenester som kan inngå i en rehabiliteringsprosess, er blitt så vidt at det ikke lenger er "noe" som faller utenfor rehabilitering som virksomhet. Den nye definisjonen gjør "alt" til rehabilitering, og det er hun skeptisk til.

I intervjumaterialet er det særlig to sider ved utvidelse av innholdet som problematiseres. Flere av intervjupersonene knytter beskrivelser av utvidelse til uttrykk som "*utvanning*" og "*usynliggjøring*". Dette er beskrivelser eller metaforer som gir betegnelsen *utvidelse* negative konnotasjoner. *Utvanning* handler i stor grad om det faglige innholdet, mens *usynliggjøring* særlig handler om organisatoriske forhold. Jeg vil først se nærmere på hva beskrivelser som knyttes til fenomenet "*utvanning*" handler om.

### 8.2.3 Utvanning

Leder av rehabiliteringsavdelingen i *bykommunen* bruker betegnelsen *utvanning* om innholdet i rehabiliteringsbegrepet og konsekvensene som følger av dette: "*Rehabilitering som begrep er blitt veldig utvannet. [...]Alt eller intet er plutselig blitt rehabilitering. [...] Begrepet er blitt ødelagt på en måte*".

*Utvanning* handler om flere forhold. På den ene siden er det for enkelt for brukere å komme inn under betegnelsen rehabilitering: "*Nå er det nesten slik at alle som har kroniske lidelser, kan gå inn i gruppen rehabiliteringsbrukere. Og det mener jeg er feil*". Han synes f.eks. at det blir galt å kalle opptrening av

pasienter som har hatt en enkel kneoperasjon for rehabilitering. For å komme inn under virksomheten rehabilitering mener han at det må være sammensatte og langvarige behov. På den andre siden blir det vanskelig å sette grenser for hva rehabilitering omfatter:

*”Da vi begynte å bygge opp rehabiliteringsvirksomheten her i [bykommunen], så begynte vi med disse sengene. Det var konkret. [...] Men dette med å gå fra det snevre til å begynne å utvide det til skole, utdanning, arbeid, veier, alt dette. [...], vi synes det blir vanskelig i vår kommune”.*

For ham startet oppbyggingen av rehabilitering i kommunen med medisinsk rehabilitering. Kommunen satte av egne rehabiliteringssenger i sykehjem til rehabilitering, og fysioterapeuter, ergoterapeuter og annet helsepersonell var sentrale tjenesteytere. Dette omtaler han som ”konkret”. Innholdet i rehabilitering har gått fra det konkrete og over til noe som blir uklart og vanskelig. Utvidelsen han omtaler handler på den ene siden om et utvidet individperspektiv, dvs. at rehabilitering, forstått som individuelle prosesser, utvides til å involvere flere og nye tjenester og tjenesteytere fra ulike etater og sektorer, som skole/utdanning og arbeid. Dette kommer i tillegg til de tradisjonelle tjenestene innenfor helse- og sosialsektoren. Når han snakker om utvidelse, så trekker han også inn veier. Her går han over fra en utvidelse som handler om individperspektivet og over på samfunnsperspektivet. Dette perspektivet handler om å flytte fokuset fra enkeltindivider og over mot et inkluderende samfunn for alle, hvor samfunnet er organisert slik at det ikke ekskluderer eller stenger noen med funksjonsnedsettelse ute fra å delta i samfunnet på lik linje med andre (NOU 2001:22). Intervjupersonen skiller ikke mellom de to perspektivene når han snakker om utvidelse. Han slår dem sammen og signaliserer at dette med utvidelse er vanskelig. Han påpeker også at det ikke bare er han som opplever det slik. Utvidelse er vanskelig fordi det fører til *utvanning*. Grensene for rehabilitering blir uklare. Hvor omfattende skal dette ansvaret være?

Intervjupersonen oppfatter at innholdet i rehabilitering endres, og uttrykker en *ambivalens* knyttet til denne utviklingen. I utgangspunktet var intervjupersonen positiv til de ideene som kom fra sentralt hold om rehabilitering. Nå synes han imidlertid at den positive trenden ikke er så positiv lenger. Den positive utviklingen har stoppet opp, staten er ikke lenger i front når det gjelder idéproduksjon. Han nevner *”Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011”* som eksempel. Han er kritisk til innholdet i strategien, som han mener snevrer inn forståelsen av rehabilitering. Han er samtidig kritisk til at rehabilitering er blitt så utvidet og utvannet. Han oppfatter at myndighetene tar et skritt ”tilbake” for å hindre at rehabiliteringsbegrepet blir uten innhold:

*”.. hvem ser en retning i dette her? Da tenker jeg, for å tolke den nasjonale strategien på en positiv måte. [...]. Er det noe med at man må snevre inn fordi at det er blitt så utvannet? Det har på en måte blitt så utvannet at man må prøve å finne en vei tilbake”.*

Beskrivelser om utvanning representerer spenninger mellom politikk og praksis. Når den nye politikken skal oversettes og omsettes til praksis på lokalt virksomhetsnivå, oppstår det problemer som tolkes som uttrykk for utvanning. Men i følge intervjupersonen er det ikke kun i virksomhetene på lokalt nivå dette skjer. Han mener at politikken også har medført problemer på statlig nivå: *"Jeg tror at politikerne også blir litt forvirret, jeg tror at de også er utrygge på hva rehabilitering er"*. Selv om han er skuffet over den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering, så forsvaret han den fordi han mener den er en reaksjon på de utfordringene som oppleves både nasjonalt og lokalt, og som han omtaler som utvanning av rehabiliteringsbegrepet.

Kommunalsjefen for helse og sosialtjenestene i *bygdebyen*, bruker også uttrykket *"utvanning"*. Han snakker om at rehabiliteringsfeltet er *"kolossalt vidt"* og at rehabilitering skal foregå over alt:

*"Nei, eg ser jo det at [...] rehabiliteringsfeltet, som vi har vært inne på mange gonger, det er kolossalt vidt. Ein driver med det kvar på sitt felt. Og når det er slik, så kan det veldig lett bli utvatna. Det blir alt og ingenting"*.

Hans beskrivelser av utvanning likner på den vi har sett på ovenfor. Ved å være alt og ingenting blir kategorien rehabilitering diffus og grenseløs. I tillegg utdyper og konkretiserer intervjupersonen de organisatoriske og styringsmessige utfordringene dette gir ham som leder. Det vil jeg komme nærmer inn på nedenfor.

#### 8.2.4 Usynliggjøring

Kommunalsjefen for helse- og sosialtjenester i *bygdebyen* peker på en annen uforutsett effekt ved utvidelsen av rehabilitering. Han er opptatt av at utvidelsen medfører at rehabilitering foregår *"over alt"*, og sier: *"Og når det skal foregå over alt, så har det lett for å bli usynliggjort"*.

Når rehabilitering foregår over alt, skaper det organisatoriske utfordringer i kommunen. Individuelle rehabiliteringsprosesser, som settes sammen av ulike tiltak og tjenester på tvers av yrkesgrupper, deltjenester og sektorer, kan betraktes som en matriseorganisering, nettverksorganisering eller som en integrert tjeneste. Det at rehabilitering er en integrert tjeneste, betyr at det ikke er en egen tjeneste. I følge forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) skulle alle deltjenestene som kommunen var forpliktet til å ha etter kommunehelsetjenesteloven, bidra ved behov om rehabilitering: *"Tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud"* (ibid § 7). Selv om helsetjenestens ansvar var avgrenset til tjenester som ligger innefor helselovgivningen, skulle disse også etablere samarbeid med andre instanser, for å sikre at rehabilitering ble ivaretatt på en helhetlig måte overfor den enkelte bruker. Brukerens individuelle mål

og behov bør bestemme hvilke tjenester eller tiltak som skal inngå i en helhetlig rehabiliteringsprosess, ikke hvor tjenesten organisatorisk er plassert.

Det at rehabilitering er sammensatt av tjenester fra ulike virksomheter eller enheter, uten selv å være en egen selvstendig virksomhet eller en egen organisatorisk enhet, får noen uforutsette konsekvenser. Det gjør at innsatsen som gjøres innenfor rehabilitering, i liten grad synes på de kommunale budsjettene eller på organisasjonskartet. Rehabilitering som en integrert tjeneste og virksomhet passer ikke innenfor de økonomistyringsrutinene som kommuneloven legger opp til. Kommunale rutiner for økonomistyring tar utgangspunkt i at virksomheten er organisert som egne organisatoriske enheter med eget budsjett, ledelse og ansatte. Når rehabilitering organiseres som en integrert virksomhet, er disse institusjonelle kjennetegnene fraværende, og resultatet er at virksomheten blir usynlig innenfor det kommunale styringssystemet. Usynliggjøring innebærer også at rehabilitering vanskelig kan telles og kvantifiseres, og dermed heller ikke finnes igjen i offentlige statistikker. Når virksomheten ikke synes, verken på organisasjonskartet, på budsjetter eller i offentlig statistikk, blir den også vanskelig å styre og dermed også vanskelig å prioritere.

Problemstillingen med "usynliggjøring" av virksomheten kan knyttes til et viktig spørsmål i nyere rehabiliteringspolitikk, nemlig om oppgaven rehabilitering blir riktig prioritert. I det første punktet i "Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011" står det at strategien skal fokusere på at habilitering og rehabilitering blir "riktig og bedre prioritert innad i de ulike tjenesteområdene" (ibid:1). Helse- og omsorgsdepartementet har klare forventninger til at kommunene skal prioritere ressurser til rehabilitering:

*"Det må settes inn tilstrekkelige ressurser på habiliterings- og rehabiliteringsområdet slik at det etableres riktig kapasitet for tjenestene" (Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011:1).*

Kommunalsjefen for helse og sosial i bygdebyen sier at det er en utfordring å få dette til, fordi rehabilitering som en integrert tjeneste på mange måter er en usynlig kommunal virksomhet. Når kommunen ikke har oversikt over hva den yter av tjenester til personer i en rehabiliteringsprosess, så vet den heller ikke: "kva slags område er det som er underprioritert, og kva slags område er det vi kanskje bør prioritere meir". Det gjør det vanskelig å ha oversikt over hvor det er mangler og hva som kan gjøres bedre.

Rehabilitering er i følge rehabiliteringsdefinisjonen en prosess: "...hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats" (forskrift om habilitering og rehabilitering (2001), § 2). Hvilke tjenester eller ytelser som skal inngå i en rehabiliteringsprosess, skal være individuelt tilpasset den enkelte bruker. Den usynliggjøringen som intervjupersonen beskriver, er dermed en

konsekvens av en ønsket utvikling fra nasjonalt politisk hold, fordi det er et politisk ideal at rehabilitering skal være satt sammen av ulike tiltak og tjenester på tvers av yrkesgrupper, deltjenester og sektorer. Usynliggjøring er en konsekvens av nyere nasjonal rehabiliteringspolitikk og må håndteres i den konteksten. Samtidig blir usynliggjøring gjort til et problem for kommunene gjennom måten Helse- og omsorgsdepartementet tar opp spørsmålet om prioritering i den nasjonale strategien, ved at det spørres om hvordan habilitering og rehabilitering blir prioritert innenfor de ulike tjenesteområdene. Et slikt spørsmål ser bort fra at det i hovedsak ikke finnes noen egne rehabiliteringstjenester eller spesifikke rehabiliteringsfunksjoner som prioriteringer kan knyttes til. Måten den nasjonale strategien tar opp spørsmålet om prioritering og ”riktig dimensjonering”, kan tyde på at departementet ikke har erkjent hvilke styringsmessige utfordringer rehabilitering som en nettverksorganisert integrert virksomhet representerer for kommunene. Departementet peker også selv indirekte på denne problemstillingen i den nasjonale strategien, når de sier at:

*”Det ytes et betydelig omfang av habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunene. Dette skjer både i regi av private utøvere og som en integrert del av helse- og sosialtjenestene, så vel som i skole, barnehage m.v., noe som gjør det vanskelig å identifisere de samlede ressurser kommunene bruker på rehabiliteringstjenester” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007:2).*

Her peker de på utfordringen med usynliggjøring uten at de går nærmere inn på de styringsmessige utfordringene som ligger her. Koordinering eller samordning av individuelt tilpassede tjenester på tvers av yrkesgrupper, deltjenester og sektorer på individnivå får som konsekvens at det er vanskelig å forholde seg til spørsmål om prioritering, kapasitet og dimensjonering på systemnivå med utgangspunkt i kommunens tradisjonelle styringssystemer.

### 8.2.5 Usikkerhet

*”Er det hensiktsmessig å gjøre rehabiliteringsbegrepet så vidt at det handler om absolutt alt?”* Med dette spørsmålet oppsummerer en av intervjupersonene noe av kjernen i det flere av intervjupersonene har formidlet. Beskrivelser om ”utvidelse”, ”utvanning” og ”usynliggjøring” handler om konseptualisering, dvs. hvilke bilder som er dannet av rehabilitering i kommunene. En slik konseptualisering innebærer også *usikkerhet* knyttet til hva som er *innenfor* og hva som er *utenfor* kategorien rehabilitering, slik det følger av den nye rehabiliteringspolitikken. En utvidelse som både trekker inn flere målgrupper, flere tjenester og utvider innholdet i rehabilitering, medfører en usikkerhet i forhold til hvor grensene for kategorien rehabilitering går. Faren er at den utviding av virkeområdet for rehabilitering som griper inn i nesten alle deler av helse- og sosialpolitikken risikerer å gjøre rehabilitering uklar og usynlig for aktørene selv (Sandvin, 2012). Også de sentrale føringene som gjelder for rehabiliteringsprosessen; brukermedvirkning og individuelt tilpassede, helhetlige og

koordinerte tjenester, er idealer som ikke kun kjennetegner rehabilitering, men hele helse og velferdspolitikken.

Usikkerheten kan forstås som en type *ambivalens*. Bauman definerer ambivalens som: *“the possibility of assigning an object or event to more than one category”* (Bauman, 1991:54). Tjenester som inngår i en rehabiliteringsprosess, vil tilhøre ulike deltjenester, sektorer og nivå. De vil kunne kategoriseres på flere måter, avhengig av hvilken kontekst eller situasjon tjenestene defineres innenfor. Hjemmesykepleie kan f.eks. inngå både som en omsorgstjeneste og som ledd i en rehabiliteringsprosess. Innsatsen i en rehabiliteringsprosess vil i prinsippet aldri kun tilhøre kategorien rehabilitering alene. Det gjør kategorien åpen og ikke lukket, og dermed skapes det usikkerhet og ambivalens. Det er konteksten eller definisjonen av situasjonen som avgjør om en tjeneste betraktes som bistand som inngår i en rehabiliteringsprosess eller ikke. Det krever en *aktiv definisjonsprosess* for å avklare om en person har rett på rehabilitering. Her har kommunene en utfordring. Vedtak om at en person har rett på rehabilitering, blir ikke eksplisitt gitt, men skjer indirekte, f.eks. ved at det gis vedtak om individuell plan. Det innebærer at individuell plan av mange betraktes både som en selvstendig rettighet og som en måte å synliggjøre at en person har behov for rehabilitering. Når enkelttjenester ikke er rehabilitering i seg selv, men er avhengig av definisjonen av situasjonen for å gå inn som bistand i en rehabiliteringsprosess, så blir det viktig at kommunene foretar en definering av situasjonen. De fire kommunene var lite bevisst på dette som et aktuelt dilemma. Det kan bety at mange brukere som har rett på rehabilitering, ikke vet om det og dermed ikke krever det.

## 8.3 Meningsarbeid i møtet mellom gammel og ny politikk

I intervjuene kom det fram ulike sammenhenger hvor innholdet i rehabilitering ble *flertydig* eller *motsetningsfylt*. Disse var ofte knyttet til spenninger i forholdet mellom tidligere og nyere rehabiliteringspolitikk. Her vil jeg se nærmere på hvordan disse omtales og hvordan intervjupersonene håndterer slike dilemmaer.

### 8.3.1 Rehabiliteringspotensial

Flere av intervjupersonene brukte begrepet ”rehabiliteringspotensial” når de omtalte hvilken bistand en tjenestemottaker hadde behov for. Leder av tildelingskontoret i *bykommunen* la ganske stor vekt på begrepet ”rehabiliteringspotensial”. Vurderingen om det var grunnlag for å starte, fortsette eller avslutte rehabilitering, ble knyttet til kriteriet om det fantes et *rehabiliteringspotensial* hos individet:

*“Og jeg mener da at vi har et ansvar for å sette inn de beste ressursene vi har for å prøve ut, hva er her for rehabiliteringspotensial i forhold til at vedkommende selvstendig skal kunne mestre*



*sitt liv. Da må vi gjøre vårt ytterste kanskje i forhold til et tidsspenn på 2 år, for eksempel. Og da mener jeg det skal være optimal satsning innenfor selvfølgelig de ressursene kommunen nå har, men ikke minst optimal faglig satsning. Men, hvis det da viser seg etter 1,5-2 år, at her må man erkjenne at i forhold til sånn og sånn, så er det ikke et rehabiliteringspotensial. Så tenker jeg, at da skal vi slutte [med] noe som for brukeren må oppleves som utrolig slitsomt og anstrengende, pluss det hele tiden å oppleve at jeg klarer det ikke. Og da må vi vurdere, skal vi slutte med denne offensive rehabiliteringen og heller gå inn med andre tiltak som gjør at brukeren likevel får en god livssituasjon”.*

I sin argumentasjon legger intervjupersonen vekt på at det må settes inn tiltak for en tidsavgrenset periode, og at evaluering er viktig etter en avtalt tid. Dette er i tråd med nyere rehabiliteringspolitikk. Men, hun knytter samtidig vurderingen av om en person skal få tilbud om rehabilitering til spørsmålet om personen har et *rehabiliteringspotensial*. Med potensial mener hun evne til læring, evne til funksjonsforbedring, bli selvstendig osv. Leder av bestillerkontoret ser det som vesentlig at tiltakene evalueres i forhold til om det skjer en forbedring: *”Man gjør så god vurdering som mulig. Er det faktisk et endringspotensial?”* Her knytter hun begrepet rehabiliteringspotensial til et annet begrep; *”endringspotensial”*. Begge deler har fokus på *individet*, at individet skal forbedre sin funksjon eller sine individuelle ferdigheter, at det skal skje en bedring i funksjonsnivået til individet på et område. Dersom fagpersoner ikke anser at du har et slikt potensial, så vil rehabilitering ikke gi noe resultat. Dersom dette er hovedmålet med rehabilitering representerer tenkningen gammel rehabiliteringspolitikk. Den kommer i konflikt med ny rehabiliteringspolitikk, der funksjonsforbedring er et delmål blant flere, og der hovedmålet er deltakelse sosialt og i samfunnet.

Begrepet *”rehabiliteringspotensial”* kan også medføre en tingliggjøring av tjenestemottakeren, og at brukermedvirkning, som et hovedaspekt ved rehabilitering, blir borte. En evaluering av i hvilken grad det skjer en funksjonsforbedring blir en faglig vurdering gjort av fagfolk. Individets evne til å forbedre sin funksjon kommer i forgrunnen, og individets egen målsetting kommer i bakgrunnen eller får ikke oppmerksomhet. I den nye definisjonen av rehabilitering er evalueringen av om et tiltak fungerer, knyttet til brukerens egne mål for rehabiliteringsprosessen. Nyere rehabiliteringspolitikk legger vekt på at retten til rehabilitering er uavhengig av individets evne til funksjonsforbedring, og er en rett til å leve et likeverdig liv på lik linje med andre borgere, uavhengig av funksjonsnivå. Funksjonsforbedring er et delmål ved den nye definisjonen, men det overordnede målet er knyttet til deltakelse. Brukermedvirkning og deltakelsesaspektet blir fort usynlig når begrepet *”rehabiliteringspotensial”* blir styrende for forståelsen av rehabiliteringsprosessen. Begrepet *”rehabiliteringspotensial”* har røtter i *”gammel”* rehabiliteringspolitikk, og viser hvordan begreper knyttet til tidligere politikk kan medvirke til at translasjonen av den nye politikken møter motstand.

### 8.3.2 Kontekstavhengige forståelser

Ledende kommunefysioterapeut i *bygdebyen* trekker opp en annen problemstilling knyttet til forståelsen av rehabiliteringsbegrepet. Hun har ulike forståelser av rehabilitering, som hun anvender i ulike kontekster:

*"I forhold til dei brukarane som vi har, som både treng hjelp til funksjonsforbedring og treng hjelp til tilrettelegging, så har eg ei oppfatning av at rehabilitering er noke som er uavhengig av individuell plan. Då tenkjer eg på den definisjonen som passer best på våre brukarar [...], som hjelpemiddelsentralane begynte å bruke.[...]. Den der GAP-modellen som definerer funksjonshemming som ein sprik mellom det du mestrer og det som er kravet,[...], altså når du har ein brukar, og ser på kva som skal til av tiltak for å heve funksjonsnivået eller å dempe kravet. Så det tenkjer eg, er heilt styrende for avdelingen vår i forhold til alle brukarar. Og i den ligger det ein rehabiliteringsfilosofi".*

Hun er vant til å tenke ut fra GAP-modellen som tar for seg forholdet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav til individet, og som er basert på et relasjonelt perspektiv på funksjon. Dersom miljøets krav overstiger individets funksjonsnivå, så kommer det til uttrykk som et misforhold mellom individ og miljø. Det kan løses enten ved å styrke individets forutsetninger eller ved å endre samfunnets krav. Dette er en gammel modell som intervjupersonen omtaler som en rehabiliteringsfilosofi, og som hun bruker i møte med dem hun skal yte tjenester til. For henne blir brukere hun møter med denne filosofien til rehabiliteringsbrukere. Hun anvender også den nasjonale rehabiliteringsdefinisjonen, men da spesielt i forhold til å vurdere om brukere har langvarige og sammensatte behov som tilfredsstillende kriteriene for å få vedtak om en individuell plan. Disse blir også rehabiliteringsbrukere. Hennes praksis er dermed styrt både av en relasjonell modell for funksjonshemming (GAP-modellen) og en nasjonal definisjon av rehabilitering. GAP-modellen er orientert mot funksjonell tilpasning, mens individuell plan er orientert mot individuelle mål. Hun håndterer begge modellene, både GAP-modellen og den nasjonale definisjonen, men til litt ulik bruk. De to ulike tilnærmingene gjør at hun blir usikker på grensene for når en bruker faller innenfor kategorien rehabilitering. De to perspektivene er forskjellige, men hun bruker dem i ulike situasjoner eller kontekster, og holder dem slik sett adskilt. GAP-modellen representerer en kontekst hvor opptrening og tilrettelegging er i fokus. Den nye definisjonen representerer det nye, og den anvender hun i en annen kontekst hvor koordinering og individuell plan er tema. De to tilnærmingene representerer ulike perspektiver på rehabilitering, men så lenge bruken av dem holdes innenfor adskilte kontekster blir ikke spenningen mellom dem til konflikter i arbeidet (Mol, 2002).

Intervjupersonens eksempel viser, i likhet med forståelsen av begrepet rehabiliteringspotensial, at det anvendes ulike forståelser av rehabilitering med røtter i ulike politikker, hvor tidligere og nyere rehabiliteringspolitikk lever side om side i virksomhetene. Det skjer også en tilpasning mellom det

gamle og det nye, noe som har betydning for translasjonsarbeidet som skjer hos ulike aktører lokalt i kommunene. Eksempelen med begrepet "rehabiliteringspotensial" viser at tilpasning mellom gammel og ny politikk kan medføre motstand mot det nye. Det andre eksempelet får fram at det eksisterer ulike "rehabiliteringsfilosofier" i praksis. Aktøren i eksempelet løser dette ved å knytte filosofiene til ulike situasjoner. Så lenge de ulike tenkemåtene holdes adskilt, skaper de ikke problemer for fysioterapeuten og hennes praksis, og de ulike tilnærmingene kan fortsette å eksistere side om side over tid.

## **8.4 Profesjonelle og institusjonelle identiteter**

Et utvidet rehabiliteringsbegrep ansvarliggjør mange yrkesutøvere til å delta i individuelle rehabiliteringsprosesser. Dermed kan man forvente at forskjellige yrkesgrupper innenfor ulike deltjenester skal ha utviklet et aktivt forhold til begrepet rehabilitering. I intervjuene kommer det fram betydelige forskjeller i hvordan ulike tjenesteytere identifiserer seg med rehabilitering som begrep og virksomhet. Noen yrkesgrupper har et aktivt forhold til rehabiliteringsbegrepet, mens andre faktisk ikke bruker det, og i liten grad ser at det er knyttet til deres virksomhet. Dette empiriske funnet gikk i stor grad på tvers av kommunene. Yrkesgrupper og deltjenester representerer her en annen kontekst enn kommunen som komparativ enhet for å få innsyn i oversettelse av nyere rehabiliteringspolitikk. Identitet og meningsarbeid knyttet til profesjoner og ulike deltjenester blir viktig for å forstå hvordan nyere rehabiliteringspolitikk oversettes, og om det nye får oppslutning eller møter motstand. Identitet i et nyinstitusjonelt perspektiv handler om forhold som tolkningskjemaer, kategoriseringer og forventet handling (Johansson, 2002:143). Identitet utvikles i relasjon til andre og er dermed sosialt skapt. Identitetsutvikling er en prosess som stadig pågår, der relasjoner mellom organisasjon og omgivelser og forholdet mellom grupper internt i en organisasjon, er av betydning. Her finnes også elementer av makt og forhandlinger, da et forsøk på å etablere en ny identitet kan true andres identitet. I en prosess med mange forandringer kan de aktørene som berøres, pendle mellom nye og gamle identiteter (ibid:144).

### **8.4.1 Fysioterapeutene som krumtapper og ildsjeler**

Jeg har intervjuet til sammen 28 representanter for ulike yrkesgrupper. Av de ulike profesjonene er det særlig fysioterapeutene som uttrykker et engasjement og en yrkesmessig identitet knyttet til rehabiliteringsbegrepet. Alle de seks fysioterapeutene jeg intervjuet oppfattet seg som sentrale pådrivere innenfor arbeidet med rehabilitering. En fysioterapeut, leder av rehabiliteringsenheten i bykommunen, var opptatt av at rehabilitering har vært en deloppgave som det har vært nødvendig å

kjempe for: *"Jeg har vært ildsjel, rehabiliteringsfeltet har vært avhengig av ildsjeler, [som] har måttet kjempe mange kamper"*. Bruken av kampmetaforen gir et inntrykk av at rehabilitering er et virksomhetsområde som har trengt forkjempere. Han omtaler seg som *"ildsjel"*, mens en annen fysioterapeut sier han *"brenner"* for rehabilitering. Med disse uttrykkene kommuniserer de et særlig engasjement for området. Ingen av de andre yrkesgruppene uttaler seg på den måten.

Fysioterapeutene er også den yrkesgruppen som blir trukket fram av lederne som en gruppe som har spesielle kunnskaper om rehabilitering. Kommunaldirektøren for helse og sosial i bygdebyen uttalte at: *"enkelte grupper, og fysioterapeutane spesielt, er jo meir på hugget når det gjelder den tenkingen, og har no vore det i alle år, og det synest eg har vore ein styrke"*. Han beskriver fysioterapeutene som *"krumtapper"* innenfor rehabilitering. Dette synes å være et felles trekk i de fire kommunene. På tross av at rehabilitering betraktes som noe som foregår over alt, så er det fortsatt slik at fysioterapeutene betraktes som den yrkesgruppen som har mest kunnskap om hva rehabilitering handler om. Kommunalt tilsatte fysioterapeuter blir tildelt sentrale oppgaver når det er rehabilitering som er overskriften. I de to minste kommunene er det f.eks. kommunefysioterapeuter som er ledere av funksjonen koordinerende enhet, og fysioterapeuter har vært sentrale i arbeidet med rehabiliteringsplaner i alle de fire kommunene. Det å være leder av koordinerende enhet kan betraktes som en sentral posisjon innenfor ny rehabiliteringspolitikk. Det at kommunefysioterapeuter leder koordinerende enhet i de to minste kommunene, men ikke i de to største blir et skille, der profesjonens posisjon i forhold til rehabilitering ligger fast i de to små, men kanskje utfordres i de to største kommunene.

Selv om rehabilitering er noe som foregår *"over alt"* og som *"alle"* driver med, kan det virke som om det er et skille mellom *"primæryrkesgrupper"* og *"sekundæryrkesgrupper"* innenfor rehabilitering. Primæryrkesgruppene<sup>48</sup> har rehabiliteringsbegrepet knyttet til den organisatoriske enheten de tilhører, mens sekundæryrkesgruppene er spredt på mange deltjenester uten den samme direkte koblingen til rehabiliteringsbegrepet. Primæryrkesgruppene oppfattes å stå for en type *"kjernevirksomhet"* innenfor rehabilitering som er knyttet til tidligere rehabiliteringspolitikk, og som kanskje er mer sammenfallende med den tidligere, mer *"snevre"* forståelsen av rehabilitering knyttet til opptrening. Sekundæryrkesgruppene står for et mer *"utvidet"* rehabiliteringsbegrep som har mer trekk av nyere rehabiliteringspolitikk. På denne måten kan gammel og ny rehabiliteringspolitikk fortsette å leve side om side.

---

<sup>48</sup> I bykommunen omfatter dette både fysioterapeuter og ergoterapeuter. De tre andre kommunene hadde kun ansatt fysioterapeuter.

Selv om fysioterapeutene fortsatt trekkes fram som sentrale, er det ikke alle som har opplevd overgangen fra "gammel" til "ny" rehabiliteringspolitikk uten motgang. En fysioterapeut, som betraktet seg som ildsjel, har en klar formening av at helsepersonell generelt, og særlig fysioterapeuter, har møtt motstand de siste årene:

*"De som har vært ildsjeler innenfor rehabiliteringsfagfeltet, er det helsefaglige miljøet. Altså, det er en del av det helsefaglige miljøet. [...] noen av de flotteste personene innenfor rehabiliteringsfeltet synes jeg har vært ergoterapeutene og fysioterapeutene. Men si ikke til rehabiliteringsmiljøet at ergoterapeuter og fysioterapeuter er viktige. Det er ingen som er viktigere enn andre".*

I følge den nye rehabiliteringsdefinisjonen er det ikke noen yrkesgruppe som har noen særstilling innenfor rehabilitering som virksomhet. Rehabilitering etableres som et *profesjonsnøytralt* område. Alle er like ansvarlige og bør være like engasjerte. For fysioterapeutene som profesjon kan denne prosessen oppleves som et forsøk på å redusere deres makt ved å minske yrkesgruppens innflytelse på et arbeidsområde som de har opparbeidet seg "hevd" på. Deres posisjon blir truet.

Innenfor velferdsfeltet i kommunene arbeider det ulike profesjoner. Disse har delt arbeidsfeltet mellom seg, og har fått mer eller mindre monopol på å yte tjenester innenfor deler av feltet, for eksempel lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, spesialpedagog og sosionom. Abbott (1988) er opptatt av relasjonen mellom profesjonene og hvordan fordeling av ansvar og oppgaver foregår. Han er opptatt av det daglige arbeidet som profesjonene gjør. Grensene mellom profesjoner vil være i kontinuerlig endring, og når grensene mellom profesjonene forandres, vil det gjerne komme til utrykk som juridiksjonelle konflikter (Erichsen, 1996). Jurisdiksjonsbegrepet viser til yrkenes myndighet og ansvar innenfor et virksomhetsområde, og juridiksjonelle konflikter kan ha ulik form og innhold. Når rehabilitering blir et profesjonsnøytralt område, utfordres fysioterapeutenes tradisjonelle domene ved at relasjonen til rehabilitering svekkes.

Fysioterapeutene har også møtt kritikk fra andre enn konkurrerende profesjoner. Fysioterapeut og leder av rehabiliteringsenheten i bykommunen var opptatt av at brukerorganisasjonene på nasjonalt nivå har stått for mye av kritikken rettet mot helseprofesjoner og fysioterapeuter:

*"Brukerorganisasjonene, de har i veldig stor grad sagt at rehabilitering det er mer enn helse. Vi er jo enig i det. Jeg har lest massevis av uttalelser fra Lars Ødegård<sup>49</sup>, der han latterliggjør mange av disse ildsjelene, latterliggjør mange av fysioterapeutene innenfor fagfeltet, fordi de har vært opptatt av at folk skal gå til fysioterapeut, og at det å gå til fysioterapeut ikke har noe med*

---

<sup>49</sup> Lars Ødegård har vært forbundsleder og senere generalsekretær i Norges Handikapforbund fra 1989 til 2012. Han har vært opptatt av å endre fokus på funksjonshemming fra primært å handle om helse, pleie og rehabilitering til å fokusere på diskriminering og kamp for likestilling (Handikapnytt.no 06.12.2012).

*rehabilitering å gjøre. Det har gitt meg mange tanker rundt dette at brukerorganisasjonene, de er på en måte representanter for dem som er kommet langt ut i rehabiliteringsprosessen. [...] de har ikke noe mer funksjon å bygge opp, strek er satt, tiltakene er gjort, tilretteleggingen hjemme er gjort osv. De er ikke opptatt av det som mange av ildsjelene har jobbet med. Mange av ildsjelene de har jobbet tidlig i denne rehabiliteringsprosessen, og vært aktive der”.*

Situasjonen er preget av det fysioterapeuten kaller en *divergens*, et sprikende forhold mellom hva som etterspørres av brukerorganisasjonene, og hva de som jobber innenfor rehabilitering i kommunens helsetjeneste driver med. Han skiller mellom behovene til de brukerne som for eksempel hans virksomhet møter, som er tidlig i en rehabiliteringsprosess, og behovene til de som representerer brukerne i brukerorganisasjonene, som gjerne er langt ute i en rehabiliteringsprosess. Slik han ser det, innebærer det utvidete rehabiliteringsbegrepet at flere tjenesteytere må på banen, men ikke at de som alt er der i den tidlige fasen, skal vekk. De som har levd lenge med sin funksjonsnedsettelse, og som trenger assistanse fra andre enn dem som yter medisinsk rehabilitering, trenger tjenester som ikke er tilstrekkelig ”på banen”. I følge fysioterapeuten er det her brukerorganisasjonene må sette inn sin kritikk. Han imøtegår brukerorganisasjonenes kritikk ved å fremheve at brukernes behov endrer seg avhengig av hvilken fase i rehabiliteringsprosessen brukeren er i. Går en nærmere inn på brukerorganisasjonenes kritikk, så er de opptatt av at brukerne har for liten kontroll over bistanden. Kritikken handler om at de tradisjonelle profesjonene innenfor helse- og sosialtjenester utøver en patriarkalsk eller undertrykkende praksis overfor dem som mottar tjenestene. I tråd med retningen ”disability studies” etterlyser brukerorganisasjonene et paradigmeskifte fra et avviksperspektiv med vekt på fysiske, psykiske og sosiale avvik og til et undertrykkelsesperspektiv med vekt på diskriminering. Dette perspektivet vektlegger borgerrollen, medborgerskap og brukernes rett til i større grad å bestemme over bistanden (Gynnerstedt, 2004; Priestley, 1999; Shakespeare, 2006). Det skjer en endring i hvordan innholdet i kritikken oppfattes når den forflytter seg fra det nasjonale og til det lokale og den aktuelle fysioterapeuten. Fysioterapeuten omfortolker kritikken slik at den i stedet dreier seg om ulike faser i rehabiliteringsprosessen, og ikke om undertrykkelse.

Fysioterapeutene i undersøkelsen uttrykker en sterk identitet i forhold til rehabilitering som virksomhet, og dette støttes av flere ledere. Samtidig utfordres den sentrale rollen yrkesgruppen har hatt, både fordi rehabilitering i tråd med den nye politikken er profesjonsnøytral, og fordi brukerorganisasjoner nasjonalt har stilt seg kritisk til det de oppfatter som patriarkalske profesjoner innenfor rehabiliteringsfeltet. Profesjonen har fortsatt en sterk posisjon i de fire kommunene, men de står sterkest i de to små der de er tildelt oppgaven som leder av koordinerende enhet. Denne posisjonen er sentral i ny rehabiliteringspolitikk, og kan fremme lokal innflytelse på området

rehabilitering framover. Endringer i institusjonaliserte virksomheter tar tid, men fysioterapiprofesjonen må stadig kjempe for å beholde sin posisjon på feltet<sup>50</sup>.

#### 8.4.2 Andre profesjoners identitet og engasjement

Også andre grupper av helsepersonell<sup>51</sup> gav uttrykk for at de hadde et forhold til rehabiliteringsbegrepet, men de viste ikke samme glød og engasjementet som fysioterapeutene. *Sykepleiere* snakket om rehabilitering som en del av sitt ansvarsområde. Leder av hjemmetjenesten i utkantkommunen anser at det arbeidet de gjør til daglig, absolutt har med rehabilitering å gjøre, men at rehabilitering er en integrert del av tjenesten. Den kan ikke skilles ut som noe eget:

*“Det som ligger i bunnen av vårt praksisfelt, er jo egentlig rehabilitering, at man skal hjelpe pasienten til å komme på et høyere nivå, eller at ting skal være lagt til rette slik at de kan klare seg på det nivået de er, [...]. Sånn at kanskje alt vi gjør er rehabilitering. Det er så integrert i alt, i de daglige oppgavene våre”.*

Selv om hun betrakter rehabilitering som integrert i alt de gjør, sier hun samtidig at rehabilitering er en oppgave som det er vanskelig å få nok tid til. Knapphet på tid er et generelt problem som går ut over muligheten til å ivareta det rehabiliterende aspektet ved arbeidsoppgavene. Selv om hun mener at sykepleiere yter rehabilitering, så har hun ikke noe aktivt forhold til rehabiliteringspolitikken og regelverket som følger av dette. Hennes forhold til rehabiliteringsbegrepet er opparbeidet gjennom utdanningen og arbeidet som sykepleier, hvor omsorgspolitikken er det sentrale politikkområdet.

En *lege* i utkantkommunen syntes at han oftest anvender rehabiliteringsbegrepet i forhold til sykemeldinger og i samarbeid med trygdeetaten (NAV-trygd). Han mener samtidig at en liten kommune har lite å bidra med i forhold til medisinsk rehabilitering. Slik han ser det, så er det helst spesialisthelsetjenesten som har det.

Noen av yrkesgruppene arbeider i hovedsak med barn og unge og brukere med medfødte eller tidlig ervervete lidelser. Dette er målgrupper som forbindes med *habilitering*. En *vernepleier* og to *helsesøstre* uttalte at de forbinder begrepet habilitering først og fremst med spesialisthelsetjenesten, og at det ikke er særlig i bruk innenfor kommunen.

To *spesialpedagoger* (fra bygdekommunen og utkantkommunen) uttalte også at spesialpedagoger har et avgrenset forhold til habiliteringsbegrepet. Den ene sa det slik: *“Vi har vel eit forhold til det, men vi*

---

<sup>50</sup> I senere tid, i forbindelse med Samhandlingsreformen, utfordres de bl.a. av Ergoterapiprofesjonen, som har vært pådrivere for satsningen på ”hverdagsrehabilitering” (Laberg og Ness, 2012).

<sup>51</sup> Hva som juridisk menes med helsepersonell, er definert i helsepersonelloven § 3.

tenkjer vel at det er noke som andre driver mest med". Ingen av dem har kjennskap til hva koordinerende enhet er for noe. Dersom det er en elev som har behov for koordinerte tjenester, henvender de seg til kommunefysioterapeuten. Men, selv om de ikke bruker begrepet habilitering, så er de vant til å samarbeide med ulike yrkesgrupper og deltjenester rundt barn i skole og barnehage. Spesialpedagogen i bygdekommunen forteller:

*"[...] så har vi eit fast forum som eg synest er veldig nyttig. Det kallar vi før "tverrfagleg team". Det er helsesøster som fekk oppretta det forumet. Det har vi ca ein gong i måneden, og då møtest personar i frå alle etatar. Det er helsesøster, lege, psykiatrisk sjukepleiar, barnevern, sosialteneste og fysioterapeuten, og så spes.ped. koordinatorane for skulane/barnehagane. Eg glemte sikkert å ta med ho som var viktigast opp i det her tverrfaglege teamet, og det er leiaren på BUP, som kjem og rettleiar i det forumet. Ho er psykolog. Så ho kjem til kommunen som ein veileidar til teamet".*

Forumet er et eksempel på at profesjoner som arbeider med barn og unge innenfor ulike tjenester kommer sammen og diskuterer enkeltbarn og faglige problemstillinger, uten at aktiviteten kobles til habiliteringsbegrepet. Habilitering forbinder aktørene først og fremst med spesialisthelsetjenesten. I ny rehabiliteringspolitikk handler habilitering og rehabilitering om både vertikal og horisontal koordinering. Et av argumentene for å endre begrepsbruken i kommunehelsetjenesteloven fra utføring til habilitering og rehabilitering, var at det skulle lette vertikal koordinering mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ved at felles begrepsbruk ville føre til en felles faglig identitet. Yrkesgruppens uttalelser støtter ikke denne logikken. Felles begrepsbruk er ikke tilstrekkelig for å oppnå vertikal koordinering mellom nivå. I ny helse- og omsorgstjenesteloven (som trådte i kraft 1.1.2012), er det lagt vekt på formelle samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunene. Om det vil fungere som en bedre strategi for vertikal koordinering gjenstår å se.

Sosionomene jeg intervjuet var mer varierte i sine erfaringer som yrkesgruppe. En synes at "alle" yter rehabilitering. Hun var systemansvarlig for individuelle planer og har dermed en spesiell posisjon i systemet. En annen sosionom, som var sosialsjef, synes at sosialtjenesten har mange tiltak som kan inngå i en rehabiliteringsprosess. Hun mener samtidig at det nok ikke er så vanlig å tenke slik. Hun oppfatter også at tiltak innenfor helsetjenesten er enklere tjenester å motta for brukerne, fordi helsetjenester generelt er mindre stigmatiserende enn sosialtjenester. En tredje sosionom, som var leder for psykisk helsearbeid i utkantkommunen, omtaler rehabiliteringsbegrepet som gammeldags:

*"Jeg synes det høres ut som et gammelmodig begrep, og jeg tenker mer på fysiske ting, når jeg hører de ordene der. Sånn rehabilitering etter en trafikkulykke eller etter et slag, jeg tenker mer sånn jeg, når jeg hører ordet. Så det er ikke noe levende begrep [...], vi snakker ikke om det".*



Hun forbinder begrepet med somatisk sykdom og eldre, og syntes ikke at det er på dagsorden i hennes virksomhet. Intervjupersonen mener at hennes manglende forhold til begrepet rehabilitering har med hennes fagbakgrunn som sosionom og hennes yrkespraksis fra barne- og ungdomspsykiatrien å gjøre. Den tjenesten betrakter hun som noe annet enn helse, og begrepene habilitering og rehabilitering er ikke i bruk.

I følge Frønes (2001) dreier *identitetsutforming* seg om samfunnsmessige nedslag i den individuelle selvutforming. Jo mer uklare og sammensatte forventninger det er til posisjoner, og jo større handlingsrommet er, dess mer overlates til den enkeltes utforming. Samtidig er identitet en strategisk sosial handling, og identitetskonstituering kan forankres i relasjoner langs hovedaksene asymmetri (forskjellighet fra) og symmetri (likhet med) (Frønes, 2001:50). Intervjupersonen ovenfor er utdannet sosionom og arbeider innenfor psykisk helsearbeid. Hun legger vekt på å få fram en asymmetri i forhold til somatisk virksomhet. Rehabilitering forbinder hun med somatisk praksis, og ved å ta avstand fra rehabiliteringsbegrepet får hun understreket at psykisk helsearbeid er et eget, selvstendig fagområde som skiller seg fra somatisk virksomhet i tenkning og handling.

Med utgangspunkt i ulike yrkesgrupper, så viser dataene at fysioterapeutene forsvarer sin sterke posisjon innenfor rehabiliteringsfeltet. De blir heller ikke sterkt utfordret av andre yrkesgrupper. Det kan tyde på at den nye helhetlige politikken foreløpig har fått et begrenset nedslag.

#### 8.4.3 Få deltjenester har et forhold til habiliterings- og rehabiliteringsbegrepet

I følge den helhetlige rehabiliteringspolitikken er målgruppen for rehabilitering bred, og omfatter brukere med ulike somatiske, psykiske eller sosiale funksjonsnedsettelse. Tradisjonelt har fysioterapitjenesten hatt en sterk identitet knyttet til rehabilitering som virksomhet. Her er det vanskelig å skille mellom yrkesgruppe og deltjeneste, da en yrkesgruppe dominerer deltjenesten. Likevel kan det se ut som at forholdet til rehabiliteringsbegrepet også kan knyttes til hvilken *deltjeneste* den enkelte yrkesutøver tilhører, ikke bare til yrkeskategori.

Sosionomene jeg intervjuet skilte seg ut. De uttrykte ganske ulike identiteter i forhold til rehabilitering ut fra hvilken *deltjeneste* de arbeidet innenfor. Et område hvor rehabiliteringsbegrepet var lite tilstede var innen psykisk helsearbeid. Jeg intervjuet to yrkesgrupper fra psykisk helsearbeid, sosionomer og psykiatriske sykepleiere. En sosionom fra psykisk helsearbeid var spesielt kritisk og tok avstand fra begrepet. Sosionomen og to psykiatriske sykepleiere (fra bygdebyen og bygdekommunen) ga uttrykk for at de ikke er vant til å bruke begrepet rehabilitering innenfor sin deltjeneste. En psykiatrisk sykepleier i bygdekommunen sa det slik: *"Innafor mi avdeling så er mykje av det vi driver med, det er jo rehabilitering, sjølv om det her handler om det psykiske. Men, vi tenkjer ikkje på det sånn til dagen*

som eit begrep.” Den psykiatriske sykepleieren tar ikke avstand fra rehabiliteringsbegrepet, og oppfatter at de arbeider innenfor metoder og mål som kjennetegner rehabilitering, men uten at de anvender begrepet. Hans identitet til rehabilitering blir ambivalent og preges av en form for asymmetri og symmetri på samme tid. Når han skal utdype dette, så forklarer han det slik:

*”Eg tenkjer på folk som blir ramma av ei psykisk lidning både i milde og alvorlige grader, og på ein måte blir satt ut av funksjon til å kunne fungere både i forhold til arbeid, [...] i forhold til familie og vener. Dagleg fungering. Det kan være alt i frå å gå på butikken, til at ein rett og slett melder seg litt ut av samfunnet og ut av det sosiale. Så tenkjer vi at vi driver rehabilitering i form av at ein kan få gjenskapt den funksjonen, at vedkommande skal klare å kome tilbake igjen og kunne fungere. Om ikkje ein alltid klarer å oppnå og få dei tilbake i arbeid, og få dei til å fungere like godt som før, så prøver vi i alle fall å jobbe mot at det skal bli så optimalt som mogleg”.*

Han opplever at tjenesten han arbeider innenfor har mål som handler om rehabilitering, uten at det knyttes til begrepet direkte: *”Det med å få folk tilbake igjen, at folk skal få eit meningsfullt liv og oppleve mestring, og kunne oppleve ein viss grad av funksjonsdyktighet”.*

Intervjupersonen legger vekt på at innenfor psykisk helsearbeid er mestringsbegrepet sentralt<sup>52</sup>. En innvending mot å gi begrepet mestring en overordnet status kan være at det fort fokuseres for ensidig på individuell mestring, og tilslører at psykiske problemer er knyttet til kulturelle og sosiale forhold mer enn den enkelte som individ (Ekeland og Heggen, 2007:24). Det blir mindre fokus på samfunnet rundt individet, og betydningen av et inkluderende samfunn blir underkommunisert.

Det er ikke bare kommunale aktører innenfor psykisk helsearbeid som i liten grad anvender rehabiliteringsbegrepet. Også nasjonale myndigheter benytter i liten grad begrepet rehabilitering i sin veileder til kommunene. I veilederen *”Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene”* nevnes rehabiliteringsbegrepet kort under overskriften 5.4 *”Behandling og oppfølging”*, hvor det står:

*”Psykisk helsearbeid er også forandringsarbeid, og brukerne kan fortelle mye om hva som er viktig for endring. Kanskje trengs nye behandlingsmål og bedringskriterier med større vekt på å leve et godt liv og ikke bare på symptombedring. I dette perspektivet kan det være vanskelig å sette et skarpt skille mellom behandling og rehabilitering”* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005:33).

---

<sup>52</sup> Sosial- og helsedirektoratet utga i 2005 en veileder (IS-1332) om *”Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene”* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005), der målsettingen beskrives som: *”å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser”* (ibid:7). I den nasjonale definisjonen av rehabilitering er målsettingen formulert slik: *”.. for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”* (forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) § 2). De to målsettingene har begrepene *”mestring”* og *”selvstendighet”* felles. Målsettingen i Veilederen for psykisk helsearbeid skiller seg særlig fra målsettingen i definisjonen av rehabilitering ved at *”deltakelse”* ikke er eksplisitt nevnt. Her er begrepet *”tilhørighet”* lagt vekt på.

Her trekkes rehabiliteringsbegrepet inn for å synliggjøre en bredere tilnærming enn det som tradisjonelt ligger i behandling. Rehabiliteringsbegrepet kan rette oppmerksomheten mot det å leve et godt liv, mens behandling knyttes til sykdom og symptombedring, noe som i følge Sandvin og Söder (1998) tilsvarer en motsetning mellom en funksjonshemmedemodell og en sykdomsmodell. Den første har et fokus på brukernes hverdagsliv, mens den andre har fokus på behandling av symptomer på sykdom. Den nasjonale veilederen er et autoritativt dokument som skal legge til rette for oversettelse av nasjonal politikk i kommunen. "Nasjonale strategier for habilitering og rehabilitering 2008-2011" hadde som strategi at rehabiliteringspolitikken skulle følges opp gjennom eksisterende satsningsområder, og ikke som et eget område. Den aktuelle veilederen kan betraktes som et viktig ledd i oversettelsesprosessen av helhetlig rehabiliteringspolitikk på området psykisk helsevern. Den er et eksempel på at når politikken tas tak i av en ny aktør (utformer av veilederen), innebærer oversettelse her at den slippes og mister energi, mer enn transformasjon.

Leder for psykisk helsearbeid i utkantkommunen peker på at rehabiliteringsbegrepet heller ikke er benyttet når virksomheten mottar henvendelser fra andrelinjenivået i enkeltsaker: *"Jeg har ikke sett at det står; ønsker habiliteringsopplegg, eller ønsker rehabilitering, det står jo ikke det på bestillingen noen plass. Jeg har ikke sett de ordene brukt"*. Hun opplever at rehabilitering som begrep ikke anvendes i kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten innen psykisk helsevern. Samtidig påpeker intervjupersonen at habiliteringsbegrepet og rehabiliteringsbegrepet i større grad er brukt i navnet på tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten. Begrepene gir dermed assosiasjoner til spesialistnivået mer enn kommunenivået, noe som peker mot tidligere organisering av rehabilitering som et ansvar innenfor institusjoner og sykehus. Flere representanter for skolehelsetjenesten, PPT og miljøtjenesten/omsorgstjenesten peker på det samme. Habilitering og rehabilitering som virksomhet på kommunenivået er fortsatt sterkt knyttet til fysioterapitjenesten, og andre yrkesgrupper og deltjenester i kommunen er i liten grad bevisst at de har en rolle i individuelle rehabiliteringsprosesser. Deres konseptualisering eller forståelse av rehabilitering er at dette er noe som andre driver med, dvs. andre yrkesgrupper i kommunen eller på et annet nivå. Det innebærer at det i liten grad finnes en felles og overordnet forståelse av rehabilitering som bygger på helhetlig rehabiliteringspolitikk, og som gjør at yrkesgruppene drar i samme retning.

#### 8.4.4 Rehabilitering og forebygging

Leder av psykisk helsevern i utkantkommunen er ikke fortrolig med rehabiliteringsbegrepet. Derimot er hun opptatt av begrepet *forebygging*. Begrepet oppfattes ikke som knyttet kun til helse, slik hun synes rehabilitering er, og har derfor en mye bredere appell til henne: *"Jeg er veldig opptatt av forebyggende arbeid, det har jeg vært hele livet, og tenker at det er viktig å komme inn der, og ikke*

*bare drive med behandling*". Hun gir også eksempler på hvordan hun mener de har arbeidet forebyggende innenfor psykisk helsearbeid i kommunen:

*"Og på verdensdagen i fjor hadde vi stort samarbeid med både videregående skole og ungdomsskolen på suicid, og hadde opplegg over flere dager sammen med Mental helse, ungdomsklubben og skolen, ut i fra at vi hadde et trasig tilfelle med suicid blant ungdommene her. [...] Det tenker jeg var forebyggende. Og det at vi har fått i gang og driver dagsenter, er jo og forebyggende for psykisk helse."*

Intervjupersonen ovenfor startet ut med å presentere forebyggingsbegrepet som et positivt ladet begrep som hun identifiserte seg med, mens hun oppfattet rehabilitering som et begrep hun tar avstand fra. Når hun har reflektert over eksemplene sine, ble hun mer nyansert: *"Av og til så ser du at tiltak er både forebyggende og habiliterende og rehabiliterende samtidig Det glir over i hverandre. Du går ikke og tenker på hva som er hva bestandig"*. Hun synes det ble vanskelig å opprettholde et tydelig skille mellom kategoriene forebygging og rehabilitering. De ble overlappende. Det var også en forebyggende intensjon i forskrift om habilitering og rehabilitering, som ikke har fått så mye oppmerksomhet:

*"Tjenestetilbudene og ytelsene skal omfatte alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemning eller kronisk sykdom. Tilsvarende for personer som står i fare for å utvikle varig funksjonshemning eller kronisk sykdom" (Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) § 3, andre ledd).*

Den før nevnte intervjupersonen startet med å se på forebygging som en motsetning til rehabilitering, men i løpet av intervjuet endrer hun syn, og så i stedet forebygging som et aspekt ved rehabilitering eller som en utvidelse av innholdet i rehabilitering. Dette er et eksempel på et konseptualiseringsarbeid, som viser hvordan innholdet i rehabilitering kan endre seg. Kanskje kan et økt fokus på at rehabilitering har en forebyggende dimensjon, være med på å skape økt legitimitet for rehabilitering innenfor yrkesgrupper og deltjenester som tradisjonelt har lav identitet i forhold til rehabiliteringsbegrepet. Dessuten kan det være med på å styrke rehabilitering i forhold til "Samhandlingsreformen" hvor forebygging er et sterkt satsningsområde.

#### 8.4.5 Rehabilitering – et overordnet begrep i et distribuert system?

Nasjonal helhetlig rehabiliteringspolitikk har lagt vekt på at rehabilitering forutsetter samarbeid på tvers av yrkesgrupper, deltjenester, sektorer og nivå, noe som forutsetter at de har en felles forståelse av innholdet i rehabilitering (St.meld.nr.21 (1998-99)). I følge den nye lovpålagte definisjonen av rehabilitering, krever individuelle rehabiliteringsprosesser bistand fra flere tjenesteytere, dvs. fra ulike fagpersoner som gjør ulike ting, på ulike steder, til ulike tider. Rehabiliteringsprosesser håndteres i et *distribuert* problemløsningssystem hvor det ytes bistand av ulike aktører, til ulike tider, og på ulike

steder. I boka *"The body multiple"* beskriver Mol (2002) hvordan diagnosen arteriosklerose produseres eller gjøres til ulike ting av ulike aktører i sykehuset. Arteriosklerose slik det produseres av diagnostiserende lege, er forskjellig fra det som produseres av en patolog eller en røntgenlege. For Mol har dette en ontologisk betydning, idet hun søker å vise at objekter kun eksisterer gjennom de praksiser som produserer dem. Distribusjon i tid og rom skiller de ulike praksisene, og dermed også det som ellers kunne komme i konflikt. Begrepet arteriosklerose har imidlertid også en viktig koordinerende funksjon:

*"But "arteriosclerosis" is the word they use when they want to talk to one another. The term is a coordinating mechanism operative in conjunction with the various distributions. It bridges the boundaries between the sites over which the disease is distributed" (Mol 2002:117).*

Mols poeng er at selv om de ulike spesialister og yrkesgrupper i et sykehus gjør arteriosklerose til ulike ting, og selv om noen av dem kan være uenige dersom de møtes, så har de begrepet arteriosklerose felles. Ordet fungerer som et koordinerende og brobyggende element som binder delene sammen. Dersom man bytter ut ordet arteriosklerose med rehabilitering, så har rehabilitering det til felles med arteriosklerose at rehabilitering gjøres av mange ulike aktører, og at det gjøres forskjellig av de ulike deltakerne. Det er også fordelen med arbeidsdeling og spesialisering, at spesialister er gode på forskjellige ting. Rehabilitering er i utgangspunktet et langt løsere og mer abstrakt begrep enn arteriosklerose. Det er i tillegg gitt et nytt innhold gjennom en ny helhetlig politikk og en ny definisjon, som myndigheten ønsker skal fungere som et overordnet, felles konsept på tvers av yrkesgrupper og sektorer.

Det som kommer fram i intervjuene med ulike yrkesgrupper og representanter for ulike deltjenester, er at identitet knyttet til begrepet rehabilitering som et overordnet og samlende begrep i varierende grad var til stede. Begrepet rehabilitering skapte ulike grader av engasjement og identitet hos intervjupersonene, fra det å være ildsjel til det å ta avstand fra begrepet, eller betrakter begrepet som noe andre holder på med. Her er tidligere historie på området sentral for hvordan yrkesgruppene definerer situasjonen. Både habiliterings- og rehabiliteringsbegrepet ser i begrenset grad ut til å være benyttet som et felles brobyggende begrep i kommunikasjonen mellom profesjoner og deltjenester i kommunen, og mellom aktører i kommunen og aktører i spesialisthelsetjenesten. Argumentasjonen i tidligere stortingsmeldinger om at like begreper ville lette samarbeidet mellom nivåene, får liten effekt når fagpersoner på kommunenivået anser at habilitering og rehabilitering er noe de gjør innenfor spesialisttjenestenivået, og derfor ikke identifiserer seg med begrepet. Samtidig er det eksempler på omfattende samarbeid, både horisontalt og vertikalt, men situasjonen defineres som andre ting enn habilitering.

Lokal oversettelse fordrer at aktuelle aktører presenteres for konseptet helhetlig rehabilitering, og at det legges opp til prosesser lokalt for å utvikle en konvergerende kunnskap på tvers av yrkesgrupper og deltjenester. De fire kommunene har ikke lagt vekt på dette. Det som har fått oppmerksomhet i det lokale arbeidet er først og fremst lokal tilpasning av politikken teknologi: koordinerende enhet, individuell plan og koordinator. Den lokale oversettelsesprosessen har dermed lagt lite vekt på å etablere og styrke den felles kunnskapen som i følge helhetlig rehabiliteringspolitikk er nødvendig for å få deltakere i en rehabiliteringsprosess til å dra i samme retning. Det betyr ikke at kommunene ikke er opptatt av tverrfaglig samarbeid og samhandling, men det er mer generelt, og ikke direkte koblet til rehabilitering.

Det innebærer at mange tjenesteytere ikke er seg bevisst at de har en rolle som aktører i oversettelsen av den helhetlige rehabiliteringspolitikken i kommunen. Forståelsen av rehabilitering er fortsatt preget av tidligere tradisjoner på området, og viser at endring tar tid. Samtidig er det utfordrende å etablere en felles overordnet kunnskap hos faggrupper og enkeltaktører, når den individuelt tilpassede rehabiliteringsprosessen medfører at man på forhånd ikke kan forutsi hvem bistandsyterne vil være.

#### 8.4.6 Samspill mellom kunnskap og samhandlingsteknologi

I avhandlingen har jeg to forskningsspørsmål. Det første ser på translasjon av samordningsteknologien, og er tema i analysekapitlene 5, 6 og 7. Det andre er tema for dette analysekapittelet og ser nærmere på hvordan den helhetlige rehabiliteringspolitikken blir oppfattet og mottatt av ulike faggrupper og tjenesteenheter i de fire kommunene. Jeg vil til slutt i kapittelet se på forholdet mellom de to forskningsspørsmålene: Hvordan translasjonen i kommunene blir et resultat av samspillet mellom aktørenes meningsarbeid og identiteter, og utforming og oppslutning om samordningsteknologien.

Helhetlig rehabiliteringspolitikk har som mål å styre adferden til aktører som deltar i rehabilitering i en bestemt retning. Translasjonsprosessen fra det nasjonale til det lokale handler om hvordan ideene i den nasjonale politikken tas i mot og håndteres av ulike aktører i kommunene. I følge Lægreid og Olsen (1978) i Jacobsen og Thorsvik (1997), kan organisasjoner påvirke organisasjonsadferd gjennom styringsformene sosialisering, disiplinering og kontroll. De tre styringsformene må ses i sammenheng og grensene mellom dem er flytende. De kan supplere hverandre, og i samspill kan de forsterke eller svekke hverandres effekter (ibid:79). Sett i forhold til oversettelse vil sosialisering være viktig for konseptualisering av rehabilitering, og disiplinering og kontroll vil være viktige for konkretisering og kontrollering.

Rehabilitering er en tverrfaglig og tverretatlig virksomhet, og i følge helhetlig rehabiliteringspolitikk er det viktig å etablere en konvergerende kunnskap for at involverte aktører skal dra i samme retning. I

dette ligger det en forståelse av at kunnskap og tenkning er sentralt for å påvirke hvordan aktører handler. Tenkning vil i denne sammenhengen handle om *sosialisering* av arbeidstakerne. Sosialisering til en bestemt kunnskap er viktig for å sette aktørene i stand til å handle og ikke minst å samhandle på en bestemt og ønskelig måte. En organisasjon som har en sterk sosialisering av sine arbeidstakere vil kunne slakke av på kravene til disiplinering og kontroll. Spørsmålet er om helhetlig rehabiliteringspolitikk oppnår en vellykket sosialisering hos de kommunale aktørene. I følge mine intervjupersoner identifiserer de seg med og støtter opp om føringene i den helhetlige rehabiliteringspolitikken i varierende grad. Dersom målet er at alle berørte aktører skal identifisere seg positivt med den helhetlige politikken, innebærer det at sosialiseringen fremstår som *svak*. For å styrke ønsket kunnskap kan stat og kommuner legge større vekt på sosialisering av de mange aktørene. Imidlertid kan det å satse på sosialisering være utfordrende fordi politikken ansvarliggjør et bredt sett av tjenesteytere som ikke er definert på forhånd. Da det ikke er gitt hvem det er som vil bli involvert i individuelle rehabiliteringsprosesser, kan det være vanskelig å ha kontroll over sosialisering som styringsstrategi. Det peker mot at andre styringsstrategier er viktige for å påvirke adferden til aktørene. Den enkleste løsningen vil være at utdanningsinstitusjonene legger større vekt på denne kunnskapen innenfor helse- og velferdsutdanning, men man vil likevel ha problemer med å nå alle bistandsyttere gjennom sosialisering.

I hvilken grad en idé får oppslutning og blir mektig dreier seg også om man klarer å etablere *disiplinering* av individuell adferd og *kontroll* av organisasjonens adferd, dvs. konkretisering og kontrollering (Nilsen, 2007). For at ny rehabiliteringspolitikk skal feste seg som varig praksis i kommunen, antas det at ideene må stabiliseres gjennom tilknytning til fysiske gjenstander, ting, nedskrevne prosedyrer, skjema, systemer osv. Det er her samhandlingsteknologien blir sentral. Både koordinerende enhet, individuell plan og koordinator er ment å fungere som teknologier som bidrar til å disiplinere og binde tjenesteyternes adferd. Det dreier seg om å innrullere aktører og etablere et stabilt nettverk rundt samhandlingsteknologien som et ledd i å kontrollere adferd. Mine funn tyder på at kommunenes disiplinering gjennom samhandlingsteknologien er lite robust. Oppslutningen om de ulike samhandlingsteknologiene møter motstand. Det blir dermed viktig å se om kommunene har kontroll på organisasjonsnivå.

I følge aktørenes meningsarbeid fremstår konseptualisering av rehabilitering som utvidet, utvannet og usynlig. Både den begrepsmessige utvidelsen og den organisatoriske integreringen medfører at kategorien rehabilitering får uklare grenser og overlapper med andre kategorier. Når rehabilitering blir en usynlig virksomhet i kommunens styringssystemer, dvs. at den ikke synes på organisasjonskartet, ikke har egne ledere, og ikke er synlig i kommunens budsjettssystem, så vil også kontrollen på

organisasjonsnivå være svak. Det blir vanskelig for ledelsen i kommunene å skaffe seg oversikt over aktiviteten på feltet, og liten oversikt og innsikt er et dårlig utgangspunkt for overordnet styring.

Med utgangspunkt i styringsformene sosialisering, disiplinering og kontroll, viser jeg hvordan det er samspill mellom avhandlingens to forskningsspørsmål. Politikken har lagt vekt på en felles tenkning hos involverte aktører. Svak kontroll med sosialiseringsprosessen gjør det vanskelig å styre konseptualiseringsprosessen hos ulike aktører. Det peker mot viktigheten av å utvikle en sterk samhandlingsteknologi med økt vekt på styringsformene disiplinering og kontroll.

## 8.5 Avslutning

I dette kapittelet har jeg tatt for meg avhandlingens andre forskningsspørsmål. Hensikten med kapittelet har vært å få innsikt i hvordan den helhetlige rehabiliteringspolitikken blir oppfattet og mottatt i ulike faggrupper og tjenesteenheter i de fire kommunene, og hvilken betydning dette har for dynamikken i den lokale translasjonen av politikken. Den helhetlige rehabiliteringspolitikken legger vekt på at rehabilitering er tverrfaglig og tverretatlig, og mange ulike faggrupper og tjenesteenheter skal involveres i individuelle rehabiliteringsprosesser med utgangspunkt i brukerens mål. For å dra i samme retning er det viktig at tjenesteutøverne besitter en felles overordnet kunnskap, og at de identifiserer seg med rehabilitering. Rehabiliteringsmeldingen påpeker viktigheten av at det skjer en normativ adoptering av politikken ideer hos faggrupper.

Meningsarbeidet som kommer til uttrykk hos ulike aktører, handler om konseptualisering av objektet rehabilitering lokalt. Prosessen omfatter mange ulike aktører i kommunene og får fram hvor omfattende og komplekst det lokale translasjonsarbeidet er. Jeg har tatt for meg tre spørsmål. For det *første*: Hvordan synes intervjupersonene rehabilitering som et kommunalt ansvars- og virksomhetsområde har utviklet seg over tid? Gjennom metaforer som utviding, utvanning og usynliggjøring beskriver intervjupersonene sentrale utviklingstrekk ved rehabilitering som kommunal virksomhet, og hvilke utfordringer som er knyttet til disse. Utvidelse i forhold til tjenestemottakere, tjenesteytere og innholdet i rehabilitering har skapt usikkerhet i forhold til grensene for kategorien rehabilitering. Hva er innenfor og hva er utenfor kategorien? Hvem er mottakere av rehabilitering og hvem bistår i rehabiliteringsprosesser? Organiseringen av rehabilitering som integrerte tjenester medfører at virksomheten ikke passer inn i det kommunale styringssystemet, og blir usynlig i budsjettprosesser og på organisasjonskart. Rehabilitering er en annerledes virksomhet, som krever andre styringsgrep enn de som formelt er i bruk i kommunene. Å bli en usynlig virksomhet i formelle styringssystemer svekker politikken muligheter for oppslutning i kommunen.



For det *andre*: Gammel og ny rehabiliteringspolitikk møtes i kommunal praksis i form av begreper, rutiner og kunnskap, og håndteres av ulike fagpersoner. Her kommer det fram at gamle og nye forståelser kan tilpasses hverandre, eller de kan holdes fra hverandre og leve side om side på tjenestenivå. Eksempelet med "rehabiliteringspotensial" viser at gammel politikk kan medføre motstand i forhold til ny politikk. De kan også leve side om side, så lenge de holdes fra hverandre i tid og rom (Mol, 2002), slik eksempelet med GAP-modellen og ny definisjon av rehabilitering viser.

For det *tredje*: Ulike yrkesgrupper og deltjenester har i varierende grad en profesjonell eller institusjonell identitet knyttet til begrepet rehabilitering. Her kommer det fram at rehabiliteringsbegrepet fortsatt står sterkest innenfor fysioterapigruppen. Andre yrkesgrupper er mindre engasjert, og innenfor deltjenesten psykisk helsearbeid er begrepet sjelden i bruk. Det er få tegn til åpen profesjonskamp. Det kan tyde på at rehabilitering ikke nødvendigvis fremstår som et område ulike yrkesgrupper slåss om. Rehabilitering er blitt alles ansvar, og ingen tjenester er i seg selv rehabiliteringstjenester. Det innebærer en svekkelse av den enkelte yrkesgruppes samfunnsansvar på området rehabilitering. Kanskje kan rehabilitering på sikt mangle yrkesgrupper som identifiserer seg med området, eller som kjemper for det, som følge av at rehabilitering er blitt profesjonsnøytralt. Ansvaret består i å sende beskjed om brukere med behov for sammensatte tjenester til den instans kommunen har bestemt, for eksempel koordinerende enhet. Flere faggrupper og tjenesteenheter har ikke et aktivt forhold til rehabiliteringsbegrepet. Når de ikke har en identitet som inkluderer rehabiliteringsbegrepet, vil de heller ikke føle at den helhetlige rehabiliteringspolitikken angår dem.

Rehabilitering utgjør en *distribuert* virksomhet hvor mange aktører bidrar. Begrepet rehabilitering er i utgangspunktet løst og abstrakt. Det er et begrep som ulike yrkesgrupper i ulik grad identifiserer seg med, noe som medfører at begrepets evne som "brobygger" i kommunikasjonen mellom ulike faggrupper og deltjenester varierer. Det er vanskelig å ha kontroll over hvordan alle aktører tenker. Sosialisering av aktører på området rehabilitering synes vanskelig. Yrkesgruppene lar seg ikke innrullere og disiplinere. Det innebærer at det blir viktig å styrke samhandlingsteknologien, slik at den kan virke disiplinerende på adferden til aktørene. Kommunen som organisasjon synes å ha svak styringskontroll på området rehabilitering. Rehabiliteringsvirksomheten blir usynlig innenfor tradisjonelle styringssystemer som hierarki og budsjetter. Rehabilitering som virksomhet blir fort usynlig og styringsmidlene må ta høyde for dette.



# 9 OVERSETTELSE I SPENNINGSFELTET MELLOM ULIKE KONTEKSTER

## 9.1 Innledning

Temaet for denne avhandlingen har vært kommunale aktørers oversettelse av nasjonal rehabiliteringspolitikk. Jeg har tatt utgangspunkt i den helhetlige rehabiliteringspolitikken som ble introdusert med St.meld.nr.21 (1998-99) og oppfølgingen av denne, en reorientering som har pågått i over 10 år. Hensikten med studien har vært å få mer kunnskap om hvordan nasjonal politikk på et tverrfaglig og tverretatlig velferdsområde som rehabilitering, mottas og håndteres i kommunen, og i hvilken grad rehabilitering betraktes som en avklart oppgave i en kommunal kontekst.

Alle norske kommuner har et ansvar for å tilby rehabilitering til innbyggere som trenger det. Med den helhetlige politikken flyttes fokuset fra fag og tjenester, til brukermedvirkning, individuelt tilpassede og helhetlige tjenester med vekt på veiledning og koordinering. Hovedmålet er å støtte opp om brukerens deltakelse sosialt og i samfunnet. Politikken ansvarliggjør et utvidet og uavgrenset antall yrkesgrupper. Lovpålagte organisatoriske virkemidler har fått en sentral plass i politikken. Jeg har gjennomført en kvalitativ casestudie i fire kommuner, med skandinavisk nyinstitusjonalisme og ANT som analytiske ressurser (Johansson, 2006). Helhetlig rehabiliteringspolitikk betraktes som ideer, dvs. sammensatte forestillinger som materialiseres som objekt eller handlinger når de hentes ned i kommunene (Czarniawska og Sevon, 1996; Ponnert & Svensson, 2011). Analysen har hatt fokus på translasjonsprosessen internt i kommunen, nærmere bestemt tre delprosesser; konseptualisering, konkretisering og kontrollering (Nilsen, 2007). Forholdet mellom konseptualisering og konkretisering viser til et skille mellom å skape objektet rehabilitering i kommunen, og det å gi ideene et konkret innhold og begynne å ta dem i bruk. Kontrollering har fokus på hvordan, og i hvilken grad det skapes interesse for og oppslutning om ideene gjennom nettverksbygging, for deretter å kontrollere aktørene i nettverket slik at bruken blir stabil og forutsigbar (Nilsen, 2007). Translasjonsteori som analytisk ressurs får fram samspeillet mellom politikken, organisasjonen og tjenesteyterne. Perspektivet synliggjør hvordan ulike aktører har gitt energi til politikkens ideer i den grad de har tatt tak i dem. Ideer som ingen tar tak i "reiser" ikke (Latour, 1986).

Videre i dette avslutningskapittelet vil jeg gjennomgå sentrale funn fra undersøkelsen i de fire kommunene med vekt på hva disse kan bety for oversettelsen av helhetlig rehabiliteringspolitikk. Jeg

vil sammenstille funnene fra avhandlingens delanalyser og avslutte med noen refleksjoner knyttet til bestemte utfordringer ved translasjonsarbeidet i kommunene, og til dagens situasjon på området.

## 9.2 Translasjon av organisatoriske virkemidler

Mitt første forskningsspørsmål tar opp hvordan de *organisatoriske* virkemidlene har blitt oversatt i de fire kommunene. Virkemidlene var og er lovpålagte, dvs. at kommunene var forpliktet til å ta dem i bruk, noe som peker mot en tvangsmessig adoptering (DiMaggio og Powell, 1983). Kommunens plikt til å *planlegge* sin virksomhet, og til å opprette en *koordinerende enhet* for habilitering og rehabilitering er virkemidler på systemnivå, mens *individuell plan* og *koordinator* er virkemidler og rettigheter på individnivå.

### 9.2.1 Organisatoriske virkemidler på systemnivå

For det første viser funnene at plikten til planlegging fikk varierende oppslutning. De kommunale aktørenes motivasjon for planlegging varierte fra lav til høy. Kommunene valgte i perioder bort planarbeid, og påbegynte planarbeider ble ikke alltid fullført. Planlegging etter 2001 fikk dermed ulik betydning for konseptualisering og konkretisering av rehabilitering i kommunene. En grunn til denne variasjonen kan være at Norge har gått fra å være en "planstat" med vekt på planlegging, til å bli en "reguleringsstat" med vekt på styring ved regulering (Amdam og Veggeland, 2011). Styring ved regulering krever legal kontroll, og det har vokst fram mange tilsyn og kontrollorganer. Planstaten er blitt mindre sentral. Planlegging blir et styringsverktøy i konkurranse med mange andre, og fremstår dermed som svekket. Kommunenes etterlevelse av kravet om planlegging har også generelt fått lite oppmerksomhet fra sentrale myndigheter. Manglende planlegging får ingen konsekvenser for kommunen, og har vist seg å ha liten betydning for legitimitet i omgivelsene, noe som kan være en medvirkende forklaring til hvorfor planlegging har fått varierende oppslutning.

For det andre ble rehabilitering innenfor planarbeider konseptualisert til ulike ting. Statlige myndigheter forventet at de to nye forskriftene; forskrift om habilitering og rehabilitering (2001), og forskrift om individuell plan (2001/2004) skulle bidra til større likhet mellom kommunene. I de tre kommunene som startet med *planprosesser* etter 2001 ble rehabilitering imidlertid konseptualisert til objekter som var veldig forskjellige. Variasjonen kan beskrives som "konsoliderende", "utvidende", og "innsnevrende". Konseptualisering av rehabilitering i planlegging var påvirket av både eksterne og interne kontekster, dvs. at kommunene forholdt seg til ulike autoritative senter i omgivelsene, samtidig som de var bundet av intern historikk og problemforståelse på området rehabilitering.

Analysen av virkemiddelet *koordinerende enhet*, viste at de fire kommunene hadde opprettet funksjonen, og delegert enheten retten til å tildele individuell plan og koordinator. Funksjonen ble lagt til etablerte enheter og stillinger i kommunene. Dette er i tråd med et institusjonelt perspektiv som vektlegger at endringer vanligvis vil være små og skje skrittvis (Fimreite 2005:165). Om organisasjoner blir konfrontert med nye oppgaver, vil de først prøve å løse dem med eksisterende virkemidler. Et viktig funn var imidlertid at forankring av koordinerende enhet fikk betydning for retningen på enhetens lojalitet. Forankring på et overordnet nivå (de to største kommunene) ga større lojalitet mot kommunens økonomi, mens forankring på et lavere nivå (de to minste kommunene) ga større lojalitet mot bruker. Myndighetene anbefaler forankring på et overordnet nivå, fordi det vil gi en mer tverrsektoriell myndighet i kommuneorganisasjon. At det også kan skape større bindinger til kommunens ledelse enn til brukernes mål og ønsker er en uintentert effekt som representerer et brudd med den helhetlige rehabiliteringspolitikken føring om å prioritere et brukerperspektiv nedenfra i organisasjonen.

Nasjonale myndigheter la vekt på at koordinerende enhet skal være et obligatorisk passeringsspunkt og et knutepunkt for samarbeidspartnere både innenfor og utenfor kommunen. Funnene viser at de koordinerende enhetene var knutepunkter med svak og ustabil oppslutning både fra fagpersoner internt i koordinerende enhet, og hos eksterne samarbeidspartnere. De framstår dermed som *ustabile* nettverk. Fagpersoners deltakelse i og lojalitet til funksjonen ble nedprioritert i forhold til andre konkurrerende oppgaver. Betegnelsen koordinerende enhet var ikke aktivt i bruk, og enheten framsto som en funksjon som få samarbeidspartnere kjente til. Lederfunksjon framsto som viktig, men svak, uten myndighet og eget budsjett. Det er behov for mer kunnskap om koordinerende enhet og lederfunksjonen.

Selv om funnene fra organisatoriske virkemidler på systemnivå viser at lokale tilpasninger førte til ulikhet mellom kommunene, er konklusjonen samlet sett ganske entydig. Kommunalt planarbeid ble ofte nedprioritert, og koordinerende enhet har ikke oppnådd status som et knutepunkt i rehabiliteringsarbeidet. Kommunene har det felles at organisatoriske virkemidler på systemnivå er svakt utviklet og kan karakteriseres som *lite robust*.

### 9.2.2 Organisatoriske virkemidler på individnivå

*Individuell plan og koordinator* var de organisatoriske virkemidlene som fikk størst oppmerksomhet i kommunene. Det kom for det første fram en sentral forskjell i konseptualisering av virkemidlene mellom de to største og de to små kommunene. I de to største kommunene fikk konseptualiseringen av individuell plan og koordinator det felles at de framsto som *ressurskrevende* og ikke

ressursbesparende for kommunen, slik den nasjonale politikken la vekt på. Samtidig falt spørsmålet om de fungerte bra for brukerne ut av oppmerksomhetsfeltet til kommunale ledere og tjenesteytere. Konseptualiseringen av virkemidlene som ressurskrevende fikk for det andre konsekvenser for handling. De to største kommunene utviklet en strengere tildelingspraksis for individuell plan enn de to små, og begrunnet dette ut fra behovet for ressursmessige kontroll. Definisjonen av situasjonen ble bestemmende for handling, noe som er sentralt innen symbolsk interaksjonisme (Levin og Trost, 2005). Dette viser også at konseptualisering, dvs. det å danne seg et bilde av et objekt, er en prosess som ikke bare foregår i starten av et oversettelsesarbeid. Det skjer både et konseptualiseringsarbeid hos aktører på tjenestenivå, og innenfor det formelle planarbeidet. Prosessene konseptualisering, konkretisering og kontrollering foregår både etter hverandre, parallelt og i vekslende rekkefølge (Nilsen 2007).

Kommunene la vekt på å etablere rutiner for å behandle søknader om rett til individuell plan og koordinator, dvs. at konkretiseringen hadde vekt på *vedtaksprosessen*. Fasen etter at vedtak var gjort framstår som særlig sårbar for brukerne. Kommunene fulgte ikke alltid opp sine egne vedtak. Kontrolleringen var dermed svak. De manglet rutiner som sikret oppslutning fra tjenesteutøverne. Vedtakene ble synlige symboler som viste overfor omgivelsene at virkemidlene var tatt i bruk. Samtidig var kommunene lite opptatt av hvilke effekt virkemidlene hadde for brukerne.

Manglende oppfølging av vedtak kan forstås som et brudd mellom vedtak og praksis. Denne typen brudd kan forstås som en tilsynelatende konformitet eller *dekobling* (Jacobsen og Thorsvik, 2013:220). Et slikt brudd kan oppstå ved bruk av individuell plan, da den ikke gir brukeren automatisk rett til bestemte tjenester. Det innebærer at individuell plan, som en *kontraktsgjøring* av forholdet mellom kommunen og bruker, ikke i seg selv styrker brukerens rettigheter til brukerstyrte og individuelt tilpassede tjenester. Det at individuell plan oppfattes som ressurskrevende og ikke nødvendigvis holder hva den lover, skaper motstand og undergraver tilliten til virkemiddelet.

*Koordinatorrollen* ble møtt med betydelig motstand hos enkelte fagpersoner, særlig i de to største kommunene. Det fremkom motstridende forventninger til koordinatorrollen, noe som kan forstås som en rollesettkonflikt (Martinussen, 2008:230) mellom lojalitet rettet mot bruker og lojalitet rettet mot kommunens økonomi. I følge Vike et al. (2002:65) må ansatte i førstelinjetjenesten svært ofte forvalte et misforhold mellom velferdsstatens mål, slik disse er nedfelt i velferdspolitiske målsettinger og rettighetslover, og begrenset kapasitet i form av ressurser. Når behovene overgår evnen til å ivareta dem, gir det opphav til et dilemma som må forvaltes av noen. Dilemmaet er forskjøvet til førstelinjetjenesten som opplever å bli bærere av organisasjonens grenser i egen kropp. Tjenesteytere i førstelinjetjenesten kan oppleve at de verken strekker til overfor sine overordnede forventninger eller overfor bistandsmottakerne. I tillegg kan også ulikhet i makt og interesser mellom bruker og

tjenesteyter, og forholdet mellom brukerkunnskap og koordinators fagkunnskap, føre til motsetninger, noe som gjør koordinatrollen utfordrende.

De fire kommunene har det felles at de har tatt i bruk de organisatoriske virkemidlene på individnivå; individuell plan og koordinator. Når ideene blir satt inn i en kommunal kontekst, så kommer det til syne flere interesser enn brukernes mål og ønsker, som er de rehabiliteringspolitikken fremhever. Konseptualiseringen av individuell plan og koordinatorfunksjonen som ressurskrevende viser hvordan opplevelsen av knappe ressurser ble viktig i translasjonsarbeidet. Kontrollering i form av rutiner og oppslutning hos tjenesteytere etter tildelingen av retten til en individuell plan og koordinator, var generelt svak.

Ser man på translasjonen av virkemidlene på system- og individnivå i sammenheng, så bidrar ikke planlegging til større likhet mellom kommunene. Når det gjelder samhandlingsteknologien, dvs. koordinerende enhet, individuell plan og koordinator, er oppslutningen hos aktører i sentrale posisjoner lav, rutine svake, og effekten av virkemidlene vanskelig å forutsi på individnivå. Virkemidlene fremstår som lite robuste.

### 9.2.3 Strategier for å øke legitimitet i omgivelsene

Nyinstitutionell teori har vekt på at organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser, hvor de konfronteres med sosialt skapte normer for hvordan de bør være utformet. Ideer og oppskrifters reise inn i en organisasjon omtales som adoptering (Christensen et al. 2009, Røvik, 1998). Nasjonale myndigheter har som hovedstrategi lagt vekt på nytt regelverk og tvangsmessig adoptering, der organisatoriske virkemidler er sentrale. Organisasjoner kan benytte ulike strategier for å øke sin legitimitet i omgivelsene (Jacobsen og Thorsvik, 2013:220). De kan for det første tilpasse seg ved hjelp av strategien "reell konformitet", som vil si at de følger opp krav og forventninger som stilles fra omgivelsene. Når det gjelder de organisatoriske virkemidlene koordinerende enhet, individuell plan og koordinator, så tar kommunene disse i bruk. Det ser ut som kommunene har reell konformitet som strategi, men det er kun på et overfladisk nivå. Når jeg går dypere inn i analysen av de organisatoriske virkemidlene, så kommer det til syne elementer av en strategi omtalt som "tilsynelatende konformitet" eller "dekobling". Begrepet dekobling er sentralt innenfor nyinstitutionell teori, og vil si at en organisasjon som inkorporerer institusjonaliserte formelementer, vil sørge for å holde dem frikoblet fra praksisfeltet (Røvik, 2007:26). Ved å ta i bruk formelementet signaliserer organisasjonen at den er endringsvillig og moderne, men uten at det nødvendigvis skjer noe i praksis. Dette er en strategi der organisasjonen gir inntrykk av at den har tilpasset seg krav og forventninger fra omgivelsene, samtidig som den gjør noe annet. Slike systemer fungerer i større grad som symboler enn som noe som har

konsekvenser for praksis. Kommunene i min undersøkelse har lagt hovedvekt på formelle elementer i form av struktur og vedtak. Dette er elementer som er synlige og som kan "flagges" overfor omgivelsene. Mine funn viser, i tråd med Jacobsen og Thorsvik (2013:223), at dekobling ikke nødvendigvis er en bevist strategi, men at det finner sted nede i organisasjonen ved at fagpersoner og mellomledere i sin daglige praksis fremviser lav lojalitet og liten oppslutning om virkemidlene. I intervjuene med ulike fagpersoner kom det også fram en tredje strategi kalt "motstand og forhandling". Det innebærer at aktører i organisasjonen motsetter seg krav fra omgivelsene. Praksisfeltets tilbakemelding til myndighetene om individuell plan som ressurskrevende har etter hvert fått oppslutning av sentral myndigheter. Dette viser at informasjon og påvirkning har gått begge veier, i hovedsak fra det nasjonale til det lokale, men også andre veien. Rehabiliteringsdiskurser skjer i ulike kontekster, til ulike tider og mange aktører deltar (Moser, 1998). Som en oppsummering vil jeg si at det finnes elementer av både reell konformitet og tilsynelatende konformitet i kommunene. Dette er i tråd med forventninger innen et nyinstitusjonelt organisasjonsperspektiv, der det vektlegges at aktører både vil yte motstand mot endring, men også at endring skjer (Røvik, 2007), helst inkrementelt i form av små skritt (Fimreite, 2005).

#### 9.2.4 Endringer i forholdet mellom virkemidlene

Relasjonen mellom de lovpålagte organisatoriske virkemidlene, koordinerende enhet, individuell plan og koordinator, har endret seg over tid. Med innføring av ny helse- og omsorgstjenestelov fra 1.1.2012, ble individuell plan, koordinator og koordinerende enhet flyttet fra forskrift til lov (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, §§ 7-1, 7-2, 7-3). Myndighetene argumenterer med at "forfremmelsen" understreker hvor viktige virkemidlene er, og at endringen vil styrke statusen deres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I hvilke grad den nye juridiske statusen innebærer noe mer enn en symbolsk statusheving gjenstår å se. Samtidig er de to forskriftene (2001/2004) på området opphevet, og ordningene med koordinerende enhet, individuell plan og koordinator styres gjennom en ny felles forskrift: forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Myndighetene har siden 2001 lagt vekt på juridiske styringsmidler for å fremme den helhetlige rehabiliteringspolitikken, og bruken av de organisatoriske virkemidlene. Det å flytte lovhjemlingen av virkemidlene fra forskrift til lov blir i prinsippet en videreføring av det samme styringsmiddelet. En slik statusheving har kanskje større betydning for jurister i et departement enn for tjenesteytere i kommunene. Det er ikke sikkert at faggruppene oppfatter symbolikken i en juridisk "forfremmelse" fra forskrift til lov, og at en slik endring i seg selv vil virke motiverende for endring. Spørsmålet er om endringen vil skape nok motivasjon til å få sentrale aktører i kommunene til å endre adferd? Flere av intervjupersonene etterlyste større vekt på økonomiske incentiver.



Koordinerende enhet er fra 1.1.2012 pålagt ansvaret for å ivareta virkemidlene individuell plan og koordinator<sup>53</sup>, noe som fjernet den uavklarte forankringen som lå i tidligere regelverk. I det nye regelverket blir koordinerende enhet og individuell plan tett knyttet sammen. Betyr dette at rehabilitering dermed blir synonymt med det å ha en individuell plan, og det å ha en individuell plan blir synonymt med rehabilitering? Når myndighetene teller antall personer som har individuell plan, teller de da også hvor mange som mottar rehabilitering? Det representerer i tilfelle en innsnevring både av rehabiliteringsbegrepet og av virkemiddelet individuell plan.

Individuell plan har så langt styrket sin posisjon ved at teknologien er blitt tatt inn i flere lovverk innenfor velferdssektoren, men nå er spredningen stoppet opp (St.meld.nr.12 (2011-2012)). Det innebærer et skifte fra framgang til stillstand. En legitimert oppskrift på hvordan man bør utforme utsnitt eller deler av en organisasjon kalles en rasjonalisert myte. I følge nyinstitusjonell teori er det vanlig at rasjonaliserte myter i løpet av en tid går fra stor suksess til å miste den store tilliten de har hatt (Røvik, 1998). Samtidig er *koordinatorfunksjonen* styrket som selvstendig virkemiddel i nasjonal rehabiliteringspolitikk, og er tildels blitt frikoblet fra individuell plan (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Skepsisen til individuell plan som ressurskrevende, og endringen i ny helse- og omsorgstjenestelov, iverksatt fra 2012, betyr at koordinatorfunksjonen får økt betydning og blir en mer selvstendig posisjon. Samtidig som det legges større vekt på koordinatorfunksjonen i nasjonal politikk, viser både mine funn og annen forskning at det er vanskelig å rekruttere koordinatorene lokalt. Oppgaven fremstår både som etisk og ressursmessig utfordrende, og økt behov for flere koordinatorene kan føre til større press på den enkelte yrkesutøver. Koordinatorrollen kan bli møtt av økt motstand og manglende lojalitet i kommunene, selv om den i det nye regelverket er løsrevet fra det å utarbeide en skriftlig individuell plan. Dette viser at det fortsatt vil være behov for å studere utviklingen av de organisatoriske virkemidlene framover.

### 9.3 Translasjon blant faggrupper og tjenesteenheter

Mitt andre forskningsspørsmål tok for seg hvordan den helhetlige rehabiliteringspolitikken ble mottatt av ulike faggrupper og tjenesteenheter i de fire kommunene. Her sammenlikner jeg ikke lenger mellom kommunene, men nøyer meg med å sammenlikne faggrupper og tjenesteenheter. Dette spørsmålet handler om normativt basert adoptering (DiMaggio og Powell, 1983) med vekt på spredning av den

---

<sup>53</sup> "Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene etter §§ 7-1 og 7-2" (helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3).

overordnede kunnskapen som myndighetene mener er nødvendig for å få faggrupper og tjenesteenheter til å arbeide mot felles mål, sammen med bruker.

### 9.3.1 Faggruppers konseptualisering av helhetlig rehabilitering

Helhetlig rehabilitering konseptualiseres av kommunale aktører til det de beskriver som en utvidet, utvannet og usynlig virksomhet. De tre karakteristikkene må sees som et resultat av en sammenvevet prosess som til sammen skaper usikkerhet omkring rehabilitering i kommunene. *Utvidelse* handler om at man har en bred målgruppe, at innholdet i rehabilitering utvides, og at flere faggrupper trekkes inn i arbeidet. *Utvanning* henger sammen med at grensene mellom rehabilitering og andre oppgaver blir uklare og overlappende. Utvidelse og utvanning kan også ses i sammenheng med en generell utvikling der flere problemer i samfunnet i tiltakende grad er blitt definert som et medisinsk eller velferdsfaglig anliggende. En medikalisering av enkeltindividens problemer har ført til økt offentlig ansvar (Andersen og Gjernes, 2012), med den følgen at brukerens livsverden invaderes av systemverden. Helhetlig rehabilitering omfatter dermed nye områder i brukernes hverdagsliv. Ved å ta i bruk de prosessorienterte virkemidlene brukermedvirkning, individuelt tilpassede tjenester og koordinering, skal helhetlig rehabilitering motvirke de uheldige konsekvensene som systemverdens økte invadering av livsverden fører med seg i brukerens hverdagsliv.

En konsekvens av utvidelsen er at ingen enkelttjenester er rehabilitering alene. Enkelttjenester blir til rehabilitering først når de settes inn i en rehabiliteringskontekst med bistand fra flere tjenesteytere, og enkelttjenester kan inngå i ulike kontekster som omsorg og behandling. Dette medfører at det er knyttet usikkerhet til konkretiseringen av når og hvordan rehabilitering som kontekst avklares i kommunen. Er det ved å henvende seg til koordinerende enhet, og søke om retten til en individuell plan, eller skjer det også i andre sammenhenger som i møte med ulike enkelttjenester og instanser? Er det legene med sin portvaktfunksjon for tildeling av tjenester og ytelser, eller kommunenes formelle enkeltvedtak for tjenester, som har en slik definisjonsmakt? Hvordan innbyggerne får avklart og ivarett sin rett til rehabilitering fremstår dermed som både sammensatt og uavklart i kommunene.

Et viktig funn er at helhetlig rehabiliteringspolitikk møter motstand pga. virksomhetens integrerte og usynlige karakter. *Usynliggjøring* handler om at helhetlig rehabilitering ikke er en egen organisatorisk tjenesteenhet, men er en integrert virksomhet som settes sammen av bistand fra ulike fag, enheter og sektorer. Rehabilitering som en integrert tjeneste medfører at virksomheten blir usynlig på kommunens organisasjonskart, i det kommunale budsjettssystemet, og den mangler egen ledelse. Egenskapene som følger av en integrert, tverrfaglig og tverretatlig virksomhet som rehabilitering skaper problemer for styring og dermed også prioritering.

### 9.3.2 Yrkesgruppers identitetsarbeid

Helhetlig rehabilitering er en distribuert virksomhet som ivaretas av mange fagpersoner fra ulike fag og tjenesteenheter til ulik tid og på ulike steder. I rehabiliteringsmeldingen ble rehabilitering presentert som et overordnet begrep som representerer en felles forståelse og kunnskap på tvers av fag, virksomheter og nivå. Det er en konvergerende kunnskap som er overordnet den yrkesspesifikke og etatsspesifikke kunnskapen, og som kan få de ulike bidragene i en individuell rehabiliteringsprosess til å føye seg sammen til en enhet, slik den helhetlige rehabiliteringspolitikken legger opp til (Normann et al., 2008). Jeg har vært opptatt av i hvilken grad tjenesteytere har oppfattet at rehabilitering er et overordnet begrep som binder de ulike bidragene sammen til en helhetlig tjeneste?

Mine funn viser at en slik brobyggende kunnskap, og en fagidentitet knyttet til helhetlig rehabilitering i varierende grad var til stede hos representanter for ulike faggrupper og tjenesteenheter i de fire kommunene. I kommunene eksisterte det både en snever oppfatning av rehabilitering, knyttet til tradisjonell medisinsk rehabilitering med vekt på opptrening og fysioterapi, og en nyere og mer utvidet oppfattelse av at rehabilitering som noe som foregår "over alt". Denne konseptualiseringen kan forstås slik at gammel og ny rehabiliteringspolitikk med tilhørende virksomhet eksisterer side om side i kommunene. Historien setter spor i organisasjonene, og det gamle blir ikke nødvendigvis borte selv om noe nytt kommer til (Lindquist og Hetzler, 2004). Det gamle og det nye kan leve side om side i virksomhetene, og konflikter kan unngås dersom de holdes fra hverandre og ikke møtes (Mol, 2002).

En utvidelse av rehabilitering medfører endringer i relasjonen mellom berørte yrkesgrupper, og berører profesjoners jurisdiksjon (Abbott, 1988). Jurisdiksjon institusjonaliseres ved at staten gir en yrkesgruppe en mer eller mindre eksklusiv rett til å ivareta bestemte arbeidsoppgaver på fellesskapets vegne (Molander og Terum, 2008). Med den helhetlige politikken åpner staten opp rehabilitering som et virksomhetsområde for en rekke yrkesgrupper. Endringen dreier seg på den ene siden om å få flere faggrupper til å identifisere seg med og slutte opp om en helhetlig og tverrfaglig bistand, og på den andre siden om å skape interesse hos ulike yrkesgrupper for å gå inn i profesjonsnøytrale posisjoner som koordinerende enhet og koordinator. Endring skaper fort motstand fordi det påvirker opplevelsen av egen identitet, og fordi det betyr at man reorganiserer et stabilt mønster av makt og innflytelse mellom yrkesgrupper (Jacobsen og Thorsvik, 2013:393). Fysioterapeuter har historisk hatt en sterk stilling innenfor tradisjonell rehabilitering. Avhandlingen viser at yrkesgruppen befestet sin stilling ved å gå inn i sentrale posisjoner innenfor den helhetlige politikken, som leder av kommunale planarbeider og som leder av koordinerende enhet. Samtidig viser funnene i undersøkelsen at andre yrkesgrupper har svak faglig identitet knyttet til rehabilitering som virksomhet. De var passive i forhold til å utfordre fysioterapeutenes sentrale stilling innenfor feltet. Nasjonale myndigheter styrer fordeling av plikter og

ansvar gjennom regelverket. En forklaring kan være at rehabiliteringsbegrepet gjennom kommunehelsetjenesteloven (1982-2012), fortsatt var knyttet til medisinsk rehabilitering, og dermed kun ansvarligjorde helsepersonell. Det gamle regelverket skapte motstand mot spredning av den helhetlige rehabiliteringspolitikken der begrepet rehabilitering utvides.

Når ingen tjenester er rehabilitering alene, så kan det føre til at ingen yrkesgrupper identifiserer seg med rehabilitering. Samtidig trenger rehabilitering som fag og virksomhet engasjerte fagfolk. Myndighetene har lagt opp til et alternativ til sterke profesjonsidentiteter. Profesjonsnøytrale posisjoner innebærer en vridning mot å styrke institusjonelle identiteter på et institusjonelt nivå, og ha mindre vekt på de profesjonelle identitetene. Gjennom målrettet å styrke posisjonene koordinerende enhet og koordinator, med vekt på at de er profesjonsnøytrale, kan kommunene styrke oppslutningen og en positiv identitetsutvikling hos flere yrkesgrupper. Samtidig risikerer man å øke konfliktnivået i rehabilitering, da en slik satsning kan utfordre etablerte profesjoner innenfor tradisjonell rehabilitering i kommunene.

## **9.4 Funnenes betydning for translasjon av helhetlig rehabiliteringspolitikk**

Helhetlig rehabilitering representerer en mangfoldig virksomhet som det kan være vanskelig å måle effekten av (Holte, Ranheim, og Flottorp, 2009). Velferdsorganisasjoner som deltar i denne typen arbeid tenderer derfor mot å bli vurdert etter om de anvender legitime institusjonelle elementer dvs. *struktur- og prosessbaserte* vurderinger (Mik-Meyer og Villadsen, 2007). I helhetlig rehabiliteringspolitikk er det lagt vekt på strukturkriterier i form av lovpålagte organisatoriske virkemidlene, og prosesskriterier i form av brukermedvirkning og individuelt tilpassede og koordinerte tjenester. Brukermedvirkning, individualisering og koordinering representerer overordnede ideer og langsiktige trender i samfunnet generelt, noe som kan gjøre det lettere å få til endring (Blom og Grape, 2006:27). Strukturkriterier i form av lovpålagte organisatoriske virkemidler har som oppgave å skape struktur og orden på system- og individnivå for å sikre at prosesskriteriene blir ivaretatt.

Den svake stillingen til de organisatoriske virkemidlene i kommunene har betydning for stillingen til de prosessorienterte virkemidlene; brukermedvirkning og individuelt tilpassede og koordinerte tjenester. Funnene viser at brukermedvirkning på systemnivå fikk lite oppmerksomhet i planarbeidene. Det fikk heller ikke oppmerksomhet i de koordinerende enhetene, som kunne lagt vekt på regelmessige møter med brukerorganisasjoner m.m. Brukermedvirkning på individnivå ble presentert som en sentral verdi knyttet til individuell plan og koordinatorfunksjonen. Brukermedvirkning på individnivå ble ivaretatt i form av talerett og forhandlinger. Beslutningsmyndighet var det i siste instans det kommunale

hjelpeapparatet som hadde. Brukermedvirkning ble også begrenset pga. tendenser til dekobling mellom vedtak og tjenester.

Retten til individuelt tilpassede og koordinerte tjenester møtte motstand i det kommunale tjenesteapparatets vedtakssystem. Dette ble for det første synlig i de kommunene som hadde et fragmentert vedtakssystem, der enkelttjenester sto for vedtak uten å være pålagt å se på helheten i tjenestetilbudet<sup>54</sup>. Det kan også knyttes til det juridiske kravet i helselovgivningen om at bistanden skal være forsvarlig (Molven, 2012), dvs. en bistand som er tilstrekkelig. Mange brukere ønsker seg tjenester som fremstår som det beste, og avstanden mellom brukernes ønsker og kommunens tilbud om bistand kan med det framstå som et forventningsgap. Til sist kan statens normative mål med vekt på arbeid og utdanning snevre inn brukernes rammer for valg, et trekk som blir omtalt som disiplinering (Foucault, 1988).

Translasjonsarbeidet i de fire kommunene viser at gammel og ny rehabiliteringspolitikk lever side om side i kommunene; på den ene siden som knyttet til fysioterapitjenesten, og på den andre siden som noe som skjer "over alt". Det at rehabilitering oppfattes som to ulike ting medfører at det blir oppfattet som en uavklart oppgave i en kommunal kontekst. Den helhetlige rehabiliteringspolitikken har problemer med å utfordre etablerte faglige identiteter, og med å utvikle en faglig lojalitet hos nye faggrupper. Så lenge rehabiliteringsbegrepet er så sterkt knyttet til helsesektoren og fysioterapitjenesten er det vanskelig å endre andre faggruppers identitet slik at området blir et ansvar for "alle". Når helhetlig rehabilitering samtidig er usynlig på kommunens organisasjonskart, i kommunale budsjetter og er en integrert tjeneste, så blir styring av virksomheten en stor utfordring.

Rehabilitering som virksomhet er preget av at mange ulike aktører relativt uavhengig av hverandre fatter et stort antall beslutninger over tid. Den helhetlige rehabiliteringspolitikken skal gjennom sine mål og retningslinjer bidra til å samordne beslutninger og adferd i en ønsket retning. Her er samhandlingsteknologien viktige virkemiddel som skal fremme politikken mål og ønsket adferd hos berørte aktører. Funnene viser at aktørene ikke tar store og dramatiske beslutninger, men at beslutningene ligger tett opp til hvordan det tradisjonelt har vært vanlig å gjøre ting i organisasjonen. Beslutningene er *inkrementelle*, dvs. at det kun skjer endring i små steg av gangen (Jacobsen og Thorsvik, 2013:337). Den inkrementelle modellen er kritisert for å bryte med det rasjonelle ideal, for å forherlige status quo og å favorisere konservatisme (ibud:337). Samtidig er det et poeng at selv om endringer er små, så trenger det ikke bety at de er uvesentlige. Beslutninger av denne typen kan tenkes

---

<sup>54</sup> Retten til et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud er tatt inn i helse- og omsorgstjenesteloven av 2011, § 4-1 Forsvalighet, punkt a.

å finne oftere sted i organisasjoner med mange interessemotsetninger. Den inkrementelle framgangsmåten kan være en måte å unngå konflikter på. I stedet for å ta dramatiske beslutninger som vil provosere enkelte grupper, går man heller sakte fram for ikke å framprovosere konflikter eller andre uønskede reaksjoner.

Nasjonal helhetlig rehabiliteringspolitikk handler om å få til endring lokalt. Endringssubstans dreier seg om hva som endres og hvor mye det endres i en organisasjon (Fimreite 2005). De organisatoriske virkemidlene er i et rasjonelt organisasjonsperspektiv hjelpemidler for å nå målene for helhetlig rehabiliteringspolitikk. Fimreite (ibid:168) er kritisk til å gi endringsinnhold benevnelser som suksess eller fiasko i en organisasjon som en kommune. Hun anbefaler heller nøytrale benevnelser gradert fra "omstilling", til "tilpasning" og til "ingen endring". Kommunenes samlede innsats for å ta i bruk de organisatoriske virkemidlene kan forstås som "tilpasning". Kommunene tar i bruk virkemidlene på en forsiktig måte med utgangspunkt i den virksomheten som finnes fra før. Sett i et nyinstitusjonelt perspektiv kan kommunenes løsninger fremstå som foretrukne fordi de er tilstrekkelige til å gi legitimitet i omgivelsene. Kommunene viser omgivelsene at de har tatt i bruk virkemidlene. Samtidig framstår den helhetlige politikkenes løsninger som et kompromiss mellom gammel og ny ordning. De nye virkemidlene har begrensede muligheter til å utfordre gamle ordninger i form av tradisjonell rehabilitering. Så lenge nye ordninger holdes på et minimumsnivå, så unngår man at det nye fungerer konfliktskapende i møte med det gamle.

#### 9.4.1 Kommunenes translasjon påvirkes av lav prioritering og prestisje

De organisatoriske virkemidlene; koordinerende enhet, individuell plan og koordinator, handler forenklet sett om strukturelle og formelle trekk ved en organisasjon. Hvordan tjenesteutøvere oppfatter helhetlig rehabilitering og sin egen fagidentitet handler også om kulturelle og mer uformelle forhold ved en organisasjon. Det er allment antatt at struktur og kultur kan være like viktig for hvordan organisasjoner fungerer, og at kultur og struktur kan gjensidig påvirke hverandres effekt på de ansattes adferd og prosessene i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2013:159). De to elementene er tett sammenvevd, og det er vanskelig å si hva som er viktigst.

Nasjonale myndigheter har kritisert kommunene for at rehabiliteringsvirksomheten har vært for lavt prioritert, at kommunenes tilbud har vært for ulike og at rehabilitering har hatt for *lav status og prestisje* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Sentrale myndigheter har ønsket å heve områdets status gjennom økte ressurser og økt kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Med utgangspunkt i avhandlingens funn vil det å fokusere på økte ressurser være viktig, men ikke tilstrekkelig for å få til en endring. Effekten av økt kompetanse vil være avhengig av hva det satses på.

Jeg vil også trekke fram hvordan kulturelle faktorer som status og prestisje har betydning for den posisjonen rehabilitering har innenfor et faglig hierarki.

Status kan knyttes til prestisje som et *kulturelt* fenomen, og har sammenheng med faglig identitet. Rehabilitering er knyttet til begrepene kronisk sykdom og funksjonshemming. Lav prestisje kan for det første ha sammenheng med at det å arbeide med kroniske sykdommer har lav faglig prestisje innen medisin og andre helsefag. I helsesektoren taper målgruppen kronisk syke for akuttmedisinen ved at akuttmedisinen har høyest prestisje og får mest ressurser. Det at man ikke kan gjøre personer friske eller helbrede dem, samt at teknologien er lite avansert og usikker, gjør oppgaven rehabilitering mindre interessant for medisinerne (Album og Westin, 2008). For det andre har ikke rehabilitering prestisje innenfor funksjonshemmingsfeltet, selv om personer med funksjonsnedsettelse er målgruppen for rehabilitering. Det kan forklares med at funksjonshemmingspolitikken de seneste årene har hatt fokus på samfunnsperspektivet, og har vært inspirert av Olivers "sosiale modell" (Oliver, 1996). Den sosiale modellen har lagt vekt på at det er samfunnet som skaper funksjonshemming, og sentrale representanter for retningen har vært negative til det medisinske fokuset eller individperspektivet innen rehabilitering (Thomas, 2007). Rehabilitering som individuelle prosesser blir dermed møtt av kritikk og motstand, noe som fører til at faget og virksomheten har lav prestisje også innenfor dette miljøet. Rehabilitering har slik sett lav status på to viktige områder som feltet er knyttet til – kronisk sykdom og funksjonshemming. Dette kan være en medvirkende årsak til at rehabilitering ikke ser ut til å framstå som et attraktivt felt for mange yrkesgrupper. Faglige identiteter er viktige, og det er ønskelig at mange profesjoner ser det som attraktivt å ha rehabilitering som en del av sitt samfunnsoppdrag. Lav status knyttet til både kronisk sykdom og funksjonshemming skaper dårlige forutsetninger for å gjøre rehabilitering til et attraktivt virksomhetsområde.

#### 9.4.2 Translasjonen påvirkes av økonomiske rammer og uendelige behov

Den nye helhetlige rehabiliteringspolitikken forutsetter at alle med behov for habilitering og rehabilitering skal få ivaretatt disse med utgangspunkt i brukermedvirkning, individuelt tilpassede, helhetlige og koordinerte tjenester. Når politikken hentes ned i kommunen, møter og tilpasses ideene også andre hensyn og føringer. Satt inn i en kommunal kontekst møter rehabiliteringspolitikken motstand som de organisatoriske virkemidlene ikke nødvendigvis overskrider. I kommunene er det mange brukere som skal ivaretas med utgangspunkt i sine individuelle mål og ønsker, samtidig som kommunen har et budsjett som skal holdes. Ledere og ansatte i kommunene har ulike strategier for å håndtere denne typen motsetninger. I boken "Maktens samvittighet" (Vike et al., 2002) belyses forholdet mellom to trekk ved velferdsstaten i etterkrigstiden. Det ene er velferdsstatens desentralisering, og det andre er eksplosjonen i behovene for statlig velferdsassistanse. Det pekes på

at velferdsstatens ytelsesnivå i en forstand kan betegnes som uten grenser, samtidig som styringen av velferdsstatens organisasjonsapparat hviler på antakelsen om at det finnes grenser. Det finnes økonomiske grenser i form av budsjetter og krav om budsjettbalanse på den ene siden. På den andre siden har velferdsstatens utøvende ledd fått i oppgave å gjennomføre en "universell velferdsambisjon" med henvisning til universelle, allmenne velferdsytelser, det generelt høye nivået på ytelsene, idealet om likhet m.m. Dette er et dilemma som kommer fram innenfor translasjonen av rehabiliteringspolitikken på flere måter. Kommunale aktører på ulike nivå må håndtere forholdet mellom ansvaret for mange og rettighetene til den enkelte. Dette er noe som den helhetlige rehabiliteringspolitikken ikke problematiserer, og denne typen av motsetninger blir først synlig når politikken hentes ned i kommunen og materialiseres lokalt. I følge Vike et al. (2002) er det oppstått en motsetning mellom ambisjonsnivået og velferdsstatens reelle kapasitet, som arter seg ulikt for de aktørene som på forskjellig vis har ansvar for velferdsstatens ambisjoner og praksis. Motsetningen mellom ytelseskrav og yteevne omtales som et av velferdsstatens hoveddilemma.

#### 9.4.3 Individualiseringens janusansikt

Rehabilitering forgår i et distribuert system av ulike fagpersoner og teknikker, på ulike steder og til ulike tider. Nasjonal helhetlig rehabiliteringspolitikk har som hensikt å få til en styring og koordinering av virksomheten i et nedenfra perspektiv. Det tas i bruk en samordningsteknologi og en kunnskap som skal bidra til økt likhet og likeverd på kommunenivå. Samtidig skal samordningsteknologien bidra til individualisering og ikke standardisering på individnivå. Dette er to parallelle prosesser som fort kan motvirke hverandre.

I rehabiliteringspolitikken møte med kommunen oppstår det som kan kalles "*individualiseringens janusansikt*". Grimen (2008) var opptatt av at individualisering avkledd et hvert komparativt konsistenskrav er et *perfeksjonistisk* ideal som kan gi grunnlag for perfeksjonistisk svikt. Spørsmålet er hvor langt individualisering egentlig kan og bør drives, og at det mangler en logisk eller naturlig grense for når individualisering er perfekt eller tilstrekkelig. Dette peker ut over ressursperspektivet. Individualiseringens uklare grenser overses lett som en utfordring for kommunale aktører, fordi det ofte blir oppfattet som et kapasitetsproblem eller et effektivitetsproblem (Grimen, 2008; Vike, 2004). Individualisering som et perfeksjonistisk ideal utgjør en egen problemstilling som kommer til syne i translasjonen av ny rehabiliteringspolitikk. Rehabilitering innebærer en politikk som åpner opp for uendelige behov som ikke naturlig kan avgrenses (Grimen, 2008), og dette støter mot mer enn det faktum at kommunene må forholde seg til budsjettmessige rammer (Vike et al., 2002).



## 9.5 Avslutning

Translasjonen av den helhetlige rehabiliteringspolitikken ideer er preget av både oppslutning, tilpasning og motstand. I kommunene møter oversettelsen av rehabiliteringspolitikken på den ene siden på et generelt problem innenfor velferdssektoren, nemlig forholdet mellom uendelige behov og begrensede ressurser. På den andre siden møtte oversettelsen på mer spesifikke problemer knyttet til rehabilitering som et eget politikk- og virksomhetsområde. Rehabiliteringspolitikken ideer innebærer at rehabilitering har spesielle egenskaper: den er en integrert tjeneste, den krever bistand fra flere, den er profesjonsnøytral, den har en bred målgruppe, og den går på tvers av fag og sektorer. Det skaper problemer i møte med kommunen fordi rehabilitering som virksomhet ikke passer inn i forhold til kommunens styringssystemer, og den blir en usynlig virksomhet som vanskelig lar seg styre og prioritere i en kommunal styringskontekst. De organisatoriske virkemidlene skal skape struktur og orden for å ivareta prosesskriteriene brukermedvirkning, individuelt tilpassede og helhetlige tjenester. Når translasjonen av samordningsteknologien innebærer at ordningene blir svakt utviklet, så svekker det også prosesskriteriene brukermedvirkning og individuelt tilpasset og helhetlig bistand. Brukermedvirkning støter mot faktorer som kommunens økonomiske rammer, samfunnets normer for hva som er akseptable mål, og forholdet mellom brukers mål og faggruppers faglig skjønn. Individuelt tilpassede og helhetlige tjenester støter mot kommunale aktørers rett til å gjøre vedtak og bestemme hvilke tilbud som den finner tilstrekkelig. Det støter også mot hvilke tjenestetilbud som finnes i den enkelte kommune.

I ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) er de organisatoriske virkemidlene flyttet fra forskrift til lov for å understreke deres viktighet. Det innebærer en styrking av virkemidlene rent formelt. Virkemidlene skal fremme effektiviteten til rehabiliteringsvirksomheten, men kan også ses på som rasjonaliserte myter. I kommunene er det skapt et bilde av virkemidlene som ressurskrevende, og ikke ressursbesparende, slik de ble forespeilet. De lever ikke opp til forventningene og det skaper motstand. Oppslutningen om og forholdet mellom virkemidlene har vært i stadig utvikling, og bør følges av videre forskning.

Min undersøkelse tar kun for seg fire kommuner. Jeg tror likevel at de analytiske bidragene i avhandlingen kan ha overføringsverdi til andre kommuner og deres translasjon av helhetlig rehabilitering. Analysen har hatt et hovedfokus på oversettelse i spenningsfeltet mellom organisatoriske virkemidler og profesjoners identiteter. Helhetlig rehabilitering synliggjør utfordringer knyttet til en grenseoverskridende og samordnet bistand. Både de organisatoriske virkemidlene, tjenesteutøveres praksis, samt brukermedvirkning, individualisering og koordinering er sentrale tema

i velferdspolitikken generelt. Jeg tror derfor at analysen berører forhold som kan være nyttige for andre politikkområder innen velferdsområdet.

Myndighetene, som rehabiliteringspolitikken avsenderside, er opptatt av at behovet for rehabilitering er økende. Samhandlingsreformen har som utgangspunkt at den forventede veksten i behov må løses i kommunene. Myndighetene vil møte utfordringene med det de omtaler som *"den nye kommunerollen"* (St.meld. nr 47 (2008-2009):15). Kommunene skal i større grad kunne forebygge og yte tidlig innsats i sykdomsforløp, samt bedre kunne ivareta kravene fra pasienter med kroniske sykdommer. Dette er signaler som innebærer økt press på det kommunale velferdssystemet i årene framover generelt, og på rehabilitering som virksomhet spesielt. Rehabilitering som et kommunalt ansvar står overfor store utfordringer i årene som kommer.

I den nye helse- og omsorgstjeneloven er lovteksten endret fra *"medisinsk habilitering og rehabilitering"* til *"sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering"* (ibid § 3-2, punkt 5). Det kan på den ene siden forstås som en utvidelse av rehabilitering i kommunal regi, men er i følge myndighetene kun ment som en videreføring av tidligere ansvar. Det kan representere en tydeliggjøring av at rehabilitering også retter seg mot målgrupper med psykiske og sosiale problemer, og på den måten skape større faglig identitet til rehabiliteringsbegrepet hos tjenesteytere innenfor flere faggrupper og deltjenester. På den andre siden vil det kanskje utfordre et helhetlig perspektiv i betydningen å se hele personen med vekt på koordinerte tjenester. Oppdelingen i tre kategorier kan fungere som en inndeling i tre ulike virksomhetsområder, og med NAV og yrkesrettet rehabilitering som et fjerde virksomhetsområde. Det minner om tidligere inndeling i medisinsk, sosial og yrkesmessig attføring. Hva som skjer med helhetsperspektivet i rehabiliteringspolitikken videre framover er dermed viktig å følge.

I det siste er det særlig en økt satsning på *"hverdagsrehabilitering"* i omsorgssektoren som får oppmerksomhet (St.meld.nr.29 (2012-2013)). Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i å avdekke hvilke muligheter brukeren selv har til å bidra aktivt med å gjenopprette eller øke tidligere funksjonsnivå. *"Tidlig tverrfaglig kartlegging av rehabiliteringspotensialet hos brukeren og tilsvarende tidlig og intensiv opptrening øker mestringsevnen, og reduserer behovet for hjelp fra det offentlige"* (ibid:kapittel 2, s.9 av 13). Her vektlegges faktorer som rehabiliteringspotensial med utgangspunkt i egenskaper ved individet, intensiv opptrening og selvstendigjøring. Er dette et uttrykk for den stadige spenningen mellom tradisjonell og helhetlig rehabiliteringspolitikk, eller er det et resultat av en konseptualisering av helhetlig rehabilitering med vekt på deltakelse, som en for ressurskrevende virksomhet for kommunene?

## LITTERATURHENVISNINGER

- Aakvaag, Gunnar C. (2006). Individualisering - en sosiologisk modell. *Sosiologisk Tidsskrift*, 14, 326-350.
- Aase, Tor Halfdan, og Fossåskaret, Erik. (2007). *Skapte virkeligheter: kvalitativt orientert metode*. Oslo: Universitetsforl.
- Abbott, Andrew. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Album, Dag, og Westin, Steinar. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & medicine*, 66, 182-188.
- Alve, Grete, Madsen, Vigdis Helen, Slettebø, Åshild, Hellem, Elisabeth, Bruusgaard, Kari Anette, og Langhammer, Birgitta. (2012). Individual plan in rehabilitation processes: a tool for flexible collaboration? *Scandinavian Journal of Disability Research*.
- Alvesson, Mats, og Sköldbberg, Kaj. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. [Lund]: Studentlitteratur.
- Amdam, Jørgen, og Veggeland, Noralv. (2011). *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*. Oslo: Universitetsforl.
- Andersen, Jan. (2011). Brukerinnflytelse i kommunale velferdstjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(4), 248-260.
- Andersen, Jorid, og Gjernes, Trude. (2012). Det moderne behandlingssamfunnet. I A. Tjora (Ed.), *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andreassen, Tone Alm. (2008). Når pasienter blir brukere. I K. Aasdal & I. Moser (Eds.), *Ekspertise og brukermakt*. Oslo: UNIPUB.
- Askheim, Ole Petter. (2003). *Fra normalisering til empowerment: ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askim, Jostein, Christensen, Tom, Fimreite, Anne Lise, og Lægreid, Per. (2009). How to Carry Out Joined-Up Government Reforms: Lessons from the 2001-2006 Norwegian Welfare Reform. *International Journal of Public Administration*, 32, 1006-1025.
- Barnes, Colin. (2003). Rehabilitation: A "sick" joke? *Scandinavian Journal of Disability Research*, 1. Lov om barneverntjenester (1993).
- Bauman, Zygmunt. (1991). *Modernity and ambivalence*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.
- Bauman, Zygmunt. (2006). *Flytende modernitet*. Oslo: Vidarforlaget.
- Beck, Ulrich. (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage.
- Becker, Gay. (1997). *Disrupted Lives. How People Create Meaning in a Chaotic World*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Berger, Peter L., og Luckmann, Thomas. (1992). *Den samfundsskabte virkelighed : en videnssociologisk afhandling*. [København]: Lindhardt og Ringhof.
- Bernt, Jan Fridthjof. (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene: samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester : utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. mars 2003 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet 11. oktober 2004* (Vol. NOU 2004:18). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Blaikie, Norman. (2007). *Approaches to Social Enquiry*. Cambridge, Malden: Polity press.
- Blom, Björn, og Grape, Ove. (2006). Nyinstituttillism - teori med stor potential. I O. Grape, B. Blom & R. Johansson (Eds.), *Organisation och omvärld*. Lund: Studentlitteratur.
- Blumer, Herbert. (1969). *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Borgen, Per-Christian, og Lunde, Bente. (2007). "Sykehus er en meget spesiell opplevelse". Utfordringer i HMS-arbeidet i sykehus *Tidsskrift for velferdsforskning* 10(4), 234-245.
- Bredland, Ebba Langum, Linge, Oddrun Anita, og Vik, Kjersti. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Bredland, Ebba Langum, Vik, Kjersti, og Linge, Oddrun Anita. (1996). *Det handler om verdighet : ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Universitetsforl.
- Breimo, Janne Iren Paulsen, og Thommesen, Hanne. (2012). Koordinerende enhet som uttrykk for reformprosesser i offentlig forvaltning. I Solvang, Per Koren og Slettebø, Åshild (Ed.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Breimo, Janne Paulsen. (2012). "Bundet av bistand"- En institusjonell etnografi om organisering av rehabiliteringsprosesser. (PhD), Universitetet i Nordland, Bodø.
- Breimo, Janne, og Sandvin, Johans Tveit. (2009). Samordning som diskurs. I J. Tøssebro (Ed.), *Funksjonshemming - politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bukve, Oddbjørn. (2001). *Kommunal forvaltning og planlegging*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bukve, Oddbjørn, og Offerdal, Audun. (2002). Kommunane og kommunelova. I O. Bukve & A. Offerdal (Eds.), *Den nye kommunen. Kommunal organisering i endring*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Byrkjeflot, Haldor, og Guldbrandsøy, Kari. (2013). Både hierarkisk styring og nettverk - En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(04).
- Callon, Michel. (1986). Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. I J. Law (Ed.), *Power, action and belief* (pp. 196-233). London: Routledge and Kegan Paul.
- Callon, Michel. (2001/1986). Elementer til en oversettelsessosiologi: kamskjell, fiskere og forskere. I K. Asdal, B. Brenna & I. Moser (Eds.), *Teknovitenskaplige kulturer*. Oslo: Spartacus Forlag.
- Callon, Michel, og Latour, Bruno. (1981). Unscrewing the big Leviatan: How actors macro-structure reality and how sociologists help them to do so. I K. Cnorr-Cetina & A. V. Cicourel (Ed.), *Advances in social theory and methodology* (pp. 277-303). London: Routledge and Kegan Paul.
- Christensen, Tom, Læg Reid, Per, Roness, Paul G., og Røvik, Kjell Arne. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Coffey, Amanda, og Atkinson, Paul. (1996). *Making sense of qualitative data : complementary research strategies*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Czarniawska, Barbara. (2005). *En teori om organisering*. Lund: Studentlitteratur.
- Czarniawska, Barbara, og Sevón, Guje. (1996). Introduction. I B. Czarniawska & G. Sevón (Eds.), *Translating Organizational Change*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Czarniawska, Barbara, og Sevón, Guje. (1996). *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og, humaniora, og Kalleberg, Ragnvald. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. [Oslo]: Forskningsetiske komiteer.
- DiMaggio, Paul J., og Powell, Walter W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in organizational Fields. *American Sociological Review*, 48, 147-160.
- DiMaggio, Paul J., og Powell, Walter W. (1991). *The New institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ekeland, Tor-Johan, og Heggen, Kåre. (2007). Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk? *Meistring og myndiggjering: - reform eller retorikk?* (pp. S. [13]-28). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Erichsen, Vibeke. (1996). *Profesjonsmakt: på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Eriksen, Erik Oddvar. (2001). *Demokratiets sorte hull - om spenning mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Etzioni, Amitai. (1978). *Moderne organisasjoner*. Oslo: Tanum-Norli.
- Feiring, Eli. (2007). Demokratiet og rettsliggjøring av velferdspolitikken. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 47(3), 575-586.

- Feiring, Marte. (1996). The development of a Comprehensive Rehabilitation Service. The British Case. I M. Ford (Ed.), *2. nasjonale konferanse om marginalisering og integrasjon på arbeidsmarkedet* (Vol. 96). Oslo: Institutt for sosialforskning (INAS).
- Feiring, Marte (2004). Et streiftog gjennom rehabiliteringsfeltets begrephistorie. I L. L. Wekre & K. Vardeberg (Eds.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir anderledes*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Feiring, Marte. (2009). *Sources of Social Reforms 1870-1970. The Rise of a Norwegian Normalisation Regime*. (Ph.D), University of Oslo, Oslo.
- Feiring, Marte. (2012). Fra abnormskole til samfunnsorientert rehabilitering. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Eds.), *Rehabilitering. individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fimreite, Anne Lise. (2003). Velferdsstat og lokaldemokrati - uforenelige størrelser? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 3, 334-359.
- Fimreite, Anne Lise. (2005). Reorganiseringsteori - hvorfor kommer kommunene aldri i mål? I H. Baldersheim & L. E. Rose (Eds.), *Det kommunale laboratorium*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fimreite, Anne Lise, Flo, Yngve, Selle, Per, og Tranvik, Tommy. (2007). Når sektorbandene slites. Utfordringer for den norske velferdsmodellen. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 2, 165-196.
- Fimreite, Anne Lise, og Grindheim, Jan Erik. (2007). *Offentlig forvaltning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Finstad, Nils, og Aarsæther, Nils. (2003). *Utviklingskommunen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering 2001. *Forskrift av 28. juli 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering*. Oslo: Lovdata.
- Forskrift om individuell plan. (2004). *Forskrift av 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helseovgivningen og sosialtjenesteloven*. Oslo: Lovdata.
- Fossestøl, Knut. (2009). Valgfrihet, styring eller dialog. Om samstyring av velferdsstatlig tjenesteyting. *Sosiologi i dag, nr.1*, 37-62.
- Foucault, Michel. (1988). Technologies of the self. I L. H. M. e. al. (Ed.), *Technologies of the Self: A seminar with Michel Foucault*. Amherst: The University of Massachusetts press.
- Fredriksson, Stig. (2006). *Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak: delrapport mai 2006 : kjennetegn og kriterier for god praksis*. Bodø: SKUR, Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering.
- Freidson, Eliot. (2001). *Professionalism : the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Froestad, Jan, Solvang, Per, og Söder, Mårten. (2000). *Funksjonshemning, politikk og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Frønes, Ivar. (2001). *Handling, kultur og mening*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Geertz, Clifford. (1993). *The interpretation of cultures: selected essays*. London: Fontana.
- Giddens, Anthony. (1990). *The consequences of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, Anthony. (1991). *Modernity and self-identity : self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Gjertsen, Arild. (2003). "Ikke-planlegging" som planleggingsstrategi - statlig standardisering og lokalt handlingsrom. I N. Finstad og N. Aarseth (Ed.), *Utviklingskommunen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Goffman, Erving. (1967). *Anstalt og menneske: den totale institusjon sosialt set*. [København]: Paludan.
- Grape, Ove, og Blom, Björn. (2006). *Nyinstitutionalism - teori med stor potential*. In Grape, Ove, Blom, Björn, og Johansson, Roine, *Organisation och omvärld*. Lund: Studentlitteratur.
- Grape, Ove, Blom, Björn, og Johansson, Roine. (2006). *Organisation och omvärld: nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Grimen, Harald. (2008). Profesjon og tillit. I A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. S. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget.

- Grue, Lars. (2006). Normalitetens oppfinnelse. I T. H. Eriksen & J.-K. Breivik (Eds.), *Normalitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grue, Lars, og Rua, Marte. (2010). *Funksjonsnedsettelse, oppvekst og habilitering* (Vol. 19/2010). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Grue, Lars, og Rua, Marte. (2013). *To skritt foran: om funksjonshemming, oppvekst og mestring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grut, Lisbet. (2008). Erfaringer med bruk av individuell plan. En litteraturoversikt *Sintef rapport* (Vol. A6178): Sintef Helse.
- Grønlie, Tore. (1991). Velferdskommunen. I A.-H. Nagel (Ed.), *Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen: Alma Mater.
- Gynnerstedt, Kerstin (Ed.). (2004). *Personlig assistans og medborgarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Halvorsen, Knut. (2010). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforl.
- Hammell, Karen Whalley. (2006). *Perspectives on Disability & Rehabilitation*. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St.Louis, Sidney, Toronto: Churchill Livingstone Elsevier.
- Hammersley, Martyn, og Atkinson, Paul. (1987). *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Hansen, Gunnar Vold. (2007). *Samarbeid uten fellesskap : om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Karlstad: Karlstads universitet.
- Hansen, Hans-Tore, Lundberg, Kjetil G., og Syltevik, Liv Johanne. (2013). *Nav - med brukeren i sentrum?* Oslo: Universitetsforlaget
- Hanssen, Gro Sandkjær, Helgesen, Marit, og Vabo, Signy Irene. (2007). *Politikk og demokrati: en innføring i stats- og kommunalkunnskap*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hanssen, Jan-Inge, og Sandvin, Johans Tveit. (2003). Conceptualising Rehabilitation in Late Modern Society. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 2, no 1, 24-41.
- Hatch, Mary Jo. (2001). *Organisasjonsteori : moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forl.
- Hatland, Aksel. (2011). *Veivalg i velferdspolitikken*. Bergen: Fagbokforl.
- Heggen, Kåre. (2007). Rammer for mestring (pp. S. [64]-82). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helgesen, Marit. (1996). Attføring som diagnostisering eller arbeidsformidling. En sammenlikning av norsk og svensk attføring. I M. Ford (Ed.), 2. *nasjonale konferanse om marginalisering og interaksjon på arbeidsmarkedet* (Vol. 96). Oslo: INAS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov av 24.06.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. .*
- Helsedirektoratet. (1/2010). *Individuell plan 2010. Veileder til forskrift om individuell plan*. (IS-1253). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Koordinerende enhet binder tjenestene sammen. Tilbakemelding fra ni regionale konferanser om koordinert e enhet for habilitering og rehabilitering 2010*. (IS-1909). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (1991). *Helsedirektoratets veiledningsserie 3-91. Medisinsk rehabilitering – planlegging og organisering*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport 2011*. (IS-1954). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (IS-1253). (2005). *Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan (IS-1253)*. Oslo: Helsedirektoratet. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet/Ramboll. (2010). Perspektiver på god praksis- en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner. Oslo.
- Helsedirektoratet/Ramboll. (2011). *Rapport Helsedirektoratet (April 2011). Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hernes, Thorgeir. (2010). Om arbeidslinja. I Hernes, Thorgeir, Heum, Ingar og Haavorsen, Paal (red.), *Arbeidsinkludering. Om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hess, David J. (1997). *Science Studies. An advanced introduction*. New York, London: New York University Press.
- Holme, Idar Magne, og Solvang, Bernt Krohn. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. [Oslo]: TANO.
- Holte, Hilde H., Ranheim, Trine, og Flottorp, Signe. (2009). Effekt av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Ingstad, Benedicte, og Eide, Arne H. (2007). Rehabilitering i et internasjonalt perspektiv. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 3.
- Innst S nr. 180 (1995-96). (1996). *Innstilling fra sosialkomiteen om 1) velferdsmeldingen, 2) forslag fra stortingsrepresentant Erling Folkvord om endring i retten til uførepensjon og 3) forslag fra stortingsrepresentant Erling Folkvord om minstestandard for stønad til livsopphold*. Oslo: Stortinget.
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2000). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretattlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I P. Repstad (Ed.), *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (Vol. 2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar, og Thorsvik, Jan. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforl.
- Jacobsen, Dag Ingvar, og Thorsvik, Jan. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforl.
- Johannessen, Asbjørn, Tuft, Per Arne, og Kristoffersen, Line. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forl.
- Johansson, Håkan, og Hvinden, Bjørn. (2007). What do we mean by active citizenship? (pp. S. [32]-49). London: Routledge.
- Johansson, Roine. (2002). *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen : en skolbildnings uppkomst, spridning och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, Roine. (2006). Nyinstitutionell organisationsteori - från sociologi i USA till socialt arbete i Sverige. I O. Grape, B. Blom & R. Johansson (Eds.), *Organisation och omvärld - nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: studentlitteratur.
- Johansson, Roine. (2009). Vid den institutionella analysens gränse: Institutionell organisationsteori i Sverige. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 11(3), 5-22.
- Johnsen, Jahn Petter. (2004). Latour, natur og havforskere - hvordan produsere natur? *Sosiologi i dag*, 34(2), 47-67.
- Justesten, Lise. (2005). Dokumenter i netværk. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, Margaretha. (2005). Interview i en interaktionistisk begrepsramme. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, Margaretha, og Mik-Meyer, Nanna. (2003). Indledning: At skabe en klient. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.), *At skabe en klient. institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, Margaretha, og Mik-Meyer, Nanna. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: interview, observationer og dokumenter*. København: Reitzel.
- Jørgensen, Marianne Winther, og Phillips, Loise. (2008). *Diskurs analyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

- Kendall, Elisabeth, Muenchberger, Heidi, og Catalano, Tara. (2009). The move towards community-based rehabilitation in industrialised countries: Are we equipped for the challenge? *Disability and Rehabilitation*, 31(26), 2164-2173.
- Kjellevoid, Alice. (2005). Hensynet til brukeren : idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten (pp. s. 49-74). Oslo: Universitetsforl.
- Kjellevoid, Alice. (2009). *Retten til individuell plan*. Bergen: Fagbokforl.
- Kjølørød, Lise. (2010). Velferdsstaten under press. I I. Frønes & L. Kjølørød (Eds.), *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kleven, Terje. (1990). "- det rullerer og det går -": studie av et forsøk med resultatorientert kommunal planlegging (Vol. 1990:23). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Knøsen, Eli, og Krokan, Ann Kristin. (2003). *Den tause diskrimineringen: nytt fokus på funksjonshemming*. Oslo: Kommuneforl.
- Kvale, Steinar, Brinkmann, Svend, Anderssen, Tone Margaret A., og Rygge, Johan. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laberg, Toril, og Ness, Nils Erik. (2012). Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. *Ergoterapeuten*, 01.
- Latour, Bruno. (1986). The powers of association. I J. Law (Ed.), *Power, action and belief* (pp. 264-280). London: Routledge and Kegan Paul.
- Latour, Bruno. (1987). *Science in action : how to follow scientists and engineers through society*. Milton Keynes: Open University Press.
- Lauvås, Kirsti, og Lauvås, Per. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforl.
- Levin, Irene, og Trost, Jan. (2005). *Hverdagsliv og samhandling: med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Bergen: Fagbokforl.
- Lie, Ivar. (2001). *Rehabilitering og habilitering. prinsipper og praktisk organisering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindquist, Rafael, og Hetzler, Antoinette (Eds.). (2004). *Rehabilitering och välfärdspolitik*. Lund: Studentlitteratur.
- Lipsky, Michael. (1980). *Street-Level-Bureaucracy. Dilemmas of The Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lyngstad, Rolf, Støkken, Anne Marie, og Lichtwarck, Willy. (1997). *Introduksjon Kommunene som velferdsyter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, Kirsti. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Martinussen, Inger S. (2008). *Skadet for livet - myndig i eget hus?: en analyse av folks erfaringer i rehabiliteringsprosesser, og samspill mellom mottakere og utøvere i rehabilitering*. Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Martinussen, Willy. (2008). *Samfunnsliv : innføring i sosiologiske tenkemåter*. Oslo: Universitetsforl.
- Medlex Norsk helseinformasjon. (2012). *Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter*. Oslo: Medlex norsk Helseinformasjon.
- Melby, Line, og Tjora, Aksel Hagen. (2013). *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Meld.St. 16 (2011-2015). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Mik-Meyer, Nanna, og Järvinen, Margaretha. (2005). Indledning: Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv. interview, observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mik-Meyer, Nanna, og Villadsen, Kaspar. (2007). *Magtens former: sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. København: Hans Reitzels Forlag.



- Miller, Jody, & Barry Glassner, (2004). The "inside" and the "outside": finding realities in interviews. I D. Silverman (Ed.), *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. London: Thousands Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Mintzberg, Henry. (1983). *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Moen, Hilde Berit. (2004). "Færrest mulig kontordører å gå gjennom-": en kartlegging av den koordinerende enhet for re-/habiliteringsvirksomheten i kommunene (Vol. nr 5/2004). Bodø: SKURsenteret.
- Mol, Annemarie. (2002). *The Body Multiple*. Durham and London: Duke University Press.
- Mol, Annemarie, og Law, John. (2006). Complexities: An Introduction. I J. Law & A. Mol (Eds.), *Complexities. Social studies of knowlwdge practices*. Durham: Duke University Press.
- Molander, Anders, og Terum, Lars Inge. (2008). Profesjonsstudier: en introduksjon *Profesjonsstudier* (pp. s. 13-27). Oslo: Universitetsforl.
- Molven, Olav. (2012). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Moser, Ingunn. (1998). Kyborgens rehabilitering. I K. Asdal, A.-J. Berg, B. Brenna, I. Moser & L. M. Rustad (Eds.), *Betatt av viten. Bruksanvisninger til Donna Haraway*. Oslo: Spartacus.
- Myrvold, Trine Monica, Kristofersen, Lars B., og Sverdrup, Sidsel. (2007). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid *NIBR-rapport* (Vol. 2/2007). Oslo: NIBR.
- Nagel, Anne-Hilde. (1991). *Velferdskommunen: kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen: Alma Mater.
- Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) [NAV-loven]. (2006).
- Nettleton, Sarah. (2006). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nilsen, Elin Anita. (2007). *Oversettelsens mikroprosesser : om å forstå møtet mellom en global idé og lokal praksis som dekontekstualisering, kontekstualisering og nettverksbygging*. Tromsø: Universitetet i Tromsø, PhD, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for statsvitenskap.
- Nilssen, Even (2011). Kommunal iverksetting av retten til individuell plan. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 14(2), 79-94.
- Nilssen, Vivi Lisbeth. (2012). *Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforl.
- Normann, Trine, Sandvin, Johans Tveit, og Thommesen, Hanne (Eds.). (2008). *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo: Kommuneforlaget.
- NOU 1980:47. *Medisinsk attføring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- NOU 2001:22. *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2009:18. *Rett til læring: utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 29. juni 2007 : avgitt til Kunnskapsdepartementet 2. juli 2009* (Vol. 2009:18). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.
- NOU 2010: 5. *Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering, Et helhetlig hjelpemiddeltilbud*. Oslo: regjeringen.no.
- Offerdal, Audun. (2000). Iverksettingsteori - resultatene blir sjelden som planlagt, og det kan være en fordel? I H. Baldersheim & L. E. Rose (Eds.), *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Oliver, Michael. (1990). *The politics of disablement*. Basingstoke: Macmillan.
- Oliver, Michael. (1996). *Understanding Disability. From Theory to Practice*. New York: Palgrave.
- Oliver, Michael, og Barnes, Colin. (1998). *Disabled People and Social Policy: From Exclusion to Inclusion*. Harlow: Addison Wesley Longman.
- Olsen, Bennedichte C. Rappana. (2009). Om å vite best... sammen - brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren. I M. A. Stamsø (Ed.), *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (Vol. 2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ot.prp. nr. 36 (1980-81). *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*. Oslo: Lovdata.no.

- Priestley, Mark. (1999). *Disability Politics and Community Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Prior, Lindsay. (2003). *Using documents in social research*. London: Sage.
- Repstad, Pål. (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Repstad, Pål. (2007). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Romøren, Tor Inge. (2011). Helse- og omsorgstjenesten i kommunene. I A. Hatland, S. Kuhmle & T. I. Romøren (Eds.), *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ryen, Anne. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Ryghaug, Marianne. (2002). Å bringe tekster i tale - mulige metodiske innfallsvinkler til tekstanalyse i statsvitenskap. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 18(04).
- Røhme, Kjerstina, Hatling, Trond, og Lidal, Eli. (2006). Individuell plan - ambisiøse mål, men svake virkemidler? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 9(3), 148-158.
- Rønning, Rolf, og Solheim, Liv Johanne. (2000). *Hjelp på egne premisser?: om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforl.
- Røvik, Kjell Arne. (1992). *Den "syke" stat: myter og moter i omstillingsarbeidet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røvik, Kjell Arne. (1998). *Moderne organisasjoner : trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.
- Røvik, Kjell Arne. (2007). *Trender og translasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandvin, Johans Tveit. (1996). *Velferdsstatens vendepunkt. En analyse av reformen for personer med utviklingshemming som uttrykk for brytninger i velferdsstaten*. (dr. polit graden), Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Sandvin, Johans Tveit. (2008). *Arbeid, sykdom og moral: om legeattestert fravær og veien tilbake til jobb*. Bergen: Fagbokforl.
- Sandvin, Johans Tveit. (2012). Rehabilitering som koordinering og samhandling. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Eds.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sandvin, Johans Tveit, og Söder, Mårten. (1998). Fullt og helt eller stykkevis og delt? En sammenligning av HVPU-reformen og nedbyggingen av institusjonsplasser i psykiatrien. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 1(1), 37-51.
- Scheuer, John Damm. (2006). Om oversættelse af oversættelsesbegrepet - En analyse af de skandinaviske nyinstitutionalisters oversættelse af oversættelsesbegrepet. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 8 (4), 3-40.
- Schiefloe, Per Morten, og Værnes, Reidun. (2010). Bestillere og utførere: koordinering og samarbeid. *Søkelys på arbeidslivet*, 27(4), 396-409.
- Scott, W. Richard. (1992). *Organizations : rational, natural, and open systems*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Scott, W. Richard, og Davis, Gerald F. (2007). *Organizations and organizing : rational, natural, and open systems perspectives*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education.
- Seip, Anne-Lise. (1991). Velferdskommunen og velferdstrekanten - et tilbakeblikk. I A.-H. Nagel (Ed.), *Velferdskommunen*. Bergen: Alma Mater Forlag AS.
- Shakespeare, Tom. (2006). *Disability Rights and Wrongs*. London, New York: Routledge.
- Silverman, David. (2005). *Doing qualitative research: a practical handbook*. London: Sage.
- Slettebø, Åshild, og Madsen, Vigdis Helen. (2012). Individuell plan som arbeidsmetode i rehabiliteringsprosesser. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Eds.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solvang, Per. (2006). Problemativering, utdefinering eller omfavnelse? Om normaliteten. I T. H. Eriksen & J.-K. Breivik (Eds.), *Normalitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Solvang, Per Koren, og Slettebø, Åshild. (2012). Forståelser av rehabilitering. I P. K. Solvang & Å. Slettebø (Eds.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Soria-Moria erklæringen 2005. (2005). *Politisk plattform for en flertallsregjering utgått av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet*. Oslo: Regjeringen.no.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre* (Vol. nr 34 (1996-97)). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Ansvar og meistring: mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* (Vol. 21(1998-99)). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *IS-1332 Veileder Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Synlig og brukerrettet* (IS-1530/0108). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosialdepartementet. (1988). *Helsepolitikken mot år 2000: nasjonal helseplan* (Vol. nr 41 (1987-88)). [Oslo]: [Regjeringen].
- Sosialdepartementet. (2003). *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- St.meld. nr 8 (1998-99). *Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001: deltaking og likestilling*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- St.meld. nr 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- St.meld. nr 36 (1989-90). *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane (lov av 19.november 1982 nr. 66)*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- St.meld.nr 35 (1994-95). *Velferdsmeldingen*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- St.meld.nr.12 (2011-2012). *Stat og kommune – styring og samspel*.
- St.meld.nr.21 (1998-99). *Ansvar og meistring: mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- St.meld.nr.29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: regjeringen.no.
- St.meld.nr.34 (1996-97). *Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*. Oslo: regjeringen.no.
- St.meld.nr.39 (1991-1992). *Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepenger og uførepensjon (Attføringsmeldingen)*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- St.meld.nr.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp.nr.1 (2006-2007). *Nasjonal helseplan*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Stamsø, Mary Ann. (2009). *New public management - reformer i offentlig sektor*. I M. A. Stamsø (Ed.), *Velferdsstaten i endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stamsø, Mary Ann. (2009). *Organisering og finansiering av velferdstjenester*. I M. A. Stamsø (Ed.), *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (Vol. 2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Staunes, Dorthe, og Søndergaard, Dorte Marie. (2005). *Interviu i en tangotid*. I M. Järvinen & n. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reizels Forlag.
- Stiker, Henri-Jacques. (1999). *A History of Disability*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Svensson, Lennart G. (2008). *Profesjon og organisasjon*. I A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svensson, Lina Ponnert & Kerstin. (2011). *När föpackade idéer möter organisatoriska villkor. Socialvetenskaplig Tidskrift nr. 3*.

- Sørensen, Knut H. (2004). Tingenes samfunn. Kunnskap og materialitet som sosiologiske korrektiver. *Sosiologi i dag*, 34(2), 5-25.
- Sørensen, Linn Birgit. (2009). Undersøkelse om rollen til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene: Synovate Ltd.
- Sørhaug, Hans Chr. (2004). *Managementlitet og autoritetens forvandling: ledelse i en kunnskapsøkonomi*. Bergen: Fagbokforl.
- Thagaard, Tove. (2003). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thagaard, Tove. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thomas, Carol. (2007). *Sociologies of Disability and Illness. Contested Ideas in Disability Studies and Medical Sociology*. Hampshire and New York: Palgrave Macmillan.
- Thommesen, Hanne. (2010). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thommesen, Hanne, Normann, Trine, og Sandvin, Johans Tveit. (2008). *Individuell plan: et sesam, sesam?* Oslo: Kommuneforl.
- Tjora, Aksel Hagen. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torsteinsen, Harald. (2006). *Resulatatenhetsmodellen i kommunal tjenesteproduksjon*. (Doctor rerum Politicarum), Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Tøssebro, Jan. (2004). Introduksjon. I J. Tøssebro (Ed.), *Integrering och inkludering* (pp. 201 s.). Lund: Studentlitteratur.
- Tøssebro, Jan. (2009). *Funksjonshemming: politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tøssebro, Jan. (2010). *Hva er funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tøssebro, Jan, og Ytterhus, Borgunn. (2006). *Funksjonshemmete barn i skole og familie: inkluderingsideal og hverdagspraksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vabo, Signy Irene, og Røiseland, Asbjørn. (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og -analytisk fenomen. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 24(01).
- Vike, Halvard. (2004). *Velferd uten grenser : den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe.
- Vike, Halvard, Bakken, Runar, Brinchmann, Arne, Haukelien, Heidi, og Kroken, Randi. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Villadsen, Kaspar. (2007). Magt og selv-teknologi. Foucaults aktualitet for velferdsforskningen. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 10(3), 156-167.
- Widerberg, Karin. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ lærebok*. Oslo: Universitetsforl.
- Wisløff, Nils Fr. (2005). *Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste : innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005* (Vol. NOU 2005: 3). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Yin, R. K. (2006). *Fallstudier: design och genomförande*. Malmø: Liber.
- Ødgård, Morten. (2005). New Public Management - fornyelse eller fortapelse av den kommunale egenart? I H. Baldersheim & I. E. Rose (Eds.), *Det kommunale laboratorium*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Øie, Kjell Erik. (2012). *Til barnas beste: ny lovgivning for barnehagene* (Vol. NOU 2012:1). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.

# VEDLEGG

## Vedlegg 1: Skisse til intervjuguide

Intervjuguiden tilpasses den enkelte intervjuperson, men hovedtemaene er de samme

Intervjuguide kommunal rehabilitering

Jeg vil starte med å si litt om prosjektet. Hva er rehabilitering fra et kommunalt perspektiv? I prosjektet vil jeg prøve å skaffe data om hvordan rehabilitering som arbeidsområde kan beskrives i kommunen. Jeg ønsker å få fram dine erfaringer med rehabilitering som arbeidsområde, slik det oppleves fra ditt ståsted, din arbeidssituasjon. Du kjenner hverdagen, er den som kan beskrive for meg hvordan det oppleves.

### Innledning

Kan du starte med på fortelle litt om deg selv?

Bakgrunn, utdanning og lignende.

Hvilke etat eller virksomhet jobber du i?

Hva jobber du med?

Hvilke oppgaver du har?

Hvor lenge har du jobbet i kommunen?

### Generelt

Kan du beskrive det arbeidet kommunen gjør på området (habilitering og) rehabilitering, slik du ser det?

Hva er det kommunen kaller rehabilitering?

Hvem jobber med rehabilitering?

Hvem mottar rehabilitering i kommunen?

### Utvikling/historie

Har rehabiliteringsarbeidet endret seg i løpet av de årene du har jobbet på området?

På hvilke måte?

Begrepsforståelse – klart/uklart?

Hvordan anvendes begrepene habilitering og rehabilitering i kommunen?

Brukes rehabilitering og habilitering som sidestilte begreper?

Omfatter rehabilitering også habilitering?

Tidligere skilte man mellom medisinsk rehabilitering, arbeidsrettet rehabilitering, sosial rehabilitering – Brukes disse skillene fortsatt?

### **Definisjonen av habilitering og rehabilitering**

*“..tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”.*

Hva synes du om definisjonen?

Er den klar og tydelig?

Brukes den i organisasjonen?

**Forskrift om individuell plan og forskrift om habilitering og rehabilitering kom begge i 2001, har det nye regelverket hatt betydning for utviklingen av habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i kommunen?**

På hvilke måte?

Hvilke har hatt størst betydning?

### **Individuelle planer**

Har forskrift om individuelle planer fått mye oppmerksomhet i kommunen?

Hvordan har kommunen organisert dette arbeidet?

Hvem har ansvaret?

Får alle med sammensatte og langvarige behov informasjon om individuell plan?

Får de tilbud om individuell plan?

Hvem er prioritert?

Hvem får ikke?

Hvem følger opp den enkelte koordinator?

Hvordan følges koordinatorene opp?

Er individuelle planer viktig tiltak innenfor kommunal habilitering og rehabilitering?

Synes du forskriften om habilitering og rehabilitering har fått oppmerksomhet i kommunen?

### **Kommunenes ansvar (§ 7)**

Kommunen skal ha en generell oversikt over behovet for habilitering og rehabilitering i kommunen.

Hvordan ivaretas dette?

### **Virkeområde**

Tjenestetilbudet og ytelsene skal omfatte alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering?

Blir alle ivaretatt like godt eller er det noen grupper som er prioritert?

Er det noen som får lite eller ikke noe tilbud? (som prioriteres ned?)

### **Organisering**

Hvordan er habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet organisert i din kommune?

Hvordan blir habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet ledet?

Tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud. Synes du kommunen har klart å få til det?

### **Koordinerende enhet**

Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegger kommunen å etablere en koordinerende enhet (§ 8 andre ledd):

Har kommunen etablert en koordinerende enhet?

Hvilke mandat eller oppgaver har den?

Hvilke personale er knyttet til koordinerende enhet?

Er den synlig for brukere og samarbeidspartnere?

Hvordan arbeider denne enheten internt i kommunen og overfor eksterne samarbeidspartner?

Hvordan fungerer den overfor brukere og deres pårørende?

Er tjenestene som tilbys synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere.

### **Melding om mulig behov for habilitering og rehabilitering (§9)**

Hvor kan personell som jobber i kommunen melde mulige rehabiliteringsbehov?

### **Brukermedvirkning (§5)**

Det stilles krav om brukermedvirkning både på individnivå og på systemnivå. Kan du gi noen eksempler på hvordan dette ivaretas?

### **Hjelpemidler og ergonomiske tiltak (§11)**

Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte.

Hvordan har kommunen organisert dette?

Hvordan synes du dette fungerer?

### **Samarbeid**

Hvem er de viktigste samarbeidspartnerne?

Internt i kommunen?

Utenfor kommunen?

Hvordan er samarbeidet med andre etater eller instanser?

Internt i kommunen?

Utenfor kommunen?

### **Profesjonenes rolle**

Hvordan opplever du at samarbeidet er mellom ulike yrkesgrupper?

Opplever du at profesjonene er for lite flinke til å samarbeide?



Gir profesjonene for lite rom for brukermedvirkning?

Har profesjonen for lite helhetstenkning?

### **NAV-reformen**

Påvirker NAV-reformen kommunal rehabilitering?

Hvordan?

### **Planlegging, organisering og samarbeid (§ 8)**

Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet,

(I kommentarene til forskriften står det at re-/habiliteringsvirksomheten på systemnivå skal være planlagt. Plankravet skal sikre at formålet med forskriften oppnås. Planen for re-/habilitering bør beskrive kommunens prioriteringer og fremtidige utvikling av virksomheten).

Opplever du at regelverket gir klare føringer for hva det er kommunen skal planlegge, dvs. på innholdet i re-/habilitering?

Vet du om kommunen har en rehabiliteringsplan?

Når ble den/de laget?

Mandat?

Godkjent?

Fulgt opp?

Revidert?

### **Proessen**

Hvem deltok i planarbeidet? Brukerrepresentanter, tverrsektorielt? Leder?

Hvordan var prosessen med planarbeidet organisert?

Sentrale tema for diskusjon underveis? Hvilke tema skapte uenighet eller debatt?

### **Innholdet i planen**

Hvordan ser planen ut?

Hvordan beskriver kommunen utfordringene ved den nasjonale rehabiliteringspolitikken?

### **Kommunen**

Kan du beskrive hvilke hovedutfordringer du ser for kommunen når det gjelder habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet?

### **Nasjonale føringer**

Synes du at de nasjonale føringene (stortingsmeldinger, lover, forskrifter, bestillingsbrev fra SHdir) gir klare nok føringer for hva som forventes av kommunen på området habilitering og rehabilitering?

Med ny rehabiliteringspolitikk får kommunen ansvar for "alle", uavhengig av alder, funksjonsproblem eller diagnose. Kommunen skal tilby rehabilitering til alle som trenger det? Hvilke utfordringer medfører dette?

### **Prioritering**

Hvordan vurderer du oppmerksomhet rundt rehabilitering i forhold til andre oppgaver i kommunen?

Har sentrale myndigheter vært for lite pådriver når det gjelder rehabilitering?

### **Forholdet mellom nasjonal politikk og lokale interesser**

Kommunen utsettes for forventninger og krav fra ulike aktører, både interne og eksterne. Hvilke aktører er sentrale i forhold til rehabilitering?

Hvordan samsvarer nasjonal politikk med lokale behov og interesser?

### **Lokal utforming og organisering**

På hvilke måte setter kommunale rammebetingelser, som økonomiske forhold, kompetanse osv. grenser for rehabilitering som arbeidsområde?

Har kommunen kapasitet til å følge opp alle som trenger det?

Har rehabilitering et koordineringsproblem? På hvilke måte?

Har rehabilitering et gråsoneproblem? På hvilke måte?

## Vedlegg 2: Forespørsel til kommunene om å få gjørefeltarbeid

Stipendiat Bente V. Lunde  
Avdeling for samfunnsfag  
Høgskolen i Bodø  
8049 Bodø

Dato: 0X.09.07

Xx kommune

v/kommunaldirektør NN

### **Doktorgradsprosjekt om kommunal re-/habilitering - forespørsel om tillatelse til å innhente data i XX kommune**

Jeg viser til tidligere brev av 01.03.07 vedrørende orientering om planlagt doktorgradsarbeid. I brevet skriver jeg at jeg vil komme tilbake med en nærmere forespørsel om tillatelse til å innhente data i XX kommune.

Jeg er tatt opp som doktorgradsstudent i sosiologi ved Høgskolen i Bodø fra april 2007. Tema for mitt doktorgradsarbeid er kommunal re-/habilitering. Av utdanningsbakgrunn er jeg sykepleier, har en master i folkehelse og hovedfag i sosiologi. Jeg har en variert yrkeserfaring, noe som har bidratt til min interesse for feltet re-/habilitering.

På bakgrunn av at kommunene er pekt ut som spesielt viktige i arbeidet med re-/habilitering, ønsker jeg å fokusere på re-/habilitering på kommunalt nivå. Tema i mitt prosjekt vil være kommunenes rolle i forhold til iverksetting av statlig re-/habiliteringspolitikk. Hvordan tolker kommunen sitt ansvar, og hvordan løser den det praktisk? Hovedspørsmålet i studien vil være: Hvordan fortolker og utformer kommuner nasjonal, statlig re-/habiliteringspolitikk?

Jeg vil gjennomføre en kvalitativ studie i til sammen 6 kommuner. Data vil bli samlet inn fra kommunale dokumenter, gjennom intervju, samt at det kan være aktuelt å være tilstede i møter hvor re-/habilitering er tema.

For å kunne gjennomføre prosjektet er jeg avhengig av å intervjuere ledere, samt andre sentrale fagpersoner omkring re-/habilitering. Hvert intervju vil ta ca. 1 time. Dersom XX kommune setter i gang arbeidet med en ny plan for re-/habilitering, ber jeg om tillatelse til å få følge denne prosessen. Innsamling av data er planlagt til høsten 2007 og våren 2008, men vil bli avtalt nærmere med kommunen.

Min veileder er professor Johans Tveit Sandvin, Avdeling for samfunnsfag, Høgskolen i Bodø. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning; Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Doktorgradarbeidet er beregnet å være ferdig høsten 2009.

For å unngå at enkeltpersoner blir identifisert, så vil jeg aidentifisere både kommuner og personer, dvs. at jeg ikke oppgir navn på kommune eller enkeltpersoner. Kommunen kan bli beskrevet for eksempel som en kommune i Nord-Norge.

Jeg håper at kommunen stiller seg positivt til min forespørsel, og kan gi meg tillatelse til å samle inn data i tråd med det som er skissert i dette brevet. Jeg informerer gjerne om prosjektet og svarer på spørsmål, dersom det er ønskelig. Det er fint dersom kommunen kan gi meg en kontaktperson som jeg kan henvende meg til for å avklare praktiske spørsmål.

Som tilbakemelding ved prosjektets avslutning, kan jeg for eksempel presentere funnene i prosjektet for kommunen. Dersom dere har andre ønsker for hva jeg kan bidra med, så kan vi komme tilbake til det.

Vennlig hilsen  
Bente V. Lunde  
stipendiat

Avdeling for samfunnsfag  
Høgskolen i Bodø  
8049 Bodø  
Tlf. 755 17458/90 15 82 49  
E-post: [bente.lunde@hibo.no](mailto:bente.lunde@hibo.no)

## Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Bente Vibecke Lunde  
Avdeling for samfunnsfag  
Høgskolen i Bodø  
Mørkvetråkket  
8049 BODØ

Vår dato: 24.09.2007

Vår ref.:17367 / 2 / SM Deres dato:

Deres ref:

### KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 31.08.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

17367	<i>Kommunal rehabilitering - ny rehabiliteringspolitikk som fortløpning</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Bodø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Bente Vibecke Lunde</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo\\_endringsskjema.cfm](http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo_endringsskjema.cfm). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Siv Midthassel

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55 58 83 34  
Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uio.no



Det forutsettes at metoderekruttering og opprettelse av førstegangskontakt er avklart med ledelsen ved respektive instans.

Det legges til grunn at utvalget informeres om alle sider av prosjektet. Det vises til informasjonsskriv til informanter vedlagt meldeskjema og forutsettes at følgende fremgår:

- at man kan trekke seg underveis uten begrunnelse
- at opplysninger behandles konfidensielt
- at datamaterialet anonymiseres og opptak slettes sommeren 2010

Det kan med fordel fremgå at prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Ombudet ber om at revidert informasjonsskriv ettersendes før det utdeles til utvalget.

Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår, navneliste og opptak slettes. Prosjektslutt er satt til 01.07.2010.

## Vedlegg 4: Informasjonsskriv til intervjupersoner

Bente Vibecke Lunde  
Stipendiat ved Avdeling for samfunnsforskning  
Høgskolen i Bodø  
8049 Bodø  
Tlf. 755 17458 eller 90 15 82 49  
E-post: [bente.lunde@hibo.no](mailto:bente.lunde@hibo.no)

Informasjonsskriv til deg som er forespurt om å bli intervjuet i forbindelse med doktorgradsarbeid om kommunal rehabilitering

Jeg er doktorgradsstudent i sosiologi ved Høgskolen i Bodø og har startet et doktorgradsarbeid om kommunal rehabilitering. Ledelsen i din kommune har gitt meg tillatelse til å benytte kommunen i prosjektet. Jeg vil derfor be om et intervju med deg som et ledd i min datasamling.

Hovedfokus i prosjektet er kommunens rolle i forhold til iverksetting av statlig rehabiliteringspolitikk. Hvordan tolker kommunen sitt ansvar, og hvordan løser den det praktisk? Jeg er opptatt av hvordan kommunen velger å utforme og organisere sitt habiliterings- og rehabiliteringsarbeide, hvilke planer som finnes på området, og hvilke utfordringer som er mest sentrale sett fra kommunens ståsted?

Jeg vil gjennomføre en kvalitativ studie i 4 kommuner. Data vil bli samlet inn ved lesing av kommunale dokumenter, intervju med sentrale personer knyttet til feltet rehabilitering på ulike nivå i kommunen, samt at det kan være aktuelt å delta i møter tilknyttet rehabilitering. Prosjektet er meldt til Personvernforbundet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datateneste.

Jeg vil ta kontakt med deg for nærmere avtale om tid og sted for intervju. I samtalen vil fokus være på de oppgavene du stiller med til daglig. Det kreves ikke spesielle forberedelser. Et intervju kan ta fra 1-1,5 time. Jeg ber om å få ta opp intervjuet på lydbånd. Lydbåndet vil bli oppbevart i låst skap på mitt kontor, og vil bli slettet ved prosjektets avslutning. Dersom du ikke ønsker lydbånd, vil jeg skrive notater under intervjuet. Et intervju er frivillig, og du kan trekke deg når som helst uten begrunnelse. Opplysningene behandles konfidensielt, og jeg oppgir verken navn på kommune eller enkeltpersoner i det som skrives i tilknytning til prosjektet.

Ved spørsmål er det bare å ta kontakt

Vennlig hilsen

Bente V. Lunde

stipendiat

