

# **”Bundet av bistand”**

En institusjonell etnografi om organisering av  
rehabiliteringsprosesser

Janne Paulsen Breimo

Ph.D i sosiologi

Universitetet i Nordland  
Fakultet for samfunnsvitenskap

PhD i sosiologi nr. 5 (2012)

Janne Paulsen Breimo

**"Bundet av bistand"**

- En institusjonell etnografi om organisering av rehabiliteringsprosesser

© Universitetet i Nordland

ISBN: 978-82-92958-04-9

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.

## **Forord:**

“The long and winding road...”

Nå som man faktisk er ved veis ende er det en rekke personer som fortjener en stor takk. Først og fremst vil jeg takke informantene som velvillig har delt sin historie med meg. Deretter vil jeg rette en stor takk til min hovedveileder Johans Tveit Sandvin som med sin medmenneskelighet og sine pedagogiske evner har guidet meg gjennom denne strabasiøse ferden. Ved å være en ”sjenerøs” leser har han alltid funnet ett eller annet av verdi i mine skrivelser, som til tider har vært av veldig varierende kvalitet. Min biveileder Asbjørn Røiseland fortjener også en stor takk for alltid å være tilgjengelig, for raske tilbakemeldinger og for å bidra med verdifulle innspill både i form av relevant litteratur og relevante konferanser.

Ellers vil jeg takke opponentene ved henholdsvis midt- og sluttseminar; Ole Johan Andersen og Rafael Lindqvist. Per Måseide og Anne- Jorunn Berg fortjener takk for å ha vært henholdsvis prosjektleder og leder for PhD- programmet, og ellers vært kilder til inspirasjon i ulike faglige sammenhenger. Hanne Thommesen har hatt flere roller i løpet av den perioden jeg har holdt på med denne studien, men jeg vil takke henne for å ha hatt kontordøren åpen når jeg har hatt behov for det. Hilde Berit Moen, Hanne Eriksen Nydal, Bente Lunde og Arne Brinchmann er andre personer som jeg vil takke for faglig og sosialt fellesskap. Ellers vil jeg takke jentene i Torggården som har bidratt til at jeg har hatt lyst til å dra på jobb hver dag.

Heldigvis har jeg ”meklende strukturer” i livet mitt som får hverdagene til å gå i hop; Marit, David, pappa og ikke minst mamma, som i tillegg gjennom sin korrekturlesning har sørget for at denne avhandlingen har komma. Rune og våre barn; Thor, Trym, Vilde og Martine har bidratt til at det alltid har vært godt å komme hjem igjen etter endt arbeidsdag.

Bodø, 19.12.2011

Janne Paulsen Breimo

## Innholdsfortegnelse:

Kapittel 1 Innledning .....	1
1.1 Introduksjon .....	1
1.2 Bakgrunnen for prosjektet .....	2
1.2.1 Samordning som fenomen- konstruksjon av et forskningsobjekt .....	2
1.2.2 Rehabilitering mellom samfunn og individ .....	6
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	8
1.4 Teoretiske og metodiske ressurser .....	9
1.4.1 Organisasjon eller organisering? .....	9
1.4.2 Organisering av helhet .....	10
1.4.3 Institusjonell etnografi som fremgangsmåte .....	11
1.5 Organisering av teksten.....	13
1.5.1 Avgrensninger.....	13
1.5.2 Avhandlingens videre oppbygging .....	13
Kapittel 2 Rehabilitering og velferdssamfunnets utvikling .....	16
2. 1 Innledning.....	16
2.2 Endringer i velferdssamfunnet .....	16
2.2.1 Et velferdssamfunn i ekspansjon.....	16
2.2.2 Fragmentering og samordning .....	18
2.2.3 Forvaltningsreformer .....	19
2.2.4 Økt individualisering.....	21
2.2.5 Tilbake til styring .....	23
2.3 Rehabilitering som virksomhetsområde .....	25
2.3.1 Historikk og ideologi.....	25
2.3.2 Rehabiliteringspolitikk i praksis .....	28
2.3.3 Individet under press.....	31
2.3.4 Rehabilitering – mellom ansvar og rettigheter .....	32
2.4 Avslutning.....	34
Kapittel 3 Teoretisk ramme .....	35
3.1 Innledning.....	35
3.2 Hvordan studere organisasjoner? .....	35
3.3 Proessorientert organisasjonsteori.....	37
3.3.1 Sensemaking (meningsskaping) .....	38
3.3.2 Aktør-nettverksteori; fysiske artefakter og organisering .....	41

3.3.3 Nyinstitusjonell teori .....	42
3.4 Organisering som nettverk .....	43
3.4.1 Styringsnettverk .....	44
3.4.2 Individorienterte styringsnettverk .....	45
3.4.3 Barbara Czarniawska og <i>handlingsnett</i> .....	47
3.5 Dorothy Smith og institusjonell etnografi - et sted å begynne .....	49
3.5.1 Dorothy Smith i relasjon til Barbara Czarniawska .....	52
3.5.2 Institusjonelle diskurser og meningskaping .....	56
3.6 Avslutning .....	57
Kapittel 4 Fremgangsmåte .....	58
4.1 Innledning .....	58
4.2 Forskningstema og spørsmål .....	58
4.3 Forskningsstrategi .....	59
4.3.1 Institusjonell etnografi som fremgangsmåte .....	60
4.3.2 Situert kunnskap som utgangspunkt .....	60
4.3.3 Arbeidskunnskap .....	61
4.3.4 Kartlegging som metode .....	62
4.3.5 Identifisering av styringsrelasjoner .....	63
4.3.6 Om standpunkt, ståsted og utgangspunkt .....	65
4.4 Datainnsamling .....	66
4.4.1 Tilgang .....	66
4.4.2 Informanter .....	68
4.4.3 Intervjuene .....	70
4.4.4 Timing .....	74
4.5 Datareduksjon og analyse .....	74
4.5.1 Transkribering .....	74
4.5.2 Analyse av intervjuer .....	75
4.5.3 "Institutional capture" .....	77
4.5.4 Analyse av tekster .....	79
4.6 Etske betraktninger .....	82
4.7 Avslutning .....	84
Kapittel 5 Et hverdagsliv i "rehabiliteringssystemet" .....	85
5.1 Innledning .....	85
5.2 Problematikk som forskningsverktøy .....	85

5.3 Tjenestemottakernes hverdagslivserfaringer .....	87
5.3.1 Ellen .....	88
5.3.2 Thorbjørn .....	90
5.3.3 Sigrid .....	92
5.3.4 Terje .....	94
5.3.5 Øystein .....	96
5.3.6 Cecilie .....	97
5.3.7 Harald .....	99
5.4 Felles erfaringer med det å være i en rehabiliteringsprosess .....	99
5.4.1 For mye arbeid .....	100
5.4.2 For mye ansvar .....	102
5.4.3 Uklare planer .....	103
5.4.4 For mange å forholde seg til .....	105
5.4.5 Byråkratisering og tekstliggjøring av hverdagslivet .....	106
5.5 Problematikkene .....	107
5.5.1 Fragmentering av hverdagslivet .....	108
5.5.2 Manglende plan og retning .....	108
5.5.3 Overbelastning av arbeid og ansvar .....	110
5.6 Avslutning .....	110
Kapittel 6 Identifisering av styringsrelasjoner .....	112
6.1 Innledning .....	112
6.2 Styringsrelasjoner og tekstlige representasjoner .....	113
6.3 Aktivering av tekster .....	114
6.3.1 Utflating av strukturer .....	115
6.3.2 Profesjonenes hierarki .....	119
6.3.3 Motstridende krav om fleksibilitet .....	122
6.3.4 Å objektivere det partikulære- og kategorier som representasjoner .....	124
6.3.5 Stadig endring av kategorier .....	130
6.3.6 Økende personlig ansvar .....	133
6.4 Avslutning .....	139
Kapittel 7 Organiseringsverktøyene innenfor rehabiliteringsfeltet .....	141
7.1 Innledning .....	141
7.2 Organiseringsverktøy som innovasjoner .....	142
7.3 Individuell plan .....	144

7.3.1 Individuell plan i rehabiliteringsprosesser .....	145
7.3.2 Individuell plan som standard .....	148
7.3.3 Individuell plan som funksjonsbeskrivelse .....	150
7.3.4 Individuell plan som journal .....	151
7.3.5 Individuell plan som kontrakt .....	153
7.3.6 Individuell plan som aktør .....	155
7.4 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.....	157
7.5 Personlig koordinator .....	161
7.6 Brukerstyrt personlig assistanse.....	164
7.7 Verktøyenes manifeste og latente funksjoner .....	169
7.8 Avslutning.....	172
Kapittel 8 Meklende strukturer - om skapelsen av handlingsnett .....	174
8.1 Innledning.....	174
8.2 Handlingsnett – om meklende strukturer .....	174
8.2.1 Nettverksbygging.....	177
8.2.2 Etablering av rutiner .....	178
8.2.3 Å lære opp tjenestemottakere i ”systemkunnskap” .....	179
8.2.4 Om merarbeid – organisering er noe som gjøres .....	181
8.2.5 Aktivering eller oversettelse av tekster.....	182
8.3 Nye krav til tjenesteyterrollen.....	185
8.3.1 Krav nedenfra – om ”balansekunst” .....	186
8.3.2 Krav ovenfra – standardisering av individualiseringen .....	187
8.4 Avslutning.....	192
Kapittel 9 Avslutning .....	193
9.1 Tjenestemottakernes erfaringer med å være i en rehabiliteringsprosess .....	194
9.2 Styringsrelasjonene .....	195
9.3 Organiseringsverktøyenes funksjoner og dysfunksjoner .....	196
9.4 Meklende strukturer .....	198
9.5 Kjønn i rehabiliteringsprosesser .....	199
9.6 Translokale erfaringer .....	200
9.7 Å studere og organisere kompleksitet .....	202
9.8 Innenfor, utenfor eller mellom de autoritative tekster og kategorier.....	203
9.9 Samordning som rasjonalisert myte eller mekling.....	206
Litteraturliste:.....	210

Vedlegg 1.....	231
Vedlegg 2.....	232



# Kapittel 1 Innledning

## 1.1 Introduksjon

En rekke politiske styringsdokumenter har de siste førti årene poengtert at det offentlige tjenesteapparatet er for oppsplittet og for lite helhetlig, og økt samordning (eller andre beslektede begreper) har gjerne blitt presentert som løsningen på dette problemet. Man kan hevde at det har vært et politisk *trykk* på behovet for koordinering, og den kommende *Samhandlingsreformen*<sup>1</sup> kan i så måte sees som et tydelig uttrykk for en politisk erkjennelse om problemets betydning og alvor. Likevel viser tilbakemeldinger fra tjenestemottakere at tjenestesystemet, etter flere tiår med fokus på problemet, fremdeles oppleves som fragmentert og uoversiktlig og at spesielt tjenestemottakerne som har behov for langvarige og koordinerte tjenester finner det vanskelig å forholde seg til og orientere seg i et tjenestesystem som ikke oppleves som samordnet<sup>2</sup>. Bakgrunnen for dette prosjektet er derfor en undring over hvorfor mangel på koordinering av tjenester fremdeles, etter lengre tids fokus på problemet, oppleves som det mest problematiske aspektet ved det å være i en rehabiliteringsprosess.

Rehabiliteringsfeltet er et virksomhetsområde hvor disse samordningsproblemene kommer spesielt godt til uttrykk fordi personer som er i en rehabiliteringsprosess vanligvis har behov for langvarige og koordinerte tjenester. De er med andre ord avhengige av at de ulike instanser samarbeider og samordner sine innsatser. Det er også et virksomhetsområde som stiller særlig store krav til samordning av tjenester rundt enkeltpersoner. Det er derfor viktig å få bedre innsikt i hvordan slik samhandling og samordning faktisk erfares av tjenesteyterne selv og av personer som er avhengige av deres tjenester. Studien som presenteres i denne avhandlingen retter søkelyset mot organisering og samordning av

---

<sup>1</sup> St.meld.nr.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid.*

<sup>2</sup> NOU 2004: 13 *En ny arbeids- og velferdsforvaltning* påpeker for eksempel at tilbakemeldinger fra brukerorganisasjoner viser at mangel på helhet i tjenestetilbudet er et av de største problemene brukerne møter (s. 159). Også NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste* viser til at bruker- og pasientorganisasjoner forteller om betydelig svikt i hjelpeapparatet, spesielt når det gjelder samhandlingen (s. 72).

tjenester for personer som er i en rehabiliteringsprosess. Formålet med studien har vært å utvikle bedre kunnskap om hvordan organisering og samordning av tjenester faktisk foregår, hva som kan gjøre slikt organiseringsarbeid vanskelig og hvordan slike vanskeligheter erfares og håndteres av aktørene som er involvert. Det å søke å forstå disse koordineringsutfordringene fra både tjenestemottakernes og tjenesteyternes perspektiv har derfor vært hovedmålsettingen med prosjektet, og har vært styrende for valg av både metodologiske og teoretiske perspektiver. Studien starter i hverdagslivet til personer som er i en rehabiliteringsprosess og undersøker hvordan problemene med manglende helhet manifesterer seg i deres daglige liv og virke, og studerer med dette som utgangspunkt hvordan tjenester organiseres rundt personene.

## 1.2 Bakgrunnen for prosjektet

### 1.2.1 Samordning som fenomen- konstruksjon av et forskningsobjekt

Politiske styringsdokumenter har som nevnt med jevne mellomrom presentert tydelige mål om å sette samordningsproblemene på dagsorden<sup>3</sup>. Utfordringene er beskrevet som problemer med "samordning", "koordinering", "samhandling" eller "samarbeid". Selv om det er nyanseforskjeller mellom dem, benyttes de tre første begrepene relativt synonymt i politisk sammenheng, mens det sistnevnte begrepet har en noe annen betydning<sup>4</sup>. Samhandlingsreformen kan i så måte sees som det til nå siste bidraget av en rekke politiske forsøk på å forbedre samordningen mellom ulike tjenesteytende instanser. I sammendraget til Stortingsmelding nr. 47 (2008- 2009) presenteres tre utfordringer som begrunner reformen, hvor utfordring nr. 1 lyder: *"Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok"*. Det sies også i forlengelsen at *"Selv om det gjennom de siste årene har vært jobbet med mange tiltak for å bedre helse- og omsorgstjenestens samhandling, er fremdeles tilbakemeldingene fra pasienter og brukere at samhandlingen ofte er dårlig og at kanskje*

---

<sup>3</sup> For eksempel NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*, NOU 2004: 13 *En ny arbeids- og velferdsforvaltning*, NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*, St.meld.nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. St.meld.nr. 50 (1993- 94) *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*, NOU 1986: *Samordning i helse- og sosialtjenesten*. St.meld.nr.85 (1970- 71) *Om helsetjenesten utenfor sykehuset*.

<sup>4</sup> Lauvås og Lauvås (2004: 21) problematiserer det at *samarbeid* ofte oppfattes som et moralsk anliggende, altså at man må være positiv, vennlig og hyggelig. Lichtwark og Clifford (1996: 40) hevder at samordning krever større grad av formalisering enn samarbeid.

dette er den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor". Samhandlingsreformen skal møte denne utfordringen ved å endre på den organisatoriske strukturen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, ved at tjenesteorganiseringen desentraliseres slik at kommunene får et større ansvar for enkelte tjenester som tidligere har vært utført av spesialisthelsetjenesten. Med dette virkemidlet håper man på å få helsetjenesten til å bli bedre kjedet sammen og at tjenestene skal ytes nærmere tjenestemottakerne. Tidligere har man introdusert andre organisatoriske virkemidler for å møte samordningsutfordringene. Blant annet har forslag om samlokalisering av tjenesteytende instanser på lokalt nivå vært lansert en rekke ganger<sup>5</sup> og noen ganger har forslagene også blitt gjennomført<sup>6</sup>. Innenfor rehabiliteringsfeltet har man introdusert ulike virkemidler både på individ<sup>7</sup> og systemnivå<sup>8</sup> som er implementert i ulik grad rundt om i kommunene<sup>9</sup>.

Mangel på samordning er selvsagt ikke et særnorsk fenomen, men noe som oppleves som et problem i de fleste land. Pressman og Wildawsky (1984: 133) beskrev i sin klassiske bok blant annet fenomenets *utbredelse* i sin studie om implementering av offentlig politikk på denne måten: "...no phrase expresses as frequent a complaint about the federal bureaucracy as does "lack of coordination". No suggestion for reform is more common than "what we need is more coordination"". Det er heller ikke bare i offentlig virksomhet behovet for koordinering viser seg. Tvert imot kan man hevde at det i all organisering finnes en spenning mellom behovet for samordning mellom ulike posisjoner inne i organisasjonen og nødvendigheten av tilpasning til omgivelsene (Ahrne 1999: 50).

I tillegg til å være utførlig behandlet i politiske styringsdokumenter har samordningsproblemene også vært gjenstand for relativt stor forskningsmessig interesse både her til lands og internasjonalt innenfor ulike fagtradisjoner over lengre tid (Webb 1991)<sup>10</sup>. Peters (1998: 303) beskriver for eksempel hva manglende samordning kan føre til. For det første kan to organisasjoner gjøre samme oppgave. For det andre kan det være at ingen organisasjon utfører en nødvendig oppgave. Han (ibid: 304) hevder at de

---

<sup>5</sup> For eksempel i St.meld.nr. 85 (1970- 71). *Om helsetjenesten utenfor sykehuset*.

<sup>6</sup> For eksempel NAV- reformen.

<sup>7</sup> Individuell plan

<sup>8</sup> Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

<sup>9</sup> Se for eksempel Sørensen (2009) og Rambøll (2010 og 2011).

<sup>10</sup> Denne avhandlingen har ikke ambisjoner om å gi en fullstendig presentasjon av forskningen som er gjort på området, da dette ville kunne utgjøre en avhandling i seg selv.

organisasjonene som har vanskeligst for å samarbeide er de organisasjonene som står hverandre nærmest ideologisk sett og som utfører tilnærmet samme typer av tjenester. Samarbeid mellom slike organisasjoner oppfattes ofte som truende av partene, blant annet fordi de ofte konkurrerer om de samme økonomiske ressursene. På den andre siden påpeker han at personer med samme profesjonsbakgrunn nok har lettere for å samarbeide enn personer med ulik bakgrunn og interesser (ibid: 305). Huxham og Vangen (2005: 4) påpeker at selv om fordelene med samarbeid og samordning potensielt sett er mange, blir forsøk på å arbeide på tvers av organisatoriske grenser ofte lite vellykkede. De kaller dette "*collaboration inertia*" og konkluderer med at forsøk på samordning er så ressurskrevende at man bare bør gi seg ut på det dersom man absolutt må.

Majumdar (2006) sammenlikner i en artikkel suksesskriterier for samarbeid i ulike teoretiske bidrag. Han finner at en hovedkonklusjon er at aktørene må erkjenne en avhengighet seg imellom for at samarbeid skal lykkes. I tillegg er det viktig med gjensidig forståelse, respekt og tillit mellom aktørene. En avklaring av arbeidsoppgaver er også av avgjørende betydning og god kommunikasjon og et tydelig lederskap blir dermed viktig. Når det gjelder hindringer for samarbeid nevnes blant annet uvillighet blant aktørene til å samarbeide, for eksempel på grunn av ideologiske og historiske forskjeller mellom aktørene. En annen hindring er usikkerhet når det gjelder hva resultatet av samarbeidet vil innebære for dem.

Dette poenget tar også Mallander (1998) opp i sitt bidrag om det han kaller for "samverkan". Han definerer begrepet som "*en relation som har en varighet, en viss grad av formalisering samt att deltagarna har någon form av överenskommet syfte*". Det er dermed en mer formalisert grad av samarbeid enn det engelske ordet *collaboration* som brukes i ovennevnte artikkel. Utfordringene beskrives likevel som relativt like og frykten for at organisasjonens autonomi trues ved *for* standardisert samarbeid er til stede. Mallanders artikkel spør blant annet om hvorfor man fortsetter å etterstrebe "samverkan" mellom tjenesteytende instanser når undersøkelser viser at samarbeidsprosjekter så sjelden lykkes i å nå de målene som settes for prosjektet. Hans forslag handler om at organisasjoner må gi et inntrykk av at de samarbeider, og inngår i samordningsprosjekter, for å beholde sin legitimitet i forhold til omgivelsene. Hjern (2007: 226) er inne på samme spor i sin kritikk av begrepets status og mener at det er blitt et moteord innenfor politikk og forvaltning, noe

som gjør at det vannes ut og at betydningen blir uklar. Lichtwark og Clifford (1996: 40) problematiserer på samme måte bruken av samordningsbegrepet og mener at det fremstår som et politisk symbol som *”virker samlende og gir inntrykk av et ønske om problemløsning”*. Man kan derfor hevde at den utstrakte bruken av begrepene innenfor politiske diskurser kan gjøre dem noe vanskelig å benytte i forskningsmessig sammenheng.

Årsaken til at begrepene blir vanskelig å bruke i forskning kan forklares ved hjelp av Bourdieus (1992: 235) advarsel mot det han kaller *prekonstruksjoner* og det som Smith (2005: 155) kaller *”institutional capture”*. Bourdieu (1992: 241) skriver for eksempel at *”Language poses a particularly dramatic problem for the sociologist: it is in effect an immense repository of naturalized preconstructions, and thus of preconstructions that are ignored as such and which can function as unconscious instruments of construction”*. Ved å bruke et begrep som samordning, som er fylt med historisk politisk ballast, er det fare for å gå i den fella. Smith (2005: 153) påpeker også at begreper sjelden er selvforklarende, de behøver å fylles med innhold for å gi mening. Bourdieu (1992: 238) anbefaler derfor *”å dekonstruere forskningsobjektet”*, det vil si å se på forskningsobjektene eller begrepene historie, altså hvordan de har oppstått, for å finne ut av hvordan de har utviklet seg til å bli offisielle og legitime problemområder. Dette er til en viss grad gjort i en studie (Breimo og Sandvin 2009<sup>11</sup>) hvor vi tok for oss relevante sentrale offentlige dokumenter og så på hvordan begrepet samordning (samt beslektede begreper) er brukt av myndighetene fra slutten av 60- tallet og frem til i dag; hva som vektlegges og hvordan begrepene betydning og innhold har endret seg over tid. Studien viser at bruken av begrepene har endret seg både når det gjelder *begrunnelsen* for behovet for samordning, og når det gjelder *hvordan* samordning skal gjøres, noe jeg kommer tilbake til i kapittel 2.

Samordningsbegrepet er i tillegg forsøkt definert på en rekke ulike måter, men Thompsons (1983) versjon som knytter begrepet samordning til selve oppgaveløsningen oppleves som mest fruktbar for dette prosjektet. Også Huxham og Vangen (2005: 4) påpeker at samordning er noe som krever aktivitet, og som ikke skjer av seg selv. Det vil si at samordning skjer i den grad aktørenes arbeidsinnsats danner et helhetlig resultat. Man må altså studere hvordan oppgavene henger sammen i praksis, som bitene i et puslespill. Denne

---

<sup>11</sup> Kapitlet *”Samordning som diskurs”* i Tøssebro, Jan (red.) Funksjonshemming – politikk, hverdagsliv og arbeidsliv (2009). Studien ble utført parallelt med arbeidet med denne avhandlingen og brukes derfor i relativt stor utstrekning som en bakgrunn for avhandlingen.

måten å definere samordning på har inspirert meg i konstruksjonen av mitt forskningsobjekt som handler om hvordan oppgaver løses rundt tjenestemottakere for å skape et mest mulig helhetlig tjenestetilbud. Det er således *bestrebelser på samordning* jeg har studert, selv om samordning ikke alltid blir resultatet. Det er et arbeid av organisatorisk art som gjøres for å prøve å få organisatoriske enheter og tjenesteytere til å skape en helhetlig rehabiliteringsprosess, et arbeid som ikke alltid lykkes. Jeg har derfor valgt å benytte begrepet *organisering* om det jeg har studert, fordi det fremstår som et noe mer nøytralt begrep enn samordning. Busch mfl (2010: 466) definerer organisering som *forsøk på å skape orden*. Definisjonen antyder at organisering er noe som *gjøres*. Mitt forskningsobjekt er derfor på den ene siden de utfordringene som tjenestemottakerne står overfor ved å forholde seg til ulike deler av tjenesteapparatet. På den andre siden er det de forsøkene som gjøres for å skape orden og helhet i rehabiliteringsprosessene.

### **1.2.2 Rehabilitering mellom samfunn og individ**

For å kunne undersøke hvordan rehabiliteringsprosesser organiseres er det viktig å ta utgangspunkt i hva som karakteriserer rehabiliteringsfeltet som virksomhet, som på mange måter kan sies å være et barn av velferdsstatens utvikling. Med det menes at både virksomhetsområdet og begrepet har endret innhold som en følge av endringer i velferdspolitikken mer generelt. Hanssen og Sandvin (2003: 27) beskriver tre typer kritikk av velferdsstatens tjenesteyting som har bidratt til å forme dagens rehabiliteringspolitikk. For det første var det en kritikk av det man kan kalle kategoriseringen av mennesker når det gjelder type funksjonsnedsettelse eller diagnose. For det andre var det en kritikk av standardiseringen av tjenestetilbudet, og for det tredje var det en kritikk av profesjonenes makt som ofte gikk på bekostning av tjenestemottakernes selvbestemmelse. Alle disse tre kritikkene av velferdsstatens virkemåte er en gjenspeiling av en endring i synet på individets posisjon i samfunnet, og følger således et mer generelt utviklingstrekk i de vestlige samfunn mot en større grad av individualisering. At enkeltindividet er mer i fokus enn tidligere er ifølge Beck (2007) et trekk ved moderniteten, en konsekvens av "det første moderne". Kollektive samfunnsformer er avløst av individualisering og for menneskene er det blitt nødvendig "å skape en egen biografi" (Beck 2007: 20). Kollektive løsninger er ikke like populære nå som de var for femti år siden. Skreddersydde løsninger rundt enkeltindivider

lanseres i stedet som svaret på spørsmålet om hvordan tjenester bør organiseres. Også innenfor de forvaltningspolitiske reformbevegelsene vi har vært vitne til de siste tretti årene, har individets stilling fått en mer sentral plass. Den liberalistiske reformbølgen man kaller New Public Management (NPM) vektlegger brukerens valgfrihet og ser på brukere som kunder som skal ha mulighet til å velge tjenester ut fra en markedstankegang.

På den andre siden har man gått fra å se sosiale problemer som trekk ved individet, til å se på dem som samfunnsskapte. Det gjelder for eksempel funksjonshemming som etter hvert har kommet til å bli forstått som et misforhold mellom individets forutsetninger og samfunnets krav til funksjon. Utvidelsen av perspektivet er kommet på bakgrunn av press fra brukerorganisasjoner og fra internasjonale aktører som FN (Hanssen og Sandvin 2003: 25). Med denne nye forståelsen åpner man opp for at rehabilitering ikke bare handler om opptrening av funksjoner, men like mye om å iverksette miljømessige og sosiale tiltak for å legge til rette for større deltakelse. Denne endringen i forståelsen av hva rehabilitering som virksomhet er, kalles gjerne for *en helhetlig rehabiliteringspolitikk* og perspektivet tydeliggjøres i myndighetenes definisjon som finnes i Forskrift for habilitering og rehabilitering (2001):

*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.*

Det individuelle perspektivet kommer tydelig til uttrykk i denne definisjonen. Kanskje kan man oppsummere endringene ved å si at man er blitt mindre individfokusert når det gjelder årsaksforhold, men mer individfokusert når det gjelder løsningsforslag. Likevel er det på sin plass å sette spørsmålstegn ved hvorvidt denne dreiningen har fått konsekvenser for den praktiske utføringen av tjenesteorganiseringen. Spørsmålet er om systemet er fleksibelt nok til å imøtekomme kravene om mer skreddersydde og individuelt tilpassede tjenester. Perspektivet er utvidet, men er tjenestesystemet det? Hanssen og Sandvin (2003) konkluderer med at nå som rehabiliteringspolitikken har fått et mer helhetlig innhold blir det viktig å drøfte hvordan tjenestene bør organiseres slik at de samsvarer med det nye

helhetlige perspektivet. Spørsmålet blir hvordan tjenestene kan organiseres slik at de oppleves som skreddersydde for tjenestemottakerne.

### **1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål**

Målsettingen for prosjektet har vært å skape kunnskap om hvordan tjenesteorganiseringen innenfor rehabiliteringsfeltet foregår, sett ut fra ståstedet til personer som yter og mottar tjenester i rehabiliteringsprosesser. Ved å starte i livene til dem som er i en rehabiliteringsprosess har jeg fått innblikk i hvordan tjenesteorganiseringen manifesterer seg i hverdagslivet til tjenestemottakerne. Ved å senere intervju de tjenesteyterne som har vært involverte i tjenestemottakernes prosesser, har jeg utvidet perspektivet og fått et annet innsyn i hvordan rehabilitering gjøres.

Problemstillingen jeg har jobbet etter har følgende ordlyd:

*”Hvordan organiseres tjenester omkring personer som er i en rehabiliteringsprosess?”*

Med organisering menes her, som tidligere nevnt, *”forsøk på å skape orden”*. Det er således de handlingene som utføres som studeres, ikke den formelle organisatoriske strukturen som man kan finne på et organisasjonskart.

Siden dette er en relativt åpen problemstilling har jeg underveis i løpet av studien funnet det nødvendig å konkretisere problemstillingen i følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hvordan erfares det av tjenestemottakere å være i en rehabiliteringsprosess?*
- 2. Hvordan er tjenestemottakernes erfaringer knyttet til institusjonelle trekk ved tjenestesystemet?*
- 3. Hvordan beskriver tjenesteyterne sin medvirkning i rehabiliteringsprosessene?*

Intensjonen er at svarene på disse spørsmålene skal gi grunnlag for å besvare problemstillingen om hvordan tjenester organiseres rundt personer som er i en rehabiliteringsprosess. En bedre innsikt i hvordan rehabiliteringsprosesser organiseres kan forhåpentligvis gi en forklaring på hvorfor manglende samordning oppleves som et problem for tjenestemottakerne.



## 1.4 Teoretiske og metodiske ressurser

Å studere hvordan noe *gjøres*, i dette tilfellet hvordan organisering *gjøres*, legger føringer for hvilke teoretiske og metodiske ressurser som kan eller bør anvendes. Valgene er gjort ut fra en vurdering av hva som best kan bidra til å svare på den formulerte problemstillingen og forskningsspørsmålene.

### 1.4.1 Organisasjon eller organisering?

En av grunnene til at organisering virker som et fruktbart forskningsobjekt er at samfunnets kompleksitet også reflekteres i varianter av styring og organisasjonsformer. Formelt sett er de fleste tjenesteytende instanser innenfor velferdsstaten bygget opp som hierarki- liknende systemer. På samme tid kan man hevde at organisasjoner forandrer seg hele tiden. Ingen organisasjon er nøyaktig lik fra dag til dag. Strukturene forandrer seg stadig og de er vanskelig å få øye på og å holde fast ved. På noen områder preges utviklingen av utflating av strukturer, mens man på andre ser tegn på rehierarkisering (Røvik 2007). Poenget i denne studien er ikke å konkludere med verken det ene eller det andre når det gjelder hvilken retning vi går i, men å se på hvilke konsekvenser de stadige endringene får for de personene som til daglig må forholde seg til strukturene, enten som tjenestemottakere eller tjenesteytere. Svensson (2008) henviser til Hasenfeld (1983) når han beskriver profesjonelle byråkratier som *menneskeforandrende* organisasjoner. Med det menes at det arbeidet som *gjøres* i disse organisasjonene tar sikte på å endre de forhold tjenestemottakerne lever under eller endre deres atferd på ulike måter. Det er derfor nærliggende å tenke seg at de forandringer som *gjøres* på en eller annen måte påvirker de personene som må forholde seg til de organisatoriske strukturene.

Om endringer i organisasjonsutforming har reell betydning for hva en organisasjon kan oppnå er et spørsmål som har vært gjenstand for forskningsmessig interesse over lang tid, og er ett av de sentrale spørsmålene innenfor organisasjonsteorien. Czarniawska (2007: 138) skriver at hun lenge var motvillig til å forholde seg til organisasjoner som verktøy. Nå har hun imidlertid innsett at organisasjoner *er* verktøy, men at de dessverre ikke alltid fører til måloppnåelse. Endringer i organisasjoner kan tvert imot føre til helt andre utfall enn det som var målsettingen. I tillegg er det et poeng at selv om ikke endring i organisatoriske

strukturer automatisk fører en endring i organisasjonsatferd, får strukturendringer betydning for menneskene som må forholde seg til endringene. Det er nettopp dette forholdet mellom organisasjon og individ som er hovedfokus for dette prosjektet, og studien ser på hvordan rehabiliteringsprosesser organiseres mellom hverdagsliv og systemiske strukturer. Det sentrale spørsmålet er om systemets strukturer er kompatible med hverdagslivet til personer som er i en rehabiliteringsprosess.

Rehabilitering som virksomhet (ut fra den nye helhetlige politikken) tilhører ikke én tjenesteytende instans. Ut fra den ovennevnte definisjon er det snarere snakk om virksomhetsfelt hvor relevante tjenesteytende instanser trekkes inn etter hva tjenestemottakerne til enhver tid har behov for. Derfor blir det vanskelig å studere rehabiliteringsfeltet som en organisasjon. Tvert imot blir det nyttig å følge Hjern og Porters (1981) anbefaling om å studere "implementeringsstrukturer" eller organisatoriske felt. Ifølge Normann mfl (2003: 61) må rehabiliteringsfeltet konstrueres på nytt for hver enkelt tjenestemottaker. Tjenester som skal organiseres rundt individet fordrer derfor sannsynligvis en mindre hierarkisk styreform enn tjenester som kan støpes i samme form, og nettverksmetaforen blir intuitivt en bedre modell "å tenke med" enn den tradisjonelle hierarkiske.

#### **1.4.2 Organisering av helhet**

Det er altså hvordan organisering faktisk gjøres som er det jeg har studert i løpet av arbeidet med denne studien. For å studere hvordan organiseringen foregår har jeg støttet meg til den retningen innenfor organisasjonsteorien som man kan kalle *proessorientert organisasjonsteori* som blant andre Barbara Czarniawska<sup>12</sup> har vært bidragsyter til. Retningen har hentet inspirasjon fra nyinstitusjonell teori, samt aktør- nettverksteori (Bruno Latour) og organisasjonspsykologi (Karl Weick). Vektleggingen av at organisering er en evig prosess og at strukturer ikke er statiske modeller, men heller noe som stadig skapes og gjenskapes var bakgrunnen for at denne retningen ga mening når det gjaldt å studere organiseringen av rehabiliteringsprosesser. Formålet er å illustrere kompleksitet snarere enn å forsøke å forenkle.

---

<sup>12</sup> Czarniawska bruker imidlertid så vidt meg bekjent ikke begrepet *proessorientert organisasjonsteori*, det er et begrep jeg har hentet fra Hernes (2008) og Busch mfl (2010).

I prosesseteori vies oppmerksomheten mot hvordan menneskers handlinger skaper det *vi kjenner igjen* som organisasjoner. Organisering handler i et slikt perspektiv om å *skape grenser*. I stedet for å formulere abstraksjoner og enkle kategorier handler det om å studere samhandling og arbeidspraksis (Busch 2010: 19- 21). Poenget er at *”organisasjonene eksisterer bare i kraft av menneskelig handling”* (Busch 2010: 42). Denne påstanden leder mot Czarniawskas handlingsnett- teori som fokuserer på at det er handlinger som skaper aktører i en prosess. Teorien kan sees som én type nettverksteori, selv om den skiller seg fra mer tradisjonell nettverksteori på en rekke punkter som jeg vil komme nærmere tilbake til i kapittel 3. Formålet med å støtte seg til en slik teoretisk retning er hovedsakelig et ønske om å gå inn i undersøkelsen med en åpenhet når det gjelder hvilke aktører som deltar i virksomhetsfeltet rehabilitering og hva de ulike aktørene faktisk gjør i dette arbeidet.

### **1.4.3 Institusjonell etnografi som fremgangsmåte**

Et slikt ønske om å være åpen for hvilke aktører som deltar i prosesser fordrer en fremgangsmåte som gjør dette mulig. Formålet med denne studien har som nevnt vært å undersøke hvordan rehabiliteringsprosesser organiseres ved å ta utgangspunkt i hvordan denne organiseringen erfarer av tjenestemottakerne og tjenesteyterne. Siden formålet har vært å studere hvordan organisering gjøres, både fra tjenestemottakernes og fra tjenesteyternes ståsted, måtte jeg derfor finne en fremgangsmåte som kunne gjøre det mulig å synliggjøre aktørene innenfor feltet. Siden det var deres erfaringer med og beskrivelser av hvordan organiseringen foregikk som var det interessante, var jeg avhengig av å finne en måte å få frem disse erfaringene på. Dorothy E. Smiths *institusjonelle etnografi* er derfor benyttet som inngangsport til og fremgangsmåte i studien. Institusjonell etnografi er et teoretisk perspektiv på samme tid som det er en måte å gjøre forskning på. Det er en *sosiologi*<sup>13</sup> som begynner i hverdagslivet til personer som på en eller annen måte må forholde seg til den institusjonelle ”ordenen” man ønsker å skape kunnskap om. Deres hverdagslivserfaringer blir styrende for hvordan studien videre utvikler seg og hvem man videre intervjuer, ved at man søker å identifisere den eller de *problematikker* som gjerne befinner seg mellom hverdagslivet (det lokale) og systemrelasjonene (det translokale).

---

<sup>13</sup> Smith poengterer at institusjonell etnografi ikke bare er en forskningsmetode, men en sosiologi som skiller seg fra det hun kaller ”mainstream” sosiologi på enkelte punkter som beskrives nærmere i kapittel 3 og 4.

Problematikk forstås her som det man ønsker å finne ut av, eller det som gir retning for den videre undersøkelsen. Det er ikke like konkret som en problemstilling, men mer en "puzzle" som man ønsker å undersøke nærmere.

*Det sosiale* defineres innenfor denne retningen som de aktiviteter som mennesker til enhver tid utfører, og institusjonell etnografi søker å studere relasjonene mellom aktivitetene på tvers av tid og rom. Ved å benytte Dorothy E. Smiths sjenerøse arbeidsbegrep har jeg studert hva slags "arbeid" tjenestemottakere, pårørende og tjenesteytere gjør for å organisere rehabiliteringsprosessene og hvordan det arbeidet de utfører koordineres med hverandre. Ifølge institusjonell etnografi koordineres gjerne menneskers aktiviteter gjennom de tekstene man til enhver tid på ulike vis forholder seg til. Tekstene er uttrykk for det språket som koordinerer våre handlinger på tvers av tid og rom. For å identifisere tekstene, som også kan sees som representanter for det Smith kaller *styringsrelasjonene*, har jeg intervjuet personer som er i en rehabiliteringsprosess, samt de tjenesteyterne som på ulike måter har vært delaktige i prosessene. Formålet har vært å kartlegge rehabiliteringsprosessene ved å ta utgangspunkt i tjenestemottakernes hverdagslivserfaringer og søke å se disse i sammenheng med det Smith kaller "det ekstralokale", eller det som ikke nødvendigvis er synlig for de personene som er i en rehabiliteringsprosess.

Jeg har intervjuet syv personer som er i en rehabiliteringsprosess to ganger over en periode på ett til to år, samt at jeg har intervjuet de tjenesteyterne som ifølge personene selv har vært viktige, eller mye involvert, i deres rehabiliteringsprosess. Fokuset i intervjuene har vært på hvordan tjenestemottakere og pårørende har forholdt seg til de tjenesteytende instansene som i stor grad har vært involvert i hverdagslivet deres og hvordan denne kontakten har påvirket livene deres. Gjennom å studere arbeidet som de ulike aktørene utfører, både tjenestemottakere og tjenesteytere, identifiseres systemiske og institusjonelle trekk som er med på å skape eller opprettholde de problematikkene som fremtrer gjennom intervjuene med tjenestemottakerne.

## 1.5 Organisering av teksten

### 1.5.1 Avgrensninger

Poenget er ikke å si noe om hvorvidt den rehabilitering som empirien gir innblikk i er god eller dårlig, eller under hvilke omstendigheter rehabilitering lykkes. Interessen er i stedet rettet mot hva som faktisk gjøres og erfares, slik det kommer til uttrykk i aktørens beskrivelser, og hvordan handlinger og erfaringer er knyttet til institusjonelle trekk ved tjenestesystemet. Det er koplingen mellom hverdagsliv og institusjonelle prosesser og styringsrelasjoner som er i fokus for oppmerksomheten.

### 1.5.2 Avhandlingens videre oppbygging

Som nevnt kan man forstå rehabilitering som virksomhet som et produkt av de endringer som har skjedd i vårt velferdssamfunn i løpet av tiden etter andre verdenskrig. Kapittel 2 beskriver derfor virksomhetsområdet rehabilitering i lys av disse endringene og drøfter de forutsetninger som har ligget til grunn for at virksomhetsområdet har kunnet oppstå og bli slik vi kjenner det i dag. Utviklingen beskrives først som en differensiering der flere og flere tjenester ble opprettet, noe som førte til en økende profesjonalisering og fragmentering. Deretter ser man at utviklingen går i motsatt retning, nemlig mot en dedifferensiering som i samband med forvaltningsmessige reformer fører til at bremsene i noen grad blir satt på. I tillegg til dette har man vært vitne til en individualisering i samfunnet ved at individet er blitt den sentrale aktør på bekostning av det kollektive. En forventning om at tjenestene som ytes skal tilpasses individet (og ikke omvendt) er et tydelig uttrykk for denne utviklingen, både innenfor den velferdspolitiske diskursen og innenfor forvaltningsmessige endringer.

Som nevnt tidligere i dette kapitlet er det *organisering* av rehabiliteringsprosesser som er temaet for denne studien. Rehabiliteringsfeltet er med sine uklare strukturer et felt som ikke egner seg til å bli studert som *organisasjon*. Derfor introduserer og drøfter kapittel 3 teoretiske bidrag som i større grad vektlegger at det er *organisering* som er interessant å studere, noe den senere analysen støtter seg til. Hovedfokuset er på hvordan organisering av tjenester kan og bør studeres og hvilke teoretiske bidrag som synes nyttige for å skape kunnskap om dette. Såkalt *proessorientert organisasjonsteori*, med vekt på Czarniawskas handlingsnettperspektiv presenteres og drøftes. *Institusjonell etnografi* introduseres også og

settes inn i en teoretisk sammenheng. Hvordan jeg har brukt institusjonell etnografi beskrives mer eksplisitt i kapittel 4, spesielt i forhold til hvordan empiriske data er samlet inn og analysert. De valg som er tatt underveis i løpet av undersøkelsen presenteres og drøftes i lys av de etiske problemstillinger jeg har stått ovenfor.

For å forankre studien i erfaringene gjort av personer som er i en rehabiliteringsprosess har jeg begynt undersøkelsen med å intervjuje tjenestemottakere, og beskrivelsene av disse syv "casene"<sup>14</sup> presenteres i kapittel 5. For å forsøke å finne frem til de fellesefaringer som tjenestemottakerne beskriver og som virker styrende for resten av studien har jeg benyttet det analytiske verktøyet *problematikk* slik det beskrives av Dorothy E. Smith og andre som bruker institusjonell etnografi som fremgangsmåte. Problematikkene legger grunnlaget for den *retningen* som videre styrer studien. Gjennom hverdagslivserfaringene som tjenestemottakerne har beskrevet for meg har jeg fått en forståelse av hvilke *hovedproblematikker* som befinner seg i dette feltet og disse sammenfattes og beskrives til slutt. Kapitlet fokuserer altså på tjenestemottakernes fortellinger sett i lys av institusjonell etnografi.

Tjenestemottakernes beretninger om sine hverdagslivserfaringer har etterlatt spor etter det jeg med Smiths vokabular kaller "styringsrelasjoner" og disse systemiske trekkene presenteres og analyseres i kapittel 6. Kapitlet søker å identifisere institusjonelle trekk som kan gi innsikt i hvordan de problematikkene som fremtrer gjennom intervjuene med tjenestemottakerne skapes og opprettholdes. De utfordringene som rehabiliteringsfeltet har stått ovenfor har blitt søkt løst gjennom å innføre ulike organiseringsverktøy både på individ og systemnivå. Kapittel 7 beskriver og problematiserer erfaringer omkring bruken av disse verktøyene som også kan sees som representanter for de ovennevnte styringsrelasjonene. Tjenesteyterne, som er intervjuet på grunn av deres deltakelse i rehabiliteringsprosessene, kan på samme måte sees som representanter for disse relasjonene. Likevel forsøker de gjennom sitt arbeid også å kompensere for systemets utilstrekkelighet ved å opptre som "meklere" mellom system og tjenestemottakere. Kapittel 8 forsøker å vise dette ved å bruke Czarniawskas handlingsnettperspektiv som viser hvordan organisering skjer mer på tross av strukturer enn på grunn av dem. Kapittel 9 er et avslutningskapittel som summerer opp de

---

<sup>14</sup> "Casene" settes her i anførselstegn fordi studien ikke kan sies å være en tradisjonell casestudie slik som for eksempel Yin (2009) presenterer den. Casene brukes her mer som et utgangspunkt for å studere mer overordnede institusjonelle relasjoner.

temaer og dilemmaer som avhandlingen har brakt på bane og drøfter mulige konsekvenser av disse.

## **Kapittel 2 Rehabilitering og velferdssamfunnets utvikling**

### **2.1 Innledning**

Rehabilitering er et virksomhetsområde som har gjennomgått store endringer både i forhold til innhold og omfang. Målgruppen for rehabilitering er etter hvert utvidet til ikke bare å gjelde personer med spesielle diagnoser, men *”alle med en funksjonsnedsettelse som har behov for planlagt, sammensatt og koordinert bistand for å nå sine mål”* (Normann mfl. 2003). Utvidelsen av målgruppen har igjen ført til at flere tjenesteytergrupper fra flere ulike profesjoner og ulike instanser og sektorer har kommet på banen, eller ønskes på banen, av virksomhetsfeltet. Dette har igjen medført at virksomhetsområdet preges av betydelige utfordringer med hensyn til samordning og samarbeid mellom tjenesteytende instanser. I tillegg har prinsippet om at brukeren skal være den sentrale aktør i en rehabiliteringsprosess blitt mer og mer uttalt og forventet. Både disse utviklingstrekkene i seg selv, og mulighetene for å innfri de forventninger som skapes må ses i lys av velferdssamfunnets utvikling mer generelt.

Dette kapittelet vil beskrive virksomhetsområdet rehabilitering i lys av de endringene det norske velferdssamfunnet har gjennomgått i løpet av tiden etter andre verdenskrig og drøfte hvilke samfunnsendringer som har muliggjort at virksomhetsområdet har kunnet oppstå. De velferdspolitiske endringene som har funnet sted vil bli drøftet, i tillegg til endringen i synet på forholdet mellom funksjonshemming og samfunn. Videre vil de mer forvaltningsmessige endringene som har funnet sted, delvis som en reaksjon på en voksende offentlig sektor, men også som et resultat av globale organisasjonstrender, beskrives og drøftes. Avslutningsvis drøftes rehabiliteringsfeltets utfordringer i lys av den senere tids utvikling på det velferdspolitiske området, spesielt i forhold til individets posisjon i organiseringen av rehabilitering som virksomhetsområde.

### **2.2 Endringer i velferdssamfunnet**

#### **2.2.1 Et velferdssamfunn i ekspansjon**

De første tiårene etter andre verdenskrig var Norge preget av sterk optimisme, både med tanke på styring, velstandsøkning og utbygging av offentlig sektor. Produksjonen økte med



fire prosent årlig mellom 1945 og 1955 og kommunene tredoblet bruttoforbruket fra 1945 til 1970 (Furre 1992). Den økonomiske veksten la grunnlaget for en ekspansjon i forhold til lovgivning når det gjaldt inntektssikring og ett tydelig eksempel på denne optimismen var Lov om folketrygd som ble vedtatt i 1967 og som var en samling av de trygdeordningene som hittil hadde blitt lovhjemlet og som skulle sikre folk den levestandarden de etter hvert var blitt vant til (Hjelmtveit 2009: 46). Den videre utviklingen i forhold til inntektssikring var preget av konsolidering og videreutvikling av ordningene (ibid: 47).

Velferdsstaten vokste imidlertid raskt på andre måter også på denne tiden. Flere og flere grupper ble løftet ut av det man tidligere kalte fattigloven eller forsorgsloven; det vil si at man var vitne til en økende grad av *differensiering* når det gjaldt hvilke grupper av mennesker som skulle få rettigheter utover et minimum. Lov om sosial omsorg ble vedtatt 5. juni 1964 og Stortingsmelding nr. 88 (1966- 67) som omhandlet omsorgen for funksjonshemmede kritiserte internering i lukkede anstalter som løsning på sosiale problemer. *Normaliseringstankegangen* som gikk ut på at alle mennesker skulle ha rett til samfunnsmessig deltakelse åpnet for nedbyggingen av de store institusjonene for ulike grupper av funksjonshemmede (Hanssen 2009: 205). *Desentralisering* og *avinstitusjonalisering* preget dermed tiden etter 1980, med HVPU- reformen som det mest tydelige eksemplet.

Formålet med reformen var imidlertid også en *dedifferensiering*; det vil si å snu utviklingen med å skille ut stadig nye målgrupper for offentlig innsats (Sandvin 1996: 312). I stortingsmelding nr. 88 (1966- 67) ble organiseringen av tjenester for funksjonshemmede satt på dagsorden og meldingen fokuserte på at det ordinære tjenesteapparatet skulle ta seg av de tjenestene som funksjonshemmede hadde behov for, det vil si at det ikke skulle være egne tjenester for personer med funksjonsnedsettelse. Man kan likevel hevde at både differensieringen og dedifferensieringen på hver sin måte bidro til å dele det tjenesteproduserende system opp i stadig nye enheter. Differensieringen førte til nye målgrupper og dermed nye tjenester. Dedifferensieringen førte til at de ulike sektorenes ansvar ble mer tydeliggjort og adskilt, noe som kan ha ført til en forsterking av denne oppdelingen av tjenesteytende enheter.

Differensieringen av grupper i befolkningen som skulle ha rett til sosial omsorg skapte i tillegg en økende *profesjonalisering* i velferdssamfunnet ved at stadig flere nye yrkesgrupper vokste frem (Eriksen og Terum 2001). Profesjonaliseringen førte til en mer spesialisert tjenesteyting med mindre fokus på samordning mellom de ulike tjenesteytende instanser (Peters 1998: 305). Flere påpekte også at profesjonelle yrkesutøvere overtok makten fra politiske fora, med begrunnelse i sakenes kompleksitet og effektivitetskrav (Eriksen 2001: 11).

### 2.2.2 Fragmentering og samordning

Velferdsstaten ble altså mer og mer differensiert som et svar på et økende behov for sosial og økonomisk trygghet på bakgrunn av demografiske utviklingstrekk (Hatland mfl. 2001: 12). Fordelen med differensieringen var utvilsomt at flere tjenester ble utviklet for personer som hadde behov for dem. Ulempen var likevel at *omfanget* av tjenester gjorde at systemet opplevdes som mer og mer fragmentert. Ifølge Tranøy og Østerud (2001) gikk Norge fra å være det Egeberg mfl. (1975) kalte en *segmentert* stat til å bli en *fragmentert* stat, hvor sistnevnte begrep defineres som "*en stat brutt opp i et uoversiktlig beslutningssystem med uklare skillelinjer mellom nivåer og styringsprinsipper*". Mens den segmenterte stat var oversiktlig på den måten at den var delt i ulike saksområder som for eksempel utdanning, helse, landbruk eller fiske, ble den fragmenterte staten mindre oversiktlig og mer kompleks.

Denne fragmenteringen ble derfor oppfattet som et problem og politiske styringsdokumenter tok tidlig til orde for å bøtte på de skadene som man oppfattet at det fragmenterte velferdssystemet skapte. Webb (1991) skriver at det var på begynnelsen av 60-tallet at man i Storbritannia for alvor begynte å fokusere på samordningsutfordringene innenfor helse- og sosialfeltet. Også i Norge begynte man utover på 60-tallet og begynnelsen av 70-tallet å få øynene opp for disse utfordringene<sup>15</sup>. Spesielt innenfor velferdsområdet ble det tydeliggjort at ingen etat alene kunne tilby alle de tjenester som mennesker med sammensatte bistandsbehov hadde behov for. Samlokalisering av velferdsetater var tidlig et tema og i St.meld.nr. 85 (1970- 71) *Om helsetjenesten utenfor sykehuset* foreslår man en ambisiøs samlokalisering av offentlige tjenesteytende instanser.

---

<sup>15</sup> For eksempel NOU 1972: 30: Sosiale tjenester.

Selv om det i senere politiske dokumenter har variert i hvilken grad samlokalisering har vært vektlagt, har samordning (og beslektede begreper) i flere tiår vært lansert som løsning på utfordringene med fragmenterte tjenester for både tjenesteytende instanser og tjenestemottakere. Mot slutten av 70- tallet og begynnelsen av 80- tallet ble kravene om effektivitet og kostnadsreduksjoner stadig viktigere begrunnelser for samordning (Breimo og Sandvin 2009) og for reformer i offentlig forvaltning generelt.

### **2.2.3 Forvaltningsreformer**

På begynnelsen av 80- tallet førte den internasjonale økonomiske stagnasjonen til en kritikk av ekspansjonen i offentlig sektor. Kritikken handlet om at offentlig sektor var blitt for stor, for ineffektiv og for kostbar og ideer til tiltak ble lansert på løpende bånd, støttet av OECD og andre internasjonalt sterke aktører som IMF og Verdensbanken. I tillegg var det flere som hevdet at profesjonene og fagforeningene hadde fått for stor innflytelse; at offentlig sektor ble styrt av byråkratiske prosedyrer og at dette var problematisk i forhold til demokratiet (Hagen og Trygstad 2007).

I årene som fulgte ble Norge og andre vestlige land mer og mer mottakelige for løsningsforslag på hvordan man kunne få mer "tjenester for pengene" i offentlig sektor. Blant annet ble fristilling, økt konkurranse og brukerorientering honnørord som fikk konsekvenser i form av endringer i offentlig sektor. Man ønsket et større skille mellom politikk og administrasjon og man ønsket å gjøre offentlig sektor mer smidig og kostnadseffektiv. Svaret ble markedet og det private næringslivs vokabular og metoder. Det store tilbudet av organisasjonsoppskrifter som etter hvert ble lansert forsterket videre dette behovet for fornyelse (Røvik 2007: 65).

Reformtrendene har man ved et fellesnavn kalt New Public Management (NPM). Bevegelsen hadde sitt utgangspunkt i Australia og New Zealand på begynnelsen av 80- tallet og spredte seg etter hvert over hele verden (Christensen 2006: 215). Det som kjennetegnet disse reformene var et ønske om å gjøre offentlig sektor billigere i drift, forbedre kvaliteten på offentlige tjenester og gjøre offentlig sektor mer effektiv (Pollitt og Bouckaert 2000: 6). I tillegg ønsket man å styrke de folkevalgtes kontroll over forvaltningen og å frigjøre offentlig ansatte fra byråkratiske tvangstrøyer (ibid). "*Letting the managers manage*" ble et nytt

slagord. Selv om Norge er blitt kalt en "nølede reformator", og fikk merke de nye reformene mindre enn de fleste andre sammenliknbare land, ble man vitne til en utstrakt fristilling av offentlige selskaper (Christensen og Lægreid 2001). Siden rehabilitering til syvende og sist er et kommunalt ansvar er det de reformene som har preget kommunal sektor som er av aller størst betydning i denne sammenhengen, som for eksempel overgang til mål og resultatstyring, utflating av strukturer, innføring av bestiller- utfører- modeller og økt brukerorientering. Disse reformuttrykkene nådde også Norge i relativt stor utstrekning og mange kommuner endret sin forvaltningsstruktur. Ledelse og styring ble i vinden som aldri før, på samme tid som produksjons- og kostnadseffektivitet ble viktigere enn overensstemmelse med formelle regler og prosedyrer (Hagen og Trygstad 2007: 173- 176).

Flere har hevdet at NPM- reformene har reversert forsøkene på å samordne offentlige tjenesteytende instanser på grunn av sitt fokus på "single purpose organisations", "one stop shops" og utflating av strukturer (Christensen 2006, Van der Meer og Dijkstra 2011: 283). Tranøy og Østerud (2001) hevder at reformene i offentlig sektor har bidratt til ytterligere fragmentering med sine fokus på fristilling og markedsretting. Også Hagen og Trygstad (2007: 193) peker på at NPM har hatt enkelte uintenderte effekter som økt fragmentering, sviktende politisk innsyn og kontroll, samt manglende organisatorisk fleksibilitet grunnet oppsplitting og utstrakt bruk av mål og resultatstyring. Noen kommuner har for eksempel flere titalls tjenesteenheter direkte under rådmannsnivået og undersøkelser har vist at dette kan gjøre det vanskeligere å koordinere tjenestene (Christensen 2006, Opedal mfl. 2002). Man kan hevde at de liberalistiske reformtrendene har vanskeliggjort arbeidet for en løsning på samordningsproblematikkene på grunn av at flere av prinsippene de forfekter handler om at organisasjoner skal splittes opp i stadig mindre selvstendige enheter og at ledere skal stå til ansvar alene og kun rapportere til én leder på toppen.

Likevel hevder Gilbert (2004: 13, henviser til Jon Kvist (1999)) at det mest karakteristiske ved velferdsreformene i de nordiske landene er et preg av robusthet og *gradvis* omstrukturering snarere enn store endringer. Man kan derfor hevde at den norske velferdsstaten ikke bygges ned, som i visse andre land, men derimot bygges om (Hatland 2005: 43). Selv om man ved reformenes begynnelse spådde velferdsstatens krise, økte antall offentlig ansatte med 250.000 fra 1980 til 2004 (Hagen og Trygstad 2007: 173). Andre igjen

peker på at velferdsstatens rammebetingelser har endret seg og at utfordringene handler om en forventningskrise snarere enn en legitimitetskrise (Hjelmtveit 2009: 60).

NPM har ikke bare bidratt til økt brukerorientering, men også til individualisering av tjenesteytnerens rolle. Også organisasjonsoppskriftene er blitt mer og mer individualisert og det er en tendens til at oppskrifter som er ment å fremme mulighetene for det *enkelte* organisasjonsmedlemmet får større utbredelse enn oppskrifter som er av mer kollektiv karakter (Røvik 1998: 107). Innføringen av resultat- og prestasjonslønn er elementer av dette, på samme måte som bruk av korte kontrakter (Tranøy og Østerud 2001). Ifølge Borge og Homme (2000) kan økt målstyring og formalisering av arbeidsoppgaver føre til økt byråkratisering. De beskriver hvordan endringer i arbeidsformidlingen gjør at veilederne i større grad må følge økonomiske betingelser, noe som fører til at deres tidligere rolle som "advokat" svekkes. Et stadig mer detaljert regelverk gjør at de ikke lenger har det spillerommet de tidligere kunne bruke for å arbeide på vegne av sine brukere. I tillegg opplever mange økt tidspress på samme tid som kravet til ansvarlighet øker. Ifølge levekårsdata (SSB 2003) opplever over halvparten av arbeidstakere som har vært utsatt for omstillingsprosesser i kommunene at de ikke får utført arbeidsoppgavene sine ordentlig på grunn av tidsmangel (Skivenes og Trygstad 2006). Fokuset på individets rolle i forvaltningsreformene må imidlertid ses som en del av en større utvikling fra kollektive til mer individualistiske verdier.

#### **2.2.4 Økt individualisering**

Den økte brukerorienteringen kan sees som uttrykk for en mer generell tendens i samfunnet i retning av økt individualisering. Beck (2004: 20) beskriver fenomenet som en utilsiktet og uforutsett konsekvens av samfunnsutviklingen som gjør det nødvendig "*å frigjøre seg fra kollektive målsettinger*". Yeatman (2009: 3) definerer individualisering som "*the equal entitlement of each human being to be considered a subject of right*". Villadsen (2003: 194) påpeker at man har gått over til en liberal styringspraksis som tillegger individet trekk som autonomi, ansvarlighet og kapasitet til å treffe selvstendige valg. Det er en utvikling mot at individet, ikke gruppen, i økende grad blir oppfattet som den vesentlige sosiale aktør. På mange måter er dette betegnende for den utviklingen man har sett på velferdsområdet i

Norge (og andre vestlige land). Både utviklingen i sosial- og velferdspolitikken og 80- tallets reformer i forvaltningen har beveget samfunnet i retning av et fokus på individet i sentrum. Befolkningen er blitt mer individualistisk, individuelle løsninger bygges opp og det er lavere oppslutning om kollektive løsninger, muligens som en følge av økende velstand (Hjelmtveit 2009: 60, Hatland og Terum 2005: 133). Bakgrunnen for denne dreiningen er ideen om at hvert individ er unikt med unike preferanser. Den enkeltes rett til selvbestemmelse har både kommet som følge av en ideologisk dreining, men også som følge av en rettighetsfesting som er nedfelt i FN's menneskerettighetserklæring (Hanssen 2009: 229). Mens man tidligere snakket om normalisering, fremstår nå deltakelse og retten til å være forskjellig i større grad som et ideal (Feiring 2009).

Kritikken mot de *paternalistiske* trekkene i velferdsstaten kan være en annen bakenforliggende årsak til individualiseringen av velferdspolitikken. Paternalisme er ifølge Weale (1978: 160): "*når en offentlig enhet tvinger en borger til å utføre en handling med begrunnelse i borgerens eget beste*" (min oversettelse). Han (ibid: 158) hevder at paternalisme fører til redusert individuell frihet og at det er spesielt problematisk i forhold til offentlige tjenesteytende instanser fordi brukerne av disse gjerne ikke har mulighet til å velge hvem de vil motta tjenester fra.

Innenfor tjenesteytende sektor har dette gitt seg utslag i et økende fokus på *brukerorientering*. *Brukermedvirkning* og *brukerstyring* er honnørord som benyttes hyppig i de fleste offentlige dokumenter som produseres. I tillegg har kravet om fleksible tjenester tilpasset individuelle behov fått stadig større oppslutning. Skreddersøm er blitt idealet i motsetning til "one size fits all". I vår undersøkelse av utviklingen i det politiske samordningsbegrepet (Breimo og Sandvin 2009) fant vi at begrepet hadde endret seg både når det gjaldt problemforståelse og løsningsforslag. Mens man på 70- tallet snakket om hvordan tjenestene kunne samordnes bedre til det beste for *befolkningen som helhet*, begynte man på 80- tallet å snakke om hvordan de kunne organiseres til det beste for mer spesifikke *brukergrupper*. Utover på 90- tallet ble det viktigere at tjenestene skulle samordnes rundt *enkeltindivider* og at tjenestene måtte tilpasses brukernes individuelle behov. Man ser altså et tydelig skifte fra et systemperspektiv til et individperspektiv når det gjelder begrunnelsen for en endring i tjenesteorganiseringen, noe som taler for en styrking av tjenesteyternes skjønnsutøvelse. Likevel er det andre krefter som arbeider *mot* en slik

utvikling, blant annet det økte fokuset på styring som har kommet i kjølvannet av de liberalistiske forvaltningsreformene.

### 2.2.5 Tilbake til styring

Som nevnt over har flere hevdet at de liberalistiske forvaltningsreformene har gjort det vanskeligere å samordne tjenester. I den senere tid har man imidlertid i flere land sett en tendens til at pendelen har svingt tilbake i retning av sterkere offentlig styring. Spesielt i land som New Zealand og Australia hvor NPM- reformene var mest gjennomgripende ser man nå at myndighetene har større fokus på å slå sammen tjenesteytende instanser som ble oppsplittet som et forsøk på å ansvarliggjøre de enkelte instanser. Det nye slagordet er "whole-of-government" (WOG) eller "joined- up- government" (Christensen 2006). Gregory (2003) har kalt dette "*putting the public sector back together again*".

Selv om det synes noe uklart hvor sterkt fotfeste denne nye reformtrenden har fått i Norge, kan man se enkelte spor som tyder på at en endring er på trappene. Fra 90- tallet og utover foreslår politiske dokumenter i større grad nye kontaktpunkter for koordinering. Forskrift om habilitering og rehabilitering som kom i 2001 lanserte *Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering*, mens NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt* introduserte ideen om *én adresse for henvendelser mellom tjenesteytere om samhandlingsbehov*. I tillegg er NAV-reformen et tydelig eksempel på at samlokalisering og styring har fått en renessanse. Reformen har hentet inspirasjon fra opprettelsen av Ministry of Social Development på New Zealand. Her har man slått sammen flere enheter i et håp om å samordne tjenestene for brukerne (Christensen 2006: 220). Det at man nå ser en dreining bort fra utflatingstendensen kaller Røvik (2007: 148) *rehierarkisering*, eller et skifte tilbake fra ledelse til styring. Man satser på å styrke toppledernes kapasitet, på samme tid som man setter inn nye enheter, for eksempel i kommuneorganisasjonene, både vertikalt og horisontalt.

Enkelte forskere hevder imidlertid at denne styringen ikke lenger bare preges av offentlige aktører, men at man i større grad kan snakke om en *samstyring* mellom offentlige, private og frivillige aktører. Internasjonal teori om offentlig styring har i stadig økende grad fokusert på hvordan myndigheter, marked og sivilsamfunn opererer sammen i samfunnsstyringen. Flere har tatt til orde for å nedtone forskjellene mellom en top- down-

styrt hierarkisk modell på den ene siden og en liberalistisk markedsmodell på den andre siden, eller med andre ord; det skarpe skillet mellom de to styringsmodellene. Ideen om å studere implementeringspraksiser ut fra et "multiorganizational perspective" er i stor grad inspirert av Hjern og Porters arbeid fra 1981 og Hjern og Hulls arbeid fra 1982. Artiklene argumenterer for at implementering av offentlig politikk ikke bare kan sees ut fra et fokus på hvordan én offentlig organisasjon makter å iverksette politikken i den tradisjonelle hierarkiske tradisjonen, men at man må ha fokus på hvordan ulike organisasjoner, både offentlige, private og frivillige, implementerer offentlig politikk på ulike måter. Samstyringsbegrepet er et forsøk på å oversette det engelske uttrykket "*governance*" (Røiseland og Vabo 2008). Røiseland og Vabo (2008: 90) definerer begrepet samstyring som: "*den ikke- hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening*". Begrepet viser til *empiriske samhandlingsformer* eller *ulike former for organisert samhandling*. Det som preger denne styringsformen er gjensidig avhengighet, forhandlinger, samt altså et forsøk på å skape en felles retning og mening (Røiseland og Vabo 2008: 91). Man snakker om en planlagt og målorientert aktivitet som søker å iverksette kollektive beslutninger. Selv om man ikke kan sette likhetstegn mellom nettverk og samstyring, er de to begrepene ofte assosiert med hverandre. Samstyring kan i praksis skje både gjennom nettverk og gjennom mer tradisjonelle organisasjonsformer; det er avhengig av hvor formalisert samarbeidet er. Nettverksbegrepet brukes ofte for å forklare hvordan offentlige myndigheter, markedsaktører og sivilsamfunn samspiller i utformingen av politikk (Røiseland og Vabo 2008: 93- 94). Selv om rehabiliteringsfeltet fremdeles domineres av offentlige aktører kan det være grunnlag for å hevde at det preges av en ikke- hierarkisk arbeidsform hvor tjenestemottakere, pårørende, tjenesteytere fra både offentlig og privat sektor og andre aktører koples inn i rehabiliteringsprosessene på ulike tidspunkt og i ulik grad.

Fossestøl (2009) har forsøkt å anvende dette samstyringsbegrepet på endringer som skjer i velferdsstaten generelt og rehabiliteringsfeltet spesielt. Han problematiserer den vanlige dikotomiseringen av hierarki og marked og hevder at å gå tilbake til økt offentlig styring og hierarkiske styringsformer neppe er løsningen på de utfordringer forvaltningsreformene har skapt. Ifølge ham handler utfordringene i dag om profesjonenes makt, paternalisme, mangelfull eller utilstrekkelig mål- middel-teknologi og manglende



samordning. Spørsmålet er hvordan man best kan styre, kvalifisere og utvikle tjenesteytingen slik at den kan fungere i et differensiert samfunn. Han mener at samstyringsbegrepet er et viktig begrep for å beskrive tjenesteytingens styringsutfordringer, selv om det ikke nødvendigvis er det eneste rette svaret. Fossestøl (2009: 58) konkluderer med at samstyring ikke er en bevegelse bort fra styring, men en måte å gjøre staten til *”en mer effektiv bidragsyter når det gjelder å utvikle kunnskapsmessige, regulatoriske og organisatoriske løsninger som gjør lokale aktører (fagfolk, yrkesutøvere, brukere, offentlige og private virksomheter) i stand til å ta et aktivt ansvar for og bidra til å utvikle helhetlige og avveide løsninger”*. Han mener at den strategien som er lagt i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering<sup>16</sup> er eksempel på et forsøk på samstyring. Årsaken til dette mener han er at man legger vekt på brukermedvirkning og kjøp av markedsbaserte tjenester, på samme tid som man fokuserer på økt styring i form av utvikling og implementering av lovgivning, samt økonomiske insentiver. Fossestøl mener altså at rehabiliteringsfeltet er et virksomhetsområde hvor samstyring som organiseringsform kan ha et potensial. I det følgende vil virksomhetsområdet rehabilitering presenteres, med bakgrunn i de politiske og administrative utviklingstrekk som dette kapitlet har beskrevet.

## **2.3 Rehabilitering som virksomhetsområde**

### **2.3.1 Historikk og ideologi**

Feiring (2004) gir en god oversikt over hvordan begrepet *rehabilitering* har fått rotfeste i Norge. Omskoling eller omskolering var de første begrepene som ble brukt som en fellesbetegnelse på virksomheten, men ble av medisinerne kritisert for å utelate det medisinske perspektivet. Rehabilitering var det vanlige begrepet internasjonalt, men her i landet hadde vi brukt dette begrepet om *”behandlingen”* av nazister etter andre verdenskrig og derfor hadde begrepet en noe ladet betydning. Derfor ble begrepet *attføring* lansert som et samnorsk alternativ og i mange år var dette rådende. Etter hvert ble begrepet delt i tre; medisinsk attføring, sosial attføring og yrkesmessig attføring. Medisinerne beholdt imidlertid rehabiliteringsbegrepet og det ble gradvis innarbeidet som et alternativ til attføringsbegrepet, først i praksis og senere også i lovverket.

---

<sup>16</sup> Særtrykk av St.prp.nr.1. (2007- 2008) kapittel 9.

Den helhetlige rehabiliteringspolitikken som vokste frem i løpet av 90- tallet var inspirert av et ideologisk skifte i måten å tenke omkring funksjonshemming og samfunn på. Ett resultat av dette var at rehabilitering ble sett på som et overordnet begrep som skulle omfavne alle personer som har behov for koordinert bistand for å nå sine mål, uavhengig av type funksjonsnedsettelse (Normann mfl. 2003). Dette ble tydeliggjort med stortingsmelding nr. 21 *Ansvar og Meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk* som kom i 1998. I denne meldingen ble rehabilitering foreslått å inkludere også det som tidligere var omfattet av habilitering. Rehabilitering hadde tidligere handlet om "gjenopprettelse av ferdigheter man tidligere har hatt", mens habilitering handlet om å erverve nye ferdigheter. De to begrepene har fått samme innhold i definisjonen i Forskrift for habilitering og rehabilitering<sup>17</sup>. Attføring brukes stort sett i forbindelse med arbeid som gjøres for å få yrkeshemmede voksne tilbake i arbeidslivet.

Mange politiske dokumenter omtaler rehabiliteringsfeltet som viktig for den videre utviklingen av velferdssamfunnet. I tillegg finnes det enkelte politiske dokumenter som omhandler rehabiliteringsfeltet spesielt. Det viktigste er den ovennevnte stortingsmelding nr 21. Ifølge Normann mfl (2003: 28) var dette første gang Stortinget behandlet rehabilitering som et samlet virksomhetsområde. Meldingen lanserte rehabilitering som et overordnet begrep hvor *"alle med en funksjonsnedsettelse som har behov for planlagt, sammensatt og koordinert bistand for å nå sine mål"* var i målgruppen. Etter meldingen kom Forskrift for habilitering og rehabilitering som forskriftsfester samordningsverktøy som individuell plan og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Det siste i rekken av politiske dokumenter som retter seg spesielt mot virksomhetsområdet rehabilitering er den nevnte Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering som kom i 2008. Denne lister opp en rekke utfordringer som fremdeles preger virksomhetsområdet.

Blant dem som jobber med rehabilitering råder det gjerne en viss usikkerhet om hva som skal innlemmes i begrepet rehabilitering og hva som ikke er rehabilitering (Normann m.fl. 2003). Ifølge Lie (2001: 16) er rehabilitering et fremmedord som vi ikke har et dekkende uttrykk for på norsk, men som kan beskrives som *gjenvinning av verdighet*. I følge den innholdsrike definisjonen man finner i forskrift for habilitering og rehabilitering (2001) og som er gjengitt i denne avhandlingens første kapittel, er ett av hovedpoengene at det er

---

<sup>17</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering. Trådte i kraft 1.7.2001.

flere aktører som skal samarbeide. Definisjonen sier riktignok ikke noe om hvem disse aktørene skal være, bortsett fra brukeren selv. Rappana- Olsen (2007: 145) definerer begrepet bruker som: *en person som har behov for definerte tiltak eller tjenester som tilbys av det offentlige*”.

Det at alle som har en *funksjonsnedsettelse* og som har behov for koordinert bistand er i målgruppen for rehabiliteringstilbudet representerer en utviding av virksomheten. Tidligere var det hovedsakelig personer med nedsatte fysiske funksjoner som ble ansett for å være innenfor denne målgruppen, mens det nå ifølge NOU 2001: 22<sup>18</sup> er alle med *tap av, skade på eller avvik i kroppsdel eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner*. Normann mfl. (2003: 21) tar i tillegg til orde for at tap av sosiale funksjoner også bør omfattes av definisjonen av funksjonsnedsettelse. Det vil altså si at det er flere personer enn tidligere som er i målgruppen for rehabilitering. I tillegg er virksomheten utvidet når det gjelder hva et rehabiliteringstilbud skal bestå av. Mens tilbudet tidligere i all hovedsak besto av gjenoppretting av fysiske funksjoner, skal rehabilitering i dag også omfatte bistand til *deltakelse i samfunnet* (ibid: 28). Det vil si at det er flere instanser enn helsetjenesten som må medvirke for at målene skal oppnås. For å sikre en slik deltakelse i samfunnet er arbeidet med å *gjøre samfunnet mindre funksjonshemmende* også viktig (ibid: 29).

Definisjonen av *funksjonshemming* lyder som følger i NOU 2001: 22 : *”Betegnelsen funksjonshemmet benyttes om personer som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av gapet eller misforholdet mellom personens nedsatte funksjonsevne og miljøets eller samfunnets krav*”. Målet med rehabilitering blir dermed at personer som har en funksjonsnedsettelse ikke skal forbli funksjonshemmede, det vil si møte barrierer i forhold til omgivelsene. Denne definisjonen av funksjonshemming er inspirert av *den sosiale modellen* som blant annet Michael Oliver (1990) har vært forkjemper og talsperson for. Modellen var en reaksjon på den medisinske modellen på funksjonshemming som i større grad så på funksjonshemming som funksjonelle begrensninger ved individet. Den sosiale modellen på den andre siden tar utgangspunkt i at det er *sosiale* forhold, som manglende tilrettelegging og utestengning som virker funksjonshemmende. Den nordiske *relasjonelle* modellen (Gap-modellen) kan sees som en moderat versjon av den sosiale modellen ved at den vektlegger

---

<sup>18</sup> *Fra bruker til borger*

både individuelle og miljømessige faktorer og legger vekt på at målet må være å rette et politisk søkelys mot å gjøre omgivelsene så lite funksjonshemmende som mulig (Tøssebro 2009: 12). Disse ideologiske endringene har som nevnt ført til en utvidelse både når det gjelder hvem som skal være i målgruppen for rehabilitering og hva et rehabiliteringstilbud ideelt sett bør inneholde.

### **2.3.2 Rehabiliteringspolitikk i praksis**

Politisk sett har man i perioder hatt høye ambisjoner på vegne av rehabilitering som virksomhetsområde. Målet med rehabiliteringsprosessen er altså ifølge definisjonen å *oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet*. Det som er spesielt med rehabilitering som virksomhet er at det ikke er én tjeneste eller ett tiltak. Det er *”et helhetlig tilbud som inneholder alle de tiltak, tjenester og ytelser som er nødvendig for at den personen det gjelder skal kunne nå sine mål”* (Normann mfl. 2003: 29). Samarbeid mellom de ulike tjenesteinstansene og koordinering av disse er dermed av avgjørende betydning for hvordan en rehabiliteringsprosess vil forløpe. Tjenestene finnes i tillegg på ulike nivåer i kommunal og statlig tjenesteorganisering så vel som hos private aktører. Det er nettopp dette som gjør organiseringen av virksomhetsområdet rehabilitering så utfordrende. Enkelte organisatoriske verktøy som skal bidra til å organisere og samordne tjenestene bedre er som nevnt introdusert allerede i St.meld. nr. 21 (1998- 99), både på individnivå og på systemnivå; individuell plan og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

*Individuell plan* er et samordningsverktøy på individnivå som er utviklet med tanke på å gjøre den koordinerte bistanden smidigere og mer individuelt tilpasset ved hjelp av brukermedvirkning. Ordningen er nå hjemlet i en rekke lover, blant annet i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen, samt lov om barnevernstjenester. Ordningen er frivillig for brukeren, med unntak av for personer som er under tvunget psykisk helsevern. Det er altså en rettighet personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har, samtidig som tjenesteyterne har en plikt til å utarbeide en plan dersom tjenestemottakeren ønsker det. Formålet er å sikre et

individuelt tilpasset og helhetlig tjenestetilbud til brukeren i tråd med gjeldende lovverk ved hjelp av én ansvarlig tjenesteyter, en bestemt kartlegging, et plandokument, samt et forpliktende samarbeid (Thommesen mfl. 2003).

*Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering* er et organisatorisk verktøy som er utarbeidet på systemnivå for å forenkle samarbeidet mellom tjenesteytere og for å gi brukere og samarbeidspartnere en instans å forholde seg til når det gjelder for eksempel å melde rehabiliteringsbehov. Det skal finnes en koordinerende enhet både på kommunenivå og på spesialisthelsetjenestenivå. Ifølge merknadene til Forskrift om habilitering og rehabilitering skal denne enheten 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.* Lovverket åpner for mange ulike måter å organisere koordinerende enhet på. Det fremgår at kravet kan ivaretas gjennom for eksempel *et fast og overordnet tverrfaglig team, en egen koordinator opprettet for nettopp dette formålet, eller gjennom den ordinære virksomheten, for eksempel gjennom en egen fagseksjon/ avdeling eller ved kommunefysioterapeut eller kommuneergoterapeut*<sup>19</sup>. Intensjonen med den koordinerende enheten er således å skape et kontaktpunkt som skal sikre planlegging og koordinering av den samlende rehabiliteringsvirksomheten. Koordinerende enhet har blitt viktig for den individuelle planen blant annet gjennom helse- og omsorgsloven (som ble kunngjort 24.06.2011<sup>20</sup>) hvor det i paragraf 7-3 påpekes at koordinerende enhet skal ha det overordnede ansvar for individuelle planer. Undersøkelser har vist at implementeringen av koordinerende enhet i henhold til forskriften har gått sent både på kommunenivå (Moen 2004) og på foretaksnivå (Breimo og Lunde 2006). Selv om fylkesmennene i 2009 rapporterte om at 77% av kommunene hadde etablert koordinerende enhet, viser undersøkelser at det er store variasjoner når det gjelder i hvilken grad disse etablerte enhetene oppfyller de kravene som er spesifisert i forskriftens merknader (Rambøll 2010, Sørensen 2009).

Man har altså lansert og delvis implementert organisatoriske verktøy som forsøk på å gjøre tjenestetilbudet mer helhetlig for personer som er i en rehabiliteringsprosess. Dette er

---

<sup>19</sup> Merknadene til Forskrift for habilitering og rehabilitering, 2001

<sup>20</sup> Tidspunkt for ikrafttredelse ikke satt 19.12.2011.

i tråd med utviklingen de senere år som har gått mot at tjenestene skal tilpasses mottakerne og ikke omvendt. Utviklingen av rehabilitering som virksomhet må sees i sammenheng med utviklingen i velferdssamfunnet generelt, hvor differensiering og fragmentering har utgjort viktige utviklingstrekk. Den helhetlige rehabiliteringspolitikken er på mange måter et forsøk på å møte disse utviklingstrekkene. Utviklingen har også gått i retning av desentralisering av oppgaver innenfor helse- og sosialfeltet til kommunene. Rehabilitering er et kommunalt ansvar på den måten at oppgavene forventes utført på laveste effektive omsorgsnivået. Man kan forvente at den kommende *samhandlingsreformen*<sup>21</sup> vil forsterke dette kravet ytterligere, siden man ønsker at kommunene skal overta flere av oppgavene som spesialisthelsetjenesten nå ivaretar. Ett sentralt problem for rehabilitering som virksomhet handler om finansiering og hvem som skal betale regningen for rehabiliteringen. Rehabilitering er et virksomhetsområde hvor det sjelden medfølger penger bak påleggene. Det fulgte for eksempel ikke økonomiske midler med pålegget om å etablere koordinerende enhet for rehabilitering (Thommesen 2010). Det samme gjelder for Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 (Særtrykk, St.prp. nr. 1(2007–2008), kap. 9:7), hvor det heller ikke var knyttet ressurser til tiltak.

På samme tid som utviklingen har gått mot en desentralisering av tjenester til kommunene har man på visse områder også sett en økende grad av sentralisering. Ett eksempel på dette er sykehusene, hvor ansvaret ble flyttet fra fylkeskommunalt til statlig nivå. Nå kalles sykehusene helseforetak og fordeler seg på fire helseregioner. For rehabiliteringsvirksomheten, hvor en smidig overgang fra spesialisthelsetjenestenivået og til kommunene er avgjørende, kan man tenke seg at dette har medført større avstand, og på mange måter er samhandlingsreformen begrunnet i denne avstanden og de problemer den har medført. I tillegg begrunner man reformen med at det i spesialisthelsetjenesten har utviklet seg en kultur som er preget av målet om medisinsk helbredelse, mens man på kommunenivå i større grad er opptatt av funksjonsnivå og mestringsevne. Denne ulikheten i målforståelse vanskeliggjør samhandlingen (St.meld.nr.47 2008-2009). Spørsmålet er hvordan disse ulike målforståelsene kommer til uttrykk og erfares i samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottakere i individuelle rehabiliteringsprosesser.

---

<sup>21</sup> St.meld.nr. 47 (2008- 2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

### 2.3.3 Individet under press

Man kan hevde at rehabilitering som virksomhet slik vi kjenner den i dag, har kunnet oppstå på grunn av den individualiseringen vi har vært vitne til, spesielt i den vestlige verden, og som har ført til enkelte endringer når det gjelder forholdet mellom individ og samfunn. Med flere individuelle rettigheter kommer imidlertid også flere individuelle plikter. Gilbert (2004: 11) stiller spørsmålsteget ved om velferdsstaten slik vi kjenner den står ovenfor et paradigmeskifte i de ulike vesteuropeiske og angloamerikanske landene. Årsaken til dette er en økende oppslutning om en ansvarliggjøring av individet, ikke bare i forhold til forventningene om deltakelse på arbeidsmarkedet, men også i forhold til forventningene om individets evne til *selvstendighet* (ibid: 3). Gilbert (2004: 4) kaller dette en utvikling mot "*the enabling state*", mens (Ridzi 2008: 224) kaller det "*personal responsibility welfare state*". Poenget er uansett at utviklingen går i retning av høyere forventninger til hva individet selv skal bidra med til fellesskapet, og i forhold til å ta ansvar for seg selv, på bekostning av hva det offentlige skal bidra med. Gilbert (2004) beskriver denne utviklingen med metaforen "*fra sikkerhetsnett til trampoline*".

For det første har *arbeidslinja* fått en bredere oppslutning, og man har sett en trend som går fra *welfare* mot *workfare*. Aktiveringspolitikk er blitt mer vanlig i de fleste vestlige land, det vil si at personer i større grad må delta i arbeidsrettede aktiviteter for å motta stønader. For det andre blir flere og flere offentlige tjenester privatisert. I Norge har riktignok ikke denne utviklingen skutt fart, men i den vestlige verden sett under ett mener Gilbert (2004) at privatisering er en økende tendens. For det tredje er velferdsytelsene blitt mer selektive. Mens man tidligere hadde en rekke universelle ytelser som hele befolkningen var potensielle mottakere av, ser man nå en utvikling mot at ytelsene behøvsprøves slik at trekk ved individet blir avgjørende for om ytelsene innvilges (ibid).

Hernes og Hippe (2007) har lansert et begrep de kaller kollektivistisk individualisme som de mener beskriver situasjonen i Norge på en treffende måte. Det består av to ord som på en måte står i motsetning til hverandre, men som begge er beskrivende for det norske samfunnet i dag. Med kollektivismen mener de at det i Norge finnes en gjennomgående politisk konsensus om at fellesordninger er en måte å sikre velferden i landet. Selv om de politiske partiene er uenige om hvor langt disse fellesordningene skal gå, er det ingen som mener at de skal avskaffes i sin helhet. På samme tid er individuell frihet og økonomisk vekst

verdier som de fleste politiske partiene setter på dagsorden. Det spesielle er at det er en politisk enighet om at disse verdiene er mulige å forene i dagens samfunn på en måte som kan fremme sosial likhet og samfunnsmessig samhold. For å si det med deres ord: *”kollektivistisk individualisme vil si en utbredt oppfatning i en gruppe eller en befolkning om at kollektiv handling gir individuell vinning”* (ibid: 322). Selv om det har skjedd en liberalisering av velferdsstaten, er den fortsatt styrt av offentlige myndigheter. Ifølge Hernes og Hippe (2007: 330) er NAV- reformen et uttrykk for kollektivistisk individualisme. Årsaken til det er at man går fra universelle ordninger til mer selektive og individuelt tilpassede ordninger. *Kvalifiseringsprogrammet*<sup>22</sup> er nettopp en slik ordning hvor stønader og tjenester skal tilpasses den enkeltes behov, på samme tid som at man setter krav til at brukeren følger opp de tilbud som gis. Arbeidslinja er således i seg selv et uttrykk for denne kollektive individualismen på den måten at man setter krav til hva individene må bidra med for å bli en del av fellesskapets omfordelingsmekanismer. Man kan si at både rettigheter og plikter individualiseres.

Spørsmålet blir hvor rehabilitering som virksomhet befinner seg i dette landskapet. Siden rehabilitering som virksomhet slik vi kjenner det i dag er et resultat av blant annet individualiseringen av tjenesteytingen, blir det betimelig å drøfte om hvorvidt rehabiliteringens forutsetninger har endret seg som en følge av det Gilbert kaller et paradigmeskifte i velferdspolitikken. Utviklingen mot et mer individualistisk orientert samfunn er på den ene siden en utfordring for velferdsstaten slik vi kjenner den. På den andre siden gir en slik utvikling nye muligheter for rehabiliteringsfeltet hvor ideologien er tuftet på individets rettigheter, muligheter og behov.

### **2.3.4 Rehabilitering – mellom ansvar og rettigheter**

Som dette kapitlet beskriver har samfunnet beveget seg i retning av å bli mer individorientert og mindre basert på kollektive løsninger. Den helhetlige rehabiliteringspolitikken er tuftet på en forståelse om at helhetlige tjenester tilpasset det enkelte individ er det som skal til for at mennesker med funksjonsnedsettelse skal kunne oppnå *best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i*

---

<sup>22</sup> Et program som skal inneholde arbeid eller aktivitet og som ved deltakelse gir rett til en økonomisk stønad.



*samfunnet*. Likevel tyder som nevnt i kapittel 1 tilbakemeldinger på at det fremdeles er lang vei å gå for å realisere denne politiske målsetningen for de som berøres av den, og en stor del av utfordringen ligger i hvordan de ulike tjenestene organiseres rundt den enkelte bruker. Helgøy mfl (2000: 13) henviser til Wagners (1994) teori om spenningsforholdet mellom frigjøring på den ene siden og disiplinering på den andre, og peker på at velferdsstatens evne til *”å støtte opp under mulighetene for en subjektiv valgsituasjon”* vil være avgjørende for individuelt tilpasset tjenesteyting.

Yeatman (2009: 5) skiller mellom det hun kaller *”the subject of right as a self or as a will”*. Mens *”the subject of right as a self”* handler om menneskets frihet til å leve livet i samsvar med sin integritet som et *”selv”*, handler *”the subject of right as a will”* om valgfrihet. Hun hevder at velferdspolitikken står overfor et skille når det gjelder hvordan man skal se på individuelle rettigheter og at man går i retning av *”will”* på bekostning av *”self”*. Hun skriver at myndighetene fremmer det førstnevnte som noe moderne, mens det sistnevnte presenteres som gammeldags og naivt. For at individualiseringen av et samfunn skal komme innbyggerne til gode er det en forutsetning at samfunnet verdsetter individenes egenverdi, og utbygde velferdstjenester er nødvendig for at mennesker skal kunne være *”selver”* i sine livsverdener. Det oppstår likevel et dilemma her når myndighetene benytter velferdstjenester instrumentelt for å oppfylle samfunns mål som ligger på utsiden av tjenestene. Det ligger et motsetningsforhold i ønsket om å rehabilitere mennesker slik at de kan ta ansvar for seg selv og bidra til samfunnet, og det å rehabilitere mennesker for at de skal kunne oppfylle sine egne mål og sitt potensial, og det er nettopp dette spenningsfeltet som i dag preger rehabilitering som virksomhet.

Hovedspørsmålet i denne avhandlingen handler om hvordan rehabiliteringsprosesser organiseres. Erfaringene til personer som selv er i en rehabiliteringsprosess vil være et naturlig sted å ta utgangspunkt i. Nettopp det økende fokuset på individuelt tilpassede skreddersydde tjenester tilsier at det er hos og rundt den enkelte tjenestemottaker at resultatet av samordningsbestrebelsene best kan vurderes. For det første er det interessant å undersøke hvordan utfordringene ser ut dersom de betraktes med utgangspunkt i tjenestemottakernes hverdags erfaringer. For det andre er det viktig å undersøke hvorvidt de lanserte samordningsløsningene er tilpasset de problemer tjenestemottakerne selv opplever at de har. For det tredje vil det være nyttig å se på hvordan denne samordningsaktiviteten

oppleves, både av tjenesteytere og tjenestemottakere. Deres erfaringer om hvordan rehabiliteringsarbeidet gjøres kan synliggjøre de institusjonelle trekk som blir viktige for å beskrive hvordan rehabiliteringsprosesser organiseres.

## **2.4 Avslutning**

I dette kapitlet har jeg forsøkt å vise hvordan rehabilitering som virksomhetsområde har utviklet seg i løpet av etterkrigstiden og hvordan de generelle endringene i samfunnet har påvirket denne muligheten. Både de velferdspolitiske - og de forvaltningsmessige endringene reflekterer og forsterker individualiseringen i samfunnet, og har således gitt grobunn for rehabiliteringsfeltets ideologiske utgangspunkt som fremhever skreddersydde tjenester med utgangspunkt i enkeltindividers behov. Likevel kan man hevde at organiseringen av rehabilitering som virksomhetsområde ikke har evnet å følge opp de politiske og ideologiske målsetningene, og at det er her mange av utfordringene for virksomhetsfeltet ligger. Formålet med denne avhandlingen er for det første å belyse hvordan disse utfordringene forstås av de involverte aktører og for det andre hvordan organiseringen av tjenester faktisk gjøres. Med dette som utgangspunkt vil neste kapittel presentere en teoretisk analytisk ramme for hvordan organiseringen av rehabiliteringsfeltets tjenesteyting kan studeres med utgangspunkt i hva som gjøres, hvordan det gjøres og hvordan det oppleves og erfares av involverte aktører.

## Kapittel 3 Teoretisk ramme

### 3.1 Innledning

Dette kapitlet vil beskrive de viktigste teoretiske bidragene som de etterfølgende analysekapitlene vil støtte seg til. Mens det forrige kapitlet gjorde rede for ulike organiseringsformer og trender vi har vært vitne til gjennom oppbyggingen av velferdssamfunnet, samt hvordan rehabilitering som virksomhetsområde kan sees som et produkt av denne utviklingen, vil spørsmål omkring hvordan organiseringen av individuelle rehabiliteringsprosesser kan og bør studeres være sentrale i dette kapitlet. Den historiske utviklingen på det organisasjonsteoretiske feltet vil presenteres kortfattet. Presentasjonen munner ut i en introduksjon til det man kaller *proessorientert organisasjonsteori*, som studien til en viss grad støtter seg til. Det sentrale begrepet *handlingsnett* vil bli drøftet i forhold til mer tradisjonell nettverksteori. Deretter vil jeg søke å plassere *institusjonell etnografi*, som er det metodologiske perspektivet som anvendes, inn i en teoretisk sammenheng. Institusjonell etnografi er benyttet som fremgangsmåte for å kunne ta utgangspunkt i erfaringene til individer hvis hverdagsliv styres av institusjonelle trekk. I tillegg åpner metoden for å sette søkelyset på hvordan makt får betydning for hvordan tjenester organiseres rundt tjenestemottakerne. Institusjonell etnografi som fremgangsmåte blir nærmere beskrevet i neste kapittel. Her vil jeg fokusere på det ontologiske og epistemologiske grunnlaget for denne metodologiske og teoretiske retningen, og diskutere hvorvidt det er i samsvar med det øvrige teoretiske fundamentet som avhandlingen bygger på.

### 3.2 Hvordan studere organisasjoner?

Organisasjonsstudier kan grovt sett deles inn i henholdsvis ovenfra og ned- studier og nedenfra og opp- studier. De førstnevnte konsentrerer seg gjerne om å finne ut hvorvidt organisasjonens (ledelses/ myndighetenes) målsettinger er realisert eller ikke, og tar således utgangspunkt i organisasjoner som instrumenter for måloppnåelse. I nedenfra og opp- studier er man mer interessert i å identifisere de problemer som organisering medfører, og studiene preges av større interesse for hvem aktørene er og hvordan landskapet ser ut. I tilfeller hvor det er stor grad av målkompleksitet vil man gjerne bruke en neden- fra og opp- tilnærming til studiefeltet (Bogason og Sørensen 1998: 8). På den ene

siden handler skillet om hva slags type forskningsspørsmål man har. På den andre siden handler skillet om i hvilken grad man tror at en organisasjons utforming har betydning for de resultater den produserer. Spesielt innenfor forskning på offentlig sektor har byråkratiets muligheter og begrensninger vært gjenstand for betydelig forskningsvirksomhet. Perrow (1986) hevder for eksempel at byråkratiets problem både er at det ikke fungerer, men også at det fungerer *for godt*. Årsaken til at det ikke fungerer etter intensjonen er blant annet at mennesker ikke alltid opptrer som nyttemaksimerende rasjonelle aktører. At det fungerer for godt henspiller på byråkratiets manglende evne til fleksibilitet og begrepet *jernbur* er som nevnt ofte benyttet som en metafor.

I løpet av organisasjonsteoriens historie har det oppstått en rekke ulike retninger innenfor fagtradisjoner som har befattet seg med organisasjonsstudier. Scott og Davis (2007) skiller mellom tre ulike analytiske perspektiver; rasjonelle systemer, naturlige systemer og åpne systemer. De tre perspektivene springer ut fra det man vanligvis kaller henholdsvis rasjonell teori, institusjonell teori og nyinstitusjonell (neoinstitusjonell) teori. Innenfor den delen av organisasjonsteorien som har vokst ut fra rasjonell teori kan man noe forenklet si at man i stor grad ser på organisasjoner som lukkede systemer hvor aktørene jobber mot et felles fastsatt mål og at organisasjoner må studeres som instrumenter for måloppnåelse. Innenfor institusjonell teori derimot åpner man for at målene både kan være uklare og motstridende, og at det er verdier og normer innad i organisasjonen som avgjør hvordan organisasjonen jobber og dermed hvordan de kan og bør studeres. Nyinstitusjonell teori fokuserer mer på at organisasjoner ikke opererer i et vakuum, men i et samfunn av andre organisasjoner og er åpne for innflytelse fra dem. Dermed må man se organisasjoner i sammenheng med omgivelsene for å kunne studere dem.

Innenfor den nyinstitusjonelle teori kan man skille mellom en amerikansk opprinnelig tradisjon og en senere skandinavisk tradisjon. Den amerikanske tradisjonen er blant annet kjent for begrepet *rasjonaliserte myter* som henspiller på en forestilling om at en viss type praksis er det beste for en gitt organisasjon, uten at noen setter spørsmålstejn ved dette (Meyer og Rowan (1977)). Videre er teorien om *institusjonell isomorfi*, som ser på motiver for å adoptere løsningene i organisasjonene, et viktig bidrag innenfor denne retningen (DiMaggio og Powell (1983)). Ifølge Røvik (2007: 28) har den amerikanske tradisjonen tradisjonelt vært mindre opptatt av å belyse organisasjonen og ideene etter at de er

adopterte. Dette har derimot blant annet vært utgangspunktet for den skandinaviske tradisjonen, hvor Johan P. Olsen og Nils Brunsson har vært pionerer. Olsen lanserte sammen med Michael D. Cohen og James G. March *Garbage can- modellen*, som viser til at organisasjoner like gjerne finner løsningene først og så problemet, som omvendt (Cohen mfl (1972)). Den skandinaviske tradisjonen har altså i større grad vært opptatt av ideenes møte med organisasjonene, deres aktørgrupper, og deres *faktiske* skjebne i dette møtet (Røvik 2007: 38). Teoretisk kan man ifølge Røvik (2007: 38), dele den skandinaviske tradisjonen inn i en *modernisert klassisk institusjonalisme* basert på hovedsakelig Johan P. Olsens og Nils Brunssons arbeider og en *translasjonsteoretisk tilnærming* inspirert av aktør- nettverksteori (ANT), som ser på hvordan ideer på reise bearbeides og endres på sin vei. Den siste tilnærmingen er blant annet representert av Czarniawska og Sevon (1996).

### 3.3 Proessorientert organisasjonsteori

I den senere tid har man innenfor deler av organisasjonsforskningsfeltet i økende grad blitt opptatt av at man i stedet for å studere organisasjoner som modeller og abstraksjoner, bør studere *organisering* eller de menneskelige *handlingene* som skaper organisasjoner (Scott og Davis 2007). Man kan kalle en slik tenkning for *proessorientert organisasjonsteori* som fokuserer på *organisasjoners tilblivelse over tid* (Busch mfl 2010). Retningen som både henter inspirasjon fra nyinstitusjonell teori, vitenskapsstudier (ANT) og sosialpsykologi (Karl Weick) studerer "*de menneskelige handlingene som til enhver tid skaper det vi kjenner igjen som organisasjoner*" (Busch mfl 2010: 19). Studieobjektet er *organisering* framfor organisasjon. Enten man tenker at organisasjoner er i stadig endring eller at de vokser fram, er hovedideen at organisasjoner er noe som skjer, ikke noe som er. Dette er en retning som blant annet er sprunget ut fra Karl E. Weicks arbeider innenfor sosialpsykologi og hans verk om organisering fra 1969 som argumenterer for at aktører konstruerer sine egne omgivelser, og at man således bør rette oppmerksomheten mot prosesser og organisering framfor strukturer og organisasjoner. Hatch (2001: 57) kaller dette *iscenesettings- eller handlingsteori* (enactment). Enactment- begrepet medfører en aktiv tilnærming til det man skal studere, både av dem man studerer og av forskeren selv (Hernes 2008: 120). Organisering innenfor denne tradisjonen handler om forsøk på å få orden på eller stabilisere noe, i en verden i stadig forandring eller "state of becoming"; "...actors intervene in the

*world of flows equipped with their understandings of how it works, and equipped with models of how to bring about some order, either by continuing doing what they are doing already or by attempting to stabilize the worlds that surround them into some intended pattern. This pattern is never fully achieved, but without the idea that some pattern will be achieved, nothing is likely to take place*” (Hernes 2008: 128). Som forsker kan man dermed ikke ta utgangspunkt i en gitt forståelse av hvordan en organisasjon ser ut, men bør forsøke å se på hvordan aktørene skaper organisasjonen. I et prosessperspektiv må man akseptere at forskning bare er et vindu inn til noe som er i støpeskjeen. Det er som å studere en elv som renner forbi, for å bruke Heraklits metafor. Organisasjonene vil alltid være *”in the making”* og forskning er bare *”a drop of experience”* (Hernes 2008: 146 (henviser til Whitehead)). Dette er et uttrykk for det Law (2004) har kalt *”modest sociology”*, som betyr at man skal være tydelig på hva man kan si noe om, og hva man ikke kan si noe om. Han bruker i tillegg begrepet *”messy”* om det man studerer i samfunnsvitenskapene for å poengtere at det ofte er udefinert, åpent og komplekst.

Prosesorientert organisasjonsteori bunner altså i en *relasjonell* tenkning som forfekter at ved å oppheve *”ideen om organisasjoner”* ligger mulighetene i å studere hvordan det organiserte som en tilstand griper inn i (og blir grepet inn i av) andre tilstander (Hernes 2005). Man skal altså betrakte noe som stabilt for et øyeblikk for å ha mulighet til å studere det, på samme tid som man åpner opp muligheten for at det igjen kan endres eller utvikles til noe annet (Hernes 2008: 30). For bedre å forklare den prosessorienterte organisasjonsteorien vil jeg nå gå grundigere inn i de teoretiske retningene som teorien henter sin inspirasjon fra; henholdsvis Karl Weicks sensemaking, aktør- nettverksteori og nyinstitusjonell teori.

### **3.3.1 Sensemaking (meningsskaping)**

Karl Weick er en organisasjonspsykolog som blant annet har studert hvordan mennesker skaper mening i det man kan kalle uoversiktlige situasjoner. Weick (1976) introduserte begrepet *”loose couplings”* samme år som March og Olsen (1976). Selv om begrepet er brukt på mange ulike måter, er hovedpoenget at det ikke nødvendigvis er (kausal) sammenheng mellom en organisasjons ledelse og grasrot, problemforståelse og løsninger, eller visjoner og

handlinger. Weick (1979: 5) hevder at organisasjoner tilsynelatende gir inntrykk av å være basert på fakta, tall, objektivitet, konkrethet og ansvarlighet, mens de egentlig er gjennomsyret av subjektivitet, abstraksjoner, gjetninger, oppfinnsomhet og tilfeldigheter. Han argumenterer for at organisatoriske handlinger i bunn og grunn bare er handlinger utført av enkeltpersoner på organisasjonens vegne og han definerer organisering slik: *“To organize is to assemble ongoing interdependent actions into sensible sequences that generate sensible outcomes”* (Weick 1979: 3). *Ongoing accomplishments*<sup>23</sup> er derfor en beskrivende definisjon på hva organisering faktisk er. Det er de individuelle aktørens *“sensemaking”* man må studere når man skal finne ut hvordan organisasjoner fungerer. Busch mfl (2010: 465) oversetter sensemaking- begrepet til det norske ordet *meningsskaping*. Ledelse i et slikt perspektiv blir således *organisering av meningsskaping* og i profesjonelle organisasjoner blir ledelsens oppgave å gi de profesjonelle rom for en slik meningsskaping (Czarniawska 2008: 71).

Weicks meningsskapingsbegrep er i tråd med en forestilling om at man studerer hvordan aktørene forstår virkeligheten, i motsetning til en forestilling om at vi som forskere skal tolke virkeligheten (Hernes 2008: 115). Weick (1995) lister opp syv bestanddeler av begrepet; for det første er begrepet *forankret i et individ*. Det er individer som utfører meningsskapingen. Likevel er ikke et individ bare ett selv, men mer *“a parliament of selves”* (henviser her til Mead). Individet representerer ofte både seg selv og den organisasjonen det er tilknyttet. For det andre er setningen; *“how can I know what I think until I see what I say”* representativ for begrepet på den måten at meningsskaping er noe som skjer *retrospektivt*, selv om retrospektivt her kan bety et sekund etter at handlingen er utført. For det tredje er begrepet *enactment* relevant i forhold til meningsskaping fordi individer er med på å skape det miljøet eller de omgivelsene de selv er en del av. For det fjerde er meningsskaping *en sosial prosess*. Individer forholder seg alltid til andre individer når de skaper mening av ulike situasjoner de kommer opp i, fordi de vet at det de gjør må forstås, iverksettes eller godkjennes av andre. Derfor er både hvem man er sosialisert av, og hvordan, viktig, i tillegg til hvem som er potensielle tilhørere til de konklusjoner man presenterer. For det femte er meningsskaping noe *vedvarende*, noe som skjer hele tiden og aldri stopper opp. For det sjette er det noe som gjerne skjer før man får øye på det. Det er gjerne *resultatet* av

---

<sup>23</sup> Kanskje kan man oversette dette til *pågående prestasjoner* på norsk.

meningsskapingen man ser. For det syvende er meningsskaping mer preget av *tilstrekkelighet og rimelighet* enn nøyaktighet, og prefikset *sense* betyr ikke nødvendigvis fornuftig (sensible). Poenget er at man ikke alltid trenger å vite om alle mulige utkom av en handling for å utføre den.

Ifølge Weick (1995: 8) må man skille mellom meningsskaping og fortolkning (interpretation). Mens fortolkning handler om hvordan en aktør forstår et fenomen eller for eksempel en tekst, handler meningsskaping om hvordan fenomenet eller teksten konstrueres av aktøren. Det handler altså om hva folk gjør med det de fortolker og meningsskaping er derfor en aktivitet som *gjøres*, og det er dette som er viktig å studere, ikke nødvendigvis resultatet. Meningsskaping kan beskrives som oppfinnelse, snarere enn oppdagelse, hvor formålet er å redusere tvetydighet (ibid: 13). Weick har blant annet studert hvordan mennesker forstår og reagerer i nødsituasjoner og kontinuerlige forandringer eller andre forvirrende, stressende eller tvetydige hendelsesforløp, og konkludert med at aktører tenderer mot å handle på rutine, snarere en spontant. Dersom man er lært opp til å gjøre noe på en bestemt måte, skal det mye til for at aktører endrer handlingsmønster, selv om det virker som det mest rasjonelle i den gitte situasjon.

Flere forskere har tatt til orde for en vitenskapsproduksjon som fokuserer på verb og Weick (1995: 188) er en av dem: *“People who think with verbs are more likely to accept life as ongoing events into which they are thrown, and less likely to think of it as turf to be defended, levels of hierarchy to be ascended, or structures to be upended. Sensemaking itself is ongoing and the sense it makes, transient. Verbs force us to face that. Nouns do not. Because verbs are closer to the dynamics of a process, to change a verb is to take the first step to change a process”*. Ifølge Weick er det to former for meningsskaping når det gjelder organisering; det ene er når aktørene handler på intuisjon eller innlærte praksiser (streams of consciousness), det andre er når man må forholde seg til strukturelle forhold som tekniske artefakter eller lover og regler. Den første formen handler ifølge Hernes (2008: 117-118) om verb, mens den andre handler om substantiv og er mer stabile konstellasjoner av faktorer som aktører organiserer seg omkring. Ved å bruke et begrep som organisasjon, skaper vi de fenomenene vi ønsker å studere.



### 3.3.2 Aktør-nettverksteori; fysiske artefakter og organisering

Som nevnt er den prosessorienterte organisasjonsteorien også inspirert av Bruno Latour og aktør-nettverksteori. Selv om Latour ikke har fokusert på studier av organisasjoner spesielt, har han gjort studier om hvordan det teknologiske og det sosiale er bundet sammen. Han setter spørsmålsteget ved hvordan man skal forstå det sosiale og hevder at man innenfor samfunnsvitenskapen tradisjonelt sett har tatt det for gitt at "det sosiale" er et fenomen som kan skilles fra noe annet (2005: 4). Det er akkurat dette spørsmålet om hvordan ting henger sammen som er det vesentlige i prosessorientert organisasjonsteori, i motsetning til hvordan organisasjoner er innrammet eller hvordan de ser ut. I stedet for å ta det for gitt hva det sosiale er bør man være på utkikk etter det han kaller "*tracing of associations*". Det som bør studeres er forbindelser mellom aktører, og forsøk på å skape forbindelser som kan skape stabile konstellasjoner, men som ikke nødvendigvis gjør det. Det er vanskelig både for utenforstående og involverte å kontrollere at disse forbindelsene forblir varige konstellasjoner. Aktør-nettverksteori har imidlertid ikke så mye med nettverk å gjøre i den forstand det vanligvis blir forstått, men handler mer om hvilke aktører som "overlever" eller ikke, det vil si blir *aktanter*. Aktanter omfatter alt som utfører eller utsettes for en handling. Latour foreslår at man burde kalle det "worknet" i stedet for "network" (ibid:143). Det som er avgjørende er hvilke forbindelser aktørene har til hverandre og hvordan en aktør (en mediator) får en annen aktør til å gjøre noe (make others do things) (ibid: 107).

Innenfor organisasjonsteorien har man gått fra en instrumentell (modernistisk) tradisjon hvor fysiske strukturer hadde betydning for hvordan en organisasjon fungerte til en mer institusjonell (symbolsk) tradisjon hvor *kulturens* betydning har fått større plass (Hatch 2001). Med den prosessorienterte organisasjonsteorien har det fysiske igjen fått en renessanse, men på en annen måte enn tidligere. Organisasjoner blir gjerne bygd opp for å være redskap for måloppnåelse, men resultatet kan like gjerne bli at organisasjonen vokser ut av skapernes intensjoner og blir noe annet enn det som var meningen (Czarniawska 2007: 138). Det samme gjelder verktøy, som konstrueres for å avhjelpe organisatoriske utfordringer; "*...they constructed this machine, but ones constructed, the machine continues to construct them*" (Czarniawska 2007: 147). Også Hernes (2008) beskriver hvordan menneskelige aktiviteter og fysiske artefakter veves inn i hverandre og hvordan skillelinjene

mellom dem blir uklare. Spesielt interessant blir det når artefakter som organisatoriske verktøy blir standardløsninger som brukes på tvers av tid og rom.

### 3.3.3 Nyinstitusjonell teori

Den nyinstitusjonelle teorien innenfor organisasjonsstudier er etter hvert blitt vanlig å anvende innenfor velferdsforskning. Studier inspirert av denne teoretiske retningen har gjerne som formål å problematisere praksiser, organisasjonsmodeller, teknologier og verdier som tas for gitt. Man ser gjerne på eksempler av "paradoksal atferd", det vil si at man undersøker hvorfor organisasjoner benytter seg av praksiser eller teknologier som ikke gir det ønskede resultat eller virker mot sin hensikt (Mik- Meyer og Villadsen 2007: 118). Forklaringen på dette er at organisasjonene ikke opererer i et vakuum, men i et samvirke av organisasjoner der det er like viktig å *fremstå* som moderne og vellykket, som å faktisk være det. Å implementere organisasjonsoppskrifter som gjør at man fremstår som virksom og fornyende blir derfor viktig for å overleve som organisasjon. En artikkel av John Meyer og Brian Rowan fra 1977 med tittelen "*Institutional organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*", blir av Johansson (2002: 29) beskrevet som startskuddet for nyinstitusjonell teori. Artikkelen argumenterer for at teknologier ofte brukes nærmest rituelt i organisasjoner. *Institusjonalisering* er et nøkkelbegrep i så måte, og Mik- Meyer og Villadsen (2007) skriver at det innebærer en "selvfølgeliggjørelse" som gjør at man glemmer hvordan og hvorfor teknologiene eller strukturene ble introdusert i organisasjonen. Denne argumentasjonen kan spores tilbake til Berger og Luckmanns klassiker fra 1966 som blant annet reflekterer omkring vanedannelsesprosesser som gjør at aktørene oppfatter virkeligheten som objektiv.

Nyinstitusjonell teori og aktør- nettverksteori møtes på enkelte områder, men skiller på andre, noe Fries (2009) beskriver i sin artikkel. For det første tar begge retningene utgangspunkt i at "noe" tas for gitt, spres og dermed blir en sannhet. Likevel legger nyinstitusjonalismen mer vekt på institusjonen i seg selv enn hva ANT gjør, som mer stiller spørsmålstegn ved etableringen av institusjoner. ANT fokuserer i tillegg i større grad på hvordan ideer endres når de spres mellom organisasjoner enn det nyinstitusjonalistene tradisjonelt har gjort, selv om den nevnte translasjonsteoretiske retningen har fokusert på

dette. I tillegg finnes det en tidsmessig eller historisk dimensjon i nyinstitusjonell teori som ikke er like fremtredende innenfor ANT, som antar at alt er i forandring til enhver tid. Et annet poeng er ifølge Fries spørsmålet omkring materialitetens posisjon i det sosiale, hvor ANT fremhever at fysiske artefakter er aktører på lik linje med intensjonelt handlende mennesker.

### **3.4 Organisering som nettverk**

Organisasjoner oppstår gjerne på grunn av en eller flere oppgaver som skal løses eller problem som behøver en løsning. Grint (2009) beskriver forskjellen mellom det han kaller "tame problems", "wicked problems" og "critical problems". Tame problems lar seg enkelt løse ved for eksempel standardiserte prosedyrer. Wicked problems er mer komplekse og dermed vanskeligere å finne et entydig svar på hvordan man skal løse. Critical problems er problemer som krever handling raskt og som er så selvfølgelige at man ikke kan gjøre annet enn å handle på rutine.

Fokuset på såkalte "wicked problems", det vil si samfunnsproblemer som ikke enkelt lar seg løse av enkeltorganisasjoner, har resultert i at søkelyset er blitt rettet mot alternative organisasjonsformers muligheter. Rehabiliteringsprosesser kan sies å være nettverksliknende i sin utforming på den måten at det er relativt autonome aktører som samhandler på tvers av hierarkiske strukturer. På grunn av dette vil det være av interesse å undersøke hvorvidt det er noe innenfor den teoritradisjonen som befatter seg med studier av nettverk som kan kaste lys over hvordan rehabiliteringsprosesser organiseres. Det finnes et mylder av litteratur som skriver om nettverk innenfor ulike tradisjoner og retninger. Hatch (2001: 214) kaller nettverk for en relativt ny organisasjonsform som setter spørsmålsteget ved modernistiske oppfatninger av hva en organisasjon er. Hun skriver videre at denne organisasjonsformen bekrefter postmodernistiske forutsigelser om effektene av fragmentering og manglende sammenheng i vår tid. Organisasjonsformen preges av horisontale forbindelser og partnerskap mellom ulike organisasjoner. Klijn (2008) poengterer at individualiseringen av samfunnet har forsterket inntrykket av et fragmentert samfunn og behovet for nye organiseringsformer. Forskning på området har økt i takt med fokuset på nye organiseringsformer, men ifølge Provan mfl (2011: 315) gjenstår det

fremdeles å finne svaret på en rekke spørsmål som handler om hvordan nettverk utvikles og opprettholdes.

### 3.4.1 Styringsnettverk

*Styringsnettverk* er et begrep som gjerne benyttes innenfor statsvitenskapelige tradisjoner, og som gjerne forbindes med governance- tradisjonen som ble beskrevet i forrige kapittel. Teorier om nettverk innenfor offentlig styring har til nå utgått fra ulike retninger av rasjonell teori og basert seg på forklaringer om hvordan rasjonelle intensjonelle aktører organiserer seg i nettverk på grunn av at andre aktører har ressurser som de er avhengige av.

Sørensen og Torfing (2005: 15) definerer styringsnettverk som *"en relativt stabil horisontal sammenknytning af interdependente, men operationelt set autonome aktører som interagerer og forsøger at påvirke hinanden gjennom forhandlinger, der finder sted inden for et institutionaliseret fællesskab, som er selvregulerende inden for rammer, der ofte sættes af de politiske myndigheder, og i en bred forstand bidrager til den offentlige styring"*. Sørensen og Torfing (2005: 18) beskriver hvordan styringsnettverk kan rekruttere sine medlemmer intraorganisatorisk eller interorganisatorisk, og nettverkene kan være åpne eller lukkede. Interaksjonen mellom aktørene kan i tillegg karakteriseres som tett og hyppig eller løs og sporadisk. Noen nettverk har en ad hoc karakter, og oppløses når en spesiell oppgave er utført, mens andre er mer vedvarende. Styringsnettverk kan bestå av kun offentlige aktører eller en blanding av offentlige, private og eventuelt frivillige aktører (Sørensen og Torfing 2005:43). Sørensen og Torfing (2005:43) henviser til Rhodes (1997: 1) når de hevder at nettverksstyring har fått stor utbredelse i offentlig forvaltning nettopp på grunn av fragmenteringen av offentlig sektor. Det er likevel ikke slik at alle deltakere i et nettverk har samme tilgang på ressurser og noen er derfor sterke nettverksdeltakere, mens andre er svake (Sørensen og Torfing 2005:49).

Sørensen og Torfing (2005:50) henviser til Rhodes (2000: 355) som beskriver hvilke politikkområder som best egner seg for nettverksstyring:

- De er meget kunnskapstunge
- Det er vanskelig at fastsette og måle kvalitet
- Ytelsen er vanskelig å prissette
- Ekspertskjønn og fleksibilitet er kjerneverdier

- Mange aktører og sektorer er involvert i styringen
- Det har høye politiske og administrative omkostninger å føre tilsyn
- Implementeringen er basert på lokale avtaler

Disse punktene svarer i stor eller relativt stor grad til en karakteristikk av rehabiliteringsfeltet. Når det gjelder det siste punktet er ikke implementeringen av rehabiliteringsfeltet kun basert på lokale avtaler, men siden rehabilitering til syvende og sist er et kommunalt ansvar må man kunne hevde at implementeringen i stor grad skjer på et lokalt nivå. Dette skulle tilsi at virksomhetsområdet hadde store muligheter for å dra nytte av nettverksstyrings muligheter. Når brukerundersøkelser likevel viser at tjenestemottakerne ikke opplever tjenestene som helhetlige, må man kunne stille spørsmålsteget ved om enten A) nettverkene ikke fungerer godt nok, eller B) nettverk som styringsform frembringer enkelte uintenderte effekter som fremkommer i rehabiliteringsprosessene. Sørensen og Torfing (2005: 29) lister opp mange fordeler med nettverk som styringsform, blant annet at man lett kan identifisere problemer og løse dem på et egnet nivå, at politiske beslutninger får økt kvalitet ved at ulike aktører får komme med sine synspunkter, at de danner en ramme for utvikling av konsensus, at de reduserer implementeringsmotstand og at de øker den offentlige styrings legitimitet. Den største ulempen med nettverk som styringsform er imidlertid at alle disse positive effektene kun skapes i velfungerende nettverk og det er mange faktorer som kan bidra til at nettverkene ikke fremstår som det. Ifølge Hatch (2001) er nettverksorganiseringens største utfordring å opprettholde organisasjonsidentitet og en følelse av målrettethet. Årsaken til dette er at nettverket ofte kan være spredt geografisk og man kan ha ulike interessefelt og målsetninger.

### **3.4.2 Individorienterte styringsnettverk**

Ifølge Jacobi (2011) er det største problemet med tradisjonelle nettverksteorier at det er for lite fokus på maktforholdene i nettverk. Fokuset er i stor grad på hvordan nettverk oppstår og hvordan man kan få dem til å fungere, men mindre på hvordan de ulike aktørene velger ulike strategier og hvordan interne maktforhold preger nettverkene. Dette blir spesielt problematisk i nettverk som er bygd opp rundt individer, og som har en spesiell oppgave å

løse på vegne av dette individet, men som på samme tid skal løse en samfunnsoppgave, noe som viser relevans i forhold til rehabilitering som virksomhetsfelt. Innenfor rehabiliteringsfeltet består oppgaven i å bistå tjenestemottakeren til å kunne delta "sosialt og i samfunnet". Jacobi skriver at det som er spesielt med slike nettverk er at de "*are focused on influencing the behaviour and identity of a citizen according to the negotiated common purpose*". Jacobi kaller dette *citizen-centered implementation networks* og jeg oversetter dette til *individorienterte styringsnettverk*.

Jacobi (2011) henviser til Provan og Milward (1991) som ut fra Hjern og Porters (1981) begrep "implementeringsstrukturer", kalte slike profesjonelle nettverk rundt tjenestemottakere for "*tjenesteytingsnettverk*" (min oversettelse). Begrepet ble lansert for å gjøre et skille fra mer tradisjonelle styringsnettverk med hensyn til at de ikke bare kan forstås som dannet på bakgrunn av ressursavhengighet, men også på bakgrunn av *profesjonelle normer*, eller hva som er forventet å gjøre i en slik situasjon. Her kan man også vise til March og Olsen (1995), slik Sørensen og Torfing (2005: 95) gjør: "*Hvem organisationerne kontakter, styres i mindre grad af rationelle kalkulationer og i højere grad af forestillinger om, hvem det er passende for dem at have kontakt med. Aktørene evaluerer løbende deres erfaringer med de forskellige kontakter, de har. Evalueringen sker på baggrund af de regler, normer og forestillinger, der findes i de enkelte institutioner*".

Jacobi hevder at Provan og Milwards (1991) begrep om "tjenesteytingsnettverk" er utilstrekkelig på ett vesentlig punkt. Dette gjelder tjenestemottakerens egen rolle i nettverket. Mens Provan og Milward ikke anser tjenestemottakeren som en aktør i nettverket (i alle fall ikke uttalt) mener Jacobi at dette er en av faktorene som gjør individorienterte styringsnettverk vesensforskjellig fra andre nettverk, nemlig at de dannes som et resultat av et behov for å koordinere tjenester rundt en tjenestemottaker. Derfor bør ikke tjenestemottakerne anses som passive mottakere, men som aktive deltakere i nettverket. For å kunne gjøre dette må man imidlertid ta i bruk en metode for å innlemme aktørene i undersøkelsen og min påstand er at *institusjonell etnografi* er en fremgangsmåte som kan oppfylle dette kravet, noe jeg kommer tilbake til senere. Først vil jeg imidlertid introdusere begrepet *handlingsnett* som kan være nyttig for å klargjøre hvordan man kan studere et nettverk, og hva som utgjør aktørene i et nettverk.

### 3.4.3 Barbara Czarniawska og *handlingsnett*

Barbara Czarniawska er kanskje mest kjent for at hun (sammen med Guje Sevón) har lånt begrepet *oversettelse* fra aktør- nettverksteori og introdusert det i den nyinstitusjonelle organisasjonsteoritradisjonen (Czarniawska og Sevón 1996). Budskapet er at organisasjoner ikke bare imiterer hverandre, men at ideer ofte endres på veien. Det vil si at en oppskrift både endres og oversettes på vei mellom organisasjoner. I denne studien er det imidlertid hennes bidrag til det prosessorienterte perspektivet (selv om hun meg bekjent ikke selv bruker dette ordet), blant annet gjennom begrepet *handlingsnett* som er mest relevant, og hvordan oversettelse er et sentralt begrep også innad i slike.

Ifølge Czarniawska (2005: 29- 32) blir aktørene "skapt" gjennom forbindelsene mellom handlingene, og handlingsnett fremsettes som et alternativ til nettverksbegrepet. Et handlingsnett er et kompromiss som skal fange både det konstruktivistiske aspektet ved det som organiseres (ingenting er "ferdigorganisert") og effektene av dette (et øyeblikk når det virker som om alt allerede er ferdigorganisert og uforanderlig). Czarniawska argumenterer for at organisasjoner bør studeres som handlingsnett og ikke som stabile enheter avskjermet fra omgivelsene. Hun hevder at handlingsnett- teorien skiller seg fra andre teorier om nettverk, av den grunn at hun mener nettverk er noe som skaper aktører, og ikke omvendt, og at det er i en konstant skapelsesprosess. Likevel er hun åpen for at et handlingsnett på et gitt tidspunkt vil se ut som et nettverk (i tradisjonell forstand).

Czarniawska (2007: 146) hevder at hennes årelange erfaring som organisasjonsforsker, men også i livet generelt, har etterlatt henne med et inntrykk av at mennesker ofte får ting gjort mer *på tross av* organisasjonstilknytningen enn på grunn av den. Organiseringen skjer mellom og på siden av organisasjoner, og det er her handlingsnettbegrepet kommer inn. Organisering er noe som skjer hele tiden og organisasjoner skapes og gjenskapes. Czarniawska hevder videre at begrepet ikke har analytiske ambisjoner, men at poenget heller er å peke på hva man vanligvis tar for gitt i en analyse. I stedet for å ta utgangspunkt i en organisasjon eller på forhånd bestemte aktører, bør man begynne med de handlingene som gjøres. Identiteter produseres av de handlinger som utføres og ikke omvendt; en person kalles forfatter fordi han har skrevet en bok, ikke fordi det står på visittkortet (Czarniawska 2007: 146).

Ifølge Czarniawska er forskjellen mellom det tradisjonelle nettverksbegrepet og det hun kaller handlingsnett at det i det første begrepet ligger en antakelse om at aktørene finnes der allerede og at disse skaffer seg kontakter og skaper nettverk. I begrepet handlingsnett derimot ligger en antakelse om at det er forbindelsene mellom handlingene som skaper aktører. Det vil for eksempel si at en person blir personlig koordinator i et rehabiliteringsnettverk fordi det finnes en person som har behov for å få sine tjenester koordinert, og at dette behovet faktisk aktiveres og gjøres noe med. I aktør- nettverksteori er det også forbindelsene som skaper aktører, men ifølge Czarniawska (2005: 29- 32) begynner man da studiene etter at nettverket er stabilisert: *"The focus of attention is different in action nets: organizing may or may not lead to a construction of macro actors, depending on the degree to which the connections between actions become stabilized and whether or not there is a spokesperson to represent such an actor-network"* (Czarniawska 2008: 21). Ifølge Czarniawska er det varierende i hvilken grad handlingsnett stabiliseres til å bli mer varige nettverk, og det er ulike faktorer som har betydning i dette henseende. Hennes handlingsnettbegrep er derfor et forsøk på å kombinere den nyinstitusjonelle makroteori som har som formål å studere forandring, med ANT som er en mikroteori som har som formål å studere stabiliseringsprosesser.

Begrepet handlingsnett oppleves særlig nyttig for studier av rehabiliteringsprosesser, som man kan argumentere for blir til nettverk som resultat av handlinger. Det feltet jeg studerer er ingen avgrenset organisasjon, snarere et organisatorisk *felt* og i så måte finner jeg det mer relevant å studere *handling* enn strukturer. Czarniawska (1992: 4) mener at organisasjonsforskere burde se mer til antropologien når de skal studere organisasjoner; *"An anthropologically inspired organization theory would be, then, an interpretation of organizational processes from the standpoint of the actors involved, collected and retold by a researcher (also representing a certain standpoint). It would be a polyphony of voices from inside rather than an aerial picture taken from the outside"* (Czarniawska 1992: 4).

Handlingsnett kan resultere i mer stabile nettverksformer, men det trenger ikke bli utfallet. For å studere handlingsnett må man se på hva som *gjøres* og hvordan det koples sammen med andre ting som *gjøres* i den samme konteksten; *"It is a way of questioning, that aims at capturing the traces of the past but not permitting them to decide the future; action nets, even those strongly institutionalized, are constantly remade and renewed"*



(Czarniawska 2007: 148). Man skal altså studere hvordan organisasjoner gjøres, ikke hvordan de fremstår (Czarniawska 2008: 6). Ifølge henne er det mer fruktbart å snakke om handlinger (kan tillegges formål og intensjoner) enn hendelser, og bedre å snakke om nett enn kjeder, fordi nett ikke er lineære. Alle disse handlingene er av natur lokale, men når de blir bundet sammen med andre handlinger, samt repetert på mange steder, blir de translokale. Organisering er skapelse, stabilisering og opprettholdelse av handlingsnett, og resultatet kan bli mer eller mindre stabile organisasjoner og/ eller nettverk (ibid: 2008: 31).

Som nevnt over er prosessorientert organisasjonsteori opptatt av hvordan sosiale og *fysiske* omstendigheter bidrar til forskjeller. Det vil si at også fysiske artefakter får betydning når et nettverk dannes. Spesielt tekster eller skriftlige dokumenter har den funksjonen at de stabiliserer forbindelser i handlingsnett, men det kan også være bilder, motiver, verktøy eller maskiner (Czarniawska 2008: 49); *“...the symbolic, the practical and the political aspects are woven together in the organizing processes; they do not exist in three separate domains that occasionally meet. The same hammer can serve as an ideological symbol, an object to threaten someone or to defend oneself with, but also a tool for pounding a nail into a wall. The task of the researcher is to capture such transformations of what appears to be the same object, explain how such transformations are possible, and describe their consequences”* (ibid: 2008: 52). Dette blir spesielt viktig i studier av organiseringsverktøy, som på den ene siden brukes for å organisere tjenester, men som i tillegg kan få andre mer eller mindre uintenderte effekter. Eller for å sette det litt på spissen; ethvert verktøy kan også brukes som våpen.

### **3.5 Dorothy Smith og institusjonell etnografi - et sted å begynne**

Johansson (2009: 14) hevder at *maktdimensjonen* har vært nærmest fraværende innenfor den dominerende tradisjonen av nyinstitusjonell teori. I tillegg hevder han at når man skal studere *direkte sosiale relasjoner* kommer institusjonell teori til kort. Institusjonell teori har også blitt kritisert for å mangle et aktørperspektiv og en manglende evne til å se mikronivået og makronivået i sammenheng (Røvik 2007:38). En teoretisk/ metodologisk retning som har som formål å kombinere et aktørperspektiv med et maktperspektiv og på den måten se mikronivået i sammenheng med makronivået er *Institusjonell etnografi*. Denne studien er

derfor i stor grad inspirert av denne retningen og benytter den først og fremst som fremgangsmåte, eller som Widerberg (2006: 80) beskriver det; som en "*frame of reference*". Det er likevel en fremgangsmåte som får implikasjoner for anvendelse av teori og hva slags teoretiske perspektiver man kan kombinere. Ambisjonene som ligger til grunn for den institusjonelle etnografien er å *ikke* la teoretiske begreper styre undersøkelsen, men å heller ta utgangspunkt i erfaringene til de menneskene som på en eller annen måte berøres av det man skal studere. Det er således ikke bare en forskningsmetode, men "en måte å gjøre sosiologi på", som snarere definerer forskning som oppdagelse enn som å teste teoretiske antakelser (Smith 2005: 2). Siden fremgangsmåten beskrives og diskuteres mer omfattende i neste kapittel vil jeg i dette kapitlet konsentrere meg om å sette institusjonell etnografi inn i en større teoretisk sammenheng.

Institusjonell etnografi er en teoretisk/ metodologisk retning utviklet hovedsakelig av Dorothy E. Smith samt hennes "etterfølgere". Smith er en (engelskfødt) kanadisk sosiolog som har hatt stor innflytelse spesielt innenfor feministisk sosiologisk teori. Ifølge henne selv kan institusjonell etnografi betegnes som "*a method of inquiry*", men hun poengterer også at det er en *sosiologi* og ikke bare en metode (Smith 2005), eller om man vil en *teoretisk metode*. I utgangspunktet ble institusjonell etnografi presentert som et svar på hvordan man kunne gjøre undersøkelser ut fra et feministisk ståsted, en sosiologi *for* kvinner, ikke *om* kvinner. Etter hvert har det imidlertid utviklet seg til å bli en sosiologi *for folk*, jfr en av hennes siste bøker "*Institutional ethnography. A Sociology for people*" (2005). Det kan sies å gjelde for standpunktteori generelt at man har beveget seg bort fra et spesifikt kvinnestandpunkt og mot et standpunkt for folk som på en eller annen måte blir berørt av institusjonelle praksiser, men som befinner seg utenfor dominanssystemet (Aakvaag 2008: 227). Smith har kalt dette "*to speak in the absence of speakers*". Poenget er å ta utgangspunkt i disse personenes liv og levde erfaringer og starte undersøkelsene der, i stedet for å ta utgangspunkt i teori. Smith (2005: 50) erkjenner likevel at institusjonell etnografi i seg selv er en teori, en teori som henter inspirasjon fra andres teoretiske arbeider. Likevel er målet med den institusjonelle etnografien at teori eller teoretiske begreper verken skal være utgangspunktet for undersøkelsen eller være styrende for hvordan undersøkelsen skrider frem.

En av Smiths ambisjoner er å unngå å gjøre mennesker og deres aktiviteter til objekter (Smith 2005: 28). Ved å beskrive hva konkrete mennesker *gjør* i sitt daglige liv og hvordan dette *arbeidet*, som hun kaller det, henger sammen med hva andre mennesker *gjør* i sine liv, kan man kartlegge hvordan styringsrelasjonene påvirker livene våre. Arbeidsbegrepet hennes er "sjenerøst" i den betydningen at det ikke bare er betalt arbeid eller sysselsetting som defineres som arbeid, men "alt som *gjøres av mennesker, som krever tid og innsats, som man gjør intensjonelt under spesielle omstendigheter og som man er mer eller mindre bevisst på at man gjør*" (ibid: 152, min oversettelse ). Hun mener at den tradisjonelle sosiologien har fjernet seg for mye fra menneskene den skriver om og de aktivitetene som vanlige mennesker er en del av i sitt daglige virke (ibid: 52). "When actor and action are theorized, both are abstracted from the ongoing historical process of the moment and what people are doing and bringing into being, and both are resituated in a discourse fully under sociological control" (ibid: 53). Hun introduserer *institusjonell etnografi* som et alternativ til tradisjonell sosiologi som kan bidra til å endre hvordan kunnskapen organiseres sosialt. Ved å forlenge den kunnskapen som mennesker allerede har (taus kunnskap) og gjøre denne synlig for andre er formålet å endre kunnskapens sosiale organisering. Metoden består i å kartlegge hvordan sosiale relasjoner henger sammen mellom det hun kaller "local sites". Målet er å synliggjøre hvordan mennesker er bundet til og styres av de utvidede sosiale og økonomiske styringsrelasjonene (ibid: 29). Dette kan blant annet *gjøres* ved å studere tekstens betydning i samfunnet og hvordan de fungerer som broer mellom det lokale og det ekstralokale. Tekstene sees som representanter for styringsrelasjonene siden de vanligvis blir produsert av mennesker som befinner seg innenfor dominanssystemet.

Standpunktteoretikere har blitt kritisert for å ikke se sin egen rolle i produksjonen av vitenskap. Donna Haraway har blant annet stilt spørsmålstegn ved om man "ser bedre og skaper bedre kunnskap fra undertrykte og marginale posisjoner" (Asdal mfl. 2001: 26). Clough (1993) kritiserer Smith for å ha unnlatt å se sosiologien som en dominerende og styrende diskurs i seg selv. Hun hevder at det er umulig for forskeren å se forskjellen på faktiske aktiviteter og ideologiske praksiser. Jeg kan være enig i påstanden om at en ny teoretisk retning alltid vil skape en mulighet for at denne blir en del av en styrende diskurs. Likevel kan man hevde at man ved å ta utgangspunkt i faktiske menneskers beskrivelser av

sine erfaringer enklere vil kunne unngå å bli fanget av diskursene enn ved å starte i teoretiske perspektiver. For denne studiens vedkommende er imidlertid ønsket å se organiseringen av tjenester fra de som blir berørt av dette, fordi det oppfattes som en fruktbar tilnærming til et empirisk fenomen. Det er vanskelig å leve seg inn i andre personers levde erfaringer, og jeg vil (kanskje) aldri bli i stand til fullt og helt å sette meg inn i hvordan det er å være i en rehabiliteringsprosess, men ved å starte undersøkelsen hos de som er det vil jeg sannsynligvis kunne komme nærmere målet enn ved å starte hos dem som produserer tjenestene. I sitt svar til Clough skriver Smith (1993: 183) at hun snakker om *et sted* å begynne, et utgangspunkt for studien. For min del er det nettopp det som er avgjørende. Jeg begynner min undersøkelse hos de som er i en rehabiliteringsprosess og deres erfaringer blir styrende for den videre analysen. Likevel vil jeg også ta meg den frihet å bevege meg over i andre teoretiske tradisjoner, som jeg mener "snakker til" institusjonell etnografi når det gjelder epistemologisk forståelse.

Oppsummert kan man si at institusjonell etnografi for det første er en tilnærming som har som utgangspunkt å være en sosiologi *for* mennesker, ikke *om* mennesker. For det andre er det en eksplorerende metode som betrakter subjektene som kunnskapshavere. For det tredje forsøker retningen å si noe om det ekstralokale i det lokale, det vil si å kople systemnivået til individnivået.

### **3.5.1 Dorothy Smith i relasjon til Barbara Czarniawska**

Jeg har nå introdusert Dorothy Smiths institusjonelle etnografi og Barbara Czarniawskas handlingsnett (sistnevnte med utgangspunkt i prosessorientert organisasjonsteori). Sørensen og Torfing (2005: 34) påpeker at det kan være problematisk å blande sammen begreper og argumenter fra ulike teoretiske retninger som har ulike ontologiske og epistemologiske utgangspunkt. Derfor blir det viktig å drøfte hvor Czarniawska og Smith møtes og eventuelt skilles. Slik jeg leser dem møtes de oftere enn de skilles, selv om det kan være et uttrykk for hvilke "briller" man tar på. Når det gjelder epistemologisk ståsted så vil jeg tro at de begge i en viss grad vil kalle seg konstruktivister. Det vil si Czarniawska gjør et poeng av dette i *En teori om organisering* (2005), mens Smith ikke bruker dette begrepet (så vidt meg bekjent). Bygnes (2008: 188-189) skriver imidlertid at Smith viser til institusjonaliseringsprosesser i

tråd med sosialkonstruktivistisk tenkning. Den konstruktivistiske retningen innenfor metodologi handler om at all kunnskap er subjektiv og at verden oppleves ulikt fra person til person. Det gir derfor ikke mening å snakke om objektive sannheter.

Et annet fellestrekk mellom Czarniawska og Smith er at de forholder seg til en verden i stadig forandring. Smith fremhever at institusjonell etnografi alltid må forbli en "open-ended" teori, det vil si at man må til enhver tid være åpen for forandringer og nye innsikter. I tillegg påpeker hun at "*the institutional is to be discovered in motion*" (2005: 225). Målet er ikke å skape allmenngyldige modeller for hvordan samfunnet skal studeres, men heller å skape muligheter for å forandre, utvikle og forbedre teori slik at den samsvarer bedre med den verden man lever i. Organisasjoner eller institusjoner skal derfor ikke studeres som faste avgrensede enheter, men som åpne systemer (i tråd med nyinstitusjonell teori).

Begge søker i tillegg å vise koplinger mellom mikronivået og makronivået. Czarniawska gjennom å kombinere nyinstitusjonell teori (makro) med ANT (mikro), og Smith ved å vise hvordan lokale handlinger kan spores til ekstralokale strukturer. Begge ser på det sosiale som "koordinerte aktiviteter". Menneskers praksiser, det arbeidet og de aktiviteter de utfører er det som utgjør det sosiale (Smith 2005: 57, Czarniawska 2008). Begge hevder også at disse aktivitetene og hvordan de henger sammen gjerne er uklart for menneskene selv (Smith 2005: 29, Czarniawska 2008: 8). Videre er det et mål for forskningen å viderefremme hvordan det sosiale gjøres og hvordan det henger sammen, selv om Czarniawska i stor grad skriver om de ansatte i organisasjonene, mens Smith er mer opptatt av dem som berøres av organisasjonenes eller institusjonenes aktiviteter<sup>24</sup>. Både Smith og Czarniawska er opptatt av at det er handlinger/ arbeid som bør studeres og at dette skal skje nedenfra og opp. Dette er blitt kalt "verbsosiologi" av blant andre Law (2004).

Smith erkjenner at teoretiske begreper kan være nyttige, men påpeker at de ikke er selvforklarende og må fylles med mening. Czarniawska (2005: 26) peker for eksempel på at det kan være problematisk når begreper innenfor samfunnsvitenskapene blir behandlet på samme måte som naturvitenskapelige begreper. Disse begrepene er ofte nominaliseringer av verb, det vil si at et verb som uttrykker et individs handling blir gjort om til et substantiv og subjektet forsvinner dermed fra teksten (Widerberg 2007: 16). Smith (2001: 168) henviser

---

<sup>24</sup> Dette er min lesning av de to forfatterne, basert på hva de legger vekt på i sine tekster. Det er selvsagt ikke sikkert de ville være enige med meg i denne tolkningen.

til Halliday and Martin (1993: 7) som forklarer hvordan Isaac Newton dannet begrepet "refraction" ut av at "the light is refracted". *"I propose that nominalizations such as "organization", "institution" or "discourse" can be substructured ethnographically to discover just how their characteristic objectifications are locally accomplished* (Smith 2001: 168). Smith (2001: 172) skriver om hvordan organisasjonsteoretikere generelt har skrevet om begreper uten å "rotfeste" det i virkeligheten. Man er vage med hensyn til å beskrive hvor man henter begrepene man bruker fra og hvordan de er empirisk belagt (Smith 2001: 172). Smith (2001: 173) mener ikke at man ikke skal bruke metaforer eller teoretiske begreper, men at man gjennom forskning skal finne empiriske eksempler som støtter opp under disse begrepene og forløperne til begrepene.

Både Smith og Czarniawska henviser til Berger og Luckmann (1966) og kanskje er kunnskapssosiologien således et felles møtested? Berger og Luckmanns prosjekt var å gjøre en sosiologisk analyse av hverdagsvirkeligheten eller "den kunnskapen som styrer vår atferd i hverdagen" (Berger og Luckmann 1966:40). Czarniawska (2005: 33) bygger på Berger og Luckmanns resonnement om dannelsen av institusjoner; *"Institusjonalisering skjer når forskjellige aktører gjensidig deler vanemessige handlinger inn i typer. Sagt på en annen måte er enhver slik typeinndeling en institusjon"* (Berger og Luckmann 1966: 70). Ifølge Czarniawska (2005: 33) er et handlingsmønster en repetisjon av handlinger som er så tydelig at det kan oppdages av en observatør. Hun hevder at alle handlinger er lokale, men når de skjer på samme tid flere plasser i verden blir de translokale (ibid: 44). Selv om Czarniawska ikke henviser til Smith (unntatt når det gjelder feministisk teori), er den siste setning som hentet ut av Smiths resonnementer om at hverdagslivet organiseres av translokale relasjoner. Selv om begge er inspirert av etnografisk tenkning mener begge at den tradisjonelle etnografien er for stedsbunden, og at den i for liten grad forsøker å forklare hvorfor ting er som de er (Smith 2005, Czarniawska 2004: 774).

Kanskje kan forskjellen mellom dem ligge i det Asdal (2004) kaller skillet mellom sosialkonstruktivisme og postkonstruktivisme som handler om hvilke aktører en fremhever som interessante å studere, eller retttere sagt hva eller hvem man betrakter som aktører. Asdal (2004) knytter postkonstruktivisme til forfattere som Donna Haraway og Bruno Latour. Hovedpoenget i denne retningen er at man "griper fatt i naturproblematikken". Det vil si at man fokuserer på hvordan *naturen* påvirker *kulturen* og hvordan dette henger sammen.

Sosialkonstruktivismen på den andre siden er mer opptatt av at alt kan reduseres til "det sosiale". Uavhengig av hvorvidt man betegner Smith som konstruktivist eller sosialkonstruktivist, så er hun i alle fall ikke like opptatt av naturproblematikken som Latour og kan derfor ikke betegnes som postkonstruktivist. Hun beveger seg bort fra poststrukturalismen eller den tekstlige vendingen (Widerberg 2004: 184). Hun er opptatt av hvordan man kan komme *forbi* diskursene som preger samfunnet, og mener at løsningen på dette er å studere sosiale relasjoner og hva som faktisk *gjøres*. Hennes prosjekt er å komme bak de språklige diskursene i stedet for å bruke dem som forklaringsfaktorer. Hun er opptatt av hvordan *tekster* genererer aktiviteter. Smith *gjør* ikke et poeng av at tekstene er aktører i seg selv, men fremhever tekstene som manifestasjoner av *diskurser*. Det er snarere hvilken betydning en tekst i seg selv får for menneskelig atferd som ifølge Smith bør studeres. Czarniawska på den andre siden er slik jeg leser henne både opptatt av hvordan tekster stabiliserer nettverk (genererer aktiviteter), men også hvordan de kan opptre som aktører i seg selv. Det er nettopp denne forskjellen i hva man betrakter som *aktører i seg selv i det sosiale* som jeg mener er hovedforskjellen mellom de to forfatterne og de to retningene prosessorientert organisasjonsteori/ handlingsnett og institusjonell etnografi, samt hvilken plass disse aktørene får i forskningen. I hvilken grad dette har noen praktisk betydning eller om de to teoretikerne bare har ulike prosjekter og ulike fokus, er det imidlertid vanskelig å svare på.

I tillegg er maktaspektet noe ulikt vektlagt hos de to teoretikerne. Mens Smith er marxistisk influert, og dermed opptatt av hvordan strukturelle forhold former menneskers hverdagsliv, er Czarniawska mer opptatt av at makt skapes i nettverkene. Det vil si at mens Smith mener at makt er noe som er bakenforliggende, eller en årsak til at ting skjer som de *gjør*, tar Czarniawska hovedsakelig utgangspunkt i at det er makt som er resultatet eller effekten av det som skjer eller *gjøres* (Czarniawska og Hernes 2005).

Det som er vanskelig med å sammenlikne to forfattere som ikke kommenterer hverandres verker, og som ikke har en faglig dialog seg imellom, er at det er umulig å si noe bastant om hvor de er uenige. Det er vanskelig å vite om de egentlig er uenige eller om de bare vektlegger ulike ting, bruker ulikt språk eller har ulike fokus. Man blir bare nødt til å forholde seg til det de har skrevet på hver sin kant og se på det som en samtale som man selv kan delta i. Czarniawska (2008: 135- 136) fremholder at det er viktig å se på forskning

generelt og organisasjonsteorien spesielt, som en samtale mellom forskere snarere enn en akkumulasjon av fakta, og å bruke det man finner nyttig for å svare på en problemstilling. For denne studiens del er likhetene mellom dem etter min mening mange nok til at det ikke utgjør et problem å kombinere deres ulike perspektiver. Oppsummert kan man si at de begge er tydelige på at forskning ikke skal ta utgangspunkt i teoretiske begreper, men at forskeren skal studere faktisk handling som gjøres innenfor eller mellom institusjonelle praksiser i en verden i stadig forandring.

### **3.5.2 Institusjonelle diskurser og meningskaping**

*Institusjonelle diskurser* er et sentralt begrep innenfor institusjonell etnografi som viser til de tatt- for- gitte sannheter som personer som befinner seg innenfor et felt deler. Diskursene legger gjerne premissene for hva involverte personer forteller om og skaper derfor en barriere for hvilken kunnskap man kan få om et felt (Smith 2005: 155). Diskursene formuleres naturlig nok ikke i et vakuum, men blir til i en sammenheng med politiske tekster, debatter, lover og regler og institusjonelle sedvaner som etableres over tid. Ifølge Foucault presenteres enkelte formuleringer som om de var nøytrale, noe som får dem til å fremstå som *sannheter* (Neumann 2001). Neumann (2001) definerer begrepet diskurs som *"et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett av sosiale relasjoner"*. Institusjonell etnografi deler i utgangspunktet Foucaults diskursbegrep, men skiller ikke diskursene fra aktørene på samme måte som Foucault gjør. I stedet er det nettopp hvordan diskursene manifesterer seg i personers hverdagsliv og hvordan de skapes og gjenskapes i det "lokale" som skal utforskes (Campbell og Gregor 2004: 40).

Ifølge Weick (1995) organiserer ikke mennesker sin arbeidsdag etter rasjonelle overveide valg, men av at man skaper mening ut av det man allerede har gjort. Meningskappingsbegrepet er således ment å skulle forklare hvordan mennesker konstruerer og dekonstruerer problemer, løsninger og beslutninger. På det tidspunkt et problem (for eksempel) er gitt en mening blir det gitt en nøytral status til nye problem oppstår som krever ny meningskaping. På denne måten, kan man trekke tråder mellom Smiths teori om



institusjonelle diskurser og Weicks meningsskaping, eller for den saks skyld aktør-nettverksteoriens "sorte bokser" (Latour 2005). Poenget er at noe gis en mening og dermed tas for gitt slik at det former måten man handler på og hva man snakker om (eller ikke). Rasjonell teori med sine antakelser om at aktører handler på bakgrunn av veloverveide beslutninger blir motstykket til et slikt retrospektivt perspektiv.

### 3.6 Avslutning

Som beskrevet ovenfor har perspektiver på hvordan organisasjoner kan forstås og studeres utviklet seg i ulike retninger i løpet av de siste hundre år. Både Hatch (2001:18) og Czarniawska argumenterer for at paradigmene ikke avløser hverandre kronologisk, men at de eksisterer på samme tid side om side og at man kan bruke ulike sider av de ulike perspektivene for å si noe om det man ønsker å studere.

I dette kapitlet har jeg presentert de viktigste teoretiske bidragene som denne avhandlingen er tuftet på. Det vil si institusjonell etnografi og prosessorientert organisasjonsteori med fokus på Czarniawskas handlingsnett. Disse bidragene, som skiller seg på noen områder, men som møtes på andre, vil etter mitt syn kunne være med på å belyse studiens problemstilling om hvordan tjenester organiseres rundt personer som er i en rehabiliteringsprosess. Charles Perrow (1980: 272) oppsummerer at *"Since we live in an organizational society, almost anything we can learn about them will help us survive among and in them"*. Den prosessorienterte organisasjonsteorien er en måte å forklare hvordan selve organiseringen gjøres ved hjelp av meningsskaping i handlingsnett. Den institusjonelle etnografien har et fokus på kunnskapen de menneskelige aktørene som alltid er en del av en organisasjon, eller berøres av en organisasjons aktiviteter, kan tilføre studier av organisasjoner. I neste kapittel vil institusjonell etnografi som fremgangsmåte presenteres og diskuteres mer inngående.

## Kapittel 4 Fremgangsmåte

### 4.1 Innledning

I løpet av prosessen med å gjøre denne undersøkelsen har jeg gått mange runder rundt temaet: *Hvordan kan man studere organisering?* Ulike fagtradisjoner foreslår ulike metoder og strategier for hvordan temaet kan undersøkes og det er vanskelig å orientere seg på tvers av fagdisipliner. Målet har hele tiden vært å undersøke temaet fra et "bottom- up"-perspektiv, altså å ta utgangspunkt i tjenestemottakerens beretninger. Likevel ble usikkerheten omkring hvordan man kan si noe om et system fra et individperspektiv et tilbakevendende tema. Da jeg ble introdusert for Dorothy E. Smiths *institusjonelle etnografi* falt noen brikker på plass og hennes forslag til hvordan man kan finne sammenhenger mellom individuelle handlinger og samfunnsforhold har vært til stor inspirasjon gjennom arbeidet med denne avhandlingen. Dette kapitlet vil presentere og drøfte de valg jeg har tatt og de fremgangsmåtene jeg har brukt i løpet av den perioden jeg har holdt på med arbeidet med å forberede undersøkelsen, samle inn data som utgjør grunnlaget for analysen, analysere data og tilslutt skrive ut det ferdige produktet.

### 4.2 Forskningstema og spørsmål

Som beskrevet i innledningskapitlet er temaet for denne avhandlingen *tjenesteorganisering i virksomhetsområdet rehabilitering*. Det er personer som er i en rehabiliteringsprosess og deres tjenesteytere som har fortalt meg om hvordan dette gjøres. Bourdieu (1992: 243) foreslår at man bør se på forskningsobjektet sitt som et *felt* som skal undersøkes, det vil si "*a structured space of social forces and struggles*". Det er således *rehabiliteringsfelt* som er mitt *forskningsobjekt*, det vil si *relasjonene* mellom de involverte aktører i rehabiliteringsprosessen. Smith (1987: 3, 2005: 225) kaller et slikt felt for et system av styringsrelasjoner rundt en spesifikk funksjon. Rehabilitering med sine komplekse strukturer utgjør spennende felt for organisasjonsstudier, nettopp på grunn av deres tilsynelatende løse organisering. Aktørene og lokaliseringene er mange og ikke lett avgrensbare fordi de består av både private og offentlige, statlige og kommunale organisasjoner. Studiens oppgave blir derfor å finne ut både hvem som inngår i feltet, hvordan feltet ser ut, hvilke oppgaver som gjøres av hvem og hvorfor, og hvordan dette forstås av de involverte parter. Formålet med studien er altså å produsere kunnskap om tjenesteproduksjon innenfor

rehabiliteringsfeltet, og den overordnede problemstillingen for arbeidet med avhandlingen har handlet om hvordan tjenester organiseres omkring personer som er i en rehabiliteringsprosess. Hensikten er å gå utover det rent deskriptive ved å søke å forstå hva som gjøres og hva som påvirker denne "gjøringen".

### 4.3 Forskningsstrategi

Valg av forskningsstrategi er avgjørende for hva man kan finne ut med en undersøkelse. Fokuset i denne avhandlingen er på hvordan organiseringen av tjenester foregår, altså hvordan organisering gjøres. Det handler om å beskrive og å forstå komplekse sosiale prosesser, noe som forutsetter en kvalitativ tilnærming.

Tradisjonelt har man innenfor academia skilt mellom en *induktiv* og en *deduktiv* strategi, hvor den førstnevnte tar utgangspunkt i det empiriske materialet og teoretiserer ut fra det, mens den andre tar utgangspunkt i en teoretisk modell som man forsøker å teste formulerte hypoteser opp mot. Innenfor samfunnsforskning er det få som nå vil hevde at det er mulig å tilnærme seg et empirisk materiale fullstendig teoriløst, selv om Grounded Theory- retningen (Glaser og Strauss 1967) kanskje er den metodiske tilnærmingen som går lengst i så måte. På den andre siden er det innenfor samfunnsforskningen en enighet om at en ren deduktiv modell ofte vil resultere i at modellene blir bekreftet fordi man gjerne "finner det man leter etter". Ryen (2002: 20) viser til Alvesson og Skjöldberg (1994) som har introdusert begrepet *abduksjon* som et alternativ til de mer tradisjonelle prinsippene for tilnærming til data; induksjon og deduksjon. Dersom man følger en abduktiv tilnærming tar man utgangspunkt i empirien, men avviser ikke teoretiske forestillinger. Blaikie (2000: 114) kopleer begrepet sammen med det han kaller *fortolkende metoder* (interpretive approaches), som er en fellesbetegnelse for en rekke retninger som deler ontologisk ståsted (hermeneutikk, fenomenologi, symbolsk interaksjonisme, eksistensialisme og sosialkonstruktivisme). Disse retningene tar blant annet utgangspunkt i at den sosiale verden blir fortolket og erfart forskjellig av sosiale aktører, og det er disse erfaringene og tolkningene som er interessante å undersøke. Aktørene reproducerer den sosiale verden med sine handlinger og det er dette man må forsøke å undersøke ved hjelp av språket. En forutsetning for den abduktive forskningsstrategien er derfor et syn på at den sosiale verden

i en eller annen forstand er konstruert eller formet av sosiale aktører, og de fortolkninger en forsker gjør av den sosiale verden er således allerede tolket av de sosiale aktørene (Blaikie 2000: 115). Dette er også utgangspunktet for institusjonell etnografi som er den fremgangsmåten som er benyttet i dette prosjektet og som jeg nå vil presentere.

#### **4.3.1 Institusjonell etnografi som fremgangsmåte**

Som introdusert i kapittel 3 har jeg benyttet *institusjonell etnografi* som fremgangsmåte for å få kunnskap om hvordan organiseringen av tjenester erfares og beskrives av personer som er i en rehabiliteringsprosess og de involverte tjenesteytere. Nettopp det at studiefeltet er så vanskelig å avgrense gjør en metode som institusjonell etnografi spennende å utforske. Det er sikkert mange tilnæringsmåter som kunne vært fruktbare for å studere rehabilitering som virksomhetsfelt. Det er heller ikke nødvendigvis slik at de ulike bestanddelene i institusjonell etnografi er spesielt originale. Likevel føler jeg at summen av de ulike bestanddelene som institusjonell etnografi består av gir mening når det gjelder å studere hvordan organisering gjøres. DeVault og McCoy (2006:15) har en definisjon på institusjonell etnografi som gir en god sammenfatning av hva det handler om: *"the investigation of empirical linkages among local settings of everyday life, organizations, and translocal processes of administration and governance"*. I det følgende vil jeg forsøke å forklare hva som ligger i denne definisjonen, samt gjøre rede for hvordan institusjonell etnografi brukes som fremgangsmåte i min studie.

#### **4.3.2 Situert kunnskap som utgangspunkt**

Målsettingen med å bruke institusjonell etnografi som framgangsmåte er å produsere kunnskap *for* mennesker og ikke *om* mennesker. Den kunnskapen som produseres er en synliggjøring av hvordan ting *gjøres*. Dette samsvarer med målet for mitt prosjekt som er å si noe om hvordan tjenester faktisk organiseres rundt mennesker som er i en rehabiliteringsprosess. Ifølge Smith (2005) kan man ikke lage en sosiologi for mennesker ved å studere menneskene; man må ta utgangspunkt i deres hverdagslivserfaringer og vise hvordan makt og styringsrelasjoner blir avgjørende for hvordan de kan leve livene sine. Utgangspunktet er at all kunnskap er situert og skapes fra et ståsted, og i institusjonell

etnografi blir dette ståstedet menneskers hverdagsliv og de erfaringene som gjøres der. Institusjonell etnografi er inspirert av blant annet etnometodologi som også begynner undersøkelsene i den verden som menneskene lever i og symbolsk interaksjonisme med sitt fokus på språket som en nøkkel for etnografisk oppdagelse (Smith 2005: 2).

En institusjonell etnografi starter i menneskers hverdagsliv der de befinner seg og utforsker sosiale relasjoner og organisering som man deltar i til daglig, men som ikke ligger åpent i dagen; det vil si ikke er helt tydelig for oss. Tanken bak er at kunnskap om et samfunn må komme fra et ståsted og at denne kunnskapen er sosialt organisert. Menneskenes erfaringer definerer så hvilken retning forskningen videre skal ta. Det er her den såkalte *problematikken*<sup>25</sup> blir identifisert som gir retning til den videre studien. Den identifiseres ut fra problemer, interesser eller saker som er ekte for mennesker som forholder seg til den institusjonelle orden de befinner seg i, og som man ønsker å si noe om. Det er imidlertid ikke disse *personene* som er objekter for undersøkelsen. Menneskene som intervjues er ikke et utvalg av en populasjon, de er subjekter som kan fortelle om sin arbeidskunnskap. Man studerer altså ikke menneskene som blir intervjuet, men har dem og deres "hverdagslivserfaringer" som utgangspunkt for videre undersøkelser av den institusjonelle ordningen eller det institusjonelle komplekset man ønsker å studere og disse erfaringene viser så vei for den videre undersøkelsen (Smith 2005:207). Jeg har altså verken forsket på personer som mottar tjenester eller personer som yter tjenester, men brukt deres erfaringer og beskrivelser av det arbeidet som gjøres til å identifisere den institusjonelle problematikken fra deres ståsted ved å kartlegge hvordan arbeidet gjøres i praksis, og hvordan arbeidet deres henger sammen med det arbeidet andre personer gjør.

### 4.3.3 Arbeidskunnskap

Undersøkelsesprosessen i en institusjonell etnografi handler om å utforske hvordan mennesker "arbeider". Det vil i mitt prosjekt si hvilket arbeid som utføres i rehabiliteringsprosessen, altså det man gjør intensjonelt og som krever tid og innsats (Smith 2005: 152). Det er derfor en mer sjenerøs definisjon av arbeidsbegrepet, enn bare betalt arbeid. Man undersøker hvilke erfaringer som er gjort av de som er direkte involvert i det

---

<sup>25</sup> Jeg oversetter Smiths begrep *problematic* til *problematikk*, selv om jeg ikke er sikker på om dette blir helt riktig. Marte Rua (2009) oversetter begrepet til *problemområde*.

*institusjonelle komplekset* man undersøker. I stedet for å ta utgangspunkt i teori, begynner studier som benytter seg av institusjonell etnografi i menneskers hverdagsliv og det arbeidet de utfører. Man intervjuer ofte flere personer som deltar i den samme eller liknende institusjonelle prosesser for å forsøke å avdekke mønstre i deres fortellinger om det arbeidet som gjøres.

Det har vært nyttig for meg å ta utgangspunkt i konkrete virkelige rehabiliteringsprosesser. Dette ga meg mulighet til å spørre om hva som faktisk hadde blitt gjort i prosessene slik at jeg unngikk å bare få svar som handlet om hva man "etter boken" skal gjøre. Derfor kunne jeg for eksempel spørre om "Hvem var det som tok initiativ til å lage en individuell plan og hvorfor?" "Hvem deltok i planleggingen?", "Hvorfor gjorde dere det på den måten?", "Hva ble resultatet?", "Hva gjorde du konkret i arbeidet med den individuelle planen?". Jeg fulgte altså ikke en fast spikret intervjuguide, men stilte spørsmål av denne typen hver gang informantene kom inn på ett emne.

#### **4.3.4 Kartlegging som metode**

Smith bruker ofte *kartet* som metafor på hvordan en institusjonell etnografi kan gjennomføres. Kart er gjerne en representasjon av virkeligheten som forsøker så godt det lar seg gjøre å gi et bilde av hvordan et gitt terreng ser ut. Formålet er at mennesker skal kunne se tydeligere hvordan terrenget ser ut, og hvor man kan gå for å komme seg videre, ved å utvide deres kunnskaper om dette terrenget (Smith 2005: 52). Jeg har forsøkt å kartlegge rehabiliteringsprosesser ved å intervju de personene som har vært involvert. Intervjuene mine har forløpt som samtaler der jeg har bedt informantene om å beskrive rehabiliteringsprosessen fra deres ståsted. Jeg har oppfordret dem til å fortelle så detaljert som mulig om hvem som har vært involvert, på hvilken måte de har vært involvert, hvem som har gjort hva, hvem som har hatt kontakt med hverandre og på hvilken måte, hvem som har tatt initiativ til hva og hvordan det i praksis er blitt gjort. For eksempel; dersom informanten snakket om at de hadde hatt et ansvarsgruppemøte spurte jeg: hvem tok initiativ til å arrangere et ansvarsgruppemøte, hva var formålet med møtet, hvem deltok, hvilke oppgaver ble fordelt mellom dem som møtte og så videre. Dette er i tråd med institusjonell etnografi hvor fokuset er å kartlegge prosesser så detaljert som mulig for å

forsøke å finne ut hva som skjer eller har skjedd. Man ønsker altså å kartlegge hvordan menneskers handlinger koordineres med andre menneskers handlinger. Det vil si at i stedet for å spørre: "Hvordan foregår samarbeidet med etat x?", så forsøker man å kartlegge samarbeidsprosedyrer så detaljert som mulig ved å for eksempel spørre om et konkret hendelsesforløp.

#### 4.3.5 Identifisering av styringsrelasjoner

Dersom man forholder seg til institusjonell etnografi skal man imidlertid ikke stoppe med kartleggingen av arbeidet som gjøres i "det lokale". Formålet er videre å søke å få øye på hva det er som gjør at man handler som man gjør. Sagt på en annen måte handler det om å identifisere de institusjonelle ordningene som på en eller annen måte påvirker hverdagslivene våre og som Smith (2005) kaller *the ruling relations*. Styringsrelasjonene trenger ikke nødvendigvis å være av negativ karakter. For å kunne identifisere styringsrelasjonene blir det viktig å spørre om hvorfor informantene utførte handlingene; hvorfor de gjorde det de gjorde og hvorfor de gjorde det på den måten de gjorde det. Man ønsker med andre ord å få øye på hvilke styringsrelasjoner som organiserer hverdagslivene våre, altså hvordan det translokale styrer eller har betydning for det lokale. Et virkemiddel for å få øye på styringsrelasjonene som med tiden er blitt en stadig større del av institusjonell etnografi, er å se på hvordan tekster koordinerer menneskelig handling. Vi forholder oss i stadig større grad til tekster av ulike slag og tekstene blir derfor et viktig utgangspunkt for etnografisk undersøkelse. Smith (2005:228) har også en sjenerøs forståelse av tekst som defineres som "*material in a form that enables replication of what is written, drawn or otherwise reproduced*". Det vil si at for eksempel internettsider, tv m.m. behandles som tekst. Hvordan tekster er brukt i denne studien kommer jeg tilbake til når jeg beskriver hvordan analysen er utført.

Smith (2005: 225) definerer begrepet institusjon på denne måten: "*complexes embedded in the ruling relations that are organized around a distinctive function, such as education, health care and so on. The terms identify the intersection and coordination of more than one relational mode of ruling*". Rehabiliteringsfeltet kan sees som et slikt institusjonelt kompleks som inneholder ulike styringsrelasjoner eller styringslogikker som på

en eller annen måte koordineres eller i alle fall møtes. DeVault og McCoy (2006:17) utdyper definisjonen av begrepet institusjon:

*"Institutions, in this usage, does not refer to a particular type of organization; rather it is meant to inform a project of empirical inquiry, directing the researcher's attention to coordinated and intersecting work processes taking place in multiple sites. For example, when health care is considered as an institution, what comes into view is a vast nexus of coordinated work processes and courses of action- in sites as diverse as hospitals, homes, doctors' offices, community clinics, elementary schools, workplaces, pharmacies, pharmaceutical companies, advertising agencies, insurance companies, government ministries and departments, mass media, and medical and nursing schools. Obviously, institutions cannot be studied and mapped out in their totality, and such is not the objective of institutional ethnography. Rather the aim of the institutional ethnographer is to explore particular corners or strands within a specific institutional complex, in ways that make visible their points of connection with other sites and courses of action."*

Etter at jeg hadde intervjuet tjenestemottakerne, intervjuet jeg de tjenesteyterne som tjenestemottakerne beskrev som viktige for sin prosess. Begrunnelsen for dette er at disse tjenesteyterne på en måte er representanter for de styringsrelasjonene som jeg ønsker å studere. DeVault and McCoy (2006: 21- 30) beskriver den videre framgangsmåten slik:

*"Thus a second stage of research commonly follows that usually involves a shift in research site, although not in standpoint. Often this shift carries the investigation into organizational and professional work sites. Often, interviews with managers and administrators are conducted in the later phases of institutional ethnographic studies, so that researchers can use information gained from clients and frontline workers to direct the interviewing".*

Etter å ha kartlagt rehabiliteringsprosessene med utgangspunkt i tjenestemottakernes erfaringer gikk jeg derfor videre til å intervju tjenesteyterne som hadde vært involvert i deres prosesser for å utdype og videreutvikle "kartet". Formålet er imidlertid ikke å finne samsvar mellom informantenes fortellinger. Det er krysningen og utfyllingen av disse fortellingene om hvordan "arbeidet" koordineres som er av interesse



(Smith 2005: 63). Man kan bruke ulikhetene i perspektiv og erfaring til å fylle ut eller korrigere fortellingene (ibid: 158).

#### 4.3.6 Om standpunkt, ståsted og utgangspunkt

Campbell og Gregor (2004: 48) poengterer at forskning alltid er formet av interessene til dem som ønsker kunnskap om noe (*is framed from the perspective of those who need to know*), enten de er på utsiden eller på innsiden av det man produserer kunnskap om. Ett av de mest karakteristiske trekkene ved institusjonell etnografi er betydningen av et forskningsmessig *standpunkt*. Sandra Harding (1992), som er kjent som standpunktteoriens grunnlegger, argumenterer for at forskere (og alle andre) har en subjektposisjon i samfunnet og er posisjonert på en eller annen måte, noe det er umulig å komme bort fra. Smith (2005: 8) skriver at den tradisjonelle standpunktteorien forfektet at marginaliserte grupper gjerne ser mer, bedre og lengre enn andre, nettopp fordi de er marginalisert. Hun (2005: 10) skriver imidlertid at hennes standpunkt- begrep skiller seg fra Hardings på den måten at det heller er snakk om et utgangspunkt for hvor forskningen skal starte enn en bestemt posisjon i samfunnet. Hun skriver at hennes standpunkt- begrep "*does not identify a position, gender, class, or race within the society, but it does establish as a subject position for institutional ethnography as a method of inquiry, a site for the knower that is open to anyone*". Utgangspunktet<sup>26</sup> sier noe om hvor studien begynner og hvilken retning undersøkelsen skal ta. Ett av poengene med institusjonell etnografi er at forskerens hovedintensjon skal være å utvide menneskenes innsikt i sin egen hverdag og deres kunnskap om hvorfor ting skjer som de gjør (Smith 2005: 42).

Calás og Smircich (2009) beskriver institusjonell etnografi som den mest konkrete fremgangsmåten som er kommet ut av standpunktteorien. De hevder imidlertid at standpunktbegrepet brukes annerledes nå enn tidligere, og at man mer kan snakke om "gruppestandpunkt", det vil si at formålet blir å finne ut hvordan grupper marginaliseres både moralsk og politisk. Andersson (2008) argumenterer for at det man kaller postmoderne feministiske teorier og standpunktteorier har nærmet seg hverandre når det gjelder synet på

---

<sup>26</sup> Dorothy E. Smith gjorde rede for standpunktbegrepet sitt på et kurs jeg deltok på 3- 5 oktober 2010 ved Universitetet i Oslo. Hun fortalte at begrepet ofte ble benyttet på måter som lå utenfor det som hadde vært hennes intensjon med begrepet og at hun hadde brukt begrepet for å si noe om hva forskningen skulle ta utgangspunkt i eller hvor den skulle starte fra.

hva slags kunnskap som er gyldig, og Haraways begrep *situert kunnskap* er blitt en slags felles plattform.

Czarniawska (2008: 134- 135) poengterer at det er viktig at alle stemmer blir presentert, inkludert forskerens, som skal skilles klart og tydelig fra informantenes. Forskerens perspektiv er *ett* blant mange perspektiver. Det blir forskerens oppgave å presentere disse ulike stemmene og forsøke å forklare hvorfor mennesker ikke ser virkeligheten på samme måte. Siden jeg tar utgangspunkt i et spesielt ståsted, altså erfaringer ved å være i en rehabiliteringsprosess, anser jeg det som viktig å være tydelig på hva som er min stemme som forsker, og hva som er informantenes stemme.

#### **4.4 Datainnsamling**

Informantenes ”stemmer”, det vil si deres erfaringer og arbeidskunnskap ble samlet inn gjennom det man i metodelitteraturen gjerne kaller åpne ustrukturerte intervjuer. I tillegg har jeg fått tilgang til enkelte skriftlige dokumenter som på en eller annen måte har blitt brukt i forbindelse med rehabiliteringsprosessene. Innholdet i disse skriftlige dokumentene er ikke analysert på samme måte som intervjuene, men er i tråd med prinsippene innenfor institusjonell etnografi blitt brukt for å identifisere skriftlige ”spor” som sier noe om hvordan individene er koplet til institusjonene.

##### **4.4.1 Tilgang**

Etter at jeg hadde bestemt meg for at kvalitative intervju ville være den mest hensiktsmessige metoden for datainnsamling i forhold til mitt prosjekt søkte jeg Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om tillatelse til å intervju personer som var i en rehabiliteringsprosess, samt de tjenesteyterne som var involverte i deres prosess. Det ble gitt tillatelse til dette i brev datert 10.11.2005. For å rekruttere informanter til prosjektet benyttet jeg meg i første omgang av kontaktnettet som SKUR<sup>27</sup> fikk gjennom et prosjekt som het

---

<sup>27</sup> Statens kunnskaps og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering. Avviklet 01.01.2007.

Utviklingskommuneprosjektet<sup>28</sup>, og to av de fire casekommunene ble rekruttert gjennom dette prosjektet. De to andre kommunene ble valgt ut fra geografiske hensyn.

Kommunene ble kontaktet på ulike måter. I utgangspunktet hadde jeg en plan om å kontakte kommunenes koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering<sup>29</sup> for å be om bistand til å opprette kontakt med informanter til undersøkelsen. Dette gjorde jeg derfor i den første kommunen jeg tok kontakt med. Den andre kommunen hadde imidlertid flere koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering og derfor kontaktet jeg først rådmannens stab. Der fikk jeg et formelt anbefalingsbrev fra kommunaldirektøren for helse og velferd, som jeg sendte sammen med en forespørsel til to ulike koordinerende enheter og fikk positivt svar fra den ene. I den tredje kommunen kontaktet jeg koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering som sendte meg videre til en kommunal rehabiliteringsavdeling. I den fjerde kommunen var funksjonen koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering på dette tidspunkt lagt til en fysioterapeut ansatt i kommunen, og jeg bestemte meg derfor for å ta direkte kontakt med lederen for Enhet sosial, som satte meg videre i kontakt med Psykisk helsetjeneste. Årsaken til at jeg tok direkte kontakt med en spesiell enhet, var at jeg ønsket variasjon i utvalget når det gjaldt hva slags type funksjonsnedsettelse tjenestemottakerne jeg ønsket å intervjuer hadde. De fleste tjenestemottakerne som var rekruttert frem til da hadde en fysisk funksjonsnedsettelse som gjerne hadde oppstått på grunn av en ulykke eller akutt sykdom. Jeg ønsket flere informanter som var i en rehabiliteringsprosess på grunn av funksjonsnedsettelse som var forårsaket av kroniske lidelser eller psykiske lidelser, altså lidelser som hadde oppstått mer over tid. Jeg ønsket med dette å se om tjenester organiseres på en annen måte rundt personer som blir tilknyttet tjenesteapparatet mer gradvis.

At to av kommunene var deltakere i SKURs utviklingskommuneprosjekt kan ha hatt betydning for hvilke informanter jeg ble satt i kontakt med. De to kommunene kan oppfattes som spesielt "flinke" på rehabiliteringsfeltet, eller i alle fall at de har et spesielt fokus på

---

<sup>28</sup> SKUR ledet et prosjekt som bar navnet Samsynt og framsynt. Utviklingskommuneprosjektet var et delprosjekt av Samsynt og Framsynt og besto av fire utviklingsnettverk: Individuell plan, Koordinerende enhet, Overordnet plan for personer med behov for koordinerte tjenester og Barn i dag, i morgen voksen.

<sup>29</sup> Ifølge Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) skal alle kommuner etablere en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

rehabilitering. Dette ble imidlertid balansert med de to andre kommunene som ikke var deltakere i utviklingskommuneprosjektet.

#### 4.4.2 Informanter

Etter å ha fått kontakt med kommunene ba jeg om tillatelse og bistand til å opprette kontakt med tjenestemottakere som var i begynnelsen av en rehabiliteringsprosess. Begrunnelsen for at de helst skulle være i begynnelsen av en rehabiliteringsprosess var at jeg ønsket å følge disse personene over en viss tid. På denne måten rekrutterte jeg syv informanter som skulle være "hovedinformantene" i undersøkelsen. Det vil si at de, sammen med de involverte tjenesteyterne utgjorde syv individuelle rehabiliteringsprosesser, eller syv case. Noen av dem hadde vært utsatt for ulykker, noen hadde hatt hjerneslag, mens andre hadde kroniske og psykiske lidelser. Det var tre kvinner og fire menn. Det var også store forskjeller mellom informantene med hensyn til alder, sosial bakgrunn, sivilstatus og familiesituasjon.

Jeg intervjuet tjenestemottakerne to ganger over en periode på ett til to år. Det var som nevnt ulike årsaker til at de var i en rehabiliteringsprosess, men studiens fokus var ikke på deres diagnose eller funksjonsproblemer. Det var derimot samhandlingen som foregikk mellom de personene som yter tjenester og de som mottar dem som var fokuset og derfor intervjuet jeg også de involverte tjenesteyterne. Det varierte fra person til person hvor mange som hadde vært involvert, og hvor mye de hadde vært involvert, men alle hadde det man kan kalle omfattende kontakt med tjenesteytende instanser. I tillegg intervjuet jeg i noen tilfeller pårørende. De tjenesteyterne jeg intervjuet jobbet blant annet som allmennleger, psykiatere, psykiatriske sykepleiere, sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosialkuratorer, brukerstyrte personlige assistenter og ansatte i NAV<sup>30</sup>, VOP<sup>31</sup>, ved sentrale vedtakskontorer og i hjemmetjenesten. De er altså representanter for mange forskjellige profesjoner, ulike tjenesteytende instanser og nivåer. Det er først og fremst det "lokale" velferdssystemet, eller det man kaller *førstelinen* som har vært fokus for min undersøkelse, og i mindre grad spesialisthelsetjenesten eller andrelinjen. Det vil si at fokuset har vært på prosessen fra personene kom i kontakt med rehabiliteringssystemet, enten ved at de tok kontakt på egen hånd eller ved at de ble henvist

---

<sup>30</sup> Ny Arbeids og velferdsforvaltning. Etablert i 1.juli 2006.

<sup>31</sup> Voksenpsykiatrisk poliklinikk.

fra spesialisthelsetjenesten, og så langt som de var kommet på det tidspunktet jeg hadde det siste intervjuet.

Med tjenestemottaker mener jeg de personene som er i en rehabiliteringsprosess. Ved ett tilfelle intervjuet jeg imidlertid bare pårørende og ikke tjenestemottakeren selv. Årsaken til dette var at pårørende mente det ikke hadde noen hensikt å intervjuer tjenestemottaker fordi han ikke trodde at hun husket så mye av det som hadde skjedd etter at hun ble syk. Siden fokuset i mitt prosjekt er organisering av tjenester valgte jeg likevel å beholde dette caset. I mange tilfeller berøres pårørende like mye av organiseringsprosessene som tjenestemottakerne selv, fordi det ofte er disse som har mest kontakt med tjenesteapparatet. Tre av personene var alene under intervjuene, mens tre hadde med seg pårørende. I noen av tilfellene ville nok intervjuene blitt annerledes dersom ikke pårørende hadde vært tilstede. I de tilfellene pårørende var med var det snakk om personer med betydelige funksjonsnedsettelse som i begrenset grad var i stand til å uttrykke seg muntlig og å huske detaljer i prosessen, og som derfor behøvde bistand fra pårørende. De pårørende var nære familiemedlemmer som i enkelte tilfeller var oppnevnt som hjelpeverger, og i andre tilfeller hadde tatt et hovedansvar for hva som skjedde i rehabiliteringsprosessen. De var med på alle møtene og koordinerte på mange måter det som skjedde. Derfor hadde de også gjerne større kunnskaper om hvordan tjenestene ble organisert enn det tjenestemottakerne selv hadde, og de var mer informert om prosessene. I noen tilfeller var tjenestemottakerne og pårørende uenige, men da gjaldt det vanligvis *omfang* av tjenestetilbud. Mens pårørende for eksempel gjerne ønsket mest mulig fysisk opptrening syntes tjenestemottakerne at det kunne bli for mye. Tjenestemottakerne og pårørende fortalte meg om hvordan de hadde opplevd prosessen fram til intervjutidspunktet. Jeg henvendte meg alltid først til tjenestemottakeren når jeg stilte spørsmålet, og så supplerte pårørende i de tilfellene hvor hun eller han syntes det var nødvendig. Ofte henvendte den pårørende seg til tjenestemottakeren etter et utsagn for å spørre om hun eller han var enig i det som ble sagt. I løpet av intervjuene fikk jeg opplysninger om hvilke tjenesteytere som hadde vært viktige i deres prosess, og vurderte ut fra deres opplysninger hvem jeg anså som relevante å intervjuer, det vil si hvem som kunne videreutvikle det kartet som jeg forsøkte å få øye på.

#### 4.4.3 Intervjuene

Til sammen gjennomførte jeg førti intervjuer som hadde en varighet på mellom en halv time og fire timer. I gjennomsnitt varte de nok rundt en time. Intervjuene med tjenestemottakerne fant sted hjemme hos dem eller på ulike kaféer, mens to intervjuer med én person fant sted på mitt kontor. Årsaken til at to intervju fant sted på mitt kontor var at vedkommende ønsket å gjennomføre intervjuene der. Jeg spurte ikke om hvorfor han ønsket det, men regner med at det følte som nøytral grunn for ham, og at han ikke ønsket at jeg skulle komme hjem til ham eller at vi skulle møtes på et offentlig sted.

Intervjuene med tjenesteyterne fant sted på deres arbeidssted, enten på deres kontor eller på et møterom. Unntaket var ett intervju som ble foretatt via telefon. Årsaken til at dette intervjuet ble foretatt via telefon var at vi hadde avtalt at intervjuet skulle skje mens jeg var i kommunen på feltarbeid, men da kom det noe i veien for denne tjenesteyteren, slik at intervjuet måtte utsettes. Av ressursmessige hensyn vurderte jeg det slik at det ikke var hensiktsmessig at jeg skulle gjøre en ny reise, men at det var greit å ta intervjuet per telefon. Det kan være fordeler og ulemper med denne intervjumetoden. I dette tilfellet var det selvsagt kostnadseffektivt både for meg og for tjenesteyteren, som kunne gjøre unna intervjuet i matpausen sin. En annen fordel er at man ofte snakker annerledes i telefonen enn man gjør ansikt til ansikt, og det var veldig lett å transkribere dette intervjuet i etterkant. Man må forklare ting verbalt som man kanskje under et ansikt - til ansikt intervju ville ha brukt blikk og kroppsspråk for å forklare. Ulempen kan imidlertid være at intervjuet føles mer unaturlig for den intervjuede (Shuy 2003: 541). Enkelte vil kanskje synes det er vanskeligere å snakke fritt per telefon, mens andre kanskje vil synes at denne anonymiteten gir dem frihet til å uttrykke seg mer åpent. I dette tilfellet kan det ha vært en fordel at intervjuet i utgangspunktet var planlagt som et ansikt-til-ansikt – intervju, siden man kan tenke seg at telefonintervjuer ellers preges av forbehold.

Som nevnt har de gjennomførte intervjuene vært ustrukturerte i formen. For å få et innblikk i hvordan rehabiliteringsprosesser organiseres var det viktig for meg å la informantene snakke mest mulig fritt. Derfor spurte jeg bare om de kunne fortelle meg om prosessen ut fra deres ståsted og med hovedvekt på hva de selv hadde gjort i forhold til prosessen, hvem som hadde vært involvert, og hvordan andre involverte hadde gjort ting. Når det gjelder intervjuene med tjenestemottakerne, begynte jeg vanligvis det første

intervjuet med å beskrive prosjektet mitt og å be dem om å skrive under på samtykkeerklæringen<sup>32</sup>. På samtykkeerklæringen sto det blant annet at informanten godtok at jeg kontaktet relevante tjenesteytere for å intervju dem om deres erfaringer med rehabiliteringsprosessen. Deretter startet jeg med å spørre om de kunne beskrive den prosessen de hadde vært gjennom fra begynnelsen av, og til der de var i dag. Jeg forsøkte å antyde at det som var mest relevant for mitt prosjekt var hvem som var involvert i prosessen, hvem som gjorde hva, hva de selv hadde gjort, hvem som tok initiativ og så videre, og at de ikke behøvde å beskrive sykdomshistorien dersom de ikke selv ønsket det. Årsaken til at jeg gjorde dette var først og fremst fordi beretninger om sykdom faktisk ikke var relevant for prosjektet, men også for å få informantene til å slappe mer av og forstå at de ikke trengte å utlevere personlige opplysninger som de kanskje egentlig ikke ønsket å snakke med en fremmed om. Jeg kom med oppfølgingsspørsmål etter hvert, men disse sprang i hovedsak ut av informantenes egne fortellinger. Noen av spørsmålene var inspirert av hva andre informanter fortalte meg, men stort sett var det spørsmål som "kom til meg" i løpet av intervjuet. Jeg fulgte altså ikke en intervjuguide, men hadde skrevet ned noen stikkord eller emner som jeg ønsket å komme inn på i løpet av intervjuene. Disse stikkordene skrev jeg ned før hvert intervju og de endret seg således fra intervju til intervju. For eksempel ønsket jeg i det første intervjuet jeg hadde med tjenestemottakerne å vite hvordan de først kom i kontakt med tjenesteapparatet og hvordan de kom seg "videre inn i systemet". I det andre intervjuet hadde jeg notert litt om hva de hadde sagt i det første intervjuet for å kunne følge opp med spørsmål om hva som hadde skjedd rundt de temaene som de brakte på bane i det første intervjuet. Noen ganger kunne det også være emner som andre informanter hadde vært opptatt av og som jeg ønsket å undersøke nærmere i forhold til andre prosesser.

På slutten av første intervju spurte jeg informantene om de ga tillatelse til at jeg fikk tilgang til de skriftlige dokumenter som hadde blitt produsert i løpet av prosessen så langt<sup>33</sup>. Alle informantene med unntak av én, ga sin godkjenning til dette. Jeg fikk med meg det de hadde av skriftlige dokumenter, som jeg tok kopi av og sendte tilbake til dem. Jeg spurte de seks som hadde gitt meg tilgang til skriftlige dokumenter om jeg også kunne be de involverte tjenesteyterne om å få kopi av dokumenter som tjenestemottakerne av en eller annen grunn

---

<sup>32</sup> Se vedlegg

<sup>33</sup> Dette sto også formulert i samtykkeerklæringen.

ikke hadde tilgjengelig. Samtlige svarte ja på dette spørsmålet. Jeg fikk ikke inntrykk av at disse seks personene eller deres pårørende syntes det var ubehagelig å gi meg tilgang til disse dokumentene. Tvert imot viste de fleste meg uoppfordret de tykke permene med korrespondanse som de hadde samlet opp i løpet av prosessene. Jeg forsikret dem også om at alle dokumenter jeg fikk kopi av ville bli makulert ved prosjektets slutt.

Som tidligere nevnt forsøkte jeg på denne måten å kartlegge rehabiliteringsprosessene så detaljert som mulig i forhold til hvem som hadde gjort hva og hvordan. For å utvikle dette kartet videre, og for å se hvordan tjenestemottakernes og de pårørendes "arbeid" var koordinert med tjenesteytnerne, intervjuet jeg også de tjenesteyterne som tjenestemottakerne mente hadde vært relevante i prosessen. Når det gjaldt intervjuene med tjenesteyterne poengterte jeg tidlig at det jeg ønsket å vite noe om var det arbeidet som de utførte i forhold til rehabiliteringsprosessene. Det vil si at jeg ikke var ute etter personlig informasjon om tjenestemottakerne som for eksempel opplysninger om deres diagnoser, deres helsetilstand eller andre personlige opplysninger. Noen ganger var det vanskelig for tjenesteyterne å fortelle om prosessene uten å komme inn på en beskrivelse av deres sykdomshistorie eller andre personlige forhold, men disse opplysningene er ikke brukt på noen måte i denne avhandlingen. Det samme gjaldt for de dokumentene jeg fikk tilgang til som inneholdt personlige opplysninger. Det var vanskelig å unngå å få mer informasjon enn det jeg var ute etter, men opplysningene er likevel ikke brukt i avhandlingen på en måte som knytter dem til personene. I de tilfellene jeg har skrevet om diagnoser eller liknende har det vært eksempler som har vært brukt for å forklare egenskaper ved systemet.

Ofte brukte jeg de samme spørsmålene eller tematiske innfallsporene i intervjuene med tjenesteyterne som hos tjenestemottakerne. Jeg begynte med å spørre om de kunne fortelle om rehabiliteringsprosessen fra de kom inn i den. Videre fulgte jeg opp med spørsmål om (dersom de ikke kom inn på det selv) hva deres oppgaver hadde vært, hvordan de konkret hadde utført oppgavene, hvem de hadde samarbeidet med og på hvilken måte. Jeg etterspurte også eksempler på hva de syntes fungerte bra, hva de syntes fungerte mindre bra og hvordan de forsøkte å løse utfordringer som dukket opp. Dersom en person for eksempel kom med et utsagn som: *Jeg søkte plass for vedkommende på en rehabiliteringsinstitusjon*, fulgte jeg opp med spørsmål som: *Hvordan gjorde du det? Sendte*



du en skriftlig søknad? Hvor sendte du søknaden? Var det en formalia- søknad, eller kunne det hende dere fikk avslag? Hvorfor søkte du om denne tjenesten på dette tidspunktet? Hvordan begrunnet du søknaden? Hensikten var å forsøke å få dem til å fortelle detaljert og trinn for trinn om hvordan de faktisk utførte arbeidet sitt, og ikke bare hva stillingen deres egentlig innebar. For noen falt det veldig naturlig, mens andre syntes det var vanskeligere å gi detaljerte beskrivelser. Selv følte jeg at spørsmålsstillingen gikk bedre for hvert intervju, ettersom jeg ble tryggere på meg selv som intervjuer.

De aller fleste tjenesteyterne jeg kontaktet var positivt innstilt til å la seg intervju og mange syntes prosjektet var veldig spennende og kom med utsagn som "*endelig er det noen som undersøker dette fra vårt ståsted*". Det var kun to tilfeller der jeg fikk avslag. Det ene var på et sentralt vedtakskontor der vedkommende mente at hun ikke var tjenesteyter. Det andre var på hjelpemiddelsentralen hvor vedkommende mente at han ikke hadde noe han kunne si om saken. I tillegg var det noen tilfeller hvor jeg ikke fikk tak i de personene jeg ønsket å intervju, enten fordi de hadde permisjon, ferie eller hadde sluttet i jobben. Intervjuene med tjenesteyterne var ofte kortere enn de med tjenestemottakerne. Noen av tjenesteyterne var preget av en hektisk jobbhverdag, og noen brukte matpausene sine til å prate med meg, mens andre hadde bedre tid under intervjuene. Noen av intervjuene "fløt" lettere enn andre.

Det er selvsagt slik med tjenesteytere som alle oss andre at noen har bedre hukommelse enn andre. Noen ganger hadde vedkommende en journal eller andre skriftlige dokumenter fremfor seg under intervjuet. Da snakket de rundt det de kunne lese ut fra dokumentene og kom med egne betraktninger rundt det som sto der. Det hjalp på hukommelsen og gjorde at intervjuene ble mer informative. Årsaken til at de ønsket dette var at det ikke var like enkelt for alle tjenesteyterne å rekapitulere hva som hadde skjedd i forhold til en enkelt tjenestemottaker. Derfor var det nødvendig for noen å konsultere journalen eller tidligere fattede vedtak. Likevel er det på sin plass å påpeke at enkelte dokumenter er såkalte *performative* dokumenter, som er laget for å si noe om hva som nå er gjeldende, og ikke nødvendigvis er en nøyaktig beskrivelse av tingenes tilstand (Dahler-Larsen (2005: 245). Slik kan man også definere en journal; altså som et slags referat. Det som står i en journal eller et vedtak er således bare det tjenesteyteren på det tidspunkt det ble skrevet anså som relevant. Den kan bare anses som en *representasjon* av hvordan prosessen

forløp (Måseide 2008). Intervjuet hadde helt sikkert blitt annerledes dersom informantene ikke hadde hatt journalen fremfor seg. Kanskje hadde de husket andre ting dersom de ikke hadde hatt journalen å forholde seg til, men kanskje hadde enkelte ting som var viktig ikke kommet frem i intervjuet. Selv om alle som anvendte journaler og vedtak reflekterte rundt det som sto der, må man likevel konkludere med at noen av intervjuene nok er påvirket av at disse ble anvendt.

#### **4.4.4 Timing**

Denne studien kan til en viss grad kalles *longitudinell* (Blaikie 2000: 229) i den forstand at jeg har intervjuet tjenestemottakerne to ganger over en tidsperiode på ett til to år. Dette er ikke et hovedpoeng i studien, men i enkelte tilfeller har det vært interessant å se hvordan prosessene har utviklet seg. I noen tilfeller har for eksempel tjenestemottakerne vært mer fornøyde i første intervju, som ofte var på et tidspunkt i prosessene hvor det var mye som skjedde og mange tjenesteytere som var involverte. I det andre intervjuet som ble foretatt ca ett år etter hadde mye kommet på plass, men tjenestemottakerne hadde også fått bedre tid til å tenke seg om og var mer reflekterte med hensyn til hvordan de hadde opplevd prosessene.

### **4.5 Datareduksjon og analyse**

#### **4.5.1 Transkribering**

Jeg har transkribert intervjuene selv og føler at dette har vært veldig nyttig. Intervjuene ble stort sett transkribert fortløpende og det at jeg fikk en gjennomgang av intervjuene på nytt ga meg også ideer til emner jeg kunne ta opp med neste informant, eller hvordan jeg kunne formulere spørsmålene mine bedre. Man blir også veldig godt kjent med intervjumaterialet ved å transkribere intervjuene selv fordi man må spole frem og tilbake for å få med seg alt som blir sagt. I tillegg får man med seg nyanser som humor eller ironi, noe som ellers lett går tapt dersom en annen transkriberer intervjuene.

#### 4.5.2 Analyse av intervjuer

For å "make sense" av de data man har samlet inn må man analysere dem på en eller annen måte. Forskere som følger institusjonell etnografi som fremgangsmåte bruker ofte ikke tradisjonelle analysestrategier som for eksempel koding (DeVault og McCoy 2006: 38). I tråd med hva institusjonell etnografi anbefaler delte jeg analysen i to deler på samme måte som under datainnsamlingen, og begynte derfor analysen hos de personene som er utgangspunktet for undersøkelsen. Disse utgjør det såkalte "entry-level" (Campbell and Gregor 2002: 60). I mitt tilfelle ble det de tjenestemottakerne som er i en rehabiliteringsprosess eller i noen tilfeller deres pårørende. Jeg startet analysen med å ta utgangspunkt i intervjuene med en av disse personene. Først leste jeg nøye gjennom intervjuet for "å gjøre meg kjent med det". Det jeg ønsket å finne ut av var hva slags "arbeid" informantene sa at de gjorde og hvordan de gjorde det.

Under arbeidet med analysen har jeg i stor grad latt meg inspirere av Liza McCoy's kapittel i boken *"Institutional Ethnography as Practice"* (2006). Hun anbefaler å lete etter "accounts" vedrørende arbeidet som utføres på samme tid som man har et analytisk fokus på hvordan dette arbeidet reguleres av institusjonene. Å definere arbeid på den sjenerøse måten som institusjonell etnografi gjør er nyttig i forhold til dataanalysen, fordi det gir noe konkret å lete etter i materialet som knytter mennesker til institusjonene.

For å få øye på disse arbeidsbeskrivelsene "intervjuet" jeg intervjuene, det vil si at jeg stilte spørsmål til den skriftlige teksten. McCoy (2006: 111) foreslår spørsmål man kan stille til teksten i tråd med institusjonell etnografi:

- Hva slags arbeid er det informantene beskriver at de gjør?
- Hvilken betydning får det for dem?
- Hvordan er deres arbeid knyttet til andre menneskers arbeid?
- Hvilke kunnskaper eller kompetanse synes å være nødvendig for å utføre dette arbeidet?
- Hvordan kjennes det å utføre arbeidet?
- Hvilke utfordringer eller suksesshistorier kan informantene fortelle om i forhold til utførelsen av arbeidet?

- Hva får arbeidet til å skje?
- Hvordan er arbeidet artikulert i den institusjonelle sammenhengen?

I første fase av analysen var altså formålet å finne ut hva som gjøres gjennom tjenestemottakernes beretninger, som jo også var tema for det første forskningsspørsmålet om hvordan tjenestemottakerne erfarer det å være i en rehabiliteringsprosess. Blant annet så jeg som McCoy (2006: 115) anbefaler på hvilke ulike strategier tjenestemottakerne brukte i møtet med tjenesteapparatet og prøvde å finne ut hva som fikk folk til å benytte de ulike strategiene. Formålet med dette var å forsøke å kartlegge hvordan informantenes arbeid er vevd inn i og styres av styringsrelasjonene og hvordan disse institusjonelle trekkene påvirker og styrer informantenes hverdagsliv. DeVault og McCoy (2006: 39) foreslår å forsøke å kartlegge institusjonelle handlingskjeder. Dette innebærer at jeg først lette etter uttalelser om hva informantene sa at de gjorde i hverdagen i forhold til sin egen rehabiliteringsprosess for å få ting til å gå rundt. Hvordan fikk de ting til å skje, hvem tok de kontakt med, hvordan organiserte de tjenestene de fikk? Hvordan forholdt de seg til skriftlige dokumenter som for eksempel den individuelle planen?

For det første lette jeg etter eksempler på hva tjenestemottakere og tjenesteytere gjorde i forbindelse med rehabiliteringsprosessene, det vil si hvilket arbeid de utførte. Formålet var å få øye på de "stedene" (sites) og prosessene som var verdt å undersøke videre (McCoy 2006: 123). Jeg forsøkte altså å finne institusjonelle spor i informantenes fortellinger som jeg kunne følge videre i intervjuene med andre informanter (ibid: 113). For det andre lette jeg etter en *problematikk* i intervjuene med tjenestemottakerne som jeg skulle undersøke videre. En problematikk kan beskrives som en retning som analysen videre styres av og som betegner de fellesefaringer som "entry-level"- informantene forteller om. Først skrev jeg ut de erfaringene og som hver tjenestemottaker hadde beskrevet for meg. Deretter sammenfattet jeg disse i enkelte fellesefaringer, det vil si erfaringer som de fleste av tjenestemottakerne hadde gjort seg, om enn i noe varierende grad. Disse fellesefaringene la så grunnlaget for de problematikken som ble utgangspunktet for den videre studien.

Neste skritt i analysen ble derfor å stille de samme spørsmålene til intervjuene med tjenesteyterne som hadde vært involvert i personenes rehabiliteringsprosesser, som var tema for det tredje forskningsspørsmålet om hvordan tjenesteyterne beskriver sin medvirkning i rehabiliteringsprosessene. Også her skrev jeg ut de arbeidserfaringene som tjenesteyterne beskrev. Jeg forsøkte å gjøre rede for hva tjenesteyterne konkret gjorde i jobben sin. Formålet var å beskrive hvordan tjenestemottakernes og tjenesteyternes arbeid var koplet sammen, og hvordan erfaringer på ett område var linket sammen med erfaringer på et annet. Informantenes erfaringer ble satt inn i en større sammenheng ved å knytte dem til institusjonelle trekk (McCoy 2006: 117). Ett av spørsmålene jeg forsøkte å finne svar på under analysen ble derfor, som Campbell (2006: 98) anbefaler: hva slags sosiale relasjoner er det som koordinerer disse erfaringene? Hvilke translokale relasjoner er det som styrer aktivitetene til informantene? Dette var tema for det andre forskningsspørsmålet om hvordan tjenestemottakernes erfaringer kan knyttes til institusjonelle trekk ved tjenestesystemet.

Som McCoy (2006: 123) anbefaler forsøkte jeg å ha en refleksiv tilnærming til empirien ved å gå frem og tilbake mellom intervjuene, de to nivåene og tekstene jeg fikk tilgang til, for å forsøke å se dem i sammenheng og således skape en etnografisk forståelse som kunne knytte erfaringene og nivåene sammen. Jeg stilte meg spørsmålet; hvorfor sier disse menneskene det de sier? Analysen handlet derfor om å gå frem og tilbake mellom intervjuene og konteksten som intervjuene var produsert under for å forsøke å finne sporene av "hvordan ting skjer" og hvordan ting gjøres (DeVault og McCoy 2006: 40).

#### **4.5.3 "Institutional capture"**

Språket er viktig i kvalitativ metode, men det kan også vanskeliggjøre forskningen. Mennesker som arbeider innenfor et felt, for eksempel innenfor en profesjon, bruker gjerne begreper og uttrykk som de tar for gitt, og som de ikke stiller spørsmålsteget ved. Smith (2005: 123) skriver at "*A central problem for the institutional ethnographer is to escape from the objectifications of the ruling relations and the monologues of institutional discourse and find her or his way back to the actualities that are always there, always going on, and always ultimately more than can be spoken*". Ulike begreper brukes ofte ulikt av ulike grupper eller

ulike personer. I hvilken grad man er "fanget av institusjonelle diskurser" kan ha betydning for dette. Med institusjonelle diskurser menes måter å ordlegge seg på som virker naturlig for dem som er innenfor en institusjon (i vid betydning). Personer som har vært lenge i "gamet" enten som tjenestemottaker eller som tjenesteyter har lært seg de institusjonelle begrepene og betydningen av disse. De vet hva som er "korrekt" språkbruk og korrekte holdninger. Andre har ikke vært lenge nok i involvert til at de er innlært i denne dominante diskursen. De snakker ofte på en annen måte og bruker andre begreper eller bruker begrepene på en annen måte (extra-institutional talk). I tillegg kan man snakke om en tredje kategori som har kunnskap om den dominante diskursen, men som stiller seg i opposisjon til den (oppositional talk) (McCoy 2006: 120). Under analysen av intervjuene ble det nyttig å forsøke å skille mellom disse tre formene for uttalelser for å se på hvilken måte informantene forholdt seg til de ulike institusjonelle diskursene. Siden informantenes arbeid og hverdagsliv er mer eller mindre organisert av institusjonene og diskursene de er koblet til (Campbell 2006: 105) blir det avgjørende å forsøke å identifisere dem. Poenget var altså ikke å dele inn informantene etter hvorvidt de holder seg innenfor diskursen eller ikke, men å prøve å gjøre rede for hvordan diskursene får betydning for hvordan de gjør "arbeidet" de utfører. Det er dette som har analytisk interesse (McCoy 2006: 121).

Målet for en institusjonell etnograf er å klare å se forbi den institusjonelle diskursen, selv om det selvsagt kan være vanskelig å avgjøre hvorvidt man har klart dette. Også Bourdieu (1992: 235) er opptatt av at forskeren må forsøke å se forbi det som "alle ser" eller "alle forstår som" og argumenterer for at man må etterstrebe en *radikal tvil* i forhold til det *prekonstruerte*. For min egen del begynte jeg denne studien uten noen spesiell kjennskap til rehabilitering som virksomhet, verken av akademisk eller praktisk karakter. På en måte kan dette ha vært en fordel, siden jeg ikke var inne i diskursen på samme måte som en person som har jobbet lenge innenfor området, enten som tjenesteyter eller som forsker. På den andre siden kan jeg ha oversett relevante spørsmål eller tolkningsmuligheter på grunn av at jeg i utgangspunktet ikke hadde kjennskap til virksomhetsområdet.

#### 4.5.4 Analyse av tekster

Som nevnt fikk jeg også tilgang til skriftlige dokumenter som var produsert i løpet av rehabiliteringsprosessene. Slike skriftlige dokumenter kan brukes på ulike måter i en analyse, for eksempel som en kilde som forteller noe om hva som har skjedd. Det vil si at man er opptatt av dokumentets *innhold*. Man ønsker å bruke dokumentet som en avspeiling av virkeligheten, ofte som sekundærdata eller en kilde til informasjon for å validere opplysninger. I denne studien er ikke dokumentene jeg har fått tilgang til brukt på en slik måte. I stedet har jeg brukt dokumentene til å undersøke den konteksten de har inngått i, hvilke diskurser de har aktivert og hvilke nettverk de har inngått i. Atkinson and Coffey (2004: 73) argumenterer for at: *“Rather than ask whether an account is true, or whether it can be used as “valid” evidence about a research setting, it is more fruitful to ask ourselves questions about the form and functions of texts themselves”*. I en konstruktivistisk-interaksjonistisk tradisjon vil et dokument ha mange betydninger og betydningen av dokumentet skapes i møtet med ulike aktører (Mik-Meyer og Järvinen 2005: 20). Man kan studere hvordan dokumentene produseres, hvem som får tilgang til dem, hvem som leser dem og til hvilke formål de brukes (Atkinson and Coffey 2004: 57). På denne måten kan man bruke dokumenter som data *i seg selv* (Prior 2004: 76). Ifølge Czarniawska (2005: 66) er tekster viktige å studere fordi de stabiliserer koplinger i handlingsnettene. Man må se forbi den enkelte teksten og se på hvordan ulike dokumenter forholder seg til hverandre (Mik-Meyer 2005: 200). Dokumenter får altså betydning fordi de står i forhold til andre dokumenter (Atkinson and Coffey 2004: 67). I tillegg får de betydning ved at de blir lest av ulike aktører. Ved at de leses av ulike personer vil betydningen av innholdet endres etter hvem leseren er (Prior 2004: 91). Innholdet er på en måte situasjonsbestemt. I tillegg er dokumenter konstruert fordi det er en mottaker som skal lese dem. Derfor kan man si noe ut fra hvordan dokumentet er skrevet om hvem man regner med skal lese dem (Atkinson and Coffey 2004: 70). Sammenfattende kan man si at dokumenter henter betydning fra eksterne aktører både når de blir produsert og når de blir konsumert og det samme dokumentet vil ha ulike betydninger avhengig av dets institusjonelle ramme og spesifikke kontekst (Mik-Meyer 2005: 194- 196).

På den måten kan man med Bruno Latour (2005) hevde at dokumentene blir *aktører i seg selv*. Ifølge Prior (2004: 77- 84) er dokumenter *ting* som produseres og brukes til ulike

formål, og som kan manipuleres. I tillegg kan de "act back on" sine skapere. På grunn av dette vil det alltid være nyttig å undersøke hvordan dokumenter er laget, hvem som laget dem og hvordan prosessen med å lage dem var organisert sosialt. Dokumenter som produseres i en sosial situasjon kan brukes i andre situasjoner og få andre konsekvenser der. Prior (2004: 87) henviser til Latours begrep "action-at-a-distance" som sier noe om hvordan dokumenter kan påvirke handlinger i "fremtidige situasjoner". Et dokument som er produsert i en organisasjon kan påvirke hvordan en avgjørelse skal tas senere. Mik- Meyer (2005: 198) skriver at dette gjelder spesielt innen velferdsorganisasjoner hvor dokumenter kategoriserer klienttyper på en måte som styrer videre handlinger i forhold til denne personen. På grunn av dette blir det viktig å undersøke hvilken betydning dokumentet får for praksis, og hvilken autoritet dokumentet tillegges. I et slikt handlingsperspektiv må man konkret undersøke dokumentets lokale historie og fokusere på hvor og når det ble til, hvilke aktører som er i kontakt med det, og hvilke handlinger det fører til hos forskjellige aktører. Ved å sammenlikne likheter og ulikheter i utvalgte dokumenter kan man få ulike beskrivelser av et fenomen, og på denne måten vise hvordan beskrivelser av fenomenet arter seg ulikt ut fra hvilken sosial sammenheng den skapes og konsumeres i (Mik- Meyer 2005: 198- 201).

Bakgrunnen for å studere dokumenter på denne måten er en antakelse om at institusjonelle forhold har betydning for hvordan et dokument skapes, hvordan det forstås og hvordan det brukes. Derfor vil det være nyttig både å studere den konteksten dokumentet blir laget i, og den konteksten dokumentet blir konsumert i. Så snart et dokument er skrevet "gjør det noe" eller det får en betydning for noen. En betydning som ikke alltid trenger å være sammenfallende med intensjonen til den som skrev det. Derfor er det forskerens oppgave å undersøke hvilke handlinger dokumenter leder til (Mik- Meyer 2005: 210- 212).

Innenfor institusjonell etnografi er det imidlertid ikke tekstens materialitet som er det viktigste, men tekstens evne til å koordinere handlinger som utføres av enkeltindivider uavhengig av tid og rom. Smith (2005: 102) skriver at hun følger Priors resonnement til en viss grad, men hun mener at menneskene har forvunnet fra studiene hans og at det er for stort fokus på dokumentene i seg selv. Widerberg (2007: 19 som henviser til Smith) argumenterer for at poenget med institusjonell etnografi er å vise hvordan det lokale er knyttet til det ekstra- lokale. Dette kan gjøres ved å utforske hvordan tekst "medierer,



regulerer og autoriserer” folks aktiviteter. Hun (ibid: 18) skriver at *”Teksten er broen mellom det faktiske og det diskursive, mellom de lokale aktivitetene i livene våre og styringsrelasjonene. Som et materielt objekt kan den samme teksten leses i forskjellige kontekster på ulike steder, av mange mennesker til samme tid eller til forskjellige tider. Tekstlig medierte relasjoner får en stadig mer sentral rolle i styringen av dagens samfunn. På denne måten blir styringsrelasjonene mulig å utforske gjennom studier av tekst”*. Å studere tekster blir en måte å gjøre feltet etnografisk tilgjengelig på. Produksjon av tekster og dokumenter er sentralt i tjenesteyting generelt. Tjenesteytere forholder seg ofte til hverandre gjennom tekstproduksjon. De produserer vedtak og skriver møtereferater som sendes mellom de ulike tjenesteytende instansene. Det spesielle med individuell plan er at dette er en tekst som har som *funksjon* å samordne tjenester. Derfor er det spesielt interessant å se på hvordan dette dokumentet brukes, og hvordan det forholder seg til andre dokumenter som produseres i løpet av en slik individuell rehabiliteringsprosess.

Slik jeg leser Dorothy Smith bruker hun begrepet *”det lokale”* for å beskrive forholdet mellom de ting man ser i det daglige og *”det ekstra- lokale”* om de strukturene man styres av, men som man ikke kan se. Forskeren kan se at tekster eller dokumenter brukes av individer, men ved å undersøke hvor disse dokumentene er laget, hvor de kommer fra og så videre kan man kartlegge sosiale strukturer i organisasjoner. Formålet er altså å kartlegge hvordan tekster brukes i organisasjoner eller institusjoner, samt å situere teksten der hvor den er produsert, distribuert og lest, og således får konsekvenser både i tid og rom (Turner 2006: 140). I mitt prosjekt ønsker jeg altså å si noe om hva folk gjør når de organiserer tjenester, og hvordan disse aktivitetene skapes som en følge av at dokumentene leses og brukes i den spesifikke konteksten. Det vil si at jeg undersøker hva teksten *”gjør”*, hva den får til å skje, og hvordan den brukes i det daglige for å koordinere arbeidet som gjøres (Widerberg 2004: 184), altså hvordan teksten på mange måter organiserer det som skjer. Derfor har jeg forsøkt å se de ulike skriftlige dokumentene i sammenheng med hverandre, det vil si hvordan de kommuniserer med hverandre. I tillegg har jeg intervjuet de involverte aktørene om dokumentene for å forsøke å få en forståelse av hvordan dokumentene brukes i rehabiliteringsprosessene, og hvilke handlinger de aktiverer eller koordinerer.

#### 4.6 Etske betraktninger

Nå har jeg forsøkt å beskrive de ulike trinnene i prosessen som har ledet fram til denne avhandlingen. I løpet av denne prosessen har jeg støtt på enkelte problemer, eller dilemma om man vil, hvor jeg har måttet ta stilling til hva som har vært etisk forsvarlig å gjøre. For å kunne studere hvordan rehabiliteringsprosesser organiseres fant jeg det nødvendig å kartlegge prosessene nedenfra og opp, det vil si å ta utgangspunkt i erfaringene til "virkelige" mennesker som var i en rehabiliteringsprosess. Personer som er i en slik prosess er gjerne i en sårbar fase av livet, og derfor var det ikke en selvfølge at en slik inngang til feltet skulle velges. Et annet valg ville likevel ha gitt en helt annet studie og produsert en annen type kunnskap.

Siden hver rehabiliteringsprosess er unik i forhold til hvilke tjenester som tilbys og hvilke instanser som er involvert, fant jeg det i tillegg nødvendig å intervju de tjenesteyterne som hadde vært tilkoblet de konkrete prosessene. Dette var en beslutning som måtte overveies nøye i og med at intervjuene da omhandlet reelle personer og ikke bare anonyme "saker". Likevel kom jeg frem til at en kartlegging av rehabiliteringsprosesser vanskelig kunne gjøres på en annen måte. Jeg ønsket en beskrivelse av hva som faktisk ble gjort i de konkrete rehabiliteringsprosessene, ikke hva som egentlig er i tjenesteyternes arbeidsinstruks. Tanken var at det man fremstiller som sine arbeidsoppgaver i teorien, ofte er noe annet i praksis (Czarniawska 2008: 8-9), og at jeg ved å intervju tjenesteyterne om faktiske rehabiliteringsprosesser kunne få et mer reelt bilde av hvordan arbeidet gjøres. Av denne grunn ble det desto viktigere å presisere at det var arbeidet som ble utført som var av forskningsmessig interesse, og ikke personlige opplysninger om diagnoser, sykdomsforløp eller liknende. I tillegg spurte jeg tjenestemottakerne om hvilke tjenestemottakere de syntes jeg skulle intervju (det vil si dem som de opplevde som relevante), og jeg spurte dem om tillatelse til å gjøre dette både skriftlig (ved hjelp av informert samtykke) og muntlig i løpet av første intervju<sup>34</sup>.

Jeg opplevde det ikke som om tjenestemottakerne syntes det var problematisk at jeg skulle intervju tjenesteyterne. Tvert imot uttrykte de ofte at "henne bør du spørre om dette, for det vet hun mye om". Årsaken til dette tror jeg er at de tjenestemottakerne som takket ja til å delta, opplevde prosjektet mitt som relevant for seg selv; de ønsket at deres

---

<sup>34</sup> Informasjonsbrev med forespørsel om informert samtykke ble sendt informantene på forhånd.

erfaringer skulle bli dokumentert<sup>35</sup>. Likevel har jeg i løpet av arbeidet med avhandlingen nøye overveid hva jeg kan skrive og hva jeg ikke bør skrive. Kritikkk tjenestemottakerne har kommet med av navngitte tjenesteytere har jeg enten unnlatt å sitere, eller anonymisert ved å ikke knytte utsagnene til personene. Det samme gjelder uttalelser tjenesteyterne har kommet med om tjenestemottakerne, andre tjenesteytere, kommunene eller andre forhold som jeg har oppfattet som uheldige å ha med. Når det gjelder presentasjonen av det empiriske materialet er tjenestemottakerne gitt fiktive navn. Tjenesteyterne omtales ved den yrkestittelen de har og ikke ved navn<sup>36</sup>.

Det har i løpet av studiens gang oppstått episoder som jeg har vært usikker på hvordan jeg som forsker skulle forholde meg til. For eksempel har det vært episoder hvor dårlig kommunikasjon mellom tjenesteytere og tjenestemottakere eller pårørende har ført til at jeg har kommet i en vanskelig posisjon. Jeg har for eksempel fått informasjon fra tjenesteyterne om forhold som det var tydelig at tjenestemottakerne ikke hadde mottatt, eller ikke hadde oppfattet. Et eksempel på dette var en person som bodde i en bolig med heldøgns omsorgstilbud. Vedkommende og pårørende fortalte meg at de ventet på at han skulle få innvilget en søknad om støttekontakt. Jeg visste imidlertid etter intervjuet med den personlige koordinatoren hans at dette ikke kom til å skje, fordi når man bor i en heldøgns omsorgsbolig var regelen i denne kommunen at "alle behov" skulle dekkes der. Jeg følte derfor at det var min plikt å informere dem om dette, og ba dem om å kontakte koordinatoren og få det avklart.

Ifølge Donna Haraway (2004) er det umulig å være en iakttaker som ikke berører det man skal studere i noen grad. Ifølge henne er det heller ønskelig å være *et beskjedent vitne* i den forstand at man skal avklare sitt eget ståsted og ikke late som om man har funnet ut alt; *"Beskjedenhet i Haraways forstand er tydeliggjøringen av eget ståsted, utsiktspunkt eller lokalisering koblet sammen med en fruktbar uro og ansvarlig søken etter det som er eller kunne ha vært annerledes. Det å være beskjeden skal bety at man nettopp modererer seg og ikke snakker på vegne av naturen eller menneskene, at man ikke forfekter å ha funnet den hele og fulle sannhet. Isteden skal vi tydeliggjøre det stedet vi snakker fra som både skjevt,*

---

<sup>35</sup> De tjenestemottakerne som har deltatt vil bli tilsendt et eksemplar av avhandlingen i trykt utgave.

<sup>36</sup> Lydopptakene som er gjort har vært oppbevart på en datamaskin uten forbindelse til nettverk, som ingen andre enn meg har hatt tilgang til. Utskriftene av intervjuene, samt dokumentene har vært oppbevart i et låst skap på mitt kontor. Alt materialet vil bli slettet og makulert når avhandling er godkjent og disputas er avholdt.

*delvis og ett av mange mulige*” (Asdal mfl. 1998: 78). Det at jeg i noen tilfeller selv ble delaktig i prosessen ved at jeg formidlet informasjon mellom de involverte trenger derfor ikke nødvendigvis være problematisk.

#### **4.7 Avslutning**

Dette kapitlet har beskrevet den fremgangsmåten jeg har benyttet i denne undersøkelsen som i stor grad er inspirert av institusjonell etnografi, en metode som søker å forklare menneskers hverdagslivserfaringer og arbeidskunnskap ut fra systemiske forhold og strukturer. Institusjonell etnografi som fremgangsmåte er derfor beskrevet og drøftet gjennom en presentasjon av noen av de sentrale bestanddelene av denne sosiologien. Videre er forskningsprosessen med datainnsamling og analyse av intervjuer og dokumenter beskrevet trinn for trinn. I tillegg har jeg forsøkt å drøfte enkelte av de etiske utfordringene som arbeidet med denne avhandlingen har skapt. Gjennom å skrive dette kapitlet har jeg forsøkt å formidle et budskap om at det er erfaringene til syv mennesker som er i en rehabiliteringsprosess som er utgangspunktet for denne studien. Neste kapittel vil derfor presentere disse syv personene og deres erfaringer og arbeidskunnskap.

## Kapittel 5 Et hverdagsliv i ”rehabiliteringssystemet”

### 5.1 Innledning

Som nevnt i forrige kapittel er det tjenestemottakernes hverdagslivserfaringer og deres arbeidskunnskap som danner utgangspunktet for denne studien. Hvordan de erfarer den mangelen på samordning som en rekke offentlige dokumenter beskriver blir derfor et sentralt spørsmål i denne studien. For å undersøke hvordan hverdagslivets utfordringer er knyttet til systemiske faktorer vil jeg benytte det analytiske verktøyet *problematikk* slik det beskrives av Dorothy E. Smith og andre som bruker institusjonell etnografi som fremgangsmåte. Først vil jeg forsøke å beskrive problematikk som analytisk verktøy og hvordan det brukes innenfor institusjonell etnografi. Deretter vil jeg gjøre rede for de erfaringene som tjenestemottakerne har delt med meg gjennom intervjuene ved å fortelle om sitt hverdagsliv og dele av sin arbeidskunnskap. Disse erfaringene sammenfattes så i enkelte fellestrekk som videre gir grunnlaget for en utledning av hvilke *hovedproblematikker* som befinner seg i casene. Problematikkene vil jeg sammenfatte og beskrive tilslutt. Kapitlet vil fokusere på tjenestemottakernes fortellinger og er således et empirisk kapittel. Likevel er det i stor grad inspirert av institusjonell etnografi som metodologi og sosiologi.

### 5.2 Problematikk som forskningsverktøy

*Problematikk* er som nevnt et sentralt begrep innenfor institusjonell etnografi og blir beskrevet av Campbell og Gregor (2004: 49) som *et konseptuelt forskningsverktøy*. En av de enkleste definisjonene av problematikk er at det er en *abstrahering av organiseringen av hverdagslivet* (Smith 1987: 94, min oversettelse). Formålet er å identifisere *diskursive representasjoner* av styringsrelasjonene i hverdagslivserfaringene (Smith 2005: 40), og å bruke disse hverdagslivserfaringene som en kilde til videre undersøkelser (Smith 1987: 91). Formålet med begrepet er: *“to direct attention to a possible set of questions that may not have been posed or a set of puzzles that do not yet exist in the form of puzzles but are “latent” in the actualities in the experienced world”*. Først og fremst gir problematikkene som identifiseres en *retning* for hvordan den videre studien skal gjøres og hva man skal fokusere på, og kanskje like viktig, hva man i denne omgang ikke skal fokusere på. Smith bruker forstørrelsesglasset som metafor for å forklare hva hun mener med problematikk.

En problematikk er altså verken et problem eller en problemstilling, men noe som peker ut en retning for den videre undersøkelse (Smith 2005: 4, Campbell og Gregor 2004: 47). Widerberg (2006: 76) definerer problematikk på denne måten: *“To me a problematic is when the actualities of a problem are hooked up as social relations linking everyday activities and ruling relations”*. En problematikk handler ikke om individuelle trekk, men har gjerne utgangspunkt i individuelle erfaringer. Likevel må man gå videre for å undersøke på hvilken måte disse individuelle erfaringene er en konsekvens av de institusjonelle relasjonene individet er en del av. De institusjonelle relasjonene befinner seg gjerne utenfor individets *“synsfelt”* og koordinerer på en eller annen måte hva individet gjør og hvorfor man handler på den måten man gjør (Smith 2005: 42). Smith poengterer også at dette er en måte å generalisere på innenfor kvalitativ metode ved at man ser utover de individuelle erfaringene og hvordan disse påvirkes og styres av de translokale relasjonene. Det er de translokale relasjonene *selv* som generaliserer og universaliserer ved at de påvirker og styrer lokale forhold.

Formålet i en institusjonell etnografi er å undersøke hvordan mennesker lever sitt liv, eller forholder seg til *de institusjonelle trekkene* man ønsker å studere. De personene man intervjuer har sannsynligvis ikke full oversikt over alle relasjonene som påvirker deres hverdag (Campbell og Gregor 2004: 47). De kan ofte oppleve at de har et problem (eller flere), men dette er ikke nødvendigvis det samme som den problematikken forskeren skal forsøke å identifisere (Smith 2005: 39). Forskeren skal ved å intervju flere mennesker innenfor det samme institusjonelle feltet forsøke å identifisere en problematikk som ofte befinner seg i spenningsfeltet eller skjæringspunktet mellom styringsrelasjonene og livene til de menneskene som på en eller annen måte får hverdagen sin påvirket av disse. Campbell og Gregor (2004: 48, henviser til Smith) viser til begrepet *disjuncture* som beskriver motsetningsforholdet mellom to ting som man i utgangspunktet forventer skal være forenlige<sup>37</sup>. Allan (2011: 356, henviser til Smith), kaller dette for en *bruddlinje* (min oversettelse) som oppstår på grunn av motsetningsforholdet mellom de autoritative tekster som samfunnet styres av og de partikulære erfaringer som mennesker har. Det er denne bruddlinjen som kan utgjøre en problematikk og som kan danne grunnlag for den videre analyse. De erfaringene mennesker som i stor grad befinner seg utenfor disse autoritative

---

<sup>37</sup> I henhold til Oxford Advanced Learner's Dictionary (2005).

tekstene har gjort seg, er derfor verdifulle for å kunne si noe om hvordan tjenester organiseres.

Smith (1987:92) hevder at hverdagslivets premisser ikke alltid er synlig for oss og at det er forskerens oppgave å synliggjøre hvordan det henger sammen med systemiske forhold. Ofte finner man da ut at det ligger en bruddlinje mellom de to nivåene; det vil si at systemrelasjonene kolliderer med hverdagslivet. For å finne ut hvilke problematikker som befinner seg mellom hverdagslivserfaringene og systemrelasjonene innenfor rehabiliteringsfeltet må man starte i de involvertes hverdagsliv. Derfor vil jeg nå presentere de syv tjenestemottakerne jeg har intervjuet, med fokus på deres individuelle erfaringer med å være i en rehabiliteringsprosess. Av disse hverdagslivserfaringene vil fellestrekk eller felles erfaringer bli sammenfattet for å danne utgangspunkt for, eller lede frem, til en forståelse av den eller de problematikker som finnes og som skal danne grunnlaget for den videre analysen. Det vil si at deres beretninger danner et utgangspunkt både for undersøkelsens gang og også for hvordan analysen tar form.

### **5.3 Tjenestemottakernes hverdagslivserfaringer**

De syv tjenestemottakerne og deres pårørende har delt sine erfaringer med å være i en rehabiliteringsprosess med meg gjennom intervju samtaler. Hovedfokus under intervjuene har vært på hvordan deres hverdagsliv utfolder seg, og hvordan de forholder seg til de tjenesteytende instansene som i stor grad preger hverdagene deres. Formålet med å gjengi disse historiene er å fokusere på aktiviteter som ellers gjerne er usynlige i samfunnet vårt. Gullestad (1989: 13- 15) påpeker at hverdagslivsaktiviteter gjerne anses som trivielle og at det er derfor de usynliggjøres. Hun argumenterer for at hverdagslivet ikke er unndratt fra samfunnsutviklingen fordi lover og tiltak har betydning for hvordan vi organiserer hverdagslivet vårt. Derfor hevder hun at kunnskap om hverdagslivet er viktig i en politisk sammenheng fordi det kan gi et større og bedre grunnlag for å forutse konsekvenser av tiltak. Selv om institusjonell etnografi ikke skal være en sosiologi *om* folk er det viktig å presentere tjenestemottakernes erfaringer, for å få innblikk i hvilke problematikker som befinner seg innenfor det feltet jeg ønsker å skape kunnskap om. Det som er av interesse er hva man kan lære av dem, og historiene deres blir derfor benyttet som et utgangspunkt for den videre analyse. Formålet er med andre ord å identifisere hvor bruddlinjen oppstår

mellom hverdagslivserfaringene og det man kan kalle offisielle kunnskapsformer eller styringsrelasjoner. I dette arbeidet får tekstenes rolle i rehabiliteringsprosessene oppmerksomhet på grunn av deres status som mediatorer mellom hverdagsliv og styringsrelasjoner.

### 5.3.1 Ellen

Ellen er i slutten av trettiårene og har ulike somatiske diagnoser i tillegg til psykiske helseproblemer. Hun har to barn, en gutt og en jente, som hun har den daglige omsorgen for. Datteren har behov for bistand fra tjenesteapparatet og hun har blitt diagnostisert med ADHD.

Ellen går til jevnlige kontroller og undersøkelser på medisinsk og revmatologisk avdeling på sykehuset. Hun har fått innvilget samtaler hos psykiatrisk sykepleier på VOP og hos psykiatrisk sykepleier i den kommunale psykiske helsetjenesten. Hun har hatt mye kontakt med NAV (trygd) fordi hun har fått innvilget tidsbegrenset uførestønad<sup>38</sup>. Hun beskriver det som veldig slitsomt å måtte forholde seg til NAV fordi hun hele tiden må dokumentere tidligere inntekt, og fordi hun har måttet forholde seg til ulike saksbehandlere. I tillegg synes hun det er slitsomt å måtte forholde seg til gitte datoer for når ting utløper, og å huske på å samle inn legeerklæringer og dokumentasjon hver gang et vedtak utløper; *”jeg synes det er tungvint at det er jeg som må følge med når det er vedtak som har gått ut, at legen får levert papirene sine slik at de får registrert dette sånn at det fortsetter å rulle, for jeg har jo opplevd at det ikke har gjort det”*. Hun forteller videre at *”du må hele tiden pushe på, du må møte opp og si at har du fulgt med, har du ordnet med det for nå er vi kommet på den og den datoen, det er ikke noe det går automatikk i, det er ikke noe samarbeid mellom leger og trygdekontor og man må gå fra etat til etat”*. I tillegg mottar hun tjenester fra den kommunale psykiske helsetjeneste. Her fatter man også vedtak og disse varer ofte bare et halvt år. Hvis man føler seg frisk en stund etter det må man søke på nytt dersom man trenger en støttesamtale. Ellen opplever dette som et tungvint system. Hun mener at det burde være enklere å få innpass når man først *”er i rullen”*, som hun sier.

---

<sup>38</sup> Er nå samlet i en felles betegnelse: arbeidsavklaringspenger.



Ellen synes det er svært slitsomt å måtte forholde seg til så mange ulike tjenesteytende instanser og å måtte bruke så mye av sin tid på møtevirksomhet i forhold til dem. Ellen viste meg (uoppfordret) filofaksen sin under det andre intervjuet jeg hadde med henne. Slik ser en helt gjennomsnittlig uke ut for henne:

*Mandag: tannlege med sønnen, møte med kommunen og en advokat.*

*Tirsdag: møte på familiesenteret, møte med barnevernet og en barnepsykiater.*

*Onsdag: foreldremøte på skolen*

*Torsdag: møte med lege og møte på skolen*

*Fredag: møte med Nav*

Hele uken går vanligvis med til møter med ulike tjenesteytende instanser og hverdagslivet hennes må tilpasses etter de avtalene som er fastsatt.

Ellen har god kontakt med fastlegen sin som hun tror nyter stor respekt i tjenesteytermiljøet. Årsaken til dette er at hun har fått opphold ved en rehabiliteringsinstitusjon, og hun har hørt at det kan være lurt å ha han som fastlege fordi han har "stor gjennomslagskraft". Hun er veldig fornøyd med tjenestene hun mottar fra de psykiatriske sykepleierne i henholdsvis VOP og psykisk helsetjeneste, og synes de to utfyller hverandre. Den ene kaller hun en "brannslukker" som løser hennes praktiske problemer, mens den andre tar frem og snakker om "gamle skjelett fra skapet", som hun kaller det. Hennes største problem går ut på at det er veldig vanskelig å få seg en plass å bo. Etter at hun og barna ble alene har hun leid leilighet i ulike sokkelleiligheter som de har måttet flytte fra etter hvert som huseierne har fått bruk for dem selv.

Ellen blir imidlertid veldig sliten av all møtevirksomheten og avtalene hun har med tjenesteapparatet i løpet av en uke for seg selv og barna. Det er sjelden det er en dag hvor hun ikke har en avtale. I tillegg er det vanskelig for henne å komme seg på sykehuset fordi det ligger en times reise unna. Ofte får hun time på morgenen, noe som er helt umulig siden hun må få avlevert barna før hun kan dra. Dermed må hun bruke mye tid på å få endret timer slik at det passer med livet hennes ellers. Hun synes det er veldig vanskelig å følge opp

barna både når det gjelder skole og fritidsaktiviteter. Hun er veldig sliten hele tiden, har smerter i kroppen og har ofte feber.

Ellen har forsøkt seg på en rekke jobber, men blir helt utslitt av det. Hun får vondt i kroppen av å sitte for mye, og av å stå for mye, og ikke kan hun løfte ting. Hun sier selv at *”jeg ville ikke ha ansatt en person som meg selv, for jeg har dårlige dager og så har jeg forferdelig dårlige dager og så har jeg dager hvor det er så vidt jeg kommer meg opp med ungene”*. Hun skulle ønske at hun klarte å jobbe, men hun ser ikke for seg hva slags jobb det skulle være.

Hun har kjempet lenge for å få avlastning til ungene, men problemet er at det ikke finnes mange avlastningshjem i kommunen. En lege ved revmatologisk avdeling ved sykehuset sendte på et tidspunkt et brev til barnevernsenheten i kommunen og krevde på Ellens vegne at de skulle ordne avlastning for barna. Etter hvert fikk hun avlastning hver tredje helg, men hun skulle ønske hun kunne få mer. De to barna er plassert i to ulike avlastningshjem, noe som fører til at de ofte ikke klarer å koordinere det slik at avlastningen inntreffer på samme helg.

Hun skulle ønske hun slapp å bruke så mye tid på møtevirksomhet, da dette tapper henne for krefter som hun egentlig trenger å bruke på barna. Hun skulle ønske det var mer kommunikasjon mellom tjenesteyterne som gjorde at hun slapp å løpe rundt med dokumentasjon og legeerklæringer hele tiden.

### **5.3.2 Thorbjørn**

Thorbjørn var i begynnelsen av førtiårene da han ble rammet av en hjerneblødning som førte til store fysiske funksjonsnedsettelse. Allerede før hjerneblødningen hadde Thorbjørn en kognitiv funksjonsnedsettelse som gjorde at han mottok noe bistand. Han bodde imidlertid alene og var ansatt i en vernet bedrift. Han har en bror som er nærmeste pårørende og som har vært mye involvert i rehabiliteringsprosessen.

Thorbjørn var lenge innlagt på nevrologisk avdeling ved et sykehus etter at han ble rammet av hjerneblødningen. Først var det en lege der, som etter en undersøkelse en morgen, konkluderte med at skadene han hadde pådratt seg var så store at sykehjem var

den beste løsningen. På ettermiddagen kom det imidlertid en annen lege for å undersøke ham, og denne konkluderte med at ” *han ga vesentlig mer tilbakemeldinger enn de hadde forventet*”. Derfor fikk han plass ved en rehabiliteringsinstitusjon. Broren opplevde det som veldig heldig at det var en annen lege som kom innom akkurat på et tidspunkt der Thorbjørn hadde en god periode, slik at det ble konkludert med at han hadde ”rehabiliteringspotensiale”. Ellers var broren veldig misfornøyd med informasjonen fra sykehuset som han opplevde som svært mangelfull.

Etter oppholdet ved rehabiliteringsinstitusjonen skulle Thorbjørn over i kommunal omsorg. Broren forteller at rehabiliteringsinstitusjonen stilte strenge krav til hva som måtte være på plass i kommunen når han skulle over dit, og han mente at kommunen hadde fulgt dette bra opp. Ett av kravene var at de måtte finne et permanent bosted. Det var stor mangel på boliger i kommunen, og de ansatte ved institusjonen og i kommunen var veldig urolige for hvordan det skulle gå. Ved en ren tilfeldighet fikk kontaktpersonen ved det sentrale vedtakskontoret høre om en leilighet i et bofellesskap som akkurat var blitt ledig og dermed kunne Thorbjørn flytte rett inn der. Denne kontaktpersonen ved vedtakskontoret ble oppnevnt som personlig koordinator for Thorbjørn og det ble bestemt at man skulle lage en individuell plan. Det ble opprettet en ansvarsgruppe, og den ene primærkontakten ved den nye boligen fikk ansvaret for å utforme den individuelle planen sammen med Thorbjørn og broren. Broren til Thorbjørn synes det er veldig greit å forholde seg til én koordinator som tar seg av det meste som skal ordnes når det gjelder kontakten med de andre involverte tjenesteinstansene. Ellers er det han som ordner mye av det praktiske, som for eksempel innbo i leiligheten, samt det økonomiske.

Thorbjørn går til fysioterapeut to ganger i uka og har jevnlige avtaler hos fastlegen. Han skal etter hvert få komme til logopedisk senter, men det hadde enda ikke startet på det tidspunktet jeg gjorde det siste intervjuet. Årsaken var at de ikke hadde kapasitet. Den tidligere arbeidsgiveren hans er imidlertid utdannet spesialpedagog og har sagt seg villig til å gi opplæring i data, slik at dette kan brukes som et kommunikasjonsmiddel. Tidligere arbeidsgiver er også med i ansvarsgruppa, sammen med koordinator, primærkontakt, en kommunal fysioterapeut, broren og Thorbjørn. Ifølge den oppnevnte koordinatoren fra vedtakskontoret er hun på en måte koordinator for ”det store bildet”, mens primærkontakten ved boligen er koordinator for hjelpemidler og utstyr og slike ting.

Boligen Thorbjørn har flyttet til nå gjør sosial omgang vanskelig fordi den ikke har et felles oppholdsrom hvor de som bor der kan møtes. Om sommeren pleier de å gå ut i hagen, men om vinteren blir det ganske ensomt. Thorbjørn og broren er frustrerte over at boligen er ordnet på en slik måte at den legger begrensninger for fritidsaktiviteter. Han savner vennene sine fra jobben, men de bor så langt unna at det er vanskelig for dem å komme på besøk. Tidligere arbeidsgiver har imidlertid sagt at han av og til kan fylle opp bilen sin med folk og komme på besøk til han. I tillegg er det vanskelig å få vært med på de fritidsaktivitetene han var med på tidligere siden det vanligvis bare er to ansatte på ettermiddagsvakt ved boligen. Derfor har det vært søkt om støttekontakt, men søknaden er blitt avslått. Årsaken er at kommunens retningslinjer tilsier at personer som bor på institusjon skal få alle behov dekket der. Koordinator har imidlertid anbefalt broren å klage på dette vedtaket.

Proessen til Thorbjørn har som man kan se vært preget av mange tilfeldigheter. Det var tilfeldig at det på sykehuset kom en annen lege innom på et tidspunkt hvor Thorbjørn var i bedre form enn ved forrige konsultasjon. Det var tilfeldig at koordinatoren beklaget seg til sine kollegaer om at hun fryktet at hun ikke ville finne en bolig til ham. Og det var tilfeldig at Thorbjørns gamle arbeidsgiver var utdannet spesialpedagog og kunne gi et tilbud når logopedisk senter ikke hadde kapasitet. Slik kan man hevde at mange ting har falt på plass i denne prosessen. Likevel er det mange ressursmessige hensyn som gjør at Thorbjørn ikke kan leve det livet som han egentlig ønsker. Leiligheten han har fått leie ligger langt fra det stedet han opprinnelig bodde, noe som gjør at han bor langt borte fra vennene sine. I tillegg har ikke leilighetskomplekset noe fellesrom hvor han kan møte de andre beboerne. Bemanningssituasjonen gjør at han sjelden kommer seg ut av rommet sitt, langt mindre ut av boligen, og Thorbjørn synes derfor at dagene ofte blir lange og litt ensomme.

### **5.3.3 Sigrid**

Sigrid var i begynnelsen av 50-årene da hun ble rammet av en hjerneblødning som gjorde at hun fikk enkelte somatiske og kognitive funksjonsnedsettelse. Jeg har bare intervjuet mannen hennes fordi han ønsket det slik. Ifølge mannen til Sigrid har prosessen fra hun først ble lagt inn på sykehus og til første intervju vært preget av en stadig kamp for å få det han

mener hun bør ha. Det har vært rotete, uoversiktlig og mye fram og tilbake. Han mener at hun ikke fikk noen opptrening i begynnelsen. Hun ble flyttet fra sykehuset til en kommunal rehabiliteringsavdeling som han mener minnet mer om et sykehjem enn noe annet. Mannen og datteren undersøkte muligheten for at Sigrid kunne få et opphold ved Sunnås, men fikk beskjed av rehabiliteringsavdelingen at hun ikke ville få noe bedre tilbud der enn i kommunen. Mannen ringte til Sunnås, men fikk beskjed om at det måtte gå gjennom kommunen. Derfor visste han ikke hvordan han skulle gripe fatt i dette eller hvem han kunne kontakte, så han gjorde ikke noe mer med det. I ettertid angret han veldig på at han ikke kjempet mer for dette fordi han mente at rehabiliteringsavdelingen ikke hadde gitt henne noe godt tilbud om opptrening.

Etter en stund på rehabiliteringsavdelingen mente ledelsen at hun hadde vært der lenge nok. Mannen fikk en telefon fra det sentrale vedtakskontoret i kommunen om at de hadde "tatt en beslutning om at hun skulle hjem og være i en hjemmesituasjon". "Hun er så ung og vil få det best i et hjemmemiljø". Mannen fikk rett og slett sjokk, og svarte at det var helt uaktuelt. Vedtakskontoret spurte om de ikke kunne ha et møte for å diskutere saken. Mannen svarte at "jo vi kan ha 14 møter, men det er fremdeles uaktuelt". Han reiser mye i jobben og mente det ble for stort ansvar for ham å ha henne hjemme. Det ble mye fram og tilbake på grunn av dette og han måtte true dem med både advokat og skilsmisse, som han sa, for å få dem til å snu i denne saken. Etter dette ble det enighet om at hun skulle flytte inn i en "treningsleilighet". Hun skulle bo i en leilighet hvor studenter skulle ha en tredelt vaktordning slik at det alltid var noen sammen med henne. Det var 5-6 studenter innenfor helsefag som jobbet der og de tok seg av alle pleie- og opptreningsoppgaver, i tillegg til en fysioterapeut som lærte dem opp i hva de skulle gjøre. Dette var mannen veldig fornøyd med og han følte at det fungerte veldig bra. Etter ca et halvt år avsluttet man imidlertid denne midlertidige ordningen og det ble bestemt at hun skulle flytte inn i en annen leilighet som hun og mannen kjøpte privat. Her har hun miljøtjenesten inne annenhver time i tillegg til at hun har en brukerstyrt personlig assistent 22,5 timer per uke. Den personlige assistenten gjør alt husarbeidet og skal forsøke å få Sigrid med på dette. I tillegg følger assistenten med henne til fysioterapeut og lege, gjør innkjøp sammen med henne og følger henne til det kommunale dagsenteret tre ganger i uka.

Mannen til Sigrid mener at fokuset på opptrening av funksjoner har vært og er mangelfullt. For det første mener han at det er altfor lite med en time med fysioterapi i uka. For det andre synes han det er for lite trening på å begynne og avslutte handlinger, samt trening på å ta initiativ til å gjøre ting. Han nevnte at logopeden som hun gikk til i begynnelsen sendte med henne "hjemmelekse", men at det ikke var noen som fulgte opp at det ble utført. Tjenesteapparatet synes det er veldig vanskelig å presse Sigrid til å gjøre ting og føler på en måte at de står mellom bruker og pårørende. Den personlige assistenten synes jobben er veldig ensom og vanskelig, og på det tidspunktet jeg intervjuet henne hadde hun søkt på en annen jobb, på grunn av manglende faglig fellesskap.

Mannen synes alt har vært veldig slitsomt. Han opplever det som slitsomt å måtte være i en kampsituasjon på samme tid som han opplever en personlig krise. Han sier at *"enten engasjerer du deg eller så lar du det bare flyte"*. Han er veldig misfornøyd med samarbeidet mellom sykehuset og rehabiliteringsavdelingen, og synes det er merkelig at de ikke har mer kunnskap om hverandres rutiner og arbeidspraksis. Han mener at rehabiliteringsavdelingen ikke har fulgt opp instruksene fra sykehuset om hva hun trenger av tjenester. I tillegg synes han det har vært veldig mange folk å forholde seg til og han har vanskeligheter med å huske hva de heter. Det har vært stor utskiftning av folk. De har en koordinator, men det er den tredje i rekken til nå. I tillegg synes han det er vanskelig å skulle være arbeidsleder for den personlige assistenten. Han vurderer hele tiden om han bare skal "trekke seg ut" som han sier og bare komme på besøk. Men da tror han kanskje at han må skille seg fra henne. Han er usikker på hvilke plikter han juridisk har som ektemann.

#### **5.3.4 Terje**

Terje er i 50- årene og har en samboer og en datter i tenårene. Han ble rammet av et hjerneslag som gjorde at han har fått enkelte fysiske funksjonsnedsettelse. Først var han på nevrologen på sykehuset, så på fysisk medisinsk rehabiliteringsavdeling, og så på den kommunale rehabiliteringsavdelingen.

Samboeren til Terje synes at de fikk veldig mye informasjon om hva som skulle skje like etter at Terje ble innlagt på sykehuset. Hun sier at de følte dette som et overgrep fordi de ble overøst med informasjon som de ikke hadde mulighet til å ta til seg på det tidspunktet

hvor de egentlig var i en sjokktilstand. Senere føler hun imidlertid at hun må spørre og grave for å få informasjon. Hun mener derfor at informasjonen burde kommet mer gradvis; på en "need to know basis".

Terje har hjemmetjenesten inne hos seg fem ganger i løpet av døgnet. Da Terje ble rammet av sykdommen bodde han og samboeren i et hus som hadde to etasjer, så de kjøpte seg en leilighet på ett plan i stedet slik at han skulle kunne flytte hjem. Etter hvert syntes imidlertid samboeren at det ble så vanskelig for henne og datteren å ha hjemmetjenesten inne i huset så mye, så de ble enige om at Terje skulle få seg en egen omsorgsleilighet i nærheten av der de bodde. I det andre intervjuet var han flyttet dit. Datteren synes for eksempel det er flaut å ha et bad som er tilrettelagt for en funksjonshemmet når hun har venninner på besøk. Samboeren synes også det var veldig ubehagelig å ha så mange fremmede inne i huset hele tiden. Det kommer ofte nye folk som de ikke hadde sett før, spesielt i sommermånedene. *"Dette er en offentlig arena egentlig"*, sier samboeren (i det første intervjuet før Terje flyttet).

Terje har i perioder hatt mye fysioterapi, men dette er nå redusert til to ganger per uke. Årsaken til dette er at fysioterapeutene er enig om at hans tilstand ikke blir bedre av trening og at den heller ikke forverres betydelig av mindre trening. De mener egentlig at det hadde vært nok med et intensivt opphold ved en rehabiliteringsinstans en gang i året. Samboeren er imidlertid uenig i dette, og synes hun merker godt at formen hans blir dårligere av mindre trening.

Samboeren opplever ikke at tjenestene henger sammen. Hun føler at hun må mase mye for å få ting til å skje. Hele prosessen har vært svært arbeidskrevende for henne og hun bruker veldig mye tid på å kontakte ulike instanser og å sørge for at ting går som de skal. Det er imidlertid opptreningstilbudet hun er minst fornøyd med, både når det gjelder fysioterapeutene og hjemmetjenesten. Det har vært diskutert en mulighet for å ansette en brukerstyrt personlig assistent, men fordi hjemmetjenesten må inn hele døgnet blir det vanskelig å ansette én person til å overta disse oppgavene.

Ergoterapeut har spilt en stor rolle i denne prosessen og hatt et slags koordineringsansvar, selv om hun ikke er oppnevnt som koordinator. Terje er på et dagsenter to ganger i uka og det er en av de ansatte her som er oppnevnt som koordinator.

Hun har hatt hovedansvaret for individuell plan- prosessen og er den som kaller inn til møter. Han er veldig fornøyd med sin personlige koordinator fordi hun lager det han kaller *livskart* som de følger opp hver gang han har samtaler med henne på dagsenteret. Der går de gjennom hvordan livet hans var før han ble syk, hvordan det er nå og hvordan han ønsker å ha det i fremtiden. Han synes dette er veldig interessant og liker godt samtalen de har.

### 5.3.5 Øystein

Øystein er i 60- årene og bor sammen med sin kone. Han fikk et nakkebrudd i 2006 som førte til omfattende fysiske funksjonsnedsettelse, og sitter nå i rullestol. Han har vært innlagt ved flere ulike sykehus og ved Sunnås flere ganger. Han har også vært på den kommunale rehabiliteringsavdelingen og har kontakt med mange der. Det var en ergoterapeut ved rehabiliteringsavdelingen som hadde koordineringsansvaret mens han var der. Når han skulle flytte hjem ble en kommunal ergoterapeut oppnevnt som personlig koordinator for ham. Hjemmetjenesten besøker ham tre til fire ganger per dag, i tillegg til at han har en brukerstyrt personlig assistent 35 timer per uke. Denne er med på aktiviteter han holder på med, som møter i foreninger, kafébesøk osv. I tillegg har Øystein fysioterapi fire ganger per uke og er ofte innlagt på sykehuset. Fastlege er lite involvert, men både Øystein og de andre tjenesteyterne ønsker at han skal ta et større ansvar for medisineringsen.

Kona har ordnet mye av det praktiske i denne prosessen, i tillegg til at de har fått mye hjelp og informasjon fra Sunnås. For eksempel fikk de informasjon om at de kunne søke om brukerstyrt personlig assistanse der. Både Øystein og kona er stort sett fornøyd med tjenestetilbudet de har og synes prosessen tross alt har gått "over all forventning" som de selv sier. Likevel erkjenner de at det har vært en svært arbeidskrevende prosess og de stiller spørsmålsteget ved hvordan personer som ikke har like god kjennskap til systemet som dem selv, eller som er alene, klarer å finne frem i systemet. Kona sier at det er viktig at man ikke bare setter seg ned, "*for man må ordne alt selv, det er ingen som kommer imot deg*". Hun sier at selv om ting har ordnet seg føler hun at hun får litt lite tid for seg selv og at hun blir veldig låst til hjemmet siden hun må være der når ikke assistenten er der. Hun synes det er slitsomt at hun må stå opp tidlig uansett om det er helg eller hverdag fordi hun føler at hun



må være ute av senga til hjemmetjenesten kommer. I tillegg savner hun å være på hytta deres som de ikke kan bruke fordi den ikke er tilrettelagt for Øystein.

Øystein er som nevnt over 60 år og har ingen ambisjoner om å komme tilbake i arbeidslivet. Men han er med i mange foreninger og ønsker å opprettholde disse aktivitetene. Derfor er det viktig for ham å ha mange timer med personlig assistanse. Øystein og kona har måttet kjempe for å få de 35 timene med assistanse som han nå har fått innvilget. I tillegg har det vært uenigheter i forhold til hva timene kan brukes til. Øystein mener at han skal disponere timene fritt, mens den personlige assistenten og de andre involverte tjenesteyterne mener at noen timer kan benyttes til møtevirksomhet og opplæring av assistenten. Kommunen har ikke laget retningslinjer for hvordan brukerstyrt personlig assistanse som tjeneste skal administreres. Dette er noe Øystein er veldig frustrert over og han har krevd at slike retningslinjer må på plass. I tillegg er han bekymret fordi han føler at ingen har et overordnet ansvar for medisinene han får. Han er jevnlig innlagt ved ulike avdelinger på sykehuset og føler at det er dårlig kommunikasjon mellom avdelingene. Han er bekymret for om han får de medisinene han skal ha, om de utfyller hverandre og om han kanskje får for mye.

### **5.3.6 Cecilie**

Cecilie er i begynnelsen av tyveårene, men kom i kontakt med helsevesenet allerede som barn på grunn av smerter i hode, mage og muskler. Hun fikk store mengder smertestillende medikamenter fra fastlegen sin i en årrekke, noe som medførte at hun utviklet et avhengighetsforhold til disse. Da hun var sytten år fikk hun en ny fastlege som henviste henne til BUP<sup>39</sup> etter at hun hadde et psykisk sammenbrudd hjemme. BUP sendte henne på rusavvenning i en måned, men deretter var det mangelfull oppfølging en stund. Årsaken til dette var at hun fikk en diagnose som man bare hadde et tilbud til for personer over tyve år. Derfor måtte hun vente, og hun opplevde at ingenting ble tatt tak i fra BUP sin side, antakeligvis fordi hun snart skulle over i voksenpsykiatrien. I denne perioden ble hun akutt innlagt to ganger ved et psykiatrisk sykehus. Hun fikk tilbud om poliklinisk behandling ved en

---

<sup>39</sup> Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

DPS<sup>40</sup>, men syntes hun ble dårlig mottatt og følte ikke hun fikk noe hjelp der. Hun hadde derimot stort utbytte av samtale hun hadde hatt med en overlege på akuttposten ved det psykiatriske sykehuset, og hun spurte henne derfor om hun kunne få ha samtaler med henne på jevnlig basis. Psykiateren svarte ja til dette, selv om det ikke var i hennes arbeidsinstruks som overlege på akuttposten.

Etter hvert ble det opprettet en ansvarsgruppe for Cecilie og hun fikk et vedtak på at det skulle startes en individuell- plan prosess. I denne ansvarsgruppen skulle Cecilies fastlege, en kommunal psykiatrisk sykepleier og psykiateren ved akuttposten delta, samt at Cecilies far og hennes kontaktperson i NAV kunne bli tilkalt ved behov. Cecilie har nå god kontakt med fastlegen sin og går også til jevnlig samtaler med den kommunale psykiatriske sykepleieren, som i tillegg er oppnevnt som koordinator for den individuelle planen hennes. Hun mottar rehabiliteringspenger fra NAV på tredje året på grunn av unntak i loven som gjelder personer med alvorlige psykiske lidelser.

Cecilie føler at hun må koordinere en stor del av tjenestene selv og at de ulike tjenesteyterne ber henne formidle beskjeder til de andre tjenesteyterne som hun ikke føler hun har kompetanse til å gjøre på en forsvarlig måte. Hun føler at hun ikke blir trodd når hun sier at hun har store fysiske smerter og at alle bare fokuserer på at hun må gå ned i vekt. Spesielt gjelder dette smerteklinikken som har påpekt at de ikke kan behandle henne før hun har gått ned i vekt. Den siste gangen jeg intervjuet henne hadde hun gått ned tyve kilo, men smertene var der fremdeles. Hun sier selv at hun ønsker seg et "normalt liv" med jobb, mann og barn. Hun ønsker gjerne å fullføre en videregående utdanning, men har dysleksi og strever derfor med å henge med på skolen. Hun føler at lærerne og rådgiveren ikke ønsker at hun skal fortsette på skolen fordi hun har så mye fravær. De andre i ansvarsgruppen sier imidlertid til henne at hun burde være der for "*å være i en skolesituasjon, omgås andre elever og lytte til læreren*". Det er altså en konflikt mellom skolesystemet på den ene siden som ønsker motiverte elever, og ansvarsgruppen som ikke har noen annen alternativ aktivitet til henne enn skolegang.

---

<sup>40</sup> Distriktpsykiatrisk senter

### **5.3.7 Harald**

Harald er i 50-årene og bor sammen med kona si. Harald ble rammet av flere hjerneblødninger som førte til enkelte fysiske funksjonsnedsettelse. Han hadde lengre opphold både ved sykehus og ved en rehabiliteringsinstitusjon etter hjerneblødningene. Harald og kona beskriver oppholdene ved sykehusene som en kamp for å få informasjon om hva som skjedde og de følte seg ofte overkjørt og oversett.

Etter at Harald kom hjem mottok han en stund tjenester fra hjemmetjenesten, men både han og kona var misfornøyde med denne ordningen fordi det var så mange personer som rullerte i vaktturnusen. Det var ofte ukjente personer som kom hjem til dem. Kona visste gjennom sin jobb som kommunalt ansatt at det fantes en ordning som het Brukerstyrt Personlig Assistanse og bestemte seg derfor for å søke om dette, noe de fikk innvilget. Etter hvert sa de derfor fra seg tjenestene fra hjemmetjenesten. Assistenten er der på dagtid i ukene, mens kona er sammen med han på ettermiddagene og i helgene. De må søke hver tredje måned om å få videreført vedtaket om brukerstyrt personlig assistent, men har fått muntlig lovnad om at de skal få fortsette med ordningen. Det er likevel mange uklarheter i kommunen i forhold til denne ordningen med hensyn til hvem som skal skaffe vikarer dersom assistenten blir syk eller skal ha ferie, samt hvilken avlønning som skal gis.

Det ble søkt om individuell plan og opprettet en ansvarsgruppe etter at Harald kom hjem etter opphold ved rehabiliteringsinstitusjonen og ergoterapeut ble utnevnt til koordinator. Harald og kona synes det er mye arbeid i forhold til møtevirksomhet og for Haralds del er det vanskelig å holde styr på hvem alle de ulike tjenesteyterne er. Han mottar tjenester fra to fysioterapeuter, en privatpraktiserende og en som er ansatt i kommunen, samt en fastlege som han har kontakt med av og til. Han har også hatt opphold ved ulike rehabiliteringsinstitusjoner. I tillegg får han behandling ved et spesialpedagogisk senter for synshemmede. Han og assistenten drar nå og da til hans gamle arbeidsplass på besøk, og det foreligger en plan om at han etter hvert skal kunne utføre noen arbeidsoppgaver der igjen.

### **5.4 Felles erfaringer med det å være i en rehabiliteringsprosess**

De erfaringene med å være i en rehabiliteringsprosess som jeg her har beskrevet er unike, og opplevelsen er ulik fra person til person. Noen erfaringer går likevel igjen, i større eller

mindre grad, i de fleste historiene. Disse erfaringene vil jeg forsøke å trekke frem i det følgende, som et skritt på veien mot å utlede noen problematikker i forhold til erfaringene knyttet til det å være i en rehabiliteringsprosess, og å ha et hverdagsliv som i stor grad er koordinert av de institusjoner og systemer de må forholde seg til.

#### **5.4.1 For mye arbeid**

Som nevnt i kapittel 4 forholder institusjonell etnografi seg til et sjenerøst arbeidsbegrep. Det vil si at for eksempel husarbeid, vente på bussen, gå på jobb, hente barn i barnehage osv blir vurdert som et arbeid som gjøres. Mine informanter forteller om sitt hverdagsliv og om hva de gjør i forhold til sin egen rehabiliteringsprosess. De er eksperter i sitt eget liv og snakker ut fra den erfaringen de har om det arbeidet de gjør, hvilke tanker de gjør seg om dette arbeidet, hvordan de planlegger det og hvilke følelser det fører med seg. De ulike informantene har ulike "arbeidskunnskaper" (Smith 2005: 159).

Alle informantene opplever i større eller mindre grad at det er mye arbeid som må gjøres i forbindelse med rehabiliteringsprosessen. Hverdagene preges i stor grad av alt de må gjøre og alt de må huske på i forhold til avtaler, søknader og ting som må ordnes. I noen tilfeller faller dette arbeidet på tjenestemottakerne selv, mens i andre tilfeller er det pårørende som tar på seg dette arbeidet. Fokuset i denne sammenhengen er det arbeidet som utløses av kontakten med ulike deler av tjenesteapparatet.

Når en person av en eller annen grunn kommer i kontakt med "rehabiliteringsapparatet" på grunn av sykdom eller skade eller liknende, oppstår det et behov for å finne ut hva man har krav på av tjenester og hvordan man kan få tilgang til disse. Dette er et arbeid som må gjøres enten av personene selv eller av pårørende, og med assistanse fra tjenesteapparatet dersom man er heldig. Dette beskrives av flere som et vanskelig og svært utmattende arbeid. Det er et komplisert arbeid, fordi få eller ingen har full oversikt over hva personer i ulike situasjoner har krav på. I tillegg oppleves det av noen som ydmykende, fordi de tidligere har vært vant til å klare seg på egen hånd. Det som oppleves spesielt belastende for flere av de pårørende er å føle at de er i en konstant kravsituasjon. De føler at de må mase på de involverte tjenesteyterne for å få det de mener deres familiemedlemmer har krav på. Spesielt gjelder dette omfanget av trening som de

pårørende jeg har intervjuet mener er for lite. Det føles ubehagelig for dem å skulle komme med stadige krav til personer de på mange måter er avhengige av.

For noen oppleves det som vanskelig å komme seg *inn* i systemet. Ellen uttrykker det for eksempel slik: *"det er vanskelig å finne ut hvilken etat man skal slå gjennom hos for å få den hjelpen man trenger"*. Hun opplever at hun må jobbe for å komme seg inn, for at noen skal høre på henne og ta henne alvorlig. Cecilie opplevde noe liknende fordi hun var i en situasjon hvor hun på grunn av sin alder (sytten år) falt mellom to stoler når det gjaldt hvilken organisatorisk instans i det psykiske helsevesenet hun skulle motta tjenester fra. *"De brukte ikke så mye tid på meg på BUP fordi jeg skulle over i voksenpsykiatrien. Det virket ikke som om de hadde lyst å knytte noen bånd"*. Hun hadde vært utredet en gang ved et psykiatrisk sykehus når hun var under barne- og ungdomspsykiatrien, men måtte likevel utredes en gang til ved samme sted når hun skulle over i voksenpsykiatrien. Hun måtte vente i flere måneder på denne utredningen. Denne ventingen, og at hun ikke fikk noen behandling i ventetiden, førte til at hun ble innlagt på akuttposten ved et psykiatrisk sykehus to ganger i løpet av denne perioden. Både Ellen og Cecilie føler at de må *jobbe* for å komme seg inn i systemet. De føler at de må bevise hele tiden at de er syke nok til å motta de tjenestene de får. Dette handler mye om de økonomiske stønadene de mottar, som ofte er basert på *"graden av sykdom"*. Man må være nok syk for å få en stønad, men ikke så syk at man får en varig stønad som kanskje både er lavere og som gir mindre oppfølging. Dette gjelder mange av informantene som balanserer mellom midlertidige stønader (arbeidsavklaringspenger) og varig uførestønad.

Ellen og Cecilie har begge (nå som de har kommet seg inn) utstrakt kontakt med tjenesteapparatet på grunn av sine somatiske og psykiske helseproblemer. De må begge forholde seg til ulike systemer, noe som gjør at timeplanene deres er fulle av avtaler. Denne møtevirksomheten tapper dem for krefter som de føler at de heller burde brukt på andre forpliktelser de har i livet, på å bekjempe sykdommene, eller eventuelt på å mestre de sykdommene de har. Det er altså mye arbeid som må gjøres for å bli bedre. Mange av informantene kom med ytringer som for eksempel *"man må være frisk for å være syk"*. Med det mener de at når man er blitt rammet av en sykdom kreves det så mye arbeid for å bli bedre at man helst skulle vært *"frisk"* for å klare det. Det ligger altså et motsetningsforhold i at dersom man behøver tjenester fra bistandsapparatet så bør man helst være i besittelse av

visse ressurser for å administrere og utnytte disse tjenestene på best mulig måte. Arbeidet og ansvaret personene må påta seg føles så tyngende at det tar fokus bort fra det de egentlig burde fokusere på. Fordi de hele tiden må bevise for tjenesteapparatet at de er "syke nok" til å motta de tjenestene de mottar blir det vanskelig å komme seg inn på et annet spor. Selvsagt er det mange av tjenestene som ytes som er til stor hjelp for disse personene, men omfanget av tjenester og mangelen på sammenheng mellom dem gjør at det føles utmattende for de personene som må forholde seg til dem.

Også de pårørende beskriver et omfattende arbeid som må gjøres, spesielt i begynnelsen av en rehabiliteringsprosess. Pårørende blir ofte mer eller mindre frivillig pålagt roller som ubetalte koordinatorene som har oversikt over prosessen, som sier fra dersom det er noe som behøves og som opptrer som advokater på vegne av sine familiemedlemmer. Det som for de fleste oppleves som det tyngste arbeidet handler om å skaffe til veie dokumentasjon. Dokumentasjon som beviser at du er syk nok til å motta stønader, men frisk nok til å få rehabilitering, dokumentasjon på hva man har tjent de siste årene og så videre. Denne dokumentasjonen er skriftlige dokumenter som de må skaffe fra én tjenesteytende instans, for å bringe videre til en annen. De pårørende jeg har intervjuet forteller om en lang prosess med utallige søknader til ulike instanser og mye å holde orden på. Selv de som opplever at prosessen har gått greit forteller om et omfattende stykke arbeid som har vært gjort for å komme dit de er i dag. Som tidligere beskrevet opplever også pårørende arbeidet i forhold til rehabiliteringsprosessen som tyngende og til dels formålsløst. For dem som mottar tjenester fra hjemmetjenesten oppleves det i tillegg som et arbeid å måtte stå opp tidlig om morgenen fordi hjemmetjenesten skal komme. I tillegg føler de at de må holde huset "presentabelt" fordi det alltid kommer fremmede mennesker inn i huset deres. Det å *være til stede* er også en type arbeid som må gjøres. Mange pårørende må være sammen med sine nærpå personer de fleste timer av døgnet fordi de ikke kan være alene. Dette oppleves i aller høyeste grad som et arbeid og som en frihetsberøvelse.

#### **5.4.2 For mye ansvar**

Mange føler at de blir pålagt et *for stort ansvar* for sin egen prosess. Ansvar henger gjerne sammen med arbeid og de to erfaringene forsterker hverandre gjensidig. Jo mer arbeid man

må gjøre i en prosess jo mer ansvar føler man at man blir pålagt, og motsatt, jo mer ansvar man påtar seg i en prosess, jo mer arbeid følger det med. Tjenestemottakerne opplever ofte at de må viderebringe beskjeder mellom de involverte aktørene som de føler at de ikke har kompetanse til å videreformidle. De er bekymret for at de skal glemme noe og for at det skal bli misforståelser. Blant annet er det eksempler i intervjuene på at tjenestemottakere må videreformidle medisinske resultater mellom ulike tjenesteytere, noe de opplever som svært problematisk. Likevel kvier de seg for å nekte å gjøre slike ting fordi de er redde for å ødelegge det forholdet de opplever at de har til tjenesteyterne. Dokumentene i prosessen sier også noe om hvem det forventes skal gjøre hva. NAV skriver for eksempel i vedtak at de har bedt tjenestemottakerne om å be ulike tjenesteytere om å videresende ulike dokumenter til andre tjenesteytere.

Også de pårørende føler et tyngende ansvar i forhold til det de opplever som deres oppgaver i rehabiliteringsprosessene. Blant annet er det mange valg de må ta på vegne av sine nærpå personer som de ikke har kompetanse til å ta. De føler ofte at de blir satt i posisjoner som er vanskelige å forholde seg til. I tillegg føler de seg ofte som ubetalte koordinatorene for rehabiliteringsprosessene. Mannen til Sigrid for eksempel synes det har vært veldig slitsomt å forholde seg til tjenesteapparatet. Han føler at en for stor byrde blir lagt på ham i forhold til avgjørelser han må ta på sin kones vegne. I tillegg synes han en for stor arbeidsbyrde legges på ham i forhold til å holde oversikt over alt i prosessen. Han opplever det som vanskelig å holde styr på hvem som er involvert, hva de heter og hvem som har ansvaret for hva. Han synes også det er slitsomt å skulle være arbeidsleder for den brukerstyrte personlige assistenten, en erfaring han deler med flere av de pårørende som er intervjuet.

### **5.4.3 Uklare planer**

Mange av tjenestemottakerne gir uttrykk for at prosessene oppleves noe kaotisk og rotete. Man vet ikke hvem som har ansvar for hva, og man vet ikke hva som skal gjøres. Prosessene til Ellen og Sigrid preges spesielt av en mangel på planlegging. Det er ingen som har satt noen mål for hva som burde være poenget med rehabiliteringsprosessen. Hos andre informanter har man satt opp klare mål og delmål i den individuelle planen, men målene vanskeliggjør

ofte prosessen mer enn den hjelper. Grunnen til dette er at målet ofte oppfattes som urealistisk både av pårørende og tjenesteapparat. Kanskje ønsker pårørende i begynnelsen at målet skal være realistisk, men ser etter hvert at det ikke er det. Likevel er det ingen som ønsker å reformulere målet av hensyn til den som er i rehabiliteringsprosessen. Mange tjenesteytere sier for eksempel at *"ja, det er jo ikke noen realistisk plan, men vi har jo latt den stå der for x sin del, for å ikke ta motet fra han"*. Ofte skinner det gjennom at tjenestemottaker, pårørende og tjenesteytere alle har ulike tanker om hva som skal være målet med rehabiliteringsprosessen. Mangel på plan samt urealistiske planer fører til at prosessene oppfattes som rotete og uoversiktlige for tjenestemottakere, pårørende og i noen tilfeller også tjenesteytere.

Som nevnt i metodekapitlet gjennomførte jeg to intervjuer med hver av tjenestemottakerne, med omtrent ett års mellomrom. Ved det siste intervjuet jeg hadde med dem var den individuelle planen blitt veldig fjern for dem og var lite i bruk. De uttrykte for eksempel at: *"jeg vet ikke om jeg har noen plan, det må du spørre noen andre om."* Det at jeg intervjuet tjenestemottakerne to ganger gjorde at jeg fikk tilgang til en informasjon som jeg ellers ikke ville fått. De fleste av tjenestemottakerne og deres pårørende var relativt optimistiske ved det første intervjuet, og de hadde stor tro på den individuelle planens betydning. Ved det siste intervjuet virket alle mer desillusjonerte med tanke på hvor veien skulle gå videre derfra og hva fremtiden ville bringe. I det andre intervjuet med Cecilie er hun usikker med tanke på nytten hun har hatt av den individuelle planen. Hun føler fremdeles at det er hun som styrer prosessen og som må forklare de involverte hva de andre har sagt. Den eneste forskjellen er at nå er det koordinatoren som innkaller til møtene som Cecilie tar initiativ til. *"For det meste er det jeg som formidler alt til alle. Dersom fastlegen min sier en ting er det jeg som forteller det videre til psykiater, foreldre, psykiatrisk sykepleier osv. og det er ganske slitsomt at det er jeg som sitter i midten og formidler til alle"*. Hun synes de har for få møter og at hun må huske på så mye og da blir det ofte misforståelser. Hun sier at *"dersom alle møter samtidig så får de involverte samskrevet notatene sine og det er dét som blir gjort"*. Når jeg spurte henne om den skriftlige individuelle planen sa hun at *"den er ikke blitt gjort om... jeg er ikke blitt spurt om å gjøre den om... jeg aner ingen ting... det går i sneglefart"*.



#### 5.4.4 For mange å forholde seg til

Alle tjenestemottakerne og deres pårørende synes på en eller annen måte at de har for mange personer å forholde seg til. I noen tilfeller gjelder det at det er for mange i ansvarsgruppa (eks. Harald), i andre tilfeller gjelder det at det er så mange tjenesteytere og instanser generelt (eks. Ellen), mens i flere tilfeller gjelder det hjemmetjenesten. De som er avhengige av tjenester fra hjemmetjenesten anser dette å være det største problemet de har, altså at det er så mange ulike personer fra hjemmetjenesten som er involvert. Øystein hadde for eksempel hatt 30 personer inne i huset sitt i løpet av en sommer. Samboeren til Terje synes det er ubehagelig at *”så mange forskjellige mennesker går ut og inn av huset. Du sitter på toalettet og så kommer det en person du ikke har sett før. Det er forferdelig, vi har jo ikke noe privatliv, dette er en offentlig arena egentlig”*. Det er også slitsomt at det blir så mange gjentakelser hele tiden, og som Øystein uttrykker det *”Man blir så inderlig lei av å gjenta historien som ikke er noe spesielt hyggelig å gjenta”*. Kona til Harald forteller at hun syntes dette var så ubehagelig at hun kuttet ut tjenestene fra hjemmetjenesten mer og mer og heller utførte jobben selv: *”Vi var uheldige med at det var sommer, men alt er relativt, du blir jo litt invadert inne på soverommet og inne på badet og bare nye folk som ikke husket på om han gikk eller satt eller hva gjorde han, så jeg ble jo mye mer stresset av det, jeg gikk og lurte på når kommer de nå, hvem kommer i dag og så fikk du det med: kan man egentlig si dem opp? Så jeg begynte først med å kutte helgene og så ble det annenhver dag da”*. Gullestad (1989) påpeker at *hjemmet* har en sterk ideologisk stilling i samfunnet vårt som en intim sfære. Den stadig sterkere delingen mellom det som vi oppfatter som privat og det vi oppfatter som offentlig gjør at hjemmets rolle blir stadig viktigere. For mennesker som er i en rehabiliteringssituasjon, og deres pårørende, utviskes på en måte dette skillet, noe som føles ubehagelig. I tillegg hevder Gullestad at vår kultur oppfatter noen tidspunkter på døgnet som mer passende til å få folk inn i hjemmene våre enn andre, i tillegg til at vi blir mer og mer bevisst på hvordan vi har det hjemme, og hvordan hjemmet vårt fremstår for andre.

I noen prosesser er det mange tjenesteytere som skal utføre samme oppgave, men som er lokalisert på ulike nivåer. For eksempel gjelder dette ofte for fysioterapeuter og ergoterapeuter. Både rehabiliteringsinstitusjonene og kommunene har disse yrkesgruppene ansatt hos seg. Flere av hovedpersonene og deres pårørende forteller om frustrasjon

vedrørende dette fordi de ikke vet hvem de skal forholde seg til, og at de ulike tjenesteyterne fokuserer på ulike ting og gir motstridende beskjeder. Mange har også kontakt med flere forskjellige avdelinger på ett eller flere sykehus, samt en eller flere rehabiliteringsinstitusjoner. På grunn av dette opplever flere en usikkerhet når det gjelder medisiner og kontroll med dette. Cecilie forklarer det på denne måten: *“Det er kjemperotete og du føler at du faller ned i et hull og de står rundt og diskuterer hvem som skal løfte deg opp”*. Jo flere systemer man må forholde seg til, jo mer komplisert blir det. Ellen må for eksempel forholde seg til den psykiske helsetjenesten, den somatiske helsetjenesten og det systemet som har med barnet hennes å gjøre. Dette er i all hovedsak tre systemer som har lite med hverandre å gjøre. Derfor blir det også veldig mange avtaler hun må møte opp på i løpet av en uke.

#### **5.4.5 Byråkratisering og tekstliggjøring av hverdagslivet**

Mange av hovedinformantene opplever det som problematisk å skulle forholde seg til alle de skriftlige vedtakene som er blitt en del av hverdagen deres. Mange av dem jeg har intervjuet har tykke permer fulle av korrespondanse fra ulike tjenesteytende instanser. Tekstliggjøringen av rehabiliteringsprosessene oppleves belastende og unødvendig på mange. Dokumenter sendes fra tjenesteytere til tjenestemottakere og pårørende og mellom tjenesteytere. Ofte erstatter disse dokumentene annen type kommunikasjon. Det kan synes som et paradoks at mange av tjenestemottakerne og deres pårørende opplever at prosessene preges av mangel på informasjon, når man ser de tykke permene med skriftlig korrespondanse fra de tjenesteytende instanser. Det er likevel nærliggende å tro at dette kan forklares på bakgrunn av måten dokumentene utformes på. Flere informanter forteller om at det kan være vanskelig å forstå innholdet i dokumentene og at dette kan føre til misforståelser. Tjenesteyterne må fatte vedtak fordi det er en del av jobben deres, mens for tjenestemottakerne blir disse vedtakene noe som oppfattes som et arbeid som må gjøres; nemlig å følge med på om vedtakene er gått ut og om hvorvidt man har fått det man har krav på. Vedtaksfatting skal forplikte tjenesteyterne og sikre mottakernes rettigheter, men oppfattes annerledes av dem det gjelder. Individuell plan er også et vedtak som fattes, og som for flere av tjenestemottakerne bare oppleves som nok et dokument som må følges opp.

De sentrale vedtakskontorene for eksempel fatter vedtak på tjenester som tjenestemottakerne søker på, og i mange saker blir det fattet veldig mange vedtak. Thorbjørn har for eksempel fått åtte skriftlige vedtak som gjelder for tjenester han mottar som går via vedtakskontoret. Dette er "vedtak om praktisk bistand person", "vedtak om bistand til hushold", "vedtak om hjemmesykepleie", "vedtak om fysioterapi", "vedtak om ergoterapi", "vedtak om heldøgns omsorg i omsorgsbolig", "vedtak om kommunal omsorgsbolig", "vedtak om fritak for egenbetaling for kommunal trygghetsalarm" og "vedtak om individuell plan". Det er spesielt hvordan disse vedtakene begrunnes: *"Du har en lett psykisk utviklingshemming". "Den bistand du gis skal være slik at du ut fra dine forutsetninger, behov og ønsker opplever et verdig liv og en aktiv og meningsfylt tilværelse". "Du fyller vilkårene for å motta tjenester i henhold til Lov om sosiale tjenester av 13.12.91, 81 §4-2 bokstav a. §4-3. Hjelp til den som ikke kan dra omsorg for seg selv". "Du har dårlig svelgefunksjon, blir sondeernært, katerisert daglig og behøver hjelp med avføring".* Det som er merkelig er at man hele tiden bruker "du"- formen i vedtakene, når det likevel er tydelig at vedtakene ikke er skrevet for personen, men fordi sosialtjenesteloven, og lov om helsetjenester, krever vedtak på enkelte tjenester. Broren til Thorbjørn forteller at han synes det er vanskelig å holde styr på og følge med på alle de skriftlige dokumentene han mottar på Thorbjørns vegne. Vedtakene er tidsbegrenset på noen måneder eller et år, selv om begrunnelsen er at han er *"lettere psykisk utviklingshemmet"*. Som saksbehandleren selv sier; *"det henger ikke på greip"*. Dette kan tjene som et eksempel på det Smith (2005: 116) skriver om at institusjonelle tekster gjerne skiller seg fra de erfaringene mennesker gjør seg. Hun bruker som eksempel en skildring av hvordan en politirapport av en hendelse skiller seg fra et øyenvitnes beskrivelse. Årsaken til at de er forskjellige er at politirapporten skal tjene et formål. Den skal begrunne hvorfor politiet iverksatte et tiltak. Det samme blir tilfellet med disse vedtakene som skal tjene det formål å begrunne overfor systemet hvorfor en person mottar en tjeneste. For tjenestemottakeren blir det likevel noe man må følge med på for å forsikre seg om at man får videreført de tjenestene man har behov for.

## 5.5 Problematikkene

Erfaringene fra hverdagslivet til personene som er i en rehabiliteringsprosess og deres pårørende danner utgangspunkt for tre hovedproblematikker; *fragmentering av*

*hverdagslivet, manglende plan og retning og overbelastning av arbeid og ansvar.* I det følgende vil jeg forklare hva dette innebærer.

### **5.5.1 Fragmentering av hverdagslivet**

Man kan si at hverdagslivet til personene som er i en rehabiliteringsprosess oppleves som oppstykket, planlagt og styrt etter de tjenesteytende instansene sine timeplaner. Det vil si at det daglige livet styres av systemiske forhold de må tilpasse seg. Hverdagene må planlegges etter de avtalene de har med tjenesteytende instanser. De må stå opp på det tidspunktet hjemmetjenesten kommer på morgenen, de må holde seg hjemme når hjemmetjenesten kommer igjen senere på dagen eller de må få barna avgårde tidsnok til å rekke avtalen med NAV. På mange måter blir disse avtalene *det* de gjør i livene sine fordi de verken har tid eller krefter til å gjøre noe særlig annet. Det er altså et paradoks i at de tjenesteytende instansene produserer så mye møtevirksomhet at de lager vanskeligheter for det som egentlig skal være målet med rehabiliteringsprosesser; nemlig å gjøre personene i stand til å delta sosialt og i samfunnet. Det blir derfor en konflikt mellom systemrelasjonenes krav til oppmøte og hverdagslivets andre aktiviteter, og det er her den såkalte problematikken ligger, det vil si i motsetningsforholdet mellom hverdagsliv og systemrelasjoner. Hverdagslivet *fragmenteres* som et resultat av det arbeidet som knytter seg til det å være i en rehabiliteringsprosess.

### **5.5.2 Manglende plan og retning**

Utgangspunktet for rehabilitering som virksomhet er ifølge forskrift for habilitering og rehabilitering (2001) at man skal hjelpe personer til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. En bedring av livssituasjonen er altså det som skal være hovedmålet. Dette krever at prosessen har en klar og tydelig retning. Prosessene jeg har fulgt viser er at dette ikke alltid er så enkelt å få til fordi det er vanskelig å definere hva en bedring av livssituasjonen vil være for disse personene. Tjenestemottakerne, de pårørende og tjenesteapparatet kan ha ulike oppfatninger av hva en bedring av livssituasjonen innebærer og hva som eventuelt må gjøres for å komme dit. I noen tilfeller er dette vanskelig fordi tjenestemottakerne og tjenesteyterne ikke har satt seg ned og diskutert verken hva målet skal være, eller hvordan

man skal komme seg dit. I andre tilfeller har man gjort dette, men det viser seg at målene kan være urealistiske eller at de endrer seg etter hvert. Flere beskriver individuell- plan prosessen som noe man setter i gang like etter at sykdommen inntreffer, eller når personen kommer i kontakt med tjenesteapparatet. På dette tidspunktet setter man opp mål og delmål for hva som er det ønskelige resultat, men så jobber man ikke mer med det etter hvert som tiden går. Det oppstår gjerne en resignasjon fra tjenestemottakerne og tjenesteyterne, mens pårørende gjerne er motvillige til å gi slipp på det målet man opprinnelig formulerte. Fordi planen "legges i skuffen" oppleves etter hvert prosessen som rotete og uoversiktlig. Det blir tydelig at alle (i stor grad) gjør det de skal med hensyn til å yte konkrete tjenester, men få relaterer det de gjør til et overordnet formål. De har vanskeligheter med å se sin innsats som bidrag i en større prosess. Selv koordineringen blir en "deloppgave" knyttet til planlegging og innkalling til møter. Problematikken kan altså beskrives som at en mangel på en vedvarende *retning* i rehabiliteringsarbeidet fører til at prosessen stagnerer og oppleves som formålsløs og komplisert.

Måloppnåelse er som på mange andre felt i velferdsstaten vanskelig å måle i en rehabiliteringsprosess. "*Best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet*" som ifølge forskriften er det generaliserte målet med en rehabiliteringsprosess, er et vagt og tvetydig mål som må konkretiseres for hver enkelt person, men det kan være vanskelig å avgjøre når målet er nådd. Ifølge Lipsky (1980: 40- 42) er nettopp denne uklarheten når det gjelder måloppnåelse noe som vanskeliggjør tjenesteyternes arbeidshverdag: "*Public service goals also tend to have an idealized dimension that make them difficult to achieve and confusing and complicated to approach*". På mange måter kan normen om respekt for individet komme i konflikt med ønsket om måloppnåelse fordi menneskers mål kan være ambivalente, og de endrer seg gjerne over tid. Problematikken her ligger altså i motsetningsforholdet mellom de tjenesteytende instansers målsetninger og de målene som individene selv har, som ikke trenger å være sammenfallende, og som gjør at prosessen mister en tydelig retning.

### **5.5.3 Overbelastning av arbeid og ansvar**

Tjenestemottakerne, og i noen tilfeller deres pårørende, utfører et arbeid i forbindelse med rehabiliteringsprosessene fordi de er de eneste som vet hva et helhetlig tjenestetilbud for dem vil kunne bestå av. De kjenner fragmenteringen som en personlig og levd erfaring og tvinges til å gjøre noe med det. Arbeidet som gjøres i forhold til rehabiliteringsprosessene oppleves av mange som formålsløst og uten ende. Det oppleves som en evig runddans der dokumenter må skaffes til veie og sendes inn uten at man helt vet hvorfor. Det kan således sammenliknes med det man kaller "Sisyfos- arbeid", eller et endeløst og fåfengt arbeid. Det er ofte et komplisert arbeid, og mange føler at de ikke har kompetanse til å utføre det. Arbeidet oppleves som tappende fordi det er så mange usikkerhetsmomenter. Hvilket formål har det arbeidet de utfører? Vil arbeidet noen gang avsluttes? For mange oppleves det som belastende å føle at de er i en konstant kampsituasjon. Dette forsterkes ved at arbeidet mangler retning og plan. Det er dette som preger de erfaringene hovedinformantene mine har. Det er mye arbeid, det er vanskelig og ansvarstungt arbeid, det er følelsesmessig belastende arbeid, det er noen ganger ydmykende arbeid som oppleves stigmatiserende, samt at det ofte er uklart hva arbeidet tjener til.

De tre problematikkene henger sammen med hverandre, er delvis resultater av hverandre og forsterker hverandre gjensidig. Jo mer fragmentert en prosess er, jo vanskeligere er det å stake ut en klar retning og jo mer arbeid blir det på de involverte. I tillegg vil dette arbeidet oppleves vanskeligere jo mer fragmentert prosessen er og dersom en klar retning mangler. Det vil med andre ord si at de personene som har det vanskeligst (mange tjenester og manglende retning) også får mest belastende arbeid. Det ligger et paradoks i at jo større og jo mer kompliserte funksjonsproblemer man har, jo mer arbeid knytter det seg til rehabiliteringsprosessen og jo større er sjansene for det man kan kalle deprivasjon.

### **5.6 Avslutning**

Dette kapitlet har tatt utgangspunkt i hverdagslivserfaringene til personer som er i en rehabiliteringsprosess, samt deres pårørende. Erfaringene handler om hvordan det erfares å være i en slik prosess og hva slags arbeid de gjør i forhold til prosessen. Selv om alle

menneskers hverdagsliv selvsagt påvirkes av systemiske forhold, vil det nok ikke være en overdrivelse å si at for personer som må ha en omfattende kontakt med tjenesteapparatet, som for eksempel personer i en rehabiliteringsprosess, påvirkes hverdagslivet i mye større grad enn for andre. Institusjonell etnografi kan derfor sies å være et spesielt nyttig metodologisk og teoretisk perspektiv i en studie som har som formål å beskrive hvordan et slikt felt organiseres.

Av de erfaringene personene har fortalt meg om har jeg sammenfattet tre problematikker; fragmentering av hverdagslivet, manglende plan og retning, og overbelastning av arbeid og ansvar. Disse tre hovedproblematikkene påvirker og forsterker hverandre gjensidig og gir en retning til hvordan den videre analysen vil forløpe. Hva er det som gjør at tjenestemottakerne og deres pårørende har disse hverdagslivserfaringene og hvordan kan de forklares? Hvilke styringsrelasjoner er det som har betydning for at hverdagslivet oppleves så fragmentert og at det er så vanskelig å skape en planlagt og koordinert ramme rundt rehabiliteringsprosessen, som igjen fører til en opplevelse av overbelastning og ansvar for tjenestemottakerne? Neste kapittel vil søke å forklare hvordan disse problematikkene manifesterer seg slik de gjør i tjenestemottakernes hverdagsliv ved å se på hvilke strukturelle forhold eller mekanismer som skaper eller opprettholder dem. Formålet er å forsøke å finne ut av hva det er som forårsaker problematikkene, eller for å si det med Smiths ord "how things are put together".

## Kapittel 6 Identifisering av styringsrelasjoner

### 6.1 Innledning

Forrige kapittel ga en presentasjon av tjenestemottakernes erfaringer med, og beskrivelser av, hvordan det er å være i en rehabiliteringsprosess og det arbeidet de utfører i den forbindelse. De felles erfaringene kan kort beskrives som at det av ulike årsaker oppleves som vanskelig å kombinere et hverdagsliv med det å være i en rehabiliteringsprosess. For det første oppleves hverdagslivet som fragmentert på grunn av alle avtalene de har med ulike tjenesteytende instanser. For det andre er de usikre på hvilken retning prosessene går i, noe som også gjør det vanskelig å planlegge livet. For det tredje opplever de at rehabiliteringsprosessene medfører en overbelastning av både arbeid og ansvar, noe som gjør det vanskelig å ha overskudd til andre ting de har lyst til, eller behov for å gjøre. De tre problematikkene uttrykker alle et misforhold mellom det Smith (2005) kaller det lokale og det translokale, eller det Habermas (1981) kaller *systemverden* og *livsverden*. Systemverden tar i liten grad hensyn til at folk har et hverdagsliv. Når kontakten blir så omfattende som den er her, så oppleves det som det Habermas kaller en *kolonisering av livsverdenen* (Andersen 2007b).

Dette kapitlet vil med utgangspunkt i disse erfaringene forsøke å forklare hvorfor det blir så vanskelig å forene et hverdagsliv med en rehabiliteringsprosess ved å søke å få øye på det som Smith (2005) kaller *styringsrelasjoner*. Hun definerer styringsrelasjoner som de translokale formene for sosial organisering eller sosiale relasjoner som er dominerende innenfor et gitt felt og som har oppstått over tid. Hun beskriver det også som "*objectified forms of consciousness and organization*". Det er altså translokale relasjoner som kan kaste lys over hvorfor ting skjer som de gjør, eller fremstår som de gjør, og således skape en forlengelse av den kunnskapen man har om hverdagslivets utfordringer. Formålet blir å identifisere disse systemiske og institusjonelle trekkene som kan gi innsikt i hvordan de problematikkene som fremtrer gjennom intervjuene med hovedpersonene skapes og opprettholdes. Selvsagt vil det være *vel* ambisiøst å tenke at man skal identifisere alle mulige styringsrelasjoner som får betydning for hvordan en rehabiliteringsprosess forløper, og det er heller ikke målet her. Ved å diskutere de systemmessige forhold som ble gjort synlige for meg gjennom feltarbeidet og utledningen av problematikkene er formålet å kunne peke på



noen trekk ved samfunnet vårt som griper inn i livene til personer som er i en rehabiliteringsprosess og dermed får direkte konsekvenser for dem.

## **6.2 Styringsrelasjoner og tekstlige representasjoner**

Karin Widerberg (2006: 80) beskriver i en artikkel sitt prosjekt "Trøtthetens tid" i lys av institusjonell etnografi. Hun forklarer at de i prosjektet i for liten grad forsøkte å se informantenes beretninger i lys av strukturelle og ideologiske krefter som virker i samfunnet og som har betydning for hvordan informantene opplever sin hverdag. Hun nevner at de for eksempel kunne ha undersøkt hvorvidt bedriftene de undersøkte hadde gjennomgått reorganiseringer og hvilke tekster som var forbundet med reorganiseringsprosessene. Hvordan manifesterte de strukturelle og ideologiske kreftene seg lokalt såvel som translokalt? Hvordan var de institusjonelt forankret? Å identifisere noen av de styringsrelasjonene som får betydning for det å være i en rehabiliteringsprosess er derfor formålet med dette kapitlet.

Styringsrelasjoner er sosialt organisert maktutøvelse som former menneskers aktiviteter (Smith 2005). Ifølge Smith er tekster (i sjenerøs forstand) materialiserte representasjoner for styringsrelasjonene gjennom de diskursene som råder i institusjonene. Tekstene koordinerer menneskers handlinger siden de når ut til store deler av befolkningen som kan lese tekstene eller forholde seg til dem uavhengig av hvor de er i tid og rom, og menneskers arbeid styres derfor av tekstene på en eller annen måte. Tjenesteyterne som er intervjuet er derfor delvis å betrakte som representanter for institusjonelle diskurser og styringsrelasjoner, gjennom de politiske, administrative og juridiske retningslinjer de må forholde seg til, og de strukturelle og ideologiske krefter de utsettes for. Disse kreftene kan karakteriseres som institusjonelt betingede maktforhold innleiret i institusjonenes diskurser (Smith 2005) som er usynlige for de involverte aktørene. Det er altså institusjonelle aspekter ved rehabiliteringsarbeidet som begynner et annet sted enn der tjenestemottakerne og tjenesteyterne er, men som gjerne er tekstliggjorte i en eller annen form. Å studere hvordan de ulike aktørene forholder seg til tekstene, blir dermed en måte å identifisere styringsrelasjoner på. Dette kapitlet vil derfor ta utgangspunkt i beretningene til både tjenestemottakerne og tjenesteyterne, og studere hvordan de snakker om de tekstene som

er blitt synlige gjennom intervjuene, samt de faktiske tekstene jeg har fått tilgang til, for på den måten å søke å identifisere de styringsrelasjoner som er med på å vanskeliggjøre det å være i en rehabiliteringsprosess.

Rehabiliteringsfeltet er som nevnt et konglomerat av ulike tjenesteytende instanser som i tradisjonell forstand hver for seg kan studeres som organisasjoner. I denne studien er det derimot ikke organisasjonene som er studieobjektet, men organiseringen som skjer mellom dem. Så hvordan kan man identifisere styringsrelasjoner når det er så mange organisasjoner som er involvert? Jo, ved å fokusere på *relasjoner* og se på feltet som noe relasjonelt slik den prosessorienterte organisasjonsteorien foreslår. Prosesstenkning vil si å tenke relasjonelt om fenomener, det vil si hvordan de står i forhold til hverandre. Ved å studere rehabiliteringsprosessene som *handlingsnett* (Czarniawska 2008), har jeg ikke tatt utgangspunkt i de tjenesteytende instanser som organisasjoner på et organisasjonskart, men heller tatt utgangspunkt i de aktører som har utført en eller annen form for handling<sup>41</sup> i forhold til tjenestemottakernes rehabiliteringsprosesser. Det er *forbindelsene* som er interessante å studere, det vil si at man skal fokusere på "knotting" and "connecting" (Czarniawska 2004: 782). Det vil si relasjonene mellom aktører og tilstander i et nettverk, ikke nodene (Hernes 2005). Et handlingsnett er ifølge Czarniawska (2004: 784) et tomt begrep inntil det fylles av beretninger om hva som gjøres og hvordan det som gjøres forholder seg til andre ting som gjøres innenfor den samme konteksten. Selv om slike handlingsnett kan være institusjonalisert, blir de stadig fornyet og laget på nytt.

### 6.3 Aktivering av tekster

Som nevnt kan tekster ses som representasjoner av styringsrelasjoner (Smith 2005). Mennesker responderer imidlertid ofte ulikt på tekstene og Smith kaller det som foregår en "text- reader- conversation", hvor menneskene (som er situerte i tid og rom) aktiverer teksten ved å forholde seg til den på en eller annen måte. Disse samtalenene behøver ikke være observerbare, men pågår likevel hele tiden og overalt i samfunn som på en eller annen måte forholder seg til tekst (i vid forstand). Spørsmålet er derfor hvordan man kan

---

<sup>41</sup> Czarniawska (2004: 782) henviser til Harré (1982) når hun definerer handling: "I understand action as a movement or an event, to which an intention can be attributed by relating the event to the social order in which it takes place".

identifisere tekstene, og Smith hevder at endringer gjerne kan spores gjennom tekster. Aktører får gjerne beskjed (direkte eller indirekte) om endringer gjennom dokumenter de mottar. Tekstene "skjer" hele tiden, på samme måte som organisering skjer hele tiden (Hernes 2008). På samme tid er tekstene konstante på den måten at de materielt sett er like. De er reproduerbare og trykkes og sendes ut til en rekke aktører som aktiverer dem på ulike måter. Deres konstanthet er det som gjør at de er med på å standardisere organisasjoner og institusjoner; tekstene blir bærende for hva som skjer i organisasjonene. Likevel er det ingen aktører som aktiverer samme tekst på samme måte, noe som muliggjør variasjon i hvordan en tekst virker i ulike situasjoner (Smith 2005: 108). Tekstene er det som får ting til å skje, eller setter ting i gang, selv om de ikke behøver å føre til implementering av de pålegg de eventuelt inneholder. Med Czarniawskas (2004: 783) ord kan man si at tekstene oversettes ulikt av ulike mottakere, og at noen oversettelser tillegges større vekt eller har større kraft (more currency) enn andre. Uansett er disse tekstene uttrykk for styringsrelasjoner som får betydning for mennesker som på en eller annen måte må forholde seg til dem, og ofte kan de være uttrykk for (forsøk på) en eller annen form for strukturell endring.

### **6.3.1 Utflating av strukturer**

Ellen har som beskrevet i kapittel 5 utstrakt kontakt med det tjenesteytende apparat på grunn av sine egne og sin datters ulike plager, som spenner over mange fagkategorier og ansvarsenheter. Dokumentene som Ellen må forholde seg til kommer for det første fra ulike kommunale instanser. Dokumentene viser at de lokale instansene har endret sin organisatoriske tilknytning en rekke ganger. Blant annet mottar hun tjenester fra den kommunale psykiatritjenesten som først var organisert under pleie og omsorg, så enhet sosial og tilslutt under enhet helse. Hun har også i perioder mottatt tjenester fra sosialkontoret som først var organisert under enhet sosial, men som i løpet av den perioden jeg intervjuet henne ble innlemmet i NAV. I tillegg har hun behov for tjenester fra fastlege og ulike medisinske enheter i spesialisthelsetjenesten, samt at hun mottar tjenester fra VOP og har regelmessige opphold ved en rehabiliteringsinstitusjon. Begge barna har behov for ekstra oppfølging fra skolen i tillegg til at de mottar tjenester fra familieenheten, barnevernstjenesten og BUP. Skolene de to går på, familieenheten (helseenheten), og

barnevernstjenesten (enhet sosial) ligger under egne enheter som kun rapporterer direkte til rådmannsnivået. BUP er organisert innenfor spesialisthelsetjenesten.

Det som kommer veldig tydelig fram i Ellens historie er problemet med at strukturene i kommunal sektor er flatet ut. Denne utflatingen av strukturer manifesterer seg i hverdagslivet hennes på den måten at det blir veldig mange enheter hun må forholde seg til som ikke har noen formelle kontaktpunkter for samarbeid. For det første fantes det på det tidspunktet jeg intervjuet henne ingen samordnende instans mellom skole, familietjeneste og barnevernstjeneste og dermed måtte hun ha møter med alle instansene. Det fantes heller ingen samordnende instans mellom psykiaritjenesten og helsetjenesten. Dette betyr selvsagt ikke at samhandling på tvers av enhetene aldri fant sted. I perioder har det vært gjort forsøk på å ha ansvarsgruppemøter, men forsøkene har strandet av ulike årsaker. Ifølge Ellen kan en grunn til dette være at ingen har villet dra lasset. Sett utenfra er det tydelig at ingen har tatt ansvar for koordinatorfunksjonen. I ett vedtak fra enhet sosial om individuell plan står det at *”det forutsettes at utarbeiding av planen gjøres i samarbeid med andre tjenesteytere du er i kontakt med”*. Det er likevel ikke sendt kopi av vedtaket til andre tjenesteytende instanser. Etter at enhet sosial ble innlemmet i NAV var det i tillegg lenge uklart hvem som kunne gjøre vedtak om individuell plan og oppnevne personlige koordinatører. Det er nærliggende å tro at mangelen på en samordnende instans mellom enhetene og rådmannsnivået, samt den stadige omorganiseringen har ført til ansvarsfraskrivning når det gjelder å ta tak i prosesser som går på tvers av enhetene. Enhet sosial hadde myndighet til å vedta at en person skulle innvilges individuell plan, men ikke til å vedta hvem som skulle være med i en eventuell plangruppe. I tillegg ble psykiaritjenesten like etter dette overført til enhet helse, og kanskje førte dette til at vedtak gjort under en annen ledelse ikke lenger føltes like bindende. For det andre har det i forhold til ansvarsgruppemøtene vært uklarheter i forhold til om det var barna eller Ellen som var ”på dagsorden”. På den ene siden vanskeliggjøres ansvarsfordelingen i prosessen, fordi det er et skille mellom voksne og barn innenfor de tjenesteytende instanser. På den andre siden ville det vært enda mer belastende for Ellen dersom man skulle delt inn i to eller tre ansvarsgrupper med like mange møter.

Man ser altså at det er vanskelig for de ulike enhetene å bli enige om hvem som skal dra lasset og hvem som skal gjøre hva. Organisasjonene endrer seg etter hvilken logikk

kommunen ønsker å styre etter, hvem de ansatte til enhver tid er og hvem tjenestemottakerne er. For å bruke et begrep innenfor den prosessorienterte organisasjonsteorien kan man si at organisasjonene er "impermanent", mens organiseringen er "everlasting". Med det menes at organiseringen må gjøres uansett hvem som er organisert sammen med hvem og på hvilken måte. Poenget her er likevel at i veldig mange tilfeller er det av ulike årsaker vanskelig for tjenesteyterne å få virkeligheten til å samsvare med de gjeldende kategorier.

Tekstene i denne prosessen befinner seg på flere nivå. For det første er det de tekstene som er lokale i den forstand at de kan leses av tjenesteytere og tjenestemottakere (og meg). Dette gjelder for eksempel søknader som er sendt og vedtak som er gjort. For det andre vil det alltid være andre tekster på et mer ekstralokalt nivå, som tekstene på det lokale nivået gjerne styres av. Dette kan være vedtak som er gjort på kommunenivå om å endre kommunestrukturen til en såkalt to- nivå- modell. Disse vedtakene er ikke noe som verken tjenesteytere eller tjenestemottakere forholder seg til direkte, selv om de kan være klar over at et slikt vedtak er gjort. Likevel finner man spor av vedtakene i de lokale dokumentene på den måten at man ser at de kanskje har fått ny logo eller at de er underskrevet av en annen leder enn tidligere dokumenter. For det tredje finnes det gjerne tekster på enda høyere nivå, for eksempel politiske styringsdokumenter, eller rapporter fra for eksempel Kommunenes Sentralforbund eller internasjonale aktører, som virker styrende på hva slags organisatoriske utforminger en kommune velger.

De kommunale strukturene ble flatet ut med en begrunnelse om at de ulike enhetene skulle "styre seg selv" i større grad. Man ønsket å delegerer ansvar til enhetslederene for på den måten å gjøre kommuneorganisasjonene mer effektive. Ved å gi dem ansvar for hvert sitt tjenesteområde, glemte man de tjenestemottakerne som har behov for tjenester fra ulike enheter og som hadde behov for at det fantes kontaktpunkter mellom enhetene. Kommunene hadde behov for å kategorisere tjenester i ulike enheter og gi dem ansvar for et bestemt område. Virkeligheten er likevel ikke delt inn i disse kategoriene og utflatingen gjør derfor hverdagslivet vanskeligere for de personene som mottar tjenester fra ulike enheter. Både Christensen (2006) og Opedal m.fl. (2002) påpeker at brukere med behov for koordinerte tjenester er de som mest sannsynlig vil tape på at tjenesteenhetene delegeres mer makt og blir mer selvgående. I de fire kommunene hvor jeg utførte intervjuene hadde

alle flatet ut strukturene i større eller mindre grad. For de tjenestemottakerne jeg intervjuet fikk dette først og fremst konsekvenser for *møteaktiviteten* og det arbeidet som ellers måtte gjøres i forhold til å oppfylle de krav til for eksempel dokumentasjon som de ulike instansene la frem.

Opprettelsen av resultatenheter i kommunene førte til at hver enkelt enhet fikk ansvar for eget budsjett og for å levere resultater i henhold til en økonomisk ramme; *“En resultat enhet skal være en selvstendig og avgrenset enhet hvor det er tydelig hvilke rammer (både for økonomi og tjenesteområde) den jobber innenfor”* (Helland 2002: 20). Det viktige her er altså at en resultat enhet er en *selvstendig* enhet, og at det er resultatene som enheten produserer som er viktig. Økonomifullmaktene er altså delegert til resultat enhetene. Likevel er inntektene til resultat enhetene i stor grad begrenset av kommunens økonomi, mens utgiftene styres av de oppgaver som enheten enten er pålagt å utføre, eller selv velger å utføre. En slik situasjon taler i stor grad for en *“feing for sin egen dør”*, både når det gjelder hvilke oppgaver som kan prioriteres og når det gjelder å ta ansvar for brukere som ikke faller inn under en spesiell enhet. Den fragmentering som differensieringen og profesjonaliseringen av velferdsapparatet har skapt forsterkes altså ytterligere ved utflatingen av strukturene og opprettelsen av resultat enheter.

Som nevnt har myndighetene vist gjennom mange styringsdokumenter at de har fokus på samordningsproblemene. Her ser vi likevel at samordningsutfordringene kommer i konflikt med et annet forhold, nemlig styrings- og effektivitetshensyn. NPMs retorikk handlet om at det var mer effektivt å la enheter styre seg selv og overlate ansvaret for *“resultatene”* til dem, slik at rådmannsnivået kunne konsentrere seg om mer overordnede ting. Mens samordningsbehovet er formidlet gjennom styringsdokumenter på nasjonalt nivå og begrunnet i brukererfaringer (myke behov), er effektivitetshensynet begrunnet i økonomiske hensyn på lokalt nivå. Spørsmålet blir hvem som vinner denne kampen eller om de to behovene er mulige å forene. Ellens historie kan tyde på at det er de økonomiske effektivitetshensynene som får forrang, selv om effektivitet er et vanskelig begrep å definere. Problemet kan forklares på samme måte som Krogstrup (2002) forklarer problemet med brukerundersøkelser. Undersøkelsene måler bare de standarder som myndighetene setter. Effektivitet og kvalitet i rehabiliteringsprosesser er vanskelig å måle fordi det alltid vil være målt etter myndighetenes mål. Med andre ord kan man hevde at systemets behov for

styring og ressurseffektivitet, går på bekostning av tjenestemottakernes behov for helhet og samordning.

### 6.3.2 Profesjonenes hierarki

Selv om man til stadighet ser forsøk på endringer av offentlig sektor er det enkelte trekk som vanskelig lar seg endre. Det at enkelte profesjoner anses å være høyere oppe i hierarkiet enn andre er et slikt trekk. De ulike profesjonene er ofte uenige om hvordan ting skal gjøres og hva som skal fokuseres på og Pence (1999: 39) hevder at "*professionals are trained to translate what they see and hear and gather from the everyday world into professional discourses about the world*". Måseide (2008: 373) benytter Smiths definisjon av institusjonelle diskurser når han skal forklare forskjellen mellom institusjonelle diskurser og profesjonelle diskurser, en forskjell han erkjenner er enklere å forstå teoretisk enn empirisk. For ham blir profesjonelle diskurser *en form for* institusjonell diskurs, mens institusjonelle diskurser kan være mer tverrfaglige, for eksempel administrative. Institusjoner kan ha flere ulike profesjoner knyttet til seg, slik som rehabiliteringsfeltet i aller høyeste grad har. Tjenesteytere kan derfor befinne seg mellom ulike profesjonelle og institusjonelle diskurser.

Det som er slående i de fleste rehabiliteringsprosessene jeg har fått innblikk i er for det første hvor mange *ulike yrkesgrupper* som er involvert, men også hvor mange representanter fra samme yrkesgruppe som er involvert, men som er lokalisert på *forskjellig nivå*. Ifølge broren til Thorbjørn har det vært en del problemer i forhold til å få levert de hjelpemidlene som har vært nødvendige for at Thorbjørn skal kunne fungere i hverdagen. Thorbjørns primærkontakt ved boligen forteller om en situasjon etter utskrivning fra rehabiliteringsinstitusjonen hvor det var tre ergoterapeuter involvert. Èn av disse ergoterapeutene var ansatt ved rehabiliteringsinstitusjonen, én i omsorgsboligen Thorbjørn skulle flytte til og én i kommunen. De tre ergoterapeutene bestilte hver sine hjelpemidler og når hjelpemidlene kom var de ofte ikke hensiktsmessige i forhold til hva han hadde behov for. For primærkontakt ble det da vanskelig å ringe hjelpemiddelsentralen å klage på dette for hun hadde ikke oversikt over hva det var som egentlig sto i søknaden og hvem som hadde bestilt hva. Primærkontakt fikk det praktiske ansvaret med å administrere hjelpemidlene når de kom, så alt i alt var de fire stykker som jobbet med dette. Hun fortalte

for eksempel om en dusjstol som ergoterapeuten fra rehabiliteringsinstitusjonen hadde bestilt som skulle passe på toalettet. Ergoterapeuten hadde sagt at hun visste hvilken dusjstol han trengte, men da dusjstolen kom viste det seg å være feil likevel. Årsaken viste seg å være at rehabiliteringsinstitusjonen og omsorgsboligen hadde ulike typer toaletter. Eksemplet viser hvordan mange involverte tjenesteytere kan gjøre prosessene mer komplisert for de involverte, enn det som kan synes nødvendig.

I tillegg blir det en konflikt mellom ulike hierarkiske nivå i en rehabiliteringsprosess. LEON- prinsippet som har vært bærende i det norske velferdssystemet forfekter at tjenester skal ytes på det laveste effektive omsorgsnivå. Likevel blir det her et dilemma mellom hvem som skal utføre tjenester, er det institusjonen som vedkommende skrives ut fra, eller institusjonen hvor vedkommende skrives inn som skal ha ansvaret for å bestille utstyr. Denne usikkerheten kan i verste fall føre til at ingen utfører oppgaven, eller at prosessen med å skaffe utstyret tar lengre tid enn nødvendig. Dette er et typisk eksempel på gråsonearbeid som både kan resultere i dobbeltarbeid og/ eller ansvarsfraskrivelse.

I rehabiliteringsprosesser finner man gjerne mer eller mindre formaliserte samarbeidsgrupper som kalles ansvarsgrupper eller individuell- plan- grupper. Formålet med disse er at alle involverte aktører, både tjenestemottakere, tjenesteytere og gjerne pårørende eller andre involverte aktører skal møtes ”på samme nivå” for å samarbeide om å finne gode løsninger. Ifølge Finn (2008: 1074) forsvinner imidlertid ikke de tradisjonelle skillelinjene mellom profesjonene i slike samarbeidsgrupper; *“These structures are (re) produced at the micro-level through normative rules, which assume a taken-for-granted status, shape the mobilization of interests and enable and constrain action and interaction among members”*. Det er altså større sjanse for at skillelinjene reproduseres enn at de forsvinner. Profesjonenes rolle i slike samarbeidsgrupper blir ofte paradoksale. Gruppene dannes gjerne for å forbedre samarbeidet mellom profesjonene, og likevel er det nettopp profesjonenes egenskaper som vanskeliggjør dette samarbeidet (ibid: 1073). På grunn av sine rigide strukturer utgjør profesjonene ofte en barriere for samarbeid i grupper.

En av informantene i undersøkelsen til Thommesen mfl (2003: 90) mente at ansvarsgrupper lett kan bli ”hierarkiske”. Med det mente hun at de andre deltakerne gjerne måtte spørre legen før de tok en avgjørelse. Flere av de tjenesteyterne jeg intervjuet



uttrykte misnøye i forhold til den maktposisjonen de mente legene inntok, uavhengig av om de deltok i samarbeidsgruppene eller ikke. Spesielt handlet dette om tilgang til tjenester fra spesialisthelsetjenesten, og anskaffelser av hjelpemidler og utstyr fra for eksempel hjelpemiddelsentralen og andre instanser. Flere opplevde dette som veldig problematisk og som et hinder for at prosessene skulle forløpe smidig. I flere tilfeller hadde ikke fastlegen noen annen rolle enn å skulle vurdere hvorvidt en person hadde behov for en tilrettelagt bil eller andre hjelpemidler. Spesielt ergoterapeutene opplevde dette som veldig lite hensiktsmessig i og med at det var *de* som kunne si noe om personens funksjonsnivå. En ergoterapeut forteller om sin frustrasjon i forhold til at fastlegen må greie ut om diagnose og funksjonsnivå i forhold til bilsøknader som skal til NAV. Ifølge henne ønsker de ansatte ved NAV heller en vurdering fra ergoterapeut som kjenner brukeren og som kan si mer om funksjonsnivå, men i forhold til regelverket må vurderingen komme fra fastlegen. Hun mente videre at fastlegen i noen tilfeller bare så vidt hadde møtt tjenestemottakeren. I tillegg måtte hun ofte purre på fastlegene for å få dem til å sende inn søknader eller vurderinger. På den ene siden blir man da veldig prisgitt hvilken fastlege som personen tilfeldigvis er tilknyttet. På den andre siden tar det ofte lengre tid på grunn av legenes tidskapasitet eller prioriteringer.

En koordinator jeg intervjuet var oppgitt over den manglende involvering av tjenestemottakerens fastlege. Blant annet var det ingen som hadde et overordnet oppsyn med og ansvar for hvilke medisiner han fikk fra de ulike legene han mottok behandling fra. Koordinator sier blant annet: *"Jeg skulle ønske han hadde en lege som virkelig innså viktigheten av å være i ansvarsgruppa. Det er synd å si ufordelaktige ting om han men jeg føler at han har vært litt perifer. Jeg har jo sendt han referat fra ansvarsgruppemøtene, men jeg har aldri fått svar på noen spørsmål eller kommentarer eller... jeg har full forståelse for at legene har en full dag så det kan hende det rett og slett er vanskelig for dem å prioritere ... det er jo ikke ofte jeg er i ansvarsgrupper hvor fastlegen er med, som regel er jo ikke fastlegen med. Han blir ofte innkalt ved spesielle behov"*. Det kan virke som om tjenesteyternes respekt for legeyrket som profesjon gjør at de ikke våger å komme med kritikk eller stille krav til fastlegen når det gjelder dennes involvering i rehabiliteringsprosesser. Dette kan selvsagt få konsekvenser for tjenestemottakerens rehabiliteringsprosess, siden flere uttrykker at de mener at rehabiliteringsprosessene hadde

blitt mer vellykket dersom fastlegene med sin "nøkkel" til andre instanser i tjenesteapparatet hadde vært mer involvert. Ifølge Måseide (2008: 374) styres gjerne samhandling av en aktør som er gitt institusjonell eller profesjonell autoritet. I rehabiliteringsprosessene ser man at de aktørene som tradisjonelt har innehatt denne autoriteten (legene) gjerne er fraværende. Profesjoner følger ikke nødvendigvis organisasjonsgrenser, men kan gjerne hemmes av dem på den måten at organisasjonene har sine egne prosedyrer og måter å gjøre ting på og ved at for eksempel legens autoritet blokkerer eller definerer ulike instansers involvering. Ifølge Hansen (2007: 198) fører fokuset på *behandling* i rehabiliteringsprosessene til at det stort sett er koordinator som har fokus på det overordnede målet, mens de andre involverte aktørene har fokus på å behandle personen på bakgrunn av oppgitt diagnose. Også her ser man at systemets iboende hierarkisering av profesjonene gjør samarbeid mellom dem vanskelig.

### **6.3.3 Motstridende krav om fleksibilitet**

Alle tjenestemottakerne (og deres pårørende) som jeg intervjuet og som mottok tjenester fra hjemmetjenesten var svært misfornøyde med antallet tjenesteytere de måtte forholde seg til og som var inne i hjemmene deres i løpet av et døgn, en måned eller et år. Spesielt i forbindelse med ferieavviklingen hadde noen av dem hatt så mange som tretti ulike tjenesteytere inne hos seg i løpet av en måned. I Haralds tilfelle bestemte kona seg for at hun skulle overta hjemmetjenestens oppgaver i helgene for å slippe å ha "huset fullt av folk" hele helga. Dette førte naturligvis til en innskrenking av hennes liv og muligheter, men hun syntes det var verdt det både for Haralds og sin egen del. De personene som jobber i hjemmetjenesten må forholde seg til arbeidsturnuser som forteller noe om hvilke dager de skal på jobb. Selv om flere av de andre involverte tjenesteyterne også har arbeidsturnuser, er det i hjemmetjenesten disse turnusene får størst betydning for tjenestemottakerne. Årsaken til dette er den utstrakte kontakten de har med hjemmetjenesten; hver dag og gjerne flere ganger i døgnet.

I tillegg til turnusene jobber også hjemmetjenesten etter arbeidsplaner for hvor mange personer de skal yte tjenester til i løpet av en dag. Arbeidsplanene beskriver hvilke tjenestemottakere de skal til og til hvilket tidspunkt de skal være der. På den måten gir også

arbeidsplanen informasjon om hvor lang tid de kan bruke hos hver tjenestemottaker for ikke å komme for sent til neste på planen. De tjenesteyterne jeg intervjuet fra hjemmetjenesten uttrykte bekymring for at antallet tjenestemottakere de skulle yte tjenester til i løpet av en dag økte hele tiden. Årsaken til dette er forsøk på effektivisering av tidsbruk innenfor tjenesten og "stoppeklokketjeneste" er blitt et nytt begrep som uttrykker tjenestens fokus på effektivisering av tidsbruk. Hjemmetjenesten og de ansatte i denne tjenesten får på denne måten daglig føle fokuset på innsparing på kroppen. I tillegg må et stort antall ansatte jobbe deltid for få turnusen til å gå opp.

Organisering av tjenester styres på mange måter av arbeidslivets premisser. Deltidsstillinger er et voksende problem i offentlig sektor generelt, og innenfor hjemmebaserte tjenester spesielt. Ifølge Kjeldstad (2006: 518) er det tjenestesektorens behov for fleksible arbeidstidsordninger som har ført til denne fremveksten. Organisasjonens krav til fleksibilitet kommer på denne måten i konflikt med brukernes behov for fleksibilitet. Årsaken til dette er at jo flere tjenesteytere en person må forholde seg til jo mindre fleksibelt oppleves det. Å ha én person å forholde seg til oppleves som mer fleksibelt. Både for de ansatte og for tjenestemottakerne ville det vært mest hensiktsmessig å ha både færre tjenesteytere per tjenestemottaker, færre tjenestemottakere per tjenesteyter, og derfor flere tjenesteytere i heltidsstillinger.

Den fleksibiliteten som tjenestemottakere og tjenesteytere ønsker er likevel på kollisjonskurs med den fleksibiliteten som hjemmetjenesten som arbeidsorganisasjon har behov for. Både det store antallet tjenestemottakere en ansatt skal rekke over i løpet av en arbeidsdag og utfordringene med å få en turnus til å gå opp vanskeliggjør en slik fleksibilitet. De fleste tjenestemottakerne har behov for de samme tjenestene enten det er hverdag eller helg, noe som gjør det utfordrende for arbeidsgiver å innfri arbeidsmiljølovgivningens bestemmelser om helgearbeid og så videre. Konsekvensen blir at flere tjenesteytere ansettes i mindre stillingsprosent for å dekke opp helgene, som igjen fører til at det blir flere ulike tjenesteytere som yter tjenester til hver tjenestemottaker.

Campbell (2008) skriver i en artikkel om den kanadiske hjemmetjenesten at det stadig økende antall personer hver tjenestemottaker får tjenester levert av, fører til lavere kvalitet på tjenesten som leveres. Som illustrasjon bruker hun en situasjonsbeskrivelse av en

ansatt i hjemmetjenesten som skal assistere en tjenestemottaker som skal ta seg et bad. Den ansatte har aldri vært hos tjenestemottakeren før og kjenner ikke til hans rutiner og måter å gjøre ting på, eller de hjelpemidler som vedkommende har i huset. Resultatet blir at det som skal gjøres; å ta et bad, tar veldig lang tid og dårlig kommunikasjon mellom de to gjør sitt til at episoden oppleves som ubehagelig for både tjenestemottaker og tjenesteyter. I tillegg blir tjenesteyter forsinket på sin vei videre mot neste tjenestemottaker, og tjenestemottaker må bruke en større del av dagen sin på dette gjøremålet enn nødvendig. Illustrasjonen viser at "avprofesjonaliseringen" (bruk av det hun kaller "casual employees") av hjemmetjenesten i Canada som skulle føre til effektivisering, i realiteten fører til en mindre effektiv tjeneste. Mine informanter forteller liknende historier om at de blir grundig lei av å skulle lære opp nye tjenesteytere hele tiden. Dette er tidkrevende og arbeidsomt for dem, og fører til at de får mindre tid til å gjøre det de egentlig har lyst til å bruke tiden sin på. I tillegg føler de at hverdagslivet invaderes av personer de har liten eller ingen kjennskap til fra før. Man ser med andre ord at systemets behov for fleksibilitet slår inn som brudd og frustrasjon i tjenestemottakernes hverdagsliv.

### **6.3.4 Å objektivere det partikulære- om kategorier som representasjoner**

Kategorisering er grunnleggende for menneskelig aktivitet og en nødvendig del av det å skape en sosial orden (Mäkitalo og Säljö 2002: 160). Likevel er kategorier bare representasjoner av virkeligheten, de er verken selvforklarende eller selvsagte. De er diskursive enheter produsert på bakgrunn av profesjonenes språk, administrative infrastrukturer eller andre teknologiske verktøy (Bowker og Star 2000). Ulike profesjoner opererer derfor gjerne med ulike kategorier som ikke samsvarer med hverandre, noe som kan føre til uenigheter om hvilken kategori en tjenestemottaker skal plasseres i. Fysioterapeuter jobber for eksempel gjerne etter klassifikasjonssystemet ICF<sup>42</sup> som er laget for å kunne klassifisere personer etter hvilken grad av funksjonsnedsettelse de har. Denne studien vil ikke gå nærmere inn på dette, men bare konstatere at det ofte var uenighet mellom aktørene i de rehabiliteringsprosessene jeg har studert om hvor mye fysisk opptrening av funksjoner tjenestemottakerne skulle ha. Det var uenighet mellom pårørende og tjenesteytere, men også mellom tjenesteyterne. I ett tilfelle hadde en kommunal

---

<sup>42</sup> Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse.

fysioterapeut meddelt at han syntes opptreningen kunne avsluttes i kommunal regi og overføres til et privat treningssenter. Påførende var veldig uenig i dette og fikk en avtale med en privat fysioterapeut. I dette tilfellet fortalte den private fysioterapeuten at den kommunale fysioterapeuten var gått lei som en følge av tjenestemottakerens manglende motivasjon. Å skulle vurdere hvorvidt en person har behov for opptrening eller ikke er for det første basert på klassifiseringssystemer, men det handler også om tjenestemottakernes motivasjon, eller tjenesteytternes opplevelse av dette. Dette kan være et eksempel på det som Mäkitalo og Säljö (2002: 165) kaller "backstage activities", og som handler om hvordan tjenestemottakere klassifiseres på bakgrunn av kategorier som ikke er åpent tilgjengelige, men som forhandles frem gjennom institusjonenes uformelle praksiser.

Alle jeg har intervjuet har på en eller annen måte mottatt tjenester fra NAV. Kona til en av tjenestemottakerne satt under ett av intervjuene og leste i den individuelle planen og lo litt da hun så at det sto: "*Lyst til å komme tilbake til arbeid igjen*". Hun syntes ikke dette var et realistisk mål i det hele tatt, men følte heller ikke at hun kunne ta det opp på et ansvarsgruppemøte. For det første ønsket hun ikke å ta drømmene fra mannen sin og for det andre følte hun at det var som å si at; "*nå ønsker vi varig uførestønad*". For å holde seg innenfor den kategorien de var i kunne hun ikke foreslå at målet skulle endres. Dersom målet om å komme i arbeid ble endret, måtte mannen over i en annen kategori i NAV-systemet som de ikke ønsket å komme i, fordi den varige uførestønaden var lavere enn den midlertidige. NAVs system for å kategorisere stønadsbehov kom altså i veien for å kunne fornye den individuelle planen og gjøre den mer realistisk.

NAV opererer med ulike stønader etter hvilket funksjonsnivå en person har, eller hvilke muligheter man anser at folk har for å komme tilbake i arbeidslivet. På det tidspunkt denne studien ble utført var disse stønadene rehabiliteringspenger, attføringspenger, tidsbegrenset uførestønad<sup>43</sup> og varig uførestønad. Saksbehandleren til Cecilie i NAV fortalte meg at de hadde vurdert saken hennes på den måten at rehabiliteringspenger var det beste alternativet på det tidspunktet. Hun var for dårlig til å gå inn i noe "attføringsløp" som hun kalte det, i tillegg til at hun var for ung til å motta en slik stønad. Dette hadde hun diskutert med en representant for NAV arbeid og de var blitt enige om at det var for tidlig å tenke yrkesmessig attføring. Hvilken stønad Cecilie kunne motta ble likevel vurdert fortløpende og

---

<sup>43</sup> Disse tre stønadene er nå erstattet med stønaden *arbeids- og avklaringspenger*.

Cecilie forteller om det på denne måten når hun skal fortelle om hvem som er med i individuell- plan gruppa:

*Cecilie: ".....Det er en saksbehandler fra NAV som bare blir kalt inn når det har noe med økonomien å gjøre, da blir denne personen kalt inn, eller hvis det er stor forandring i psyken min da, da kommer dem inn.*

*Janne: Kommer NAV inn da?*

*Cecilie: Ja, for det kan hende vi må bryte litt av behandlingen eller noe sånn og da skal de vite det hvis vi må bryte litt i behandlingen og stoppe fremgangen.*

*Janne: Hvorfor det?*

*Cecilie: Jeg får rehabiliteringspenger og det får man mens man er under behandling og de vil gjerne være informert om alt som skjer fordi da vet de selv hvordan sykdomsbildet er så da vet de om personen er så bra at man kan slutte med rehabilitering eller blir så syk at man må bli ufør...har jeg fått forklart".*

Denne delen av intervjuet viser hvordan Cecilie har oppfattet det slik at det lønner seg for henne økonomisk å være i det samme "sykdomsbildet" som hun er nå. Dersom hun blir for dårlig kan det hende hun blir varig ufør, noe verken hun eller NAV ønsker. Dersom hun blir for frisk kan det hende hun mister rehabiliteringspengene. Hun må altså balansere mellom ulike forvaltningsmessige logikker for å opprettholde den økonomiske stønaden hun mottar som igjen gjør det mulig for henne å fullføre sin skolegang. Mäkitalo og Säljö (2002: 166) påpeker at dette er en stor del av arbeidet som gjøres innenfor arbeidsformidlingen, altså å "overvåke" og flytte mennesker mellom de eksisterende kategorier. Järvinen og Mik- Meyer (2003) peker på et paradoks i sosialt arbeid som handler om at tjenesteyterne både skal yte bistand og på samme tid inneha en kontrollfunksjon. Spesielt NAV i Norge innehar denne dobbeltfunksjonen fordi de skal være bidragsytere til personenes rehabiliteringsprosess på samme tid som de skal vokte statens "pengebinge". På den ene siden skal de sørge for at personene kommer seg ut i inntektsgivende arbeid, eller i alle fall en meningsfull aktivitet. På den andre siden må de sørge for at personene ikke får mer enn de etter regelverket har krav på i forhold til økonomiske ytelser. Tjenesteyterne som jobber i NAV har dermed ulike typer

tekster å forholde seg til og ulike målsetninger. Man kan med Smith (2005) hevde at tekstene setter rammer for hva som skal og kan skje i en institusjon og mellom dem.

Arbeidsformidling er en tjenesteytende instans som ifølge Mäkitalo og Säljö (2002) aktivt forholder seg til ulike kategorier. I en studie de utførte fant de at arbeidsformidlingen i Sverige opererte med fire hovedkategorier når det gjaldt hvordan de plasserte de arbeidssøkende. Av disse fire kategoriene var det en restkategori hvor de plasserte dem som de av ulike årsaker ikke trodde ville være mulig å få ut i inntektsgivende arbeid. For å unngå at de skulle bli satt i kategorien varig ufør, noe som påvirket den statistikken som media og sentrale myndigheter var opptatte av, plasserte de dem i en restkategori som mer var en slags "oppbevaringskategori". På den måten tilfredsstilte de sosialtjenestens krav om at personen skulle være arbeidssøkende, men brukte lite tid på å forsøke å få dem ut i arbeid. I tillegg holdt de dem unna "varig ufør"- kategorien. Denne studien viser altså at det ikke bare er kategoriene i seg selv som kan være vilkårlige, men også bruken av dem. De ulike tjenesteyterne beskrev ulike årsaker til at de plasserte de arbeidssøkende i restkategorien, selv om fellesnevneren var at de var ansett som vanskelige å sysselsette. Lipsky (1980: 76) peker på at tjenesteyterne ikke arbeider med hele mennesket som produkt, men at behovet for kategorisering fører til at de behandler mennesker som *"bundles of bureaucratically relevant attributes"*. *"The imperatives of processing people into the correct categories tend to overwhelm both professional obligations to treat the whole person and the recognition that responding to clients in narrowly defined areas is likely to miss important dimensions of the presenting problem"*. Det vil si at systemenes behov for å kategorisere kan føre til en risiko for at tjenestemottakernes faktiske bistandsbehov overses.

Ett annet eksempel på at kategorier kan være vilkårlige handler om overgangen mellom barnepsykiatrien og voksenpsykiatrien som ikke alltid går like smidig. Fastlegen forteller om sin rolle i Cecilies prosess: *"Det var vanskelig fordi Cecilie delvis hadde et smerteproblem og et psykiatriproblem. .... (i andrelinjetjenesten) ... opererte man med alderskriterier og diagnosekriterier og jeg følte at vi møtte på mange murer. For meg var det opplagt at Cecilie trengte mer og tettere oppfølging enn jeg klarte å tilby, men det var veldig vanskelig å finne riktig instans i systemet videre"*. Hun forteller at det var hun som tok kontakt med det psykiatriske sykehuset for å få Cecilie innlagt da det tok så lang tid før hun ble utredet. Hun forklarte at årsaken til at det tok så lang tid hadde med vanskelighetene i

forhold til overgangen mellom BUP og VOP å gjøre: *”BUP har jo oppfølging opp til 18- års alder og så kom hun så vidt inn i systemet i andrelinjetjenesten før hun rakk å fylle 18, hun hadde en kortvarig innleggelse også, men så gikk ikke overgangen fra BUP til voksenpsykiatrien helt knirkefritt og det gikk også litt på at hun seilte på en diagnose der voksenpsykiatrien hadde et tilbud mest fra 20- års alder og oppover så hun ble satt veldig på vent og vi opplevde at det var vanskelig å få henne på riktig plass i andrelinjetjenesten”*. Som vi ser hadde altså Cecilie en diagnose som spesialisthelsetjenesten ikke hadde noe behandlingstilbud til for barn eller ungdom. Ifølge Måseide er diagnoser (2008) representasjoner av virkeligheten og passer ikke alltid med det som tjenestemottakeren kjenner på kroppen. I tillegg ser man at diagnosene bestemmer om man får behandling eller ikke, ikke bare hvilken type behandling man får.

Smith (2005: 171) hevder at individer konstitueres tekstmessig. Mennesker som er i en rehabiliteringsprosess er blitt beskrevet i mange ulike tekster som journaler, epikriser, individuelle planer, søknader osv. Hver enkelt tekst må formes etter den standarden som slike tekster vanligvis skrives i og dermed må individene tilpasses tekstene. Vedtakene som er produsert i Thorbjørns prosess (beskrevet i forrige kapittel) er beskrivende i så måte fordi de viser så tydelig at de er skrevet i en viss form, for å begrunne at Thorbjørn innvilges en tjeneste. Man forsøker å få personen til å passe til kategorien. Den eneste måten å få noe til å skje (få tilgang til en tjeneste) er ved å forsøke å tilpasse det partikulære til de formaliserte og autoritære kategoriene (ibid: 181). Det vil si å produsere en representasjon av det partikulære i en slik form at det gjør institusjonell handling mulig (ibid: 197). Det samme gjelder alle vedtakene jeg har studert i de ulike prosessene. Vedtakene må tilpasses de kategoriene de skal stemme overens med, det vil si det som skal utløse en eller annen tjeneste eller tiltak. Med Smiths ord skaper institusjoner noe generelt og objektivt ut av noe partikulært (2005: 225). Som Måseide (2008) påpeker kan samarbeid mellom ulike profesjoner by på problemer fordi man ikke blir enige om hvilke profesjoners kategoriseringssystemer som skal være gjeldende for en gitt kasus.

Ifølge prosessteorien kan man si at å skape kategorier er å skape stabilitet, med andre ord å organisere. I organiseringen av rehabiliteringsprosesser plasseres tjenestemottakere i kategorier for eksempel for å legitimere vedtak. Tjenesteytersystemet har på mange måter behov for å kunne fylle *”tomme kategorier”*, eller *”to fill the shells”* som



Smith (2005: 197) betegner det; instansene har behov for kategorier de kan knytte sine innsatser til. Kategoriene behøver ikke være stabile, de kan endres hele tiden, men de er likevel noe man må forholde seg til. Hernes (2008: 132) beskriver det på denne måten; *"Doing the same thing in a changing world means doing something different for two reasons; first, because the experience of doing the same thing twice is different the second time around; and second, because the world has changed since the first time"*. Denne stadige forandringen er det som gjør at det er vanskelig å følge samme prosedyre i to rehabiliteringsprosesser og som kan gjøre det vanskelig for tjenestemottakerne å være i en rehabiliteringsprosess.

Det empiriske materialet rommer mange slike eksempler på at personer som er i en rehabiliteringsprosess, og deres pårørende, må forholde seg til mange personer fra ulike systemer som hver har sine logikker for hvordan de utfører tjenestene. De må på mange måter balansere mellom de tjenesteytende instansers ulike kategorier. Mange opplever at disse ulike kategoriene og logikkene står i motsetning til hverandre, og de er usikre på hvem de skal forholde seg til. En annen måte å uttrykke dette på er at de tjenesteytende instansene opererer innenfor hver sine institusjonelle diskurser, som tjenestemottakerne på mange måter ikke er en del av og som det er vanskelig å få tilgang til. Spesielt personer som ikke er enkle å plassere i disse kategoriene får vanskeligheter med å tilpasse hverdagslivet til det å være i en rehabiliteringsprosess. Smith (2005: 117) beskriver det slik: *"Someone who can't be subsumed under the institutional categories assigning agency has no agency"*. Kategoriene kan sies å utgjøre "representasjoner" som utgjør verbale rekonstruksjoner (Måseide 2008: 375) av den situasjon som tjenestemottakerne befinner seg i. Prior (1998) viser at mennesker ikke alltid passer inn i de kategoriene tjenesteyterne arbeider med eller har "til rådighet", det vil si at representasjonene passer ikke til menneskene. Dersom en person ikke passer inn i de eksisterende kategoriene kan dette i verste fall føre til at personen ikke får innpass i systemet, slik tilfellet var med Cecilie som ble stående på vent mellom ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.

Bowker og Star (2000: 287) kaller kategorier for historisk situerte artefakter som har stor makt i seg selv og som læres gjennom praksis. De hevder at jo mer inne man er i det de kaller "communities of practice" (kanskje ekvivalent til institusjonelle diskurser), jo vanskeligere har man for å se hvor vilkårlige slike kategorier kan fremstå for mennesker som

befinner seg utenfor. Mennesker som er innenfor blir vant til kategoriene og stiller ikke spørsmålstegn ved dem. Lindqvist (2004: 111) henviser til Ahrne (1989) som påpeker at når man spør noen om hvordan det går, svarer ikke personen at hun eller han er syk, men at hun eller han er *sykmeldt*. Dette viser hvor stor innflytelse myndighetenes kategorier har på våre hverdagsliv og på måten vi forstår vår situasjon på. Tjenestemottakerne må altså tilpasse seg de kategoriene som instansene til enhver tid produserer, eller som Järvinen og Mik-Meyer (2003: 10) beskriver må menneskelige problemer oversettes til et systemspråk for å passe inn i de gjeldende kategorier slik at deres situasjon kan "avklares". Det er altså tjenesteytternes oversettelse av tekstene som blir rådende eller har "currency", som Czarniawska (2004: 783) kaller det. Satt på spissen kan man hevde at dersom institusjonene ikke har noen passende kategorier, får heller ikke tjenestemottakerne tilgang på de tjenester de har behov for.

### 6.3.5 Stadig endring av kategorier

Selv om organisasjoner ikke alltid responderer på endringer på den måten som ledelsen eller initiativtakerne forventer seg, så er de likevel i stadig endring (Hernes 2008). Hyppigheten på initiativ til endring har imidlertid økt kraftig både i offentlig og privat sektor i løpet av de siste 20- 30 år og Røvik (2007: 65) forklarer dette ved at både tilbudet av, og etterspørselen etter, organisasjonsoppskrifter har økt sterkt i løpet av disse årene. En forklaring på dette kan være at "organisasjon" som begrep har fått en felles identitet, noe som igjen har ført til en tro på at det finnes felles løsninger på de utfordringene som organisasjonene står ovenfor (ibid.). Offentlig forvaltning på ulike nivå gjennomgår til stadighet nye reformer, ofte inspirert av internasjonale reformtrender eller det man kan kalle *organisasjonsmoter*. Røvik (2007:361) hevder imidlertid at *virus* er en bedre metafor for hvordan organisasjonsideer spres. Årsakene til dette er at virus i motsetning til moter, kan ha lang inkubasjonstid. I tillegg kan det snart forsvinne igjen, eller muteres, inaktiveres eller reaktiveres. Virus kan også ha massive effekter, i motsetning til moter, som er mer flyktige. Uavhengig av hva man kaller det er poenget med dette kapitlet å vise at *forsøkene* på endringer i offentlige organisasjoner får betydning både for dem som jobber i organisasjonene, men også for dem som har behov for tjenester fra organisasjonene. Forsøkene på endring manifesterer seg på forskjellige måter i organisasjonene, både i forhold til struktur og i forhold til arbeidsmåter.

Konsekvensen av reformer som sådan er gjerne endringer i organisasjonene som gjør dem mer ustabile. Forsøk på endringer i organisasjoner fører til endrede kategorier som igjen fører til omorganisering når det gjelder ansvarlige tjenesteytere. For informantene i denne studien kommer reformene til uttrykk gjennom endringer som gjør hverdagen deres mer ustabil. For brukerne av tjenestene fører endringene til en konstant utskiftning av tjenesteytere å forholde seg til, noe som igjen gjør hverdagen deres mer fragmentert. I tillegg vanskeliggjøres planleggingen av rehabiliteringsprosessene når nye tjenesteytere avlaster andre hele tiden. Når velferdsorganisering er kjennetegnet av "en tro på stadig forandring" blir det spesielt vanskelig innenfor rehabiliteringsfeltet hvor så mange aktører er involvert, noe som gjør at tjenestene oppleves ytterligere fragmenterte. I noen kommuner virker det som om de leter etter den optimale organiseringen av de ulike tjenesteytende instansene og kanskje det kan være et uttrykk for at det er vanskelig å lage et system som både er effektivt og økonomisk og på samme tid passer til de tjenestemottakerne som skal "serves". Myrvold og Helgesen (2009: 287) hevder at det kan virke som om kommunene strever spesielt med hvor de skal plassere det psykiske helsearbeidet i organisasjonen. Både Ellens og Cecilies erfaringer kan tyde på at det er noe i det.

Når man studerer de dokumentene som produseres i en rehabiliteringsprosess, er det ett trekk som er spesielt tydelig. De ulike dokumentenes logoer og avsendere endrer seg gjerne i løpet av den tiden en person er i en rehabiliteringsprosess, selv om det er de samme tjenestene eller de samme sakene som omtales. En årsak til dette er at instansenes navn gjerne endres som følge av organisatoriske endringer eller forsøk på endringer. Selv om man kan hevde at endringer av organisatoriske strukturer sjelden får betydning for endring i måloppnåelse eller endrede handlingsmønstre innad i organisasjonene (Brunsson og Olsen 1993), ser man at endringene får betydning for personene som befinner seg både innenfor og utenfor organisasjonene, og som må forholde seg til de endrede strukturene på en eller annen måte.

NAV- reformen er et typisk eksempel på en strukturell endring som får betydning for tjenestemottakerne fordi de må forholde seg til endringen i seg selv, selv om reformen ikke nødvendigvis får betydning for måten tjenestene utføres på. Ellen var i det første intervjuet spent på hvilke konsekvenser NAV- reformen ville få for henne. I det andre intervjuet ca ett år senere fortalte hun at det nå var én dør man skulle gå inn i, men når man nå først var

kommet innenfor var det mye vanskeligere å finne ut av hvem man skulle snakke med. Årsaken til dette var at nå var "alt" NAV, men det var likevel ulike personer som jobbet innenfor ulike saksfelt. NAV- reformen medførte en rekke strukturelle endringer og Cecilies beretninger er et tydelig eksempel på nettopp dette, når hun beskriver prosessen med tildeling av saksbehandler i NAV: *"de har ordnet et nytt system med sakene. Nå går det etter det året du er født. Før var det etter alfabetet. Så det er tredje saksbehandleren jeg har hatt, for året før der var det en annen ordning, de bytter hele tiden og da går alt sammen i surr"*. Cecilies saksbehandler i NAV bekrefter at Cecilie har byttet saksbehandler tre ganger i løpet av året fordi de har endret kriteriene for å være i en gitt kategori. Først endret de måten de kategoriserte tjenestemottakerne på fra en alfabetisk kategorisering og over til en kategorisering etter fødselsdato. Senere endret de sakene etter hvorvidt personene hadde en arbeidsgiver eller ikke, fordi de mente at de som ikke hadde en arbeidsgiver var en "spesiell gruppe". Det er forståelig at de som jobber innenfor en institusjon ønsker å spesialisere seg i arbeidet sitt, men problemet er at for dem som må forholde seg til stadig nye saksbehandlere oppleves dette som veldig utmattende. Det som fremstår som logisk og som en organisatorisk forbedring for systemet, fortøner seg som frustrerende og forstyrrende for dem som utsettes for endringen. Stadig bytting av saksbehandlere blir et arbeid som må gjøres av tjenestemottakerne, ved at de stadig må fortelle om sin situasjon til nye personer og at de må skape "et forhold" til dem.

Dette er endringer på mikronivå i organisasjonen, men som likevel får konsekvenser for de personene som må forholde seg til organisasjonene og de tjenesteyterne som er ansatte der. Sigrid har også hatt en rekke ulike saksbehandlere og tjenesteytere å forholde seg til. Dette merket jeg tydelig da jeg skulle kontakte tjenesteytere for å intervju dem. De fleste jeg fikk oppgitt navnet på var ikke lenger en del av Sigrids prosess, men hadde blitt omorganisert på en eller annen måte. Sigrids mann var veldig frustrert på grunn av dette og hadde tydelig problemer med å huske navnene på de involverte. Han fortalte at det kom nye personer hele tiden og det var umulig for ham å huske hva alle het.

Det er ikke bare tjenestemottakerne som uttrykker misnøye med de hyppige omorganiseringene. Også mange av tjenesteyterne jeg har intervjuet forteller om sine frustrasjoner omkring dette. Noen forteller om fagmøter hvor faglige spørsmål blir nedprioritert til fordel for problemstillinger i forhold til organisasjonsendringer. Andre

uttrykker misnøye omkring det å stadig måtte forholde seg til nye konstellasjoner av tjenestemottakere og samarbeidspartnere. Ifølge tjenesteyterne tar det tid å bygge opp gode samarbeidsrelasjoner både til tjenestemottakere og til andre tjenesteytere og når disse relasjonene gjentatt blir avbrutt må prosessene starte på nytt. Peters (1998: 305) påpeker at den senere tids utvikling i offentlig sektor har ført til at uformelle mekanismer for koordinering har forsvunnet, mye på grunn av at mennesker i mindre grad blir værende i jobbene sine over tid. Det er også en fare for at omorganiseringen blir en oppgave i seg selv, eller et mål i seg selv, som tar oppmerksomheten bort fra de oppgavene som organisasjonene egentlig er satt til å løse. Man kan konkludere med at systemets behov for endring fører til at tjenestemottakernes og tjenesteyternes behov for stabilitet forsakes.

### **6.3.6 Økende personlig ansvar**

Smith (2005) beskriver institusjonelle diskurser som det som får det partikulære til å passe inn i det institusjonelle. Denne diskursive praksisen kan man kalle for "institutional capture" som fører til at det erfaringsnære "snakket" og skrivingen blir tilpasset institusjonelle rammer. De institusjonelle diskursene endrer seg gjerne på samme måte som organisatoriske endringer; gjennom trender. Det er nærliggende å tro at velferdspolitiske trender "reiser" på samme måte som organisasjonstrender og *oversettes* til lokale forhold. I alle fall viser studier at de fleste vestlige land endrer seg i samme retning når det gjelder endringer i velferdspolitikk, om enn i ulik grad (Gilbert: 2004). Ideene reiser gjerne gjennom tekster av ulike slag, som nasjonale og internasjonale politiske styringsdokumenter. Ofte er trendene inspirert av andre logikker enn det man kan kalle velferdspolitiske, for eksempel effektivitetshensyn og økonomi. Tekstene blir gjort lokale gjennom de dokumentene som for eksempel personene som er i en rehabiliteringsprosess og deres tjenesteytere må forholde seg til.

Som beskrevet i kapittel 5 er de tjenestemottakerne og pårørende jeg har intervjuet stort sett enige om at for mye av både arbeid og ansvar når det gjelder organisering av tjenester blir lagt på dem. Dette gjelder for eksempel utveksling av informasjon mellom de ulike instansene og igangsetting av de tiltakene man enes om. Personene forteller historier om hvordan de må overlevere beskjeder mellom tjenesteytere om for eksempel medisinske

problemstillinger, hvor mye arbeid de legger ned i å kontakte de ulike tjenesteyterne, finne ut når det kan passe å ha møte, finne ut hvem de skal kontakte i forhold til hva, venting og administrative oppgaver som for eksempel søknadsskriving osv.

De tjenesteyterne jeg har intervjuet uttrykker at det er en forutsetning for at rehabiliteringsmålet skal oppfylles at brukeren selv er aktiv i sin prosess og tar ansvar for enkelte oppgaver som skal løses. Dette er i mange tilfeller en del av prosessen; at man skal lære seg "å gjøre ting selv". Likevel oppstår det en diskrepans mellom hvor mye tjenesteyterne mener at tjenestemottakerne bør gjøre selv, og hvor mye tjenestemottakerne selv mener er realistisk i forhold til at de gjerne vil ha kapasitet til å leve et liv som ikke bare handler om administrering av tjenester. Dersom ulike tjenesteytere på hvert sitt område tillegger tjenestemottakeren oppgaver som de mener hun bør gjøre, så sier det seg selv at det kan bli overveldende etter hvert. Brukermedvirkning blir på den ene siden et mål som kommer i innbyrdes konflikt med andre mål, som for eksempel en smidig tjenesteorganisering. På den andre siden kan økt brukermedvirkning være avlastende for de tjenesteytende instanser som kan legge arbeid og ansvar over på tjenestemottakere og pårørende. Samboeren til en av tjenestemottakerne beskrev for eksempel hvordan hun følte at arbeid ble lagt på henne hele tiden. Koordinatoren i denne prosessen fortalte at samboeren ble så sliten at hun måtte *"gå inn og støtte henne for at hun skulle kunne stå i prosessen"*. Dette er det inntrykket jeg sitter igjen med fra de fleste prosessene; enten er tjenestemottaker helt utslitt av alt arbeidet som må gjøres, eller så er de involverte pårørende det.

Som beskrevet i forrige kapittel er det gjerne en diskrepans mellom hva personene selv og tjenesteyterne mener tjenestemottakerne bør gjøre og ta ansvar for i rehabiliteringsprosessen. De involverte tjenesteyterne mener ofte at tjenestemottakerne bør ta ansvar for en del av administrasjonen selv og begrunner dette med at personene er ressurssterke og *"har et eiendomsforhold til sin egen prosess"*. Tjenestemottakerne derimot opplever at de får for mye ansvar og arbeid lagt på seg og Ellen beskriver det på denne måten: *"Det er jo folk i diverse etater som har et inntrykk av at jeg er ressurssterk og hvordan ville det være for noen som ikke er ressurssterke? De blir jo totalt veivalset ned. Man må ha et øye på hver"*. De involverte i Cecilies prosess hadde på samme måte inntrykk av at hun var en ressurssterk person som klarte å ordne mye selv; og koordinatoren beskriver dette slik:

*”For hun er jo et oppegående...hun er jo veldig sånn... det er jo veldig forskjell på henne og mange andre. Hun sender signal om at nå har jeg behov for å ha en samtale med deg og det synes jeg er helt greit”. Psykiateren hennes mener også at Cecilie klarer å ordne opp i mye selv ”Hun koordinerer i stor grad mye selv, hun har mye kontroll, hun har telefonnummeret til alle samarbeidsinstanser på mobilen sin og hvis vi diskuterer at kanskje vi skulle hatt et møte nå ja så kan hun ringe den og den og setter i gang noe der”. Det kan virke merkelig at Cecilie og de andre aktørene har så forskjellig syn på hvor mye hun klarer å gjøre selv eller burde gjøre selv. Dette kan være et eksempel på en institusjonell diskurs som går på dette med mestring. Mestring som begrep blir noe som tas for gitt som noe positivt som man ikke setter spørsmålstegn ved. For tjenesteyterne er det viktig og positivt at Cecilie klarer å gjøre ting selv i forhold til sin prosess. Cecilie på den andre siden synes at dette er veldig slitsomt og hun føler at hun ikke har kontroll og at alt bare er rotete. Alle tjenesteyterne jeg har intervjuet i forbindelse med Cecilie synes at det fungerer fint rundt henne. Psykiateren sier at ”Det er ei av de plangruppene jeg synes virkelig fungerer. Jeg ser jo veldig mye siden jeg samarbeider med alle kommunene i fylket og det virker som om plangruppa fungerer rundt henne. Veldig etter intensjonen og hun har på en måte litt sånn stolthet, eierforhold i forhold til den plangruppa selv, hun kan kontakte koordinator selv og be om at noe skal igangsettes og sånt. Så akkurat den tror jeg er en av de som fungerer bedre”.*

Innenfor psykisk helsevern er nettopp det å komme seg ut i livet og gjøre ting selv, ta ansvar for eget liv og så videre en del av terapien eller metoden for å kunne bryte ut av det mønsteret man er inne i. Derfor oppstår det en vanskelig balansegang mellom det å skulle ordne for mye for tjenestemottakeren og det å overlate for mye til denne. Tjenesteyterne er redde for at dersom de gjør for mye for tjenestemottakerne vil det føre til at de blir mer passive og isolerte. Deres faglige vurderinger kan sies å være å få mennesker til å tørre å gjøre ting selv, noe som kan komme i konflikt med deres ønske om en helhetlig tjenesteorganisering. Det kan være et uttrykk for det som Järvinen og Mik-Meyer (2003: 19) identifiserer som *et individfokusert forandringsarbeid*. De tjenesteytende instanser fokuserer på at det er trekk ved individets personlighet, innstilling og ressurser som må endres og dette kommer i konflikt med målet om sømløse tjenester.

Man ser altså at tjenesteyterne ønsker at tjenestemottakerne skal ta ansvar for sin egen rehabiliteringsprosess. Det er i tillegg flere eksempler fra mitt empiriske materiale som

peker på at tjenesteyterne forventer at tjenestemottakernes skal "gjøre seg fortjent" til å motta tjenester. Enkelte tjenestemottakere er frustrerte over hvor vanskelig det er å få opphold på rehabiliteringsinstitusjoner. Det er gjerne ett års ventetid eller lengre, selv om det selvsagt varierer fra institusjon til institusjon. Én fysioterapeut ved en kommunal rehabiliteringsavdeling fortalte om forholdet mellom dem og det sentrale vedtakskontoret. Hun fortalte at rehabiliteringsavdelingen hadde en liste over de brukerne som hadde vært der og som de trodde ville ha utbytte av å komme igjen. Dersom du ikke sto på lista var det usannsynlig at du fikk plass igjen dersom du søkte. Bruker må ta kontakt med vedtakskontoret for å søke om å få komme tilbake: *"Vi har en såkalt liste...(latter)... altså helt uavhengig av hva bruker sier, så gjør vi oss opp en mening om hvilket utbytte vi synes de har hatt av oppholdet. De kan jo selv ønske å komme tilbake hvor vi ikke synes at det har noen hensikt. Da har vi en dialog med tildelingskontoret og...nå skal jeg være litt forsiktig, men trolig vil de få avslag. Trolig. Fordi de har såpass høyt trykk på avdelingen at å få inn noen som ikke er motiverte eller som bare har et rom her...da kan like godt noen andre få det som trenger det. Men så er det enkelte vi ser har nytte av å komme igjen. De blir satt opp på en såkalt liste hvor de får faste opphold så og så mange ganger i året".* Institusjonen har møte med vedtakskontoret en gang i uka hvor de diskuterer om de som har søkt om å få plass kan være aktuelle. Vedtakskontoret har oversikt over hele kommunen, derfor blir deres innstilling avgjørende. Det er altså en rutine som er opprettet mellom denne rehabiliteringsavdelingen og det sentrale vedtakskontoret, en rutine som med Hernes (2005: 336) ord er blitt *verdilatet*. Dette er et eksempel på det Smith (2005) kaller styringsrelasjoner som ikke er synlige for de menneskene som blir berørt av dem. Det er sannsynlig at personer som er i en rehabiliteringsprosess ikke vet at fremtidige rehabiliteringsopphold avhenger av den innsatsen og viljen de legger ned i å trene opp sine funksjoner. Det er altså et annet eksempel på det Mäkitalo og Säljö (2002) kaller for "backstage activities" hvor kategorisering av tjenestemottakerne forhandles frem mellom tjenesteytende instanser.

Dette kan være et uttrykk for det Gubrium og Holstein (2001) kaller en "moralens diskurs" om *"the trying self"* som fremhever personens forpliktelser i forbindelse med det å motta tjenester. De ansatte på rehabiliteringsavdelingen og det sentrale vedtakskontoret blir portvoktere som vurderer om en person har gjort nok innsats til å få komme tilbake til



avdelingen. De har makt til å bestemme over hvem som får opphold og hvem som ikke får det og begrunnelsen blir tatt på bakgrunn av deres vurdering av vilje til å trene opp funksjoner. Dette eksemplet kan også sees i sammenheng med kategoriseringen av tjenestemottakere som ble beskrevet tidligere i dette kapitlet. Listen som brukes fylles ut av tjenesteyterne og de blir således det Smith (2005: 189) kaller mediatorer for makten. Likevel er *årsaken* til at de må prioritere, det faktum at de ikke har plasser nok til alle som ønsker opphold ved rehabiliteringsavdelingen. Én årsak til dette er for eksempel at personer som har ligget på sykehus, men som skal overføres til kommunen, blir prioritert foran brukere som egentlig har større behov for et opphold ved rehabiliteringsavdelingen. I tillegg blir disse gjerne liggende lenge på rehabiliteringsavdelingen fordi det ikke finnes ledige sykehjems plasser. Kommunen må betale for å ha personer liggende på sykehuset ti dager etter at de er varslet om at pasienten er utskrivningsklar<sup>44</sup>. Derfor flyttes de heller til den kommunale rehabiliteringsavdelingen i påvente av andre alternativer<sup>45</sup>. Det er altså ekstralokale strukturer som får betydning for om tjenestemottakere som ønsker og har behov for opphold ved en rehabiliteringsinstitusjon får dette innvilget eller ikke.

Tjenesteytere har med andre ord ofte forestillinger om hva en tjenestemottaker bør gjøre i forhold til sin egen rehabiliteringsprosess. Ifølge Folkestad (2000: 278) bør det imidlertid være en balanse mellom den enkeltes rett til selvbestemmelse og tjenesteyteres ansvar for å hjelpe. Han mener at avstanden mellom en brukers ressurser og oppgavene han eller hun tillegges ikke må være for stor; det må være en utfordring, men ikke et urimelig krav. Brukermedvirkning er på den ene siden et honnørord som nevnes i de fleste politiske dokumenter som omhandler velferd eller tjenesteyting. Rehabiliteringsmeldingen slår fast at rehabilitering som virksomhet skal fremme personlig ansvar og egenmestring og at brukermedvirkning også betyr at man har et *medansvar* for at rehabiliteringsprosessen skal lykkes (St.meld. 21 (1998-99) 1.2). På den andre siden er brukermedvirkning også et virkemiddel som skal sikre at brukerne får innflytelse i sine prosesser. Brukermedvirkning er nedfelt i juridiske og politiske dokumenter, i tillegg til at det er et sentralt begrep i de fleste

---

<sup>44</sup> St.meld.nr. 47 (2008- 2009) anslår at antall liggedøgn av utskrivningsklare pasienter er ca 150 000 per år ved somatiske sykehus og ca 4- 500 000 innen psykisk helsevern.

<sup>45</sup> Det kan tenkes at den kommende samhandlingsreformen vil gjøre det mindre attraktivt for kommunene å benytte seg av de ti dagene som de kan ha pasienter liggende på sykehuset etter at de er utskrivningsklare, noe som i så fall vil medføre et enda større press på kommunale rehabiliteringsinstitusjoner.

tjenesteyteres faglige ballast. Det er tatt for gitt at dette har positiv verdi for brukerne. Jenssen (2009) spør imidlertid i sin avhandling om brukermedvirkning i sosialtjenesten om hvorvidt brukermedvirkning er til brukernes beste. Hun påpeker at brukermedvirkning ofte blir brukt som et middel for å ansvarliggjøre brukeren og ikke nødvendigvis for å sikre brukeren innflytelse. Hun mener det er viktig at brukermedvirkning ikke fører til en unødige belastning for brukerne, selv om utviklingen innenfor sosialt arbeid i større og større grad går i den retning. Måseide (2008: 380) henviser til Silverman og Bloor (1997) som påpeker at *“(de nye) likestilte, demokratiske og brukersentrerte formene for profesjonell diskurs i møtet med klientar (blir) likevel rekna som å representere nye og meir subtile former for profesjonell kontroll”*.

Denne utviklingen kan koples til velferdspolitiske trender som Ridzi (2008: 244) for eksempel kaller *“the emerging personal- responsibility welfare state”*. Han beskriver hvordan man i USA med begrunnelse i *“personal responsibility”*- ideologien stiller stadig høyere krav til tjenestemottakerne. Ideologien om personlig ansvar blir det han kaller *“a conceptual currency”* som har positive konnotasjoner fordi det har bakgrunn i ideer om empowerment og uavhengighet, og brukes av tjenesteyterne for å rettferdiggjøre det de mener brukerne selv bør ta ansvar for. Gilbert (2004: 62) beskriver en del av den samme trenden når han hevder at den velferdspolitiske ideologien har gått fra *“welfare”* til *“workfare”*. Sentrale trekk ved denne trenden handler om at man går fra *passivitet* til *aktivitet*, vektlegger *plikter* fremfor *rettigheter*, og endrer målsettinger fra *oppretholdelse av livsgrunnlag* til *sosial inkludering* (ibid: 61).

*Arbeidslinja* kan beskrives som et uttrykk for denne velferdsideologiske trenden som man finner uttrykk for i mange sentrale offentlige dokumenter<sup>46</sup> og som ble revitalisert ved NAV- reformen. Arbeidslinja slik den praktiseres gjennom NAV og det tidligere nevnte kvalifiseringsprogrammet, er et eksempel på at det stilles større krav til individet og dets personlige ansvar. Slike institusjonelle prosesser er ifølge Smith (1987: 161) ideologisk medierte. De kan sees som ideologiske prosedyrer, det vil si handlinger som styres av ideologiske trender.

---

<sup>46</sup> Blant andre: St.meld. nr. 35 (1994- 95) Velferdsmeldingen. NOU 2004: 13 En ny arbeids- og velferdsforvaltning

Järvinen og Mik- Meyer (2003) henviser til Villadsen og Gruber (1999) når de hevder at: *"Mens man i 1980'ernes sociale arbeide diskuterede klienternes levekår, fattigdomsproblemer og sociale marginalisering, er det i dag begreper som motivation, omstillingsparathed, utvikling og individuelt ansvar, der bliver betonet"*. Man fokuserer på behandling av individet fremfor behandling av sosiale strukturer, noe også Rosenberg og Lindqvist (2004) konkluderer med i sine studier av rehabilitering for personer med psykiske funksjonsnedsettelse. Denne ansvarliggjøringen av individet kan på den ene siden begrunnes i målet om å gjøre tjenestemottakeren i stand til å delta sosialt og i samfunnet. På den andre siden kan det begrunnes i systemets behov for at tjenestemottakeren i større grad tar ansvar for sin egen prosess. Sett i forhold til denne studiens problematikk kan man i alle fall hevde at fokuset på individets plikter og ansvar forsterker opplevelsen av overbelastning av arbeid og ansvar, som tjenestemottakerne og de pårørende føler på kroppen.

#### **6.4 Avslutning**

Dette kapitlet har tatt utgangspunkt i de utledede problematikkene; *fragmentering av hverdagslivet, manglende plan og retning og overbelastning av arbeid og ansvar* for å søke å sette de i sammenheng med strukturelle og ideologiske krefter som virker i samfunnet; såkalte styringsrelasjoner, som ifølge Smith (2005) kan identifiseres gjennom tekster. Tekster som teknologi får dermed en *organiserende kraft* (Hernes 2005) som får betydning for hvordan rehabiliteringsprosesser forløper.

Kapitlet har forsøkt å demonstrere hvordan problematikkene kan spores til trekk ved det systemet som rehabilitering som virksomhet er en del av. For eksempel kan man se at enkelte forvaltningsmessige strukturer får betydning for hvordan rehabiliteringsprosesser organiseres. Etableringen av resultatenheter har gjort samarbeid på tvers mindre attraktivt for tjenesteyterne, noe som står i veien for tjenestemottakernes behov for et helhetlig bistandsapparat. Systemstrukturene *endres* i tillegg til stadighet, noe som virker utmattende på både tjenestemottakere og tjenesteytere. Det er ikke bare på enhetsnivå at strukturene endres. Også innad i enhetene endres de kategorier som tjenestemottakerne må forholde seg til. Disse kategoriene er representasjoner av virkeligheten som ikke alltid passer til den situasjonen tjenestemottakeren befinner seg i. Dette gjør at noen tjenestemottakere faller

mellom kategoriene, eller må forholde seg til stadig endrede kategorier. I tillegg ser man at systemets kategorier og endringer ikke alltid fungerer til det beste for de som må forholde seg til dem. Kapitlet argumenterer også for at rehabiliteringsfeltet preges av en velferdspolitisk dreining mot et økende fokus på en ansvarliggjøring av tjenestemottakerne.

Sammenfattende kan man si at systemets logikker og behov ofte kommer i konflikt med det som oppleves som hensiktsmessig for tjenestemottakerne. Blant annet oppstår det et brudd mellom systemets behov for fleksibilitet og tjenestemottakerens behov for dette, to behov som sjelden er forenlige. Dette kapitlet argumenterer for at systemets logikker eller behov gjerne vinner frem i rehabiliteringsprosessene, på bekostning av tjenestemottakernes behov. Neste kapittel vil beskrive hvordan dette manifesterer seg i de organisatoriske verktøyene som er introdusert på rehabiliteringsfeltet for å kompensere for de samordningsutfordringene som den stadig økende differensieringen av velferdsstatene har medført.

## Kapittel 7 Organiseringsverktøyene innenfor rehabiliteringsfeltet

### 7.1 Innledning

Forrige kapittel identifiserte en rekke styringsrelasjoner som på en eller annen måte får betydning for mennesker som er i en rehabiliteringsprosess. Dette kapitlet vil følge opp med å se konkret på verktøy som er forsøkt iverksatt for å bøte på noen av rehabiliteringsfeltets utfordringer. Den gjennomgang av situasjonen på rehabiliteringsområdet som ble gjennomført i samband med utarbeidelsen av rehabiliteringsmeldingen konkluderte med at effektiviteten i rehabiliteringsarbeidet var svak, og at hovedårsaken til dette var manglende koordinering og samarbeid både mellom faggrupper, etater og nivåer (St.meld.nr. 21 (1998-99)). Denne diagnosen er senere både forsterket og utvidet til å gjelde velferdstjenester generelt, og utgjør bl.a. en hovedbegrunnelse for iverksettingen av samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 (2008-09)).

Den mest konkrete oppfølgingen av rehabiliteringsmeldingen har bestått i å innføre et sett med organisatoriske verktøy for å styrke koordineringen av tjenester og innsatser, både på individnivå og systemnivå. På systemnivå kom i 2001 (Forskrift om habilitering og rehabilitering) et krav om at kommuner og helseforetak skulle opprette en *koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering* som skulle løse koordineringsutfordringene på systemnivå. På individnivå er innføringen av en lovfestet rett til *individuell plan (IP)* for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester å anse som et organisatorisk verktøy som har hatt stor gjennomslagskraft. Verktøyet ble lansert allerede i stortingsmelding nr 21 (1998- 99) og hadde til hensikt å løse samordningsproblemene på individnivå i tillegg til å sikre brukermedvirkning og framdrift i rehabiliteringsprosessene. Disse to virkemidlene er uttrykk for den nye helhetlige rehabiliteringspolitikken og kapitlet vil se på hvordan de to verktøyene IP og KE brukes i de kommunene jeg har gjort undersøkelser i. I tillegg vil kapitlet drøfte den nye tjenesteyterrollen *personlig koordinator*<sup>47</sup>, samt ordningen *Brukerstyrt Personlig Assistent* som har som formål er å øke fleksibiliteten til tjenestemottakeren, samt minske antall involverte tjenesteytere. Det disse verktøyene har til felles er at de i større eller mindre grad er introdusert for å skape et individuelt tilpasset og helhetlig tjenestetilbud, samt å sikre brukermedvirkning. Verktøyene kan således forstås

---

<sup>47</sup> Ifølge Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) kunggjort 24.06.2011 § 7-2 plikter kommunen å tilby koordinator til personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester

som tiltak for å kompensere for systemets utilstrekkelighet, men kan også ses som tekstlige representasjoner av styringsrelasjoner, siden de er pålagt ved lover og forskrifter. I tråd med Smiths (2005) argumentasjon vil dette kapitlet se på hvordan disse tekstene aktiveres av de aktørene som må forholde seg til dem i løpet av rehabiliteringsprosessene og hvilke følger dette får. Formålet med å studere disse verktøyene og hvordan de brukes er å få mer kunnskap om hvordan tjenester organiseres rundt personer som er i en rehabiliteringsprosess.

## **7.2 Organiseringsverktøy som innovasjoner**

Forsøk på å iverksette organiseringsverktøy i offentlig sektor kan sees som innovasjoner. Noen slike forsøk på innovasjoner mislykkes og forsvinner raskt, mens andre institusjonaliseres og blir en del av praksis. Likevel kan det være ulike årsaker til at noen institusjonaliseres og andre ikke, og det er ikke nødvendigvis slik at de som fungerer best er de som beholdes. Tvert imot har den nyinstitusjonelle teorien vist at slike strukturer gjerne kan ha en symbolsk funksjon (Meyer og Rowan 1977), og opprettes snarere for å oppnå legitimitet enn for å løse et praktisk problem. Når slike formelle strukturer blir institusjonalisert kalles de innenfor nyinstitusjonell teori for *rasjonaliserte myter*. Begrepet viser til organisasjonsoppskrifter som spres uten at det nødvendigvis fører til en høyere måloppnåelse i de organisasjonene som adopterer dem.

Det som er spesielt med de organisatoriske verktøyene i denne studien er likevel at de som nevnt er lovpålagte. Til forskjell fra andre mer systemgjennomgripende organisasjonsvarianter som er beskrevet tidligere i avhandlingen, som bestiller- utførermodellen og flat- struktur- modellen, er de nye organisatoriske verktøyene innenfor rehabiliteringsfeltet noe som kommunene er pålagt fra myndighetene å iverksette. I et relasjonelt (prosessteoretisk) perspektiv er det mønsteret av forsøk på å skape eller gjenskape tilstander for å øke effektivitet, innovasjon eller rasjonalitet som er interessant å studere (Hernes 2005: 340). Noen slike forsøk har en legal status, som jo verktøyene innenfor rehabiliteringsfeltet har. Likevel er det interessant å studere dynamikken mellom uforutsigbare tilstander for å finne ut av hvorfor noen slike forsøk skaper utilsiktede

konsekvenser. Blant annet handler det om ulike forventninger som både kan være skiftende og motsetningsfylte (ibid).

DiMaggio og Powells (1983) teori om institusjonell isomorfi kan være nyttig for å belyse implementeringen av verktøyene. De hevder at samfunnet fremdeles byråkratiseres, men at drivkraften ikke lenger er det behovet for effektivitet som Weber i sin tid beskrev, men tre andre motiver som de kaller *tvangsmessig isomorfi*, *normativ isomorfi* og *mimetisk isomorfi*. Tvangsmessig isomorfi følger av for eksempel lover og forskrifter, normativ isomorfi begrunnes i for eksempel profesjonelle normer, mens mimetisk isomorfi handler om et ønske om å etterlikne andre "vellykkede" organisasjoner.

Spredningen av de fire organisasjonsverktøyene kan for det første sees som uttrykk for tvangsmessig isomorfi. De er hjemlet i ulike lovverk som gjør at kommunene pålegges å implementere disse verktøyene. Normativ isomorfi kan også være en relevant forklaringsfaktor for hvorfor verktøyene spres i ulike kommuner. Profesjonaliseringen i kommunene har gått i retning av at man får flere og flere yrkesutøvere innenfor det man tidligere kalte "semiprofesjoner", det vil si profesjoner som har en mer tverrfaglig bakgrunn for sin yrkespraksis. Muligens er disse mer opptatte av å adoptere verktøy som gir mulighet for en annen type yrkesutøvelse enn det som er vanlig innenfor de tradisjonelle profesjonene? Det kan også være snakk om en mimetisk isomorfi, det vil si at kommunene innfører verktøyene fordi andre kommuner man har kontakt med har gjort det samme. Tre av de organisasjonsverktøyene som blir behandlet i denne avhandlingen kan ses som uttrykk for internasjonale trender. Koordinerende enhet kan ses som uttrykk for trenden Whole-of-government (Christensen 2006), eller rehierarkiseringstrenden (Røvik 2007), mens både individuell plan og BPA kan spores tilbake til det man internasjonalt kaller *personalisation* innenfor velferdsområdet (Burton 2010).

Brown (2010) skriver i en artikkel om innovasjon i offentlig sektor om hvordan nye verktøy for organisering innenfor sosialt arbeid er knyttet til høy risiko fordi det handler om mennesker, såkalt "people- processing". Det involverer gjerne mennesker i en sårbar livssituasjon, noe som også gjelder for rehabiliteringsfeltet. Risikoen går for det første på at man kan gjøre livet vanskeligere i stedet for enklere for mennesker i en sårbar situasjon. For det andre kan verktøyet koste mer økonomisk enn man får igjen. For det tredje kan

implementeringen av verktøyet få uintenderte negative konsekvenser. Brown hevder videre at det oppstår et gap mellom myndighetenes fokus på innovasjon i offentlig sektor og de tjenesteytende sektorers evne til å implementere dem. Årsaken til dette kan være at det er for lite fokus på risikoen som tas ved å satse på nye organiseringsverktøy. I lys av denne påstanden vil individuell plan nå drøftes som et verktøy som er forsøkt implementert med det til hensikt å løse noen av de utfordringene som rehabiliteringsfeltet står ovenfor.

### 7.3 Individuell plan

Individuell plan er et organiseringsverktøy som har fått stor utbredelse i rehabiliteringsfeltet, men også innenfor andre tjenesteytende instanser som ikke først og fremst kan sies å ha rehabilitering som hovedmål for virksomheten. Som Kjellevold (2009) viser til har ulike former for individuell planlegging tidligere gått under flere navn som pasientplaner, habiliteringsplaner, tiltaksplaner og omsorgsplaner. Individuell plan er hjemlet i både helse- og sosiallovgivningen<sup>48</sup> og i den nye helse- og omsorgstjenesteloven som ble kunngjort 24.06.2011. Ifølge kapittel 7 i denne loven skal kommunen oppnevne koordinator (§ 7-2) og utarbeide individuell plan (§ 7-1) for personer som trenger langvarige og koordinerte tjenester.

Alle mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Retten er begrunnet i behovet for koordinerte tjenester, ikke i diagnose eller type funksjonsnedsettelse. Hensikten med ordningen er at brukeren skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, samt å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere, brukere og pårørende (Thommesen mfl. 2003: 35). Ifølge forskrift om individuell plan er ett av formålene å bidra til å styrke samhandlingen mellom brukere og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere og etater innenfor et forvaltningsnivå og på tvers av forvaltningsnivåene (§2c). Individuell plan er altså et verktøy som skal ha en *samordnende* funksjon. I tillegg skal den sikre brukermedvirkning, ved at tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med planen, noe det skal legges til rette for (§4). Intensjonen er derfor at brukeren skal ha en reell innflytelse i forhold til planarbeidet, slik planen som utformes skal

---

<sup>48</sup> Pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, sosialtjenesteloven, arbeids- og velferdsloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen og barnevernloven.



oppleves som hensiktsmessig for ham eller henne (Thommesen m.fl. 2003: 82). Selv om det i mange tilfeller kan være *prosessen* med å utarbeide planen som er det viktige (ibid: 83) så blir det ofte laget en skriftlig plan og i denne studien har jeg sett på hvordan den individuelle planen som skriftlig dokument blir brukt i rehabiliteringsprosesser, og hvordan arbeidet med å utarbeide den og følge den opp gjøres.

Smith (2005) hevder at tekster er materialiserte representanter for institusjonelle diskurser som koordinerer arbeidet mennesker gjør. For det første kan man se lovgivningen om individuell plan som tekster som med Smiths vokabular *aktiveres* på ulike måter av ulike aktører. I tillegg er de konkrete individuelle planene også tekster som aktiveres av de involverte aktører i en rehabiliteringsprosess. For å bruke Czarniawskas uttrykk er det ulike tekster som *oversettes* på ulike måter av ulike aktører. I det følgende vil jeg forsøke å drøfte ulike måter dette gjøres på og se på hvilke konsekvenser dette får for de berørte tjenestemottakerne, men også for bruken av verktøyet generelt. Som nevnt er formålet med et relasjonelt perspektiv å se på relasjoner mellom aktører, mer enn hvordan aktører handler innenfor en enhet (for eksempel en organisasjon). Dersom man for eksempel skal studere et organiseringstiltak, kan det være nyttig å se på de forskjellige forventninger som ulike aktører har til tiltaket, da disse kan være både skiftende og motsetningsfylte. Disse forventningene kan igjen påvirke selve organiseringstiltaket (Hernes 2005: 340). Så i stedet for å studere hvordan byråkratisk organisering er, ser man på hvordan den vokser fram. Det vil si å studere hvordan en praksis går fra å være ureglementert til å fylles av regler og forordninger (ibid). Det er i et slikt perspektiv jeg nå vil beskrive de erfaringene som mine informanter har med individuell plan som organiseringsverktøy.

### **7.3.1 Individuell plan i rehabiliteringsprosesser**

Nilssen (2011: 82) henviser til en surveyundersøkelse hvor tjenesteytere er spurt om hvordan individuell plan iverksettes i landets kommuner. Svarene fra undersøkelsen viser at 76% av tjenesteyterne er nokså eller svært enige i at individuell plan styrker samordningen mellom ulike tjenesteområder i kommunen/ bydelen. 67% av de spurte mener at bruk av individuell plan bedrer den individuelle tilretteleggingen av de kommunale tjenestene. Selv

om slike undersøkelser sier lite om samordning eller individuell tilrettelegging faktisk styrkes, sier de i alle fall noe om hvordan tjenesteytere opplever individuell plan som verktøy.

Alle tjenestemottakerne jeg har intervjuet har søkt om og fått innvilget utarbeidelse av individuell plan. I det første intervjuet brakte gjerne tjenestemottakerne og de pårørende den individuelle planen på banen og enkelte av dem var sågar entusiastiske med hensyn til planen som de anså som dét som skulle få prosessen til å fungere. I det andre intervjuet derimot er de mer desillusjonerte med hensyn til hvilken nytte de har hatt av den individuelle planen og de opplever ikke arbeidet med planen som like relevant lenger. Som nevnt tidligere er følelsen av manglende mål og retning i rehabiliteringsprosessene en felles erfaring tjenestemottakerne gir uttrykk for. I det følgende vil jeg diskutere hva det kan komme av at holdningene til den individuelle planen endres etter hvert. Ved å ta utgangspunkt i hvordan den individuelle planen "gjøres" i de ulike prosessene er formålet å belyse trekk ved arbeidet som kan ha betydning i en slik sammenheng. I det følgende vil jeg drøfte ulike måter å se på arbeidet som gjøres med individuell plan, både når det gjelder planlagingen, hvordan man forholder seg til den når den først er laget, og hvilke konsekvenser dette kan få.

Det var tydelig gjennom intervjuene med tjenesteyterne at det var ulike oppfatninger av hvordan den individuelle planen skulle brukes og hvordan den ble brukt i rehabiliteringsprosessene. I en og samme prosess fikk jeg ofte helt forskjellige historier om den individuelle planen. Kanskje kan dette være et eksempel på det Czarniawska (2008: 11) kaller "the logic of representation", det vil si hvordan man jobber for å fremstå på et eller annet vis for omverdenen. Hun beskriver hvordan man kan få ulike versjoner av hvordan en prosess begynner for eksempel ved å spørre ulike aktører. Årsaken til at man får ulike versjoner av begynnelse er at disse gjerne preges av hvordan historien "slutter" ("the ending chooses its beginning"). Det vil si at resultatet av en prosess har betydning for hvordan man husker at prosessen startet, altså hvordan man forteller om en prosess ("different endings require different beginnings"). Hendelser gjøres gjerne enten viktige eller ikke (Czarniawska 2004: 776). Ikke bare var det ulikt hvor stor vekt de la på den individuelle planen, men det var også ulikt *hvordan* de snakket om den. De ulike tjenesteyterne ga ofte ulike, og noen ganger motstridende beskrivelser, av hvordan planen som skriftlig dokument ble brukt. Grunnen til at de ulike tjenesteyterne tiller den individuelle planen ulik betydning

kan være at de la ulik vekt på den i sitt arbeid og at de hadde ulikt behov for et slikt verktøy i sin arbeidspraksis.

Tjenesteyterne fortalte om hvordan de konkret brukte den individuelle planen som dokument i arbeidet sitt. Én fastlege fortalte for eksempel om at hun brukte den individuelle planen som vedlegg ved søknader til NAV: *"IP har gjerne vært lagt med som et vedlegg til legeerklæringer fordi det er en oppsummering av hvilke tiltak som er satt inn"*. En psykiater beskrev individuell plan som et nyttig redskap i en viss periode, men som ble lagt i en skuff når den fremsto som et ferdig dokument. Den ble tatt frem dersom for eksempel kontrollkommisjoner eller andre instanser krevde innsyn. Psykiateren fremholdt også at det var førstelinjetjenesten som hadde behov for dokumentet for å kunne planlegge tjenesteytingen, mens andrelinjetjenesten behandlet pasientene etter det hun kalte medisinsk- psykiatrisk kunnskap.

Når en psykiater for eksempel sier at hun benytter seg av medisinsk- psykiatrisk kunnskap i sitt arbeid argumenterer hun for at dét er verktøyet som hun bruker i sitt arbeid. Hun har ikke behov for individuell plan for å arbeide med psykiatrisk terapi. Én psykiatrisk sykepleier derimot er klar på at det å rydde opp i og skape struktur i tjenstemottakernes liv er hennes oppgave. Det kan derfor tenkes at hun har større behov for et verktøy som kan brukes til nettopp en slik arbeidsoppgave, og som individuell plan kan være nyttig for. På dette grunnlag kan man konkludere med at individuell plan oppleves som mer nyttig for noen yrkesgrupper enn for andre. En annen måte å se det på kan være at for noen yrkesgrupper blir det viktigere å vise til at man jobber med individuell plan enn det er for andre. Czarniawska (ibid: 777) hevder at en narrativ er bygget opp av det man kan kalle "kairotic time" og kronologisk tid og at aktørene veksler mellom disse alt etter som hva man anser som betydningsfullt i en prosess. Poenget med dette er at kairotisk tid er de delene av en fortelling hvor aktørene forteller om noe som de anser har betydning. Det at de ulike tjenesteyterne vektlegger ulike deler av en prosess kan bety at det har ulik betydning for deres arbeid. Hendelser må altså gjøres betydningsfulle av de som forteller om dem. Muligens knyttes det større forventninger til enkelte tjenesteytere enn andre når det gjelder det å ta individuell plan i bruk.

Noen av tjenesteyterne ytret at de trodde noen av tjenestemottakerne eller deres pårørende søkte om individuell plan bare fordi det var noe de hadde krav på og ikke fordi de egentlig hadde behov for det. De anså altså ikke planen som å være nyttig for alle tjenestemottakere. Likevel snakket de mye om hvilken nytte de som tjenesteytere hadde av den individuelle planen; for eksempel om hvordan ansvaret ble fordelt mellom dem og at de ulike aktørene ble ansvarliggjort ved at det ble "satt på papir". Andre påpekte at den individuelle planen var nyttig dersom man kom som ny inn i en prosess. I tillegg var det nyttig for dem at de pårørende ofte ble beroliget når det ble skriftliggjort hvem som hadde ansvaret for hva. Gjennom intervjuene med tjenesteyterne ser man altså at det gjerne er hvilken nytte *de* har av den individuelle planen som vektlegges. I det følgende vil jeg beskrive eksempler på at den individuelle planen blir brukt på en måte som tjener systemet i større grad enn den tjener tjenestemottakerne.

### **7.3.2 Individuell plan som standard**

Intensjonen bak individuell plan var blant annet at tjenestemottakeren skulle få et mer individuelt tilpasset tjenestetilbud (Thommesen 2003). Likevel ser man en tendens til at kommuner i større og større grad bruker standardiserte maler av individuelle planer som de "fyller ut" når de begynner arbeidet med å utforme en individuell plan. I Holcks (2004) undersøkelse har tre av fire fylker utviklet maler for utarbeiding av individuelle planer. To av mine case- kommuner brukte ferdiglagde maler som det regionale helseforetaket hadde utarbeidet. Tjenesteyterne i de to andre kommunene uttrykte at de ønsket seg maler og at de fulgte oppsettet til andre individuelle planer de hadde fått tilgang til. Tjenesteyterne ga uttrykk for at det å skulle utarbeide en individuell plan fra "scratch" opplevdes veldig vanskelig, både fordi de var redd for konsekvensene dersom de skulle gjøre noe feil, eller glemme noe viktig, men også fordi det ble oppfattet som veldig arbeidskrevende.

De tjenesteyterne som hadde tilgang til maler uttrykte lettelse over at de endelig hadde fått en mal å forholde seg til og et "verktøy å bruke". Malen som St. Olavs hospital i Trondheim har laget, og som flere av koordinatorene i min undersøkelse benytter, er veldig skjematisk bygget opp der man i en rubrikk skal fylle inn *hovedmål* for planen. I neste rubrikk skal man fylle inn *delmål* for planen. Delmålene deles inn i nummer og settes opp under

hverandre. I kolonnen til høyre for delmålet skal man fylle ut hvilke tiltak som skal iverksettes for å nå delmålet og hvilket omfang det skal være på tiltaket. I kolonnen til høyre for tiltaket skal man føre opp hvem som skal være ansvarlig for at tiltaket blir utført. I kolonnen til høyre for det igjen skal man føre opp en dato for når delmål og tiltak skal evalueres. Målene, tiltaksplanen og evalueringen settes gjerne opp på en skjematisk måte for å kunne krysses ut etter hvert som målene "nås". I skjemaet står det hvem som skal være ansvarlig for oppfølgingen av delmålet og hvilken dato målet skal evalueres. Man følger altså en relativt standardisert mal for hvordan prosessen skal forløpe. Den individuelle planen blir dermed en "teknologi" som tjenesteyterne behersker og som dermed styrker tjenesteyternes makt.

Selv om hver individuelle plan i følge intensjonen skal ta utgangspunkt i det enkelte individs behov og ønsker, kan man tenke seg at det kan være en risiko for at individuell plan som verktøy fører til en *standardisering* av tjenesteytingen, i stedet for en individualisering, som i utgangspunktet var målsetningen bak ordningen. Bruken av maler kan føre til at man blir minnet på hva som kan være viktig å tenke over når man skal starte en individuell- plan-prosess. På den andre siden kan maler virke begrensende, fordi de kan hindre oss i å tenke utenfor malens rammer. Cambell og Gregor (2003: 28) uttrykker at *"objects organize our activities in terms of what it is possible to do with them"*. Det vil si at en mal setter en standard for hva som skal være med i en individuell plan, og selv om det selvsagt ikke betyr at man ikke har lov til å gå utenfor malen, så er det en stor sjanse for at man forholder seg til de rammene malen gir rom for. Hernes (2008: 74) forklarer bruken av standardløsninger i forhold til organisasjoner på denne måten: *"In relation to organization studies, artefacts become particularly interesting when they become standardized solutions that extend in time and space because they then acquire names and come to be seen as socially acceptable which, in turn, enables them to travel in space and occupy places in organizations around which routines and positions are built"*. Problemene oppstår dersom ingen stiller spørsmålstegn med hvordan malene benyttes, noe som igjen kan føre til en standardisert tjenesteyting. Pence (1999: 39) beskriver det slik *"The professional discourse in reports and documents appears to be the objective work of an individual responding to a specific set of circumstances, yet this is far from what actually happens"*. Tekster og maler virker således standardiserende både i forhold til hvordan vi tenker og hvordan vi utfører arbeidet vårt.

For tjenestemottakerne betyr dette at rehabiliteringsprosessene sannsynligvis blir mer standardiserte og mindre individuelt tilpassede. Å forsøke å tilpasse tjenestene etter tjenestemottakernes behov vil derfor kreve mer arbeid av tjenestemottakere og pårørende.

### 7.3.3 Individuell plan som funksjonsbeskrivelse

Smith (2005: 197) hevder at kategoriens oppgave er å transformere det faktiske inn i det institusjonelle, for videre å kunne utløse institusjonell handling. Ifølge Kjellevold (2009: 57) skal det ikke treffes noe vedtak om å sette i gang arbeid med en individuell plan og den individuelle planen er heller ikke et enkeltvedtak i forvaltningsmessig forstand. Alle tjenestemottakerne jeg har intervjuet har imidlertid søkt om å få individuell plan og en tjenesteytende instans har fattet vedtak om innvilgelse. En av konklusjonene i Røthings (2007) masteroppgave om IP- dokumenter i lys av Foucaults teorier om makt var at hovedfokuset i arbeidet med planen ble å utarbeide et dokument som tilfredstilte juridiske krav. Røthing skriver at hun følte det ubehagelig å lese om tjenestemottakernes egenskaper i planene og dette er noe jeg kjenner igjen fra mitt eget materiale. For tjenesteyterne blir det viktig å dokumentere hvorfor et visst tiltak settes i verk og derfor må funksjonsnedsettelsen beskrives. Det finnes flere eksempler på slike egenskapsbeskrivelser i mitt materiale, blant annet *"han har relativ god innsikt"*, *"han har store innlæringsproblemer på mange områder"*, *"bruker er delvis inkontinent for urin/ avføring"* og *"man må observere at hun får tørket seg tilstrekkelig ved toalettbesøk"*. Slike egenskapsbeskrivelser i en individuell plan gjør at det blir uklart hvem teksten skrives for. Som nevnt tidligere er formålet med individuell plan å legge til rette for individuelt tilpasset, helhetlig tjenesteyting. Det er vanskelig å se hvilken hensikt slike egenskapsbeskrivelser har, når det gjelder å nå dette målet.

Røthing (2007: 56) hevder at en kartlegging av funksjonsnivå i en individuell plan objektiviserer tjenestemottakeren, og at planen mer blir et verktøy for å styre tjenestemottakerens atferd, altså en form for *disiplinering*. En annen måte å se det på er at planen lages mer for tjenesteyterne, for at de skal huske hvilken type funksjonsnedsettelse personen har, eller for å dokumentere en begrunnelse for et tiltak, enn som et samordnende verktøy beregnet på å bistå tjenestemottakeren i sin rehabiliteringsprosess. Formålet med funksjonsbeskrivelsen var ifølge koordinatorene som hadde skrevet planene at involverte

tjenesteytere skulle få innblikk i tjenestemottakerens funksjonsnivå og utfordringer. Et slikt formål er ikke noe som er uttalt i veileder for individuell plan (utgitt av helsedirektoratet i 2010). Likevel kan nok punktet om "kartlegging av bistandsbehov" være en forklaring på hvorfor disse egenskapsbeskrivelsene er så utbredt i individuelle planer. Ifølge Weick (1995) handler mennesker i organisasjoner i henhold til innlærte praksiser. Det vil si at i stedet for å spørre seg om hva som egentlig burde stå i en individuell plan, blir det mer naturlig å skrive det som man er vant til å skrive i andre typer individuelle dokumenter innenfor for eksempel helsevesenet. Registreringen innenfor IPLOS<sup>49</sup> er et eksempel på dette. Man kan hevde at tjenestesystemet "erobrer" den individuelle planen for å bruke den i henhold til sin egen logikk og som et aktivt styringsmiddel.

#### **7.3.4 Individuell plan som journal**

Campbell og Gregor (2003: 28) argumenterer for at fysiske artefakter får betydning for oss gjennom hva vi gjør med dem og hvordan de blir brukt. I lys av dette kan man si at den individuelle planen blir brukt på flere måter som går utover det man kan si var intensjonen med ordningen da den ble introdusert. Hjelpemiddelsentralen i en av mine ene case-kommuner har for eksempel en ordning med at man kan la en kopi av den individuelle planen ligge hos dem. Tjenestemottakerne kan da bestille et hjelpemiddel og henvise til den individuelle planen, uten å behøve å skrive begrunnelser hver gang man skal søke om hjelpemidler. Ordningen blir derfor arbeidsbesparende for involverte tjenestemottakere- og ytere, og virker samordnende på den måten. Den skriftlige planen må imidlertid beskrive hjelpemiddelbehovet veldig detaljert og uttømmende, noe som fører til en større hyppighet av egenskapsbeskrivelser i individuelle planer. En annen ulempe er selvfølgelig de konsekvenser dette kan få når det gjelder hensynet til personvern. Det er kanskje ikke alle tjenestemottakere som ønsker at den individuelle planen skal være tilgjengelig hos mange ulike tjenesteytende instanser og det oppstår således et dilemma mellom ønsket om å forenkle søknadsprosedyrer og å bevare hensynet til personvern. Jo flere instanser som skal ha mulighet til å skaffe seg informasjon om tjenestemottakeren gjennom den individuelle planen, jo mer detaljert vil beskrivelsen av funksjon og andre egenskaper ved tjenestemottakeren nødvendigvis bli. Dette kan fort føre til en ond sirkel som resulterer i at

---

<sup>49</sup> Individbasert pleie og omsorgsstatistikk.

individuell plan mister sin opprinnelig tiltenkte funksjon som organiseringsverktøy på individnivå og heller blir en form for åpen journal.

I noen tilfeller kan den individuelle planen bli brukt på måter som kan skape spesielt uheldige situasjoner og gi uheldige "bivirkninger". Kona til en av tjenestemottakerne fortalte for eksempel at de hadde fått beskjed fra de involverte tjenesteyterne om å ha den individuelle planen med seg når mannen skulle på opphold ved sykehus eller andre institusjoner. Grunnen til at de måtte ha den med seg var at institusjonene skulle få informasjon om hvilke tiltak som var igangsatt i kommunen, og hva de skulle følge opp på. Koordinator fortalte om de uheldige konsekvensene det kunne få dersom de ikke hadde den med seg: *"den planen skal jo være slik at når man blir innlagt på sykehuset så skal du ha planen med deg slik at sykehuset kan se hva slags tiltak han har.... det glemte han en gang og det ble veldig uheldig for... sykehuset trodde ikke det skjedde noen ting. Og så er han en av de brukerne som har mest opplegg. Hadde han hatt planen med seg så hadde man unngått den situasjonen der legen begynte å lure på; er det overhode noe som skjer i kommunen, har han ingenting?"*. Det som skjedde i dette tilfellet var at legen ved sykehuset sendte et brev til fastlegen med kopi til koordinator. Hun fortalte videre at *"jeg måtte gå inn og rydde opp i det der, men da så de jo selv hvor viktig det var å ha den planen med seg"*. *"Det var jo interessant å se hva som skjedde når du ikke bruker den planen sånn som.... når man ikke tok den med"*. I denne prosessen hadde det oppstått en enighet eller en forståelse mellom de involverte tjenesteyterne om at den individuelle planen skulle brukes som en slags "manual" på hvilke tjenester brukeren hadde, og hva som skulle "gjøres med ham" dersom han for eksempel ble innlagt i spesialisthelsetjenesten. Kona til tjenestemottakeren syntes også dette ble en veldig ubehagelig situasjon og konkluderte med at de måtte bli flinkere til å huske å ta med seg planen. I dette tilfellet blir altså den individuelle planen brukt som et informasjonsinstrument som erstatter en journal, og ansvaret for å formidle informasjonen blir lagt på tjenestemottaker eller pårørende. Ifølge Måseide (2008: 377) representerer journalen en formulering av den medisinske sannheten slik den fremkommer i medisinsk arbeid. På denne måten blir den individuelle planen ikke bare en rettighet tjenestemottakerne har, men også en administrativ nødvendighet. Også i slike tilfeller blir derfor den individuelle planen mer nyttig for systemet enn for tjenestemottakeren.



### 7.3.5 Individuell plan som kontrakt

Den individuelle planen brukes ofte i forhold til andre dokumenter i rehabiliteringsprosessene, for eksempel ved utforming av vedtak. I slike tilfeller brukes ofte tiltakene som føres opp i den individuelle planen som mål på i hvilken grad tjenestemottakeren oppfyller de kravene som tjenesteapparatet setter for at vedkommende for eksempel skal innvilges økonomiske stønader. Prior (2004: 87) beskriver hvilken rolle dokumenter gjerne får innenfor helsevesenet slik: *“Thus medical professions can and do use “the files” as a warrant for their actions in relation to their patients – showing how what they do to patients is warranted by the information on the record”*. I lys av dette kan man hevde at individuell plan benyttes som et *styringsmiddel*.

Cecilies prosess er et godt eksempel på at individuell plan både kan være et nyttig samordningsverktøy, men på samme tid være et instrument som brukes til å sette krav til tjenestemottakeren om *“å oppfylle det hun har lovet”*. For eksempel er det helt tydelig at individuell plan som skriftlig dokument brukes som en offisiell begrunnelse for at Cecilie skal få rehabiliteringspenger. I det første intervjuet jeg hadde med Cecilie i juni 2006 var hun veldig glad for at den individuelle planen var skrevet. Hun fortalte at det var NAV som hadde tatt initiativ til dette for at *“de skulle få orden på økonomien min”*. Videre sa hun at *“den individuelle planen er veldig viktig for at jeg skal kunne ha en økonomi”*. Jeg husker at jeg stusset over dette utsagnet under intervjuet, men ved å studere de vedtakene som jeg fikk tilgang til fant jeg ut at NAV hadde lagt stor vekt på utarbeidelsen av dette dokumentet og de målene og tiltakene som settes der. Det var disse som ble brukt som begrunnelse for at hun skulle få innvilget sin søknad om rehabiliteringspenger. I fire av de syv vedtakene fra NAV henvises det til planen, hvis oppfølging av tiltak og mål blir sett på som et vilkår for at rehabiliteringspenger kan ytes. Det står for eksempel at *“hvis du mot slutten av den perioden vedtaket gjelder for fortsatt er arbeidsufør og under aktiv behandling kan du få forlenget stønadperioden. Du må da levere nye oppdatert individuell plan eller legeerklæring innen xx”*. Videre står det: *“Hvis du ikke følger opp din individuelle plan må du få denne korrigeret eller varsle oss”*. Det skrives også at dersom planen endres må NAV få beskjed. I tillegg går det fram av vedtakene at legeerklæringene må være på plass for at rehabiliteringspengene skal utbetales. Det synliggjøres gjennom vedtakene at det er Cecilies ansvar å skaffe disse til

veie. Saksbehandleren i NAV trenger altså en eller annen form for bekreftelse på at Cecilie har en plan om aktiv behandling og det er her individuell plan kommer inn.

Når det gjelder målene i Cecilies plan så er ett av dem å gå ned i vekt. I det første intervjuet jeg hadde med henne fortalte hun at hun hadde vært på smerteklinikken, og de hadde sagt at hun måtte gå ned i vekt før hun kunne motta behandling fra dem. Hun sa at hun ikke trodde at smertene hennes hadde noe med vekten å gjøre, men at hun skulle gjøre et forsøk. Derfor er dette et av målene hennes i den individuelle planen. Mitt poeng med dette er at selv om den individuelle planen oppfattes av Cecilie som "hennes plan", er det mange av tjenesteyterne som har "interesser" i den, og som bruker den som en mekanisme for å få begrunnet sine vedtak og for å begrunne hvilke tjenester de kan yte. Som Mik-Meyer (2005: 198) hevder kan dokumenter produsert i velferdsorganisasjoner gjerne kategorisere klienttyper på en måte som styrer videre handlinger i forhold til denne personen. De ulike tjenesteytende instansene bruker planen ulikt, og den opptrer således som aktør i et nettverk av dokumenter. Ridzi (2008: 228) beretter om liknende episoder fra sine studier av ulike planer for tjenestemottakere i USA, henholdsvis "employability plans" og "personal care plans", og hvordan tjenestemottakerne må tilpasse livene sine etter planene og ikke omvendt. Andersen (2003) kaller dette en kontraktliggjørelse av tjenesteytingen som kan være uheldig. Han beskriver hvordan sosiale kontrakter i velferdsstaten er begrunnet i en empowerment- teknologi, men at makten er skjevt fordelt mellom velferdssystemet og tjenestemottakeren. Dette fører til at tjenestemottakeren lærer opp til å spille den rolle som systemet forventer, det vil si at man lærer seg "*at simulere vilje, at tale om fremtid, planer og muligheter uden at koble det til handling*" (ibid: 185). På samme måte ser vi at Cecilie følte at hun måtte skrive i sin individuelle plan at hun skulle gå ned i vekt for å få behandling ved smerteklinikken, selv om hun egentlig ikke hadde tro på at det ville hjelpe.

Individuell plan kan altså betraktes som en relasjonell kontrakt mellom velferdsstaten/ kommunen og tjenestemottakeren. Den ovennevnte surveyundersøkelsen som Nilssen (2011) henviser til viser at 68 prosent av tjenesteyterne faktisk ser på individuell plan som en kontrakt mellom tjenestemottakeren og kommunen, mens 79 prosent ser på det som en kontrakt mellom tjenesteytere eller dennes avdeling og tjenestemottaker, og 56 prosent ser på det som en kontrakt mellom kommunale tjenesteytere og

spesialisthelsetjenesten. Videre var det 51 prosent av de spurte tjenesteyterne som mente at den individuelle planen utløste svært, eller nokså sterke, forpliktelser for tjenestemottakeren i forhold til oppfølgingen av innholdet i planen. Undersøkelsen viser også at 53 prosent av de spurte koordinatorene underveis i prosessen hadde vurdert å avslutte arbeidet med den individuelle planen og hovedårsaken til dette var at man var misfornøyd med tjenestemottakerens oppfølging av tiltakene i planen. Denne undersøkelsen viser altså at den individuelle planen betraktes som en kontrakt som tjenestemottakeren bør forholde seg til dersom hun eller han ønsker et helhetlig tjenestetilbud. Hernes (2005: 338) hevder at kontrakter kan ses som organiserende mekanismer som griper inn i, eller fører til at, andre tilstander utvikler seg. Som teknologi innehar de en iboende organiserende dynamikk eller kraft. I lys av dette kan man hevde at en slik kontrakt får betydning for organiseringen av rehabiliteringsprosessene, ved at tjenestemottakerne må forholde seg til de elementer kontrakten inneholder.

### **7.3.6 Individuell plan som aktør**

Flere av de ovennevnte eksemplene viser hvordan individuell plan blir en aktør i seg selv fordi det blir noe som både tjenestemottakere og tjenesteytere må forholde seg til på ulikt vis og som *gjør* noe med rehabiliteringsprosessene, i positiv eller negativ forstand. Arbeidet med Cecilies individuelle plan hadde startet allerede da hun var i barne- og ungdomspsykiatrien, men kom aldri ordentlig i gang. Cecilie mener selv at det var fordi hun snart skulle over i voksenpsykiatrien og at de ansatte i BUP derfor ikke ville ta ansvar for å utarbeide en plan. På grunn av dette måtte hun vente lenge før både den medisinske behandlingen ble satt i gang og før søknaden hennes til NAV ble behandlet. Cecilie sier: *"det ble ikke startet med noen ting fordi det ikke var orden i den individuelle planen"*. Fastlegen hennes bekrefter at det var slik. Det ble ikke startet noen medisinsk behandling av henne fordi det var uklarheter om hvem det var sitt ansvarsområde, og dermed kunne heller ikke NAV fatte vedtak om rehabiliteringspenger, siden man må være *"i aktiv behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen"*. I intervjuet med den psykiatriske sykepleieren som også er planleder, fortalte hun at de hadde begynt å lage en individuell plan i andrelinjetjenesten (det psykiatriske sykehuset), men at man i kommunen må søke IP- utvalget om å få opprettet en individuell plan. Her ser man at ordningen med individuell plan kan virke

handlingslammende i stedet for samordnende ved at den på en måte destabiliserer gamle rutiner og styringslinjer.

Dette kan ses i lys av Priors (2004: 77- 84) teori om at dokumenter er *ting* som produseres og brukes til ulike formål, og som kan manipuleres. I tillegg kan dokumenter "act back on" sine skapere. Czarniawska (2007: 138) er også opptatt av hvordan organisasjonsverktøy som konstrueres for ett formål, gjerne vokser ut av skapernes intensjoner, og blir noe annet enn det som var tenkt. Dokumenter som produseres i *en* sosial situasjon kan brukes i andre situasjoner og få andre konsekvenser der. Prior (2004: 87) henviser til Bruno Latours begrep "action-at-a-distance" som sier noe om hvordan dokumenter kan påvirke handlinger i "fremtidige situasjoner". Et dokument som er produsert i en organisasjon kan påvirke hvordan en avgjørelse skal tas senere. Så snart et dokument er skrevet "gjør det noe", eller det får en betydning for noen som ikke alltid trenger å være intensjonen til den som skrev det. Individuell plan som skriftlig dokument kan brukes på andre måter enn det som var tenkt, noe som kan gi uheldige konsekvenser både for brukeren og for samhandlingen generelt. For det første sier man at det må foreligge en individuell plan for at en person skal få en økonomisk ytelse. For det andre er det en tendens til at når det skriftlige produktet er produsert "lener man seg tilbake" og er fornøyd med det. Ifølge mine informanter virker derfor den individuelle planen samordnende i begynnelsen av prosessen fordi den setter i gang noe, tydeliggjør ansvar og legitimerer avgjørelser. Ettersom tiden går blir mye av koordineringen likevel igjen overlatt til tjenestemottakeren selv. På en måte virker dokumenter samordnende, fordi de sier noe om hvem som forventes å gjøre hva. På den andre siden kan de ha motsatt effekt, fordi det oppfattes som unødvendig tidkrevende.

Ett poeng i Røthings (2007: 53) masteroppgave, og som også er betegnende for de individuelle planene jeg har studert, er at tjenesteytnerens rolle i planene blir utydelige. Det er mye fokus på tjenestemottakernes funksjonsnivå og på hva de selv kan gjøre for å forbedre dette, men lite fokus på hva som er de ulike tjenesteytnerens roller i prosessene. Selv om individuell plan skulle være et verktøy for å koordinere tjenester for brukeren kan en utilsiktet konsekvens bli at den heller blir et verktøy for å standardisere rehabiliteringsprosessene. Bruken av maler forsterker dette inntrykket, og kan som Grut (2008: 9) påpeker, føre til en situasjon hvor planen blir til for tjenesteyterne i stedet for

brukeren. Den individuelle planen blir i så tilfelle det man innenfor nyinstitusjonell teori kaller en rasjonalisert myte (Meyer og Rowan 1977), hvor det å følge rutinene blir viktigere enn at tjenestemottakerne når sine mål. Ifølge Mallander (1998: 149) er det typisk for menneskebehandlerne organisasjoner, som gjerne mangler kunnskap om hvilke effekter ulike tiltak har, å søke til slike standardiserte prosedyrer for å sikre sin legitimitet i forhold til omverdenen.

#### **7.4 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering**

Et annet organisatorisk verktøy som ble innført som en del av den helhetlige rehabiliteringspolitikken var koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering<sup>50</sup> som kommunene ble pålagt å opprette gjennom *Forskrift om habilitering og rehabilitering* som kom i 2001. Koordinerende enhet er ment å være et organiserende knutepunkt for rehabiliteringsvirksomheten, og er således et organiseringsverktøy på systemnivå. Fra 2011 er kommunens plikt til å opprette koordinerende enhet ikke bare forskriftsfestet, men også lovfestet i den nye helse og omsorgstjenesteloven § 7-3. Paragraf 7-3 i denne loven lyder som følger:

*”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 koordinator etter §§ 7-1 og 7-2”.*

Det fremgår av merknadene til § 7 at kravet om etablering av koordinerende enhet kan ivaretas gjennom for eksempel et fast og overordnet tverrfaglig team, en egen koordinator opprettet for nettopp dette formålet, eller gjennom den ordinære virksomheten, for eksempel gjennom en egen fagseksjon/avdeling eller ved kommunefysioterapeut eller kommuneergoterapeut. Disse formuleringene må kunne sies å være vage med hensyn til hvordan enheten faktisk skal organiseres og om det er nødvendig å etablere en egen instans for å drifte og forvalte disse oppgavene. 77 % av kommunene har

---

<sup>50</sup> Heretter kalt bare *koordinerende enhet*

likevel etablert koordinerende enheter<sup>51</sup>, selv om enhetene er svært ulike. Enhetenes organiseringsform kan noe forenklet deles inn i tre idealtypiske varianter, henholdsvis *Underlagt operativ tjenesteenhet*, *Underlagt sentralt vedtaks kontor* og *Underlagt kollegialt team eller utvalg* (Breimo og Thommesen (2012)).

Den mest typiske organisatoriske plasseringen av koordinerende enhet i mitt materiale er at den legges til et sentralt vedtaks kontor<sup>52</sup> av en eller annen sort. Tre av de fire kommunene i mitt materiale som har en slik plassering. De sentrale vedtaks kontorene er et uttrykk for en bestiller- utfører- modell, som skiller bestillerfunksjonen fra utførerfunksjonen. Vedtaks kontorene behandler gjerne søknader om ulike typer tjenester innenfor pleie og omsorg, rehabilitering, sosialtjenester og helsetjenester, det vil si en stor del av de tjenestene en kommune yter. For eksempel behandler de søknader vedrørende individuell plan, BPA, hjemmetjenester, opphold på ulike kommunale institusjoner, fysioterapitjeneste, ergoterapitjeneste, støttekontakt og avlastning i tillegg til mange andre tjenester. Typiske arbeidsoppgaver ved et sentralt vedtaks kontor er å prioritere og fordele institusjonsplasser og å behandle søknader og fatte vedtak. De ansatte ved vedtaks kontorene har gjerne bakgrunn i ulike profesjoner, men arbeidsoppgavene deres handler om å vurdere søknader av ulike slag og utforme tilsagn eller avslag på vedtak. De som jeg intervjuet ved slike vedtaks kontor fortalte om en arbeidshverdag som var preget av administrative oppgaver, selv om de også var i kontakt med tjenestemottakerne i forbindelse med søknadsprosesser. Ofte gikk likevel kontakten gjennom de involverte tjenesteyterne.

Det at koordinerende enhet for rehabilitering legges ved et slikt vedtaks kontor kan derfor få enkelte utilsiktede konsekvenser. For eksempel var det flere av informantene som påpekte at saksbehandlernes manglende kjennskap til tjenestemottakerne førte til at søknadene ikke ble vurdert i forhold til deres individuelle situasjon i like stor grad som de kunne blitt om søknadene ble avgjort på et mer "lokalt" nivå. Øysteins kamp om å få tildelt timer til Brukerstyrt Personlig Assistanse kan tjene som et eksempel på at vedtaks kontoret ble en upersonlig instans som ikke hadde kjennskap til hans situasjon og hans behov ut over det som ble formidlet i søknaden. Flere av de tjenesteyterne jeg intervjuet hevdet at saksbehandlerne på vedtaks kontorene ofte ikke kjenner tjenestemottakerne godt nok til å

---

<sup>51</sup> Ifølge fylkesmennenes rapportering til helsedirektoratet i 2009

<sup>52</sup> Ofte kalt bestillerkontor, tildelingskontor eller forvaltningskontor m.fl.

fatte individuelt tilpassede vedtak. Vedtakene baseres i større grad på standardiserte maler enn de gjorde tidligere da hver tjenesteytende instans fattet sine egne vedtak. En fysioterapeut ved en rehabiliteringsinstitusjon fortalte at tidligere hadde de oppfølgingsmøter med tjenestemottakerne etter at de hadde reist, men det hadde de sluttet med. Nå hadde vedtakskontoret overtatt arbeidet med oppfølging av tjenestemottakerne. Dette syntes hun var synd fordi de nå ble en enda mer avgrenset del av livet til tjenestemottakerne. Opprettelsen av vedtakskontorene kan derfor forstås som en dreining mot en mindre individuelt tilpasset tjenesteyting fordi tendensen går i retning av at saksbehandlere overtar denne delen av tjenesteyternes arbeidspraksis.

En annen slik utilsiktet konsekvens kan være det som tjenesteyterne beskrev som at tjenestemottakerne kom i en konstant "*kamp og kravsituasjon*" som en følge av at de fleste tjenester måtte søkes om formelt. Flere tjenesteytere uttrykte også misnøye med de tidsavgrensede vedtakene som førte til merarbeid både for dem og for tjenestemottakerne. De trodde at opprettelsen av koordinerende enhet knyttet til et sentralt vedtakskontor hadde ført til høyere krav til administrativ dokumentasjon og søknadsprosedyrer, enn en mindre formell variant ville gjort. De sentrale vedtakskontorene oppleves derfor bare som nok en instans tjenestemottakerne må forholde seg til, og som byråkratiserer hverdagslivet deres i enda større grad enn tidligere. Bomann- Larsen og Jensen (1985) beskriver byråkratrollen (som man må anta at de ansatte ved offentlige forvaltningskontor innehar) som en tjenesteyter som er mer opptatt av å følge formelle prosedyrer, enn av utfallet av saken, noe som stiller større krav til tjenestemottakeren når det gjelder evne til å hevde sin egen sak. I tillegg kan man hevde at opprettelsen av slike vedtakskontor gjør søknadsprosedyrer mer "byråkratiske" i og med at veien blir lengre mellom tjenestemottaker og saksbehandler. I Grue og Ruas undersøkelse (2010: 14) var det én kommune som hadde gått bort fra bestiller- utfører- modellen med begrunnelse i å gjøre veien kortere for tjenestemottakerne.

Man kan argumentere for at de ansatte ved vedtakskontorene kommer i en konflikt mellom det man kan kalle en "*advokatrolle*" for tjenestemottakeren, og det man kan kalle en "*portvokterrolle*" (Helgøy mfl. 2000). Tjenesteyterne i kommunen kommer i tillegg i en lojalitetskonflikt i forhold til det sentrale vedtakskontoret fordi de har samme arbeidsgiver. En privatpraktiserende fysioterapeut, som tidligere hadde vært kommunalt ansatt, fortalte

at hun syntes det var mye enklere å forholde seg til det sentrale vedtakskontoret nå som hun sto utenfor det kommunale systemet. Hun fortalte om at hun kunne *”kreve på vegne av pasientene”*, og forholde seg til kommunen på samme måte som alle andre. Hun kunne ringe til vedtakskontoret direkte uten å gå via overordnede.

Som nevnt ovenfor viser studier (Breimo og Thommesen (kommer), Moen 2004) at andre typiske organiseringsformer for koordinerende enheter kan være at de enten opprettes som et eget tverrfaglig team som skal inneha funksjonen, eller at funksjonen legges til en allerede eksisterende tjenesteenhet. Én kommune i mitt materiale hadde opprettet et slikt tverrfaglig team som først og fremst hadde som oppgave å fatte vedtak om individuelle planer og å oppnevne koordinator. Det var imidlertid ingen av tjenestemottakerne jeg intervjuet i denne kommunen, og få av tjenesteyterne, som hadde hørt om dette teamet. Selv om enheten kan sies å ivareta kravet som omhandler individuell plan og koordinator, er det derfor mer tvilsomt om teamet kan ses som et knutepunkt for rehabilitering mer generelt. Når det gjelder koordinerende enheter som er tilknyttet en operativ tjenesteenhet, var det ingen av kommunene jeg gjorde feltarbeid i som har en slik organisering av koordinerende enhet nå<sup>53</sup>. Moens (2004) studie viser imidlertid at det kan være en fare for at en slik plassering av koordinerende enhet gjør at de oppgavene enheten er tiltenkt *”druknar”* i andre, og mer presserende arbeidsoppgaver, som tjenesteenheten ivaretar.

Det sistnevnte er som nevnt også risikoen ved å plassere den koordinerende enheten ved et sentralt vedtakskontor. På bakgrunn av dette kan man med henvisning til nyinstitusjonell organisasjonsteori spørre om koordinerende enhet, i likhet med individuell plan, blir et symbol som opprettes for å tilfredsstille omgivelsene, men som er lite egnet som et verktøy for måloppnåelse (Røvik 2007: 26), i dette tilfellet koordinering av tjenester. Det at enhetens mandat er såpass uklart i lovverket gjør at det kan være en fare for at koordinerende enhet bare blir en funksjon som *”klistres på”* det sentrale vedtakskontoret under påskudd av å ha oppfylt et lovkrav, men som ikke har noen reelle funksjoner. Det vil si at intensjonene bak forsøkene på å implementere de koordinerende enhetene, å være et knutepunkt for rehabiliteringsvirksomheten, sjelden oppfylles.

---

<sup>53</sup> En av kommunene flyttet imidlertid koordinerende enhet fra fysioterapitjenesten til vedtakskontoret i løpet av den perioden jeg utførte undersøkelsen.



## 7.5 Personlig koordinator

Med den helhetlige rehabiliteringspolitikken ble også *personlig koordinator* introdusert, som ikke er en stillingstype, men en rolle eller en funksjon som tjenesteyterne får i tillegg til sin egentlige stilling som tjenesteyter. Koordinatorfunksjonen er forskriftsfestet i Forskrift for individuell plan (§2) hvor det står at man skal "*sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren*" og nå blir den også lovfestet i den nye helse- og omsorgsloven<sup>54</sup>. Flere av tjenesteyterne jeg har intervjuet har slike funksjoner knyttet til stillingen sin, og noen er koordinatorene for flere brukere. I utgangspunktet skal ordningen med personlig koordinator sikre at tjenestemottakeren og pårørende får én person i tjenesteapparatet å forholde seg til (Thommesen mfl. 2003: 97). Både tjenestemottakerne, pårørende og de koordinatorene jeg har intervjuet har ulike oppfatninger om hva en koordinator gjør i arbeidet sitt og hvordan det gjøres, men de fleste er enige i at de har et hovedansvar for utarbeidelse og oppfølging av den individuelle planen. Hvorvidt koordinatoren utenom dette er delaktig i å koordinere tjenester er ulikt fra prosess til prosess. Mens noen av tjenestemottakerne var opptatte av at koordinator gjorde en stor forskjell i livene deres og kalte dem både for "brannslukkere" og "problemløser", hadde andre et mer distansert forhold til sine koordinatorene.

Også når det gjaldt koordinatorene jeg intervjuet var det forskjell på hvorvidt de opplevde seg som tjenestekoordinator på generelt plan, eller bare i forhold til individuell plan- prosessen. Én koordinator beskrev hvordan hun "aktiverte" relevante tjenesteytere, som hun kalte det. Denne koordinatoren var ansatt ved et sentralt vedtakskontor og kunne dermed først fatte vedtak om en tjeneste og deretter kontakte den berørte tjenesteyter. Koordinatorene som innehar en slik formell posisjon står selvsagt i en gunstig posisjon i og med at de har stor oversikt over hvilke tjenester som finnes og som er tilgjengelige. Ulempen er at ansatte ved sentrale vedtakskontor ikke selv oppfatter seg som tjenesteytere, de oppfatter seg som vedtaksfattere og ikke som *utførere*, og har ofte et mer distansert forhold til tjenestemottakerne. I tillegg til dette kommer de i en konflikt mellom den tidligere nevnte "advokatrollen", og "portvokterrollen". Årsaken til dette er at ansatte ved vedtakskontor i større grad har et ansvar for å prioritere hvilke brukere som skal få hvilke tjenester, enn det andre tjenesteytere har. En personlig koordinator får ofte i oppgave (i samarbeid med

---

<sup>54</sup> Kunngjort 24.06.2011, men enda ikke gjeldende (19.12.2011).

tjenestemottakeren) å skulle finne ut av hvem som skal være med i en ansvarsgruppe eller liknende. Derfor får de også betydning for hva slags tjenestetilbud som formes for tjenestemottakeren. Selvsagt er tjenestemottakeren vanligvis med på å ta disse avgjørelsene, men det er likevel koordinator som sitter med mest informasjon om hvilke tjenester som finnes og er tilgjengelige. At enkelte av de koordinatorene jeg intervjuet fortalte at de av økonomiske hensyn ikke ga opplysninger til tjenestemottakeren om at personlig assistanse kunne være en mulighet er et eksempel på at koordinatorene får en portvokterrolle i forhold til de tjenesteytende instanser. I den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering<sup>55</sup> står det at *”en koordinator vil måtte forholde seg til systemet og brukeren, og vil måtte være lojal overfor begge”*. Det er ikke vanskelig å tenke seg at dette kan føre til lojalitetskonflikter i enkelte tilfeller.

Andre yrkesgrupper som gjerne innehar koordinatorfunksjonen er psykiatriske sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Disse har ofte et ”nærere” forhold til tjenestemottakeren i og med at de gjerne også har rollen som tjenesteyter for personen, men de mangler det overblikket og den vedtaksmyndigheten som en ansatt ved et sentralt vedtaks kontor vil ha. Uansett hvilken yrkesgruppe man tilhører, er en koordinatorfunksjon en relativt spesiell rolle å inneha som potensielt krever mye av den som innehar den. Tjenesteytere som har en slik funksjon får vanligvis ikke ekstra godtgjørelser i form av lønn for å påta seg en slik oppgave og det blir derfor noe de gjør som en del av jobben sin. I den tidligere nevnte kommune hvor den koordinerende enheten fungerte som et team, fordelte enheten tjenestemottakere på koordinatorene for å sikre at ikke noen tjenesteytere ble koordinatorene for mange tjenestemottakere, mens andre hadde færre eller ingen de var koordinatorene for. I denne kommunen var også fastleger personlige koordinatorene, selv om det var en uskrevet regel som sa at fastleger bare skulle være koordinatorene for én tjenestemottaker av gangen.

I de fleste av rehabiliteringsprosessene jeg har studert er det tydelig at det ofte er en aktør som frivillig eller mer ufrivillig, tar på seg rollen som *regissør*. I de prosessene jeg har studert er det imidlertid ikke nødvendigvis slik at det er koordinatoren som har denne rollen. Ofte er det heller en pårørende eller tjenestemottaker selv som har denne rollen, noe som gjerne fører til en overbelastning av arbeid og ansvar, som beskrevet i kapittel fem.

---

<sup>55</sup> Særtrykk av St.prp.nr.1. (2007- 2008) kapittel 9.

I hvor stor grad en koordinator skal ta denne regien er likevel et dilemma som trer frem. De fleste tjenestemottakerne og deres pårørende uttrykte et ønske om at koordinator skulle ta et større ansvar for tjenestekoordineringen enn denne faktisk gjorde, mens koordinatorene ga uttrykk for at de syntes dette var problematisk. En av årsakene til dette var som nevnt at de var redd for at tjenestemottakerne skulle bli for passive og ikke ta ansvar for sin egen prosess. En annen årsak var at de var usikre på de pårørende når det gjaldt hvor mye de kunne "blande seg inn".

En utilsiktet bieffekt av å opprette en stillingsrolle som skal koordinere tjenester kan bli at denne funksjonen blir en ny deloppgave i seg selv, som igjen må koordineres med andre oppgaver. Å lage individuelle planer og kalle inn til møter blir slike deloppgaver som må koordineres. Tjenestemottakerne har ofte møter med koordinatorene for å planlegge hva som skal skje videre. Dette oppleves spesielt unødvendig i de tilfeller hvor koordinator ikke har noen andre roller i prosessen enn det å være koordinator. Ergoterapeuter blir ofte oppnevnt som koordinatorene fordi de gjerne har mye med tjenestemottakeren å gjøre i begynnelsen av en rehabiliteringsprosess, siden de har ansvaret for å skaffe til veie nødvendig utstyr og hjelpemidler basert på en individuell funksjonsvurdering. Senere i prosessen når hjelpemidlene er på plass, blir ofte en ergoterapeut mer perifer i prosessen og det kan være andre tjenesteytere som er mer involvert. Kanskje kan dette være en av årsakene til at de opprinnelige planene og gode intensjonene "fades ut" eller blir mindre tydelige etter hvert i prosessen. Når ergoterapeutene blir mindre viktige i prosessene blir det ingen som følger opp planene, og dermed blir det mer uklart hva som er planens mål og retning. Vedkommende er da ikke lenger en aktør i handlingsnett- perspektivet. Dette kan føre til at tjenestemottakeren får flere å forholde seg til enn hva som egentlig er nødvendig. Koordinator- funksjonen blir en tjeneste som må koordineres på samme måte som andre tjenester av tjenestemottaker eller pårørende. På den måten fragmenteres tjenestesystemet ytterligere, noe som fører til mer arbeid for de tjenestemottakerne som må forholde seg til det.

## 7.6 Brukerstyrt personlig assistanse

Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA) er i en annen kategori enn de verktøyene som er beskrevet ovenfor. Det er ikke et verktøy som er lansert som en del av den nye rehabiliteringspolitikken, men tvert imot en ordning som ble skapt og utviklet av funksjonshemmede selv, med inspirasjon fra Independent Living- bevegelsen<sup>56</sup> (Krokan 2011: 13). Siden flere av tjenestemottakerne har denne ordningen, har jeg likevel valgt å beskrive ordningen her, samt noen av de dilemmaene som oppstår i forbindelse med hvordan ordningen "gjøres". Det er også en ordning som i likhet med to av de andre verktøyene har som formål å gjøre hverdagene lettere for personer som må forholde seg til mange tjenesteytende instanser. Formålet med ordningen er at personer med behov for assistanse i hverdagen skal kunne ansette sine egne assistenter som de skal være arbeidsledere for. På den måten er målet at man skal kunne leve et mer selvstendig liv, på egne premisser, uten å måtte gjøre ting på et visst tidspunkt bare fordi hjemmetjenesten tilfeldigvis kommer akkurat da.

BPA er en egen stillingskategori som man blir ansatt i og ordningen fungerer på mange måter som et verktøy for å samordne enkelte tjenester. Ordningen ble hjemlet i sosialtjenesteloven i 2000 og ble 24.juni 2011 lovhjemlet i den nye helse- og omsorgstjenesteloven. Her heter det i §3-8 at *"Kommunen skal ha et tilbud om personlig assistanse etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b<sup>57</sup>, i form av praktisk bistand og opplæring, organisert som brukerstyrt personlig assistanse"*. Ordningen er likevel ikke rettighetsfestet. Poenget med ordningen er at personer som er avhengige av tjenester som for eksempel hjemmetjenester, praktisk bistand, avlastning og støttekontakt i utgangspunktet, skal få én eller flere personlige assistenter å forholde seg til. Det er kommunen som vedtar hvor mange timer man kan få, og hvem som skal stå som arbeidsgiver. Vanligvis er dette kommunen selv eller andre leverandører av personlige assistenter, som for eksempel andelslaget ULOBA<sup>58</sup>. Tjenestemottaker eller dennes pårørende er *arbeidsleder*. Ordningen praktiseres imidlertid ulikt rundt om i kommunene, noe som igjen fører til ulike vilkår for både assistentene og tjenestemottakerne. Likevel har undersøkelser vist at brukertilfredsheten med ordningen er relativt høy (Johansen mfl. 2010).

---

<sup>56</sup> Borgerrettsbevegelse som kjemper for funksjonshemmedes rett til mulighet for samfunnsdeltakelse.

<sup>57</sup> Personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt

<sup>58</sup> Andelslag for borgerstyrt personlig assistanse

Ordningen virker altså samordnende da brukeren i enkelte tilfeller får færre tjenesteytere å forholde seg til. Det er imidlertid store uklarheter omkring hvordan denne stillingen skal fungere, og mange kommuner har ikke utarbeidet retningslinjer i forhold til ordningen. Tjenestemottakerne må ofte kjempe en lang kamp om å få et vedtak om personlig assistanse, og det er store forskjeller både fra kommune til kommune, og fra person til person, med hensyn til hvor mange timer per uke man får innvilget.

Tre av tjenestemottakerne jeg intervjuet hadde brukerstyrt personlig assistent. En annen hadde fått tilbud om ordningen, men hadde takket nei med begrunnelse i den arbeidsbelastningen han og pårørende så for seg at et arbeidslederansvar ville påføre dem. I alle tre tilfellene står kommunen som arbeidsgiver. I en av kommunene i min undersøkelse holdt man på å utarbeide retningslinjer for personlig assistanse på den tiden jeg gjorde de siste intervjuene, mens de andre kommunene ikke hadde utviklet retningslinjer. Flere tjenesteytere fortalte meg at de ikke pleide å informere tjenestemottakerne om ordningen. Grunnen til dette var at det rådet en oppfatning om at det er en veldig dyr ordning, og at de fleste tjenestemottakerne kunne få behovene sine dekket via den vanlige hjemmetjenesten. To av tjenestemottakerne jeg intervjuet, og som hadde fått ansatt en personlig assistent, fikk informasjon om ordningen via rehabiliteringsinstitusjoner eller private bekjentskaper. Én tjenestemottaker fikk informasjon fra kommunen. Man ser altså at det kan være svært tilfeldig om man får informasjon om ordningen, noe som kan tyde på at tilgangen til autoritative tekster på en eller annen måte får betydning her.

Alle tjenestemottakerne i min undersøkelse som har ansatt personlige assistenter forteller at de er veldig fornøyde med mulighetene ordningen gir, og at de er fornøyde med de personene som er ansatt hos dem. Det er imidlertid enkelte systemmessige faktorer som vanskeliggjør ordningen, og mange etterlyser retningslinjer å forholde seg til. De fleste synes for eksempel det virker veldig tilfeldig hvor mange timer man får. I tillegg får man ofte bare vedtak på ett år av gangen eller mindre, og dette gjør det vanskelig å rekruttere personer til stillingene.

Flere av de pårørende synes ansvaret som arbeidsleder for assistenten blir overveldende. En forklarer at *"jeg er ikke noen ekspert på verken det ene eller det andre, jeg går bare etter hva jeg tror og føler er greit. Men jeg står liksom ansvarlig nå, jeg er*

arbeidsleder for alt dette, så det er klart det blir mye". En annen forklarer at de har fått beskjed om at de må finne vikar selv dersom assistenten blir syk eller skal ha ferie, selv om kommunen formelt er arbeidsgiver for assistenten. Konas beretning om denne situasjonen er talende for mange av de dilemmaene arbeidslederansvaret kan medføre;

*"Jeg synes det er litt sånn det der med BPA at vi liksom skal være arbeidsleder og så vet vi ingenting, en ting er det med lønna og så ble hun syk i to dager og så prøvde jeg å ringe opp til hjemmesykepleien for jeg visste ikke hvordan vi skulle gjøre det. Hun hadde jo ingen rettigheter, eller hun kunne ikke bruke egenmeldingen for hun hadde ikke jobbet så så lenge, men vi måtte jo ha vikar for henne, ikke sant. Så enden på visa var at jeg måtte betale privat for han som var vikar da. Jeg tenkte at jeg skulle gitt beskjed om det, men så tenkte jeg at man er jo heldig likevel, så det er litt sånn..... Så jeg sa til BPA at hun ikke skulle rapportere at hun var borte for da hadde jo hun tapt dagene. Så man kjenner liksom på det at det er litt dumt at du skal være arbeidsleder uten at du er det på et vis".*

Pårørende måtte altså betale en vikar selv fordi assistenten ikke hadde rett til egenmelding ved sykdom. Kravet om arbeidslederansvar finner man blant annet i Rundskriv I-20/ 2000 til lov om sosiale tjenester. Senere har man lempet noe på dette kravet om at tjenestemottaker skal kunne ha et arbeidslederansvar, men det er likevel vanlig at denne eller en pårørende har det. Ifølge rundskriv I- 15/ 2005 fra helse- og omsorgsdepartementet kan hjemmetjenesten eller andre aktuelle tjenesteytende instanser ha ansvaret for administrative aspekter ved ordningen. Det siste er det imidlertid mange kommuner som ikke er klar over (Krokan 2011). Poenget er at mange tjenestemottakere og/ eller pårørende synes ansvaret er tyngende, spesielt fordi det finnes så lite informasjon om ordningen og fordi retningslinjene er så uklare. Dermed oppleves arbeidsbelastningen og ansvaret tungt.

Et annet forhold som oppleves som uklart handler om hvordan de tildelte timene skal benyttes. Ifølge regelverket er det tjenestemottaker selv som skal disponere timene. Problemer kan derfor oppstå dersom assistenten ønsker å delta på et kurs eller en annen faglig aktivitet. Det blir her uklart om de tildelte timene skal brukes til slike aktiviteter, eller om kommunen bør tildele ekstratimer til slik aktivitet. En koordinator forklarer det slik:

*"dette har jeg brukt veldig mye tid på og snakket både med tjenestemottaker og hjemmetjenesten om i forhold til at ... altså han har jo fått så så mange timer som han disponerer med sin BPA og så finnes det mange gode grunner til at denne BPAen er med i en type fellesskap, altså det har vært noen felles møter for dem som er BPA i kommunen. Og det kan man forsvare, men tjenestemottaker mener at det ikke skal tas av hans timer. Men det er sånn det er, fordi de blir ansatt i de timene bruker har BPA". Uenigheten går altså på om de tildelte timene kun skal brukes sammen med tjenestemottakeren, eller om noen av timene kan brukes i forbindelse med møtevirksomhet, faglige tiltak og opplæring. Utformingen av brukerstyrt personlig assistent som yrkesrolle er med andre ord uklar, noe som gjerne skaper usikkerhet og konflikter mellom tjenestemottaker og tjenestesystemet.*

Også de som jobber som personlige assistenter synes det er en del uklarheter omkring sin egen jobb. De føler ofte at de ikke vet hvor de hører hjemme i systemet og hva slags rolle de skal ha. De er ofte formelt organisert under hjemmetjenesten, men føler ingen tilhørighet der likevel. En av assistentene jeg intervjuet fortalte at hun hadde hørt at den kommunale hjemmetjenesten skulle på "blåtur", men de personlige assistentene var ikke invitert. Hun var også skuffet over manglende oppfølging fra hjemmetjenesten. Det oppstår et dilemma når det gjelder hvorvidt assistentene er en del av "nettverket" rundt tjenestemottakerne, eller om de er i en kategori for seg selv. Sett i forhold til Czarniawskas (2008) handlingsnettperspektiv vil assistentene uten tvil være en del av nettverket, men administrative forhold gjør at de ekskluderes fra de formelle fora.

Det er også store uklarheter med hensyn til hvilke arbeidsoppgaver assistentene skal gjøre. Én assistent svarte slik på spørsmålet om hva hun gjorde i jobben sin; *"Ja, du er jo hushjelp. BPA betyr jo at du faktisk skal gjøre det de ikke er i stand til å gjøre selv. Så det kan jo være alt fra å vaske huset til å bake brød".* To av de andre assistentene gjorde ikke husarbeid, men fulgte tjenestemottakerne rundt på avtaler de hadde enten av personlig art, eller med tjenesteytende instanser. De assistentene jeg intervjuet syntes generelt at det ble gitt for lite opplæring i hvilke arbeidsoppgaver som følger med stillingen, spesielt dersom tjenestemottakeren ikke er i stand til å avgjøre dette selv. Assistentene skulle gjerne sett at de hadde et faglig fellesskap, men føler ikke at det blir lagt til rette for det. I tillegg opplevde de taushetsplikten som et dilemma. De kunne ikke snakke med andre assistenter om de utfordringene de sto ovenfor, siden alle visste hvem de var assistent for. Mange forteller at

de har behov for å bearbeide ting de opplever i jobben, eller få råd om hvilke oppgaver det er greit at man blir satt til. Som en uttrykte det: "er det greit å bli satt til å brette sammen konas undertøy?". Det er tydelig at opplæringen av assistenter og tjenestemottakere ikke er prioritert, selv om kommunene mottar statlig støtte for å gjennomføre en slik opplæring.

I Sverige ble ordningen med personlige assistenter innført tidligere enn i Norge og ordningen er også rettighetsfestet for personer som har krav på mer enn 20 timers assistanse i uka. Det er mange ulikheter mellom ordningene i Norge og Sverige, men enkelte av utfordringene og dilemmaene omkring ordningen er de samme (Askheim mfl. 2004). Lindqvist (2004: 155) gjør rede for en del av de problemene man har stått ovenfor i Sverige; blant annet uklare retningslinjer når det gjelder innhold i arbeidsoppgaver og arbeidsforhold for assistentene. Han påpeker at arbeidsmiljølovgivningen lett kan komme i konflikt med "Lag om stöd och service till funktionshindrade" (LSS). Personlig assistanse er ifølge Lindqvist (2004: 150) en spesiell ordning fordi den bryter med etablerte forestillinger om hvordan tjenester skal organiseres ved at den er innrettet etter et prinsipp om brukerstyring. I dette ligger en forutsetning om at tjenestemottakerne kan ta informerte valg på bakgrunn av et marked av assistenter som tilbyr sine tjenester. Assistentene har gjerne ikke noen formell utdanning og arbeidsoppgavene er uklare. Også her til lands har det den siste tiden vært en del oppmerksomhet i media om Ulobas arbeidstakere og hvilke forhold de arbeider under<sup>59</sup>. Ønsket om en brukerstyrt tjenesteytermodell kommer altså i konflikt med arbeidstakeres rettigheter<sup>60</sup>.

Brakerstyrt personlig assistanse fremstår som et verktøy som gjør hverdagen enklere for de tjenestemottakerne som har denne ordningen. Ordningen gir frihet til et mer fleksibelt hverdagsliv enn hva som ville vært mulig å sy sammen gjennom andre typer tjenester. Likevel preges prosessene av manglende eller uklare retningslinjer omkring ordningen som igjen skaper unødvendig stor arbeidsbelastning på tjenestemottakere, pårørende og de assistentene som ansettes. Brukerstyrt personlig assistanse, eller en variant av det, kalles i USA for *consumer-directed care* (CDC), og kjennetegnes ved at tjenestemottakere blir ansvarlige for å ansette, lære opp, administrere og eventuelt sparke

---

<sup>59</sup> For eksempel en artikkel i Dagbladet 1. juli 2011 som hevder at Uloba bryter arbeidsmiljøloven på en rekke områder.

<sup>60</sup> Den irske filmen "Inside l'm dancing" fra 2004 problematiserer dilemmaet som personlig assistanse fører med seg når det gjelder hvor langt "brakerstyringen" bør gå.



sine assistenter (Ridzi 2008: 226). Også her opplever man problemer knyttet til ordningen som ifølge Ridzi handler om at tjenestemottakerne i for stor grad blir stilt ansvarlige for tjenesteytingen og dens utfall, og får lagt en for stor arbeids- og ansvarsbyrde på seg selv.

Resultatet blir derfor at problematikken om overbelastning av arbeid og ansvar blir forsterket. En undersøkelse utført av Johansen mfl. (2010) viser imidlertid at tjenestemottakere med BPA i Norge har et utdanningsnivå som er langt høyere (og økende) i forhold utdanningsnivået blant personer med funksjonsnedsettelse generelt, noe som kan tyde på at dette er en ordning som passer best for "ressurssterke" tjenestemottakere. Spørsmålet er om ordningen således kan skape forskjeller når det gjelder grupper av tjenestemottakere slik at ressurssterke tjenestemottakere får bedre tjenestetilbud enn andre. Også Askheim mfl (2004: 194) uttrykker en bekymring for at brukerstyrt personlig assistanse kan komme til å bli en ordning for "eliten" blant funksjonshemmede. For det første kan det være ulikt i hvor stor grad tjenestemottakerne får tilgang til de tekstene som omhandler ordningen. For det andre kan man konkludere med at tekstene aktiveres (Smith 2005) på ulike måter, både fra kommune til kommune, fra tjenesteyter til tjenesteyter og fra tjenestemottaker til tjenestemottaker.

Personlig assistanse er som nevnt i en annen kategori enn de andre verktøyene og skaper også andre utfordringer. Fellestrekket er likevel at det oppstår problemer når individuelle hensyn skal passe inn i et systemperspektiv. Sett i lys av avsnitt 6.3.3 i forrige kapittel er utfordringene på samme måte her at tjenestemottakerens behov for fleksibilitet sjelden lar seg kombinere med systemets behov.

## **7.7 Verktøyenes manifeste og latente funksjoner**

De ulike verktøyene og ordningene som er beskrevet i dette kapitlet er introdusert og forsøkt implementert for å gjøre hverdagen enklere for personer som er i en rehabiliteringsprosess. Det er det vi med Mertons begrep kan kalle deres *manifeste* funksjon (Andersen: 2007a, henviser til Merton 1968). Mertons skille mellom manifeste og latente funksjoner kan tjene som en teoretisk ressurs for å forklare hvordan verktøyene muliggjør ulik bruk. Mens manifeste funksjoner er tilsiktede og erkjente konsekvenser, er latente funksjoner det omvendte. De er altså utilsiktede og ikke erkjente på forhånd. Ovenfor har jeg

beskrevet en rekke eksempler på tilfeller hvor verktøyenes latente funksjoner synliggjøres. I tillegg kan man hevde at enkelte av de latente funksjonene, som for eksempel at den individuelle planen anses som å være en kontrakt, faktisk blir en manifest funksjon. Altså at latente funksjoner blir manifeste på grunn av måten aktørene aktiverer eller oversetter verktøyet på. I tillegg skiller Merton mellom *funksjoner* og *dysfunksjoner*. Mens funksjoner kjennetegnes av at de er *nyttige konsekvenser* av noe, kjennetegnes dysfunksjoner av at de er *uheldige konsekvenser*. Man kan argumentere for at noen av de utilsiktede konsekvensene av hvordan verktøyene "gjøres", kan være uheldige. Det vil si uheldige i den forstand at de korrupperer rehabiliteringsprosessene på en slik måte at målene for prosessen ikke nås. For eksempel kan man tenke seg at prosesser avbrytes som en konsekvens av at tjenestemottakerne ikke oppfyller de kravene som en individuell plan som kontrakt stiller.

Ifølge Justesen (2005: 232) er dokumenter en bestemt form for teknologi som kan fungere som en samordningsmekanisme på tvers av tid og rom. Det spesielle med individuell plan er at dette er et verktøy som har som *funksjon* å koordinere tjenester, altså å virke samordnende og dette er dens manifeste funksjon. Likevel ser vi gjennom diskusjonen ovenfor at den individuelle planen har latente funksjoner som kan defineres som dysfunksjoner. Blant annet at man bruker planen som en kontrakt mellom tjenestemottaker og de tjenesteytende instanser, eller som formidler av informasjon mellom tjenesteyterne. Den koordinerende enheten blir gjerne lagt til det sentrale vedtakskontoret og får dermed som oppgave å behandle søknader og fatte vedtak. De oppgavene som enheten etter intensjonen skulle ivareta kommer i bakgrunnen. Den personlige koordinatoren får en portvokterrolle inn mot de tjenesteytende instanser og blir i tillegg nok en instans som tjenestemottakeren må koordinere. Når det gjelder brukerstyrt personlig assistanse ser man en motvilje mot å opplyse om at denne ordningen er et alternativ. De som likevel har fått ordningen innvilget har noe ulike erfaringer med hvordan ordningen praktiseres og man ser at det gjerne er vanskelig å kombinere tjenestemottakernes behov for fleksibilitet med andre systembehov.

Baumann (2004: 218) skriver om forholdet mellom rasjonalitet og individuelle handlinger, og henviser til Marshall McLuhan<sup>61</sup> som skrev om ny teknologi: *"dersom vi forstår hvordan den forvandler livet vårt, kan vi forutsi og kontrollere den, men hvis vi blir værende i vår selvpåførte, ubevisste transetilstand, vil vi bli dens slaver"*. Innføringen av verktøy for å bedre koordineringen av tjenester innenfor rehabiliteringsfeltet har mange positive ringvirkninger, spesielt i forhold til at det settes fokus på de problemene som ligger der. På den andre siden er det viktig å være oppmerksom på hvilke utilsiktede konsekvenser innføringen av slike verktøy kan få. Dersom det å være god på å følge en standard blir hovedmålet, mister man lett målet om individuelt tilpassede og fleksible tjenester av syne. Forholdet til standarder handler derfor i stor grad om hvordan man aktiverer eller oversetter dem. Callon (2001: 117) poengterer at oversettelse er en prosess før den blir et resultat. Kanskje kan man hevde at en rehabiliteringsprosess handler om oversettelse av kategorier, lover og regler (autorative tekster) som noen ganger resulterer i at tjenestemottakernes mål oppnås, mens andre ganger ikke.

Dahler-Larsen (2005: 245) hevder at det kan være nyttig å forstå forskjellen mellom deskriptive og performative handlinger for å kunne tolke et dokument. Et møtoreferat vil for eksempel ikke være en korrekt og nøyaktig beskrivelse av hva som har skjedd på møtet. Det er snarere et "statement" om hva som nå er gjeldende, altså hva som er blitt vedtatt. På samme måte kan man argumentere for at de individuelle planene etter hvert som prosessen skrider frem mer blir et slikt statement som tjener systemets behov. Formålet med planen blir å spre informasjon mellom tjenesteyterne og å si noe om hva som skal være "gjeldende" i prosessen. Kanskje kan dette være en forklaring på hvorfor den individuelle planen oppfattes som mindre viktig senere i prosessen enn i begynnelsen. For å bruke Smiths (2005) vokabular kan man hevde at autoritative tekster eliminerer forbindelsen til det partikulære. I denne sammenhengen vil det si at tjenestemottakerne opplever tekstene som mindre viktige etter hvert i prosessen, som en følge av at systemet "erobrer" den individuelle planen for å anvende den til sitt formål. Selv om man kan tenke seg at de som tjenesteytere er genuint opptatt av at tjenestene skal være helhetlige og skreddersydde for tjenestemottakerne, er det trekk ved systemet som gjør at verktøyene får andre funksjoner enn det som var intensjonen, og at de latente funksjonene således manifesteres.

---

<sup>61</sup> Mangler referanse.

## 7.8 Avslutning

Dette kapitlet har tatt for seg flere organiseringsverktøy som er lansert som mulige løsninger på samordningsproblematikkene innenfor rehabiliteringsfeltet. En fellesnevner for verktøyene er at det er store uklarheter når det gjelder hvordan verktøyene skal implementeres og brukes i praksis. Dette medfører ofte at implementeringen av dem får utilsiktede konsekvenser som ikke alltid er til fordel for verken tjenestemottakere eller ytere. Ifølge Brown (2010) er det et problem i offentlig sektor generelt at man i innovasjonens navn er så ivrige etter å innføre nye verktøyer for å løse de utfordringene man står overfor at man underprioriterer å diskutere mulige ulemper med ordningene, og at dette igjen vanskeliggjør implementeringen av verktøyene. I den Nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering (2008- 2011) vedkjennes det at verktøyene ikke alltid fungerer slik det er tenkt; *”individuell plan og koordinerende enheter er tiltak som er innført for å styrke rehabiliteringstjenestene, men som i dag ikke fungerer etter intensjonen”*. Det står ikke noe tydelig om hva det er som ikke fungerer, annet enn at tjenestene fremdeles ikke er tilfredsstillende koordinert.

Implementeringen av verktøyene får i tillegg to utilsiktede virkninger. For det første fører det til en forsterking av problematikken rundt overbelastning av arbeid og ansvar, både på grunn av mer fokus på søknader, mer fokus på individuelle plikter gjennom individuell plan, samt den brukerstyrte personlige assistansens krav til arbeidslederansvar. Det er likevel nødvendig å nyansere bildet noe. Som nevnt har mange undersøkelser vist at mange tjenestemottakere er veldig fornøyde med både individuell plan- prosessene og med brukerstyrt personlig assistanse som ordning. Man kan likevel snakke om tendenser i tiden og trekk ved velferdssamfunnet som går i retning av et større fokus på tjenestemottakernes ansvar og plikter. For det andre kan man argumentere for at mer regelstyring gjennom sentrale vedtakskontor og standardiserte maler for individuelle planer kan føre til en mer standardisert tjenesteyting. I tillegg kan man hevde at det man kan kalle verktøyenes dysfunksjoner fører til at verktøyene tjener systemets behov i stedet for tjenestemottakernes. Dette kan kanskje forklares ved hjelp av Weicks (1995) teori om at ansatte i organisasjoner handler på bakgrunn av innlærte praksiser, noe som vanskeliggjør implementering av nye verktøy. Dermed forsterkes skillet mellom systemstrukturene og hverdagslivene til tjenestemottakerne. Likevel kan man hevde at involverte tjenesteytere forsøker å kompensere for de vanskelighetene de strukturelle forhold produserer, ved å

opptre som "meklere" mellom systemiske hindringer og individuelle behov, noe som er tema for neste kapittel.

## **Kapittel 8 Meklende strukturer - om skapelsen av handlingsnett**

### **8.1 Innledning**

De to foregående kapitlene har identifisert en rekke styringsrelasjoner som virker inn i hverdagslivene til personer som er i en rehabiliteringsprosess og drøftet hvilke konsekvenser det kan få. Strukturene som tjenestemottakerne møter er ikke kompatible med deres hverdagsliv, noe som gjør at det å være i en rehabiliteringsprosess oppleves som utmattende på flere måter. Tjenesteyterne som er involvert i rehabiliteringsprosessene kan på den ene siden ses som representanter for disse styringsrelasjonene fordi de befinner seg innenfor de institusjonelle diskursene. På den andre siden kan de sees som meklere som forsøker å minimere friksjonen mellom styringsrelasjonene og tjenestemottakerne og deres hverdagsliv.

Dette kapitlets tittel henspiller på Peter Bergers (1977) begrep om strukturer som virker medierende mellom individnivået og systemnivået, samt Czarniawskas handlingsnettbegrep som handler om hvordan aktører blir til og danner nettverk uavhengig av eller på tross av formelle strukturer. Kapitlet vil basere seg på de intervjuene jeg har gjort med tjenesteyterne og jeg forsøker å se deres erfaringer i lys av de problematikkene som ble utledet av tjenestemottakernes erfaringer. Mens de to foregående kapitler ga en beskrivelse av hvordan strukturer hindrer en helhetlig organisering rundt tjenestemottakerne, vil altså dette kapitlet vise hvordan organisering skjer på tross av strukturene, som et resultat av tjenesteyternes meklende funksjon. Kapitlet avsluttes med en beskrivelse av hvordan denne meklende funksjonen begrenses som en følge av ulike utviklingstrekk som styrer tjenesteyternes arbeid.

### **8.2 Handlingsnett – om meklende strukturer**

De tjenesteyterne jeg har intervjuet forteller om hvordan de forholder seg til de styringsrelasjonene som er synlige for dem, og hvordan de i mange tilfeller forsøker å omgå dem. DeVault og McCoy (2006: 27) hevder at tjenesteytere *“make the linkages between clients and ruling discourses, “working up” the messiness of an everyday circumstance so that it fits the categories and protocols of a professional regime”*. Tjenesteyterne er klar over mange av de utfordringene de står overfor når det gjelder å gjøre tjenestetilbudet helhetlig

og individuelt tilpasset for tjenestemottakerne, og mange av beretningene deres handler om disse utfordringene. Blant annet oppleves det gjerne som en utfordring å være mange som utfører tilnærmet samme arbeidsoppgave. Denne overlappingen av arbeidsoppgaver på grunn av fragmentering er utførlig beskrevet i organisasjonsteorien (Jacobsen 2004). I tillegg fører fragmentering ofte til gråsoner, det vil si tjenesteområder hvor ingen føler at de har et ansvar. Det spesielle med rehabilitering som virksomhet er ikke at dobbeltarbeid og gråsoner forekommer, men *omfanget* av det. Dette omfanget gjør at tjenesteytere innenfor rehabiliteringsfeltet må bruke mye av tiden sin på koordinering av tjenester. For hver ny tjenestemottaker en tjenesteyter kommer i kontakt med, må et nytt nettverk av tjenesteytere mobiliseres. Samarbeid blir ofte et arbeid som må tilkjempes og ikke noe som bare skjer automatisk. Det er en innsats som enkeltmennesker legger ned, som gjøres på tross av strukturer.

Tjenesteyting innenfor rehabiliteringsfeltet preges derfor av forsøk på å omgå eller trenge gjennom de strukturelle hindringene som vanskeliggjør organiseringen av rehabiliteringsprosessene. *Hvordan* det skjer er selvsagt forskjellig fra prosess til prosess og fra situasjon til situasjon, men man kan med Czarniawska (2007: 146) hevde at organisering snarere skjer på tross av systemet enn på grunn av det. Tjenesteyterne inntar en rolle som "meklere" overfor de strukturelle forholdene som de må forholde seg til. Berger (1977) har kalt dette mellomnivået mellom individer og samfunnsstrukturer for "mediating structures"; "*Mediating structures are those institutions which stand between the individual in his private sphere and large institutions of the public sphere*" (Berger 1977: 169). Det han kaller "megastrukturer" er strukturer som er fjerne fra individet, vanskelige å forstå, uvirkelige, upersonlige og lite tilfredsstillende når det gjelder å finne mening og identitet for individet. I marxistisk forstand er de *fremmedgjørende*. Ifølge Berger er det moderniseringen som har ført til denne dikotomiseringen av det sosiale livet. For de fleste mennesker oppleves ikke denne dikotomiseringen som noe problem, fordi de forholder seg stort sett bare til det som skjer på individnivået. Det er når individnivået på en eller annen måte blir "invadert" av strukturnivået at det oppleves problematisk, og at man har behov for de meklende strukturene. Både pårørende og tjenesteytere får gjerne en slik funksjon idet de forsøker å løse opp de flokene som systemiske forhold lager. Hvordan tjenesteyterne forvalter denne meklerrollen er avhenger av ulike faktorer, noe Weick (1979) betegner som deres måte å

skape mening ut av de situasjonene de til enhver tid befinner seg i. Mange tjenesteytere handler på tross av strukturer, fordi det er slik de har vært vant til å arbeide. De samarbeider med dem de tidligere har samarbeidet med, selv om nye strukturer er bygget opp.

Czarniawska (2004: 783) beskriver et *handlingsnett* som et "tomt begrep" som må fylles med handling for å skape et bilde av hvordan organisering gjøres eller hvordan "bildet ser ut". Det handler om hvordan ulike versjoner av verden konstrueres. Hun argumenterer for at det er mer interessant å finne ut hvorfor og hvordan en organisasjon er blitt som den er blitt, enn hvordan den ser ut på et gitt tidspunkt. Det vil si at man må studere hvordan en organisasjon gjøres snarere enn hvordan den ser ut. Formålet med en slik beskrivelse vil være å gjøre en arbeidspraksis kjent for flere enn bare dem som jobber innenfor feltet og kan dermed være med på å avmystifisere ulike praksiser. For en organisasjonsforsker blir oppgaven å fange, beskrive og forklare den logikken som praksisutøverne arbeider etter. Det vil si hvilke virkemidler som er passende å bruke i deres omgivelser. Forskerens oppgave er å kaste lys over praksiser som er legitimert i organisasjonen. I så måte vil det ha betydning hvem i en organisasjon man snakker med, da en leder vil ha et helt annet bilde av organisasjonen enn en ansatt, slik en tjenestemottaker vil ha et annet bilde enn en tjenesteyter.

Proessen med skapelsen av nettverket blir viktigere å studere enn utfallet. Skapelse av et nettverk preges ofte av endeløse forsøk på å få et nettverk i stand og noen ganger lykkes man (i alle fall for en periode), mens andre ganger mislykkes man. Selv om handlingsnettbegrepet handler om hvordan organisering skjer på tross av strukturer, vil det ikke si at strukturer ikke finnes. Det betyr bare at prosessene og strukturene skaper og gjensker hverandre i en vedvarende prosess. Når Czarniawska (2005) påpeker at handlingsnettbegrepet ikke har noen analytiske ambisjoner henspiller dette på tankegangen om at organisering ikke bør studeres ut fra kategorier som er gitt på forhånd. Handlingsnett-teorien er blant annet nyttig for å identifisere hva som utgjør nettverket. Når man skal studere organisering bør man derfor være litt avventende før man konkluderer med hva som er "organisert". Det at en aktør utfører en handling definerer aktøren som en del av handlingsnettet. Ikke fordi det står på et organisasjonskart eller er en del av en handlingsplan, men fordi den faktisk utfører en handling som setter den i forbindelse med en annen aktør i nettverket. Typisk for rehabiliteringsprosesser er at det ikke er selvsagt hva



som utgjør et nettverk rundt en tjenestemottaker. Aktører kommer og går i prosessen, de blir knyttet til i enkelte perioder hvor det er behov for en bestemt tjeneste, for så å trekke seg tilbake når det ikke lenger er behov for en tjeneste. Et handlingsnett kan gjerne bestå av flere aktører som man vanligvis ikke anerkjenner som en del av rehabiliteringsfeltet. I det følgende vil jeg forsøke å illustrere empirisk hvordan tjenesteyterne inntar en meklingsfunksjon og forsøker å få et ellers fragmentert og sprikende tjenestesystem til å framstå som i det minste noe mer sammenhengende.

### 8.2.1 Nettverksbygging

De tjenesteyterne jeg intervjuet fortalte meg historier om hvordan de organiserte tjenester rundt tjenestemottakerne. Czarniawska (2005: 33) argumenterer for, med henvisning til Weicks meningsskappingsbegrep, at slike fortellinger om hvordan man organiserer, også er en del av organiseringen. Hun kaller det metaorganisering: *“the organizing of organizing, by means of organizing the narrative about organizing”*. Flere tjenesteytere fortalte meg at de gjerne tok kontakt med andre tjenesteytere som de hadde samarbeidet med før og som de opplevde at de hadde ”god kjemi med” og samarbeidet godt med. Dette kunne være både offentlige og private aktører. De tok gjerne kontakt med tjenesteytere som de opplevde som handlekraftige, eller som de opplevde hadde autoritet og gjennomslagskraft overfor andre tjenesteytende instanser. Noen fortalte meg også at det var enkelte tjenesteytere de ”holdt seg unna”.

Tjenesteyterne knyttet også til seg aktører som man ikke vanligvis vil definere som en del av en rehabiliteringsprosess. Ansatte i attføringsbedrifter som kjører ut utstyr for hjelpemiddelsentralen kan være et eksempel på en slik type aktør. I mitt materiale er det flere eksempler på at slike aktører utfører handlinger som får konsekvenser for tjenestemottakernes rehabiliteringsprosesser. En ergoterapeut forklarte for eksempel at hun likte å bruke en spesiell utkjører når hun bestilte utstyr fra hjelpemiddelsentralen. Årsaken til dette var at denne personen hadde et ”blikk” for å se hvorvidt det utstyret han kjørte ut passet til den personen som skulle ha utstyret. Ett eksempel på dette var en gang han skulle kjøre ut et ståstativ til Terje. Sjøføren vurderte stativet til å være altfor lite til ”en mann av Terjes størrelse”, og ringte dermed direkte til ergoterapeuten slik at de fikk ordnet opp i det

med en gang. Tjenesteytere forsøker med andre ord å skape nettverk rundt seg av personer de har en personlig kjemi med, som de jobber godt sammen med, og som de vet de kan ha nytte av å kontakte ved andre anledninger.

Andre tjenesteytere fortalte meg om hvordan de forsøkte å lære opp andre tjenesteytere på en måte som gjorde at de kunne bruke dem i andre prosesser. En NAV-ansatt fortalte for eksempel hvordan hun forsøkte å lære opp enkelte leger i hvordan systemet fungerte for at samarbeidet skulle gå smidigere; *”dersom man tar seg god tid til å lære dem hvordan ting skal gjøres så er det ikke sikkert de ringer deg med en gang de får en ny pasient med samme ”problematikk”*. For det første førte dette til at legene ble mer *”selvgående”* slik at de visste hva de skulle gjøre dersom de fikk liknende saker senere. For det andre førte det til at et eventuelt samarbeid gikk enklere neste gang, og at det ble opprettet en kontakt mellom dem som gjorde at de hadde en *”forbindelse”*. Selvsagt er en del av motivasjonen å forenkle sin egen arbeidshverdag, men ønsket om å gjøre tjenesteytingen mer effektiv og helhetlig på vegne av tjenestemottakerne, er også en viktig begrunnelse for disse bestrebelsene.

### **8.2.2 Etablering av rutiner**

Mekling foregår gjerne gjennom etablering av uformelle rutiner. Å etablere rutiner for utveksling av informasjon er et eksempel på et tiltak som tjenesteyterne gjør for å forsøke å unngå både dobbeltarbeid og det motsatte; nemlig at ingen utfører oppgavene. Noen av disse rutinene blir det tatt initiativ til fra ledernivå. Eksempler på dette kan være hospitering hos samarbeidende institusjoner og samarbeidsmøter. Andre rutiner etableres mer som en sedvane uten at det blir bestemt på ledernivå, og informantene kom med mange eksempler på slike uformelle rutiner. Noen av tjenesteyterne beskrev hvordan de, til tross for stramt tildelte tidsressurser, la inn ekstra tid når de var hos en tjenestemottaker hvis de visste at en annen tjenesteytende instans også skulle utføre en tjeneste hos vedkommende. På denne måten møttes de to tjenesteyterne og kunne utveksle erfaringer om hva hver enkelt av dem gjorde og fordele oppgaver seg imellom. En fysioterapeut forteller om sitt forhold til hjemmetjenesten: *”spesielt i starten så la jeg alltid inn et kvarter slakk i forhold til neste i tilfelle de trengte noe veiledning eller hadde spørsmål og så kunne det jo være at jeg hadde*

*noe jeg ville si i forhold til dem*". Et annet slikt uformelt tiltak som er etablert som sedvane flere steder er det enkelte tjenesteytere kalte for *"tidligmelding"*. Det vil si at en tjenesteytende instans kontakter en annen tjenesteytende instans uformelt for å forberede dem på at det kommer en tjenestemottaker som vil ha behov for en spesiell type tjeneste. På denne måten får de gjeldende instansene tid til å forberede seg slik at de er mest mulig klare når tjenestemottakeren har behov for tjenestene. En slik melding kunne bestå av en telefonsamtale, eller eventuelt bare en "gul- lapp på pulten" som de kalte det. Slike eksempler viser hvordan tjenesteyterne forsøker, på tross av en travel arbeidshverdag, å myke opp systemet ved å tøye grensene for hva som egentlig er forventet av dem. Dermed oppstår gjerne institusjonelle praksiser som virker meklende, og som gjør systemet smidigere.

### **8.2.3 Å lære opp tjenestemottakere i "systemkunnskap"**

Måseide (2008: 380) henviser til Mishler (1984) når han hevder at "livsverdenens stemmer" kan trenge seg inn i de profesjonelle diskursene. Det som skjer er at profesjonene toner ned den profesjonelle eller institusjonelle diskursen de er en del av, og åpner opp for å innlemme tjenestemottakeren i større grad. Tjenesteytere sitter inne med en kunnskap om systemets muligheter og smutthull som de ofte videreformidler til tjenestemottakerne, for å gjøre prosessene enklere for dem. Ett eksempel på dette fra mitt materiale handler om søknadsskriving til de sentrale vedtakskontorene. Det fremkommer av mitt materiale at dette er en kunst som man lærer opp i etter hvert. Ett konkret tips som en av fysioterapeutene jeg intervjuet hadde var å be tjenestemottakerne om å kontakte dem for en formulering av målsetning, før man ba fastlegen om å skrive søknad om for eksempel opphold ved rehabiliteringsinstitusjoner. Fastleger er vanligvis ikke like erfarne når det gjelder å formulere slike målsetninger som fysioterapeuter, og ifølge denne fysioterapeuten var det viktig å formulere en konkret målsetting for å få innvilget opphold ved rehabiliteringsinstitusjoner.

Flere tjenesteytere opplevde imidlertid at de kom i et krysspess mellom en lojalitet overfor arbeidsgiver og fokuset på innsparing på den ene siden, og et ønske om å gi tjenestemottakerne et best mulig tilbud på den andre siden. Derfor kunne de be

tjenestemottakerne og deres pårørende om å gjøre ting på egen hånd. For eksempel var det en ansatt ved et vedtaks kontor som forklarte hvordan hun pleide å be tjenestemottakerne om å anke søknader de fikk avslag på opp et nivå. Mange tjenestemottakere er ikke klar over at de har ankemuligheter, selv om det opplyses om dette i vedtakene som gis. I tillegg ba hun ofte tjenestemottakerne klage dersom de mente at tjenestene de fikk var av dårlig kvalitet, eller at de måtte vente lenge på en tjeneste. Det sistnevnte innrømmet hun var av en viss "egeninteresse" fordi man da fikk satt fokus på for eksempel ressursmangel.

Mange av tjenesteyterne jeg intervjuet snakket om hvordan de arbeidet i forhold til hjelpemiddelsentralen for at tjenestemottakerne skulle få de hjelpemidlene de hadde behov for uten å måtte vente for lenge. De fortalte om metoder de hadde lært seg underveis i sin karriere som hadde vist seg å være effektive. For eksempel kunne det lønne seg å sørge for at tjenestemottakerne fikk en fast kontaktperson å forholde seg til. Dette var ikke noe som skjedde automatisk, men noe man kunne forhandle seg frem til. Det å få positive vedtak fra hjelpemiddelsentralen var en kunst man lærte seg etter hvert som man behersket metoden for hvordan søknadene burde utformes, og det ble oppfattet som viktig å kunne formulere søknader på en slik måte at de "gikk igjennom". I tillegg var det viktig å ha kunnskap om hvem man burde kontakte i forhold til hva.

Lipsky (1980: 64) kaller dette for kunnskap om "how to work the system" som tjenesteyterne formidler til enkelte brukere. Problemet er bare ifølge Lipsky at dette er en "tjeneste" som tjenesteyterne gjør for *noen* tjenestemottakere, men ikke for alle. Skjønnsutøvelsen gjør at de kan velge hvem de vil yte slik ekstraserivise for, og hvem som ikke får tilgang til denne typen kunnskap. Det behøver ikke være en bevisst utvelgelse, det kan være at det er noen tjenestemottakere de har mer kontakt med eller bedre kontakt med og dermed snakker mer med om slike ting. På denne måten kan tjenesteyterne i følge Lipsky favorisere enkelte tjenestemottakere til fordel for andre, uten at man kan si at de har brutt noen formelle regler i forhold saksbehandling. *"Coaching selected clients at times seems innocuous, but it almost always has redistributive effects. The defendant instructed to appear penitent makes others who fail to receive coaching appear defiant in contrast"* (Lipsky 1980: 65). Det er tydelig i mitt materiale at noen av tjenestemottakerne får mer veiledning enn andre når det gjelder hvordan de kan manipulere systemet. Kanskje blir en

slik veiledningsfunksjon spesielt viktig innenfor rehabiliteringsfeltet fordi ansvarsområdene oppleves som mer utydelige enn innenfor andre mer spesialiserte tjenesteområder.

#### **8.2.4 Om merarbeid<sup>62</sup> – organisering er noe som gjøres**

Tjenesteyternes beretninger er fulle av eksempler på arbeid de utfører for å få rehabiliteringsprosessene til å henge sammen. Noen av arbeidsoppgavene de utfører virker spesielt tungvinte og uforståelige for en utenforstående person som undertegnede er. Ett eksempel på dette er den jobben de ansatte i hjemmetjenesten må gjøre når tjenestemottakerne trenger for eksempel medisiner, sårutstyr, bleier eller sondemat. Vanlig prosedyre er at man da tar kontakt med leverandørene av produktet, som gjerne er en bandasjist eller et apotek. Dersom resepten da fremdeles er gyldig blir produktet tilsendt i posten. Dersom det er en førstegangsbestilling eller resepten har gått ut, må den ansatte i hjemmetjenesten ta kontakt med tjenestemottakerens fastlege som fakser resept eller rekvisisjoner til vedkommende instans. Hjemmetjenesten har ikke noe direktenummer til legene så de må (som alle oss andre) ringe til legesenteret, og sitte i telefonkø for å få snakke med legen. Ofte snakker de bare med *“hun som sitter i luka”* som formidler beskjedene videre til legen. En ansatt i hjemmetjenesten fortalte at hun ofte ble så lei av å sitte i telefonkø at hun pleide *“å troppe opp personlig”*. Hun fortalte at hun satt utenfor hos legen og ventet til han hadde tid til å snakke med henne. Det finnes altså ikke muligheter for hjemmetjenesten til å rekvirere nødvendig utstyr. I stedet blir det de ansatte i hjemmetjenestens oppgave å sørge for at en vanskelig tilgjengelig fastlege mottar denne informasjonen. Dette har sammenheng med fastlegens posisjon i rehabiliteringsprosesser, som er beskrevet i kapittel 6.

Flere av tjenestemottakerne opplever som nevnt at det er de selv som må koordinere de tjenestene de mottar og viderebringe beskjeder mellom tjenesteyterne. Tjenesteyterne forteller imidlertid om hvordan de forsøker å avlaste tjenestemottakerne og pårørende ved å gjøre oppgaver som tradisjonelt har blitt lagt på dem selv. Flere forteller om hvordan de har organisert tjenestene annerledes for at det skulle bli enklere for tjenestemottakerne. Ett eksempel på dette er fra Terjes prosess. Hjemmetjenesten er ofte oppdelt i avdelinger eller

---

<sup>62</sup> Begrepet merarbeid har jeg lånt fra Brinchmann (2009).

team etter geografi. Dette er selvsagt mest hensiktsmessig i forhold til å nå flest mulig brukere på kortest mulig tid. Likevel omgikk hjemmetjenesten dette prinsippet for at Terje skulle slippe å skifte team etter at han flyttet inn i en omsorgsleilighet. På grunn av dette skulle han egentlig hatt et helt nytt team fra en annen avdeling i hjemmetjenesten, men siden han allerede hadde hatt så mange forskjellige personer inne hos seg, ble det bestemt at det teamet han hadde fra før skulle fortsette å komme til han, selv om det ikke var innenfor deres ansvarsområde.

Også andre tjenesteytere forteller om arbeidsoppgaver de utfører som ikke ligger innenfor deres ansvarsområde. Cecilie får for eksempel poliklinisk behandling av en overlege på akuttposten ved et psykiatrisk sykehus. Overlegen vektlegger at dette egentlig ikke er en av hennes arbeidsoppgaver, men at hun sa ja til å behandle henne fordi Cecilie hadde gått til behandling hos henne før og hadde god erfaring med dette. Hun sier at hun ikke har en formell rolle i individuell plan- gruppa fordi det er egentlig ikke en del av jobben hennes som overlege på akuttposten. Men hun er likevel med på møtene av og til *”så jeg sitter vel og gjør den jobben som DPS<sup>63</sup> skulle ha gjort med å representere andrelinjetjenesten”*. Dette kan altså kalles for et *merarbeid* som enkelte tjenesteytere påtar seg for at tjenestemottakerne skal slippe å bli sendt videre til andre instanser. På en måte kan man si at de overprøver gjeldende kategorier for å tilrettelegge for individuelt tilpassede tjenester.

### **8.2.5 Aktivering eller oversettelse av tekster**

Som kjent kan lovparagrafer brukes på ulike måter ettersom hvordan man leser dem og forstår dem. Det handler om det Smith kaller for aktivering av tekst, eller det Czarniawska kaller for oversettelse. Cecilies prosess er et godt eksempel på hvordan tjenesteyterne i fellesskap forsøker å tolke lovparagrafer på en måte som vil komme Cecilie til gode, og at de forsøker å utnytte de unntakene som finnes i loven for at hun fremdeles skal få økonomiske ytelser. Egentlig kan en person bare gå på rehabiliteringspenger i ett år, og etter at denne perioden er utløpt må det være såkalte ”unntak” som gjør at personen fortsatt får denne ytelsen. Først kommer Cecilie inn under Folketrygdslovens unntaksregel 9c fordi *”du er i et behandlingsopplegg som synes å gi bedring”* ifølge formuleringen i vedtaket. Når denne

---

<sup>63</sup> Distriktpsikiatriske senter

perioden også er utløpt kommer det en ny unntaksregel inn i bildet; 9a *”som omhandler meget alvorlige sykdomstilstander eller større skader”*. Slik jeg har forstått det har Cecilie hatt den samme diagnosen i løpet av hele denne perioden, men de involverte tjenesteyterne ønsker at hun skal kunne gjennomføre sine mål og samarbeider derfor om å finne muligheter for hvordan dette kan oppnås. Samarbeidet skjer på denne måten gjennom dokumenter, ved at NAV redegjør for hvilke lovparagrafer man må benytte seg av, og så skriver de to involverte legene ut legeerklæringer som oppfyller de kravene som lovparagrafen *”krever”*. Cecilie er med andre ord *”heldig”* på den måten at hun er fanget opp av en gruppe tjenesteytere som ønsker å bruke systemet på en måte som gjør at hun kan forsøke å nå sine mål med skolegang, arbeidstrening og sosial trening. Problemet er at systemet ikke garanterer en slik tolkning av loven. En annen saksbehandler kunne vedtatt at rehabiliteringspengene opphører etter 52 uker, og bedt vedkommende kontakte sosialtjenesten.

Cecilies saksbehandler informerte henne om hvor mye hun kunne jobbe for å ikke miste rehabiliteringspengene. Hun hadde fått tilbud om sommerjobb, men på et ansvarsgruppemøte ble man enige om at man heller skulle kalle det arbeidstrening. Da kunne hun få kost og losji hos arbeidsgiver i stedet for lønn, noe som medførte at hun ikke fikk fratrukket i rehabiliteringspengene. Som Czarniawska (2008) beskriver blir språket og hvordan det tolkes viktig for utfall av prosesser. Regler blir derfor *”a multitude of micro translations”*. Det vil si at aktørene *”oversetter”* lover og regler slik at de passer til lokale forhold eller en spesifikk kontekst. Her ser man at ved å kalle en handling for arbeidstrening, får Cecilie fremdeles være i en rehabiliteringsprosess.

Ett annet eksempel på dette er fra Haralds prosess. Det er tydelig at både pårørende og tjenesteytere mener at Harald egentlig er arbeidsufør, og at det er usannsynlig at han noen gang vil returnere til arbeidslivet. Likevel er det ikke søkt om varig uførepensjon fordi denne stønaden gir lavere utbetaling enn den midlertidige uførestønaden. Derfor formulerer fastlegen legeerklæringene på en måte som gjør at Harald fremdeles kvalifiserer seg til midlertidig uførestønad<sup>64</sup>. På den andre siden forteller kona at legeerklæringen må formuleres slik at de får utbetalt forsikringssummen som uføreforsikringen deres dekker. Dette hadde fastlegen hans oppnådd og kona uttaler at *”det er hårfine balanse ganger her,*

---

<sup>64</sup> Kalles nå arbeidsavklaringspenger

*men det er denne legen god på*”. Man kan si at tjenesteyterne forsøker å mekle eller balansere mellom kategoriene på den måten de oversetter kategoriene på. Ifølge Callon (2001: 116) er å oversette å *forskyve*, og man kan hevde at å forskyve kategorier er en måte å tilpasse dem tjenestemottakerne. Det kreves altså en kompetanse for å manipulere systemet til det beste for tjenestemottakerne som det er sannsynlig at ikke alle tjenesteytere innehar.

Tjenesteyterne gjør noen ganger andre ting enn det de skriver i vedtakene. Ved siden av ett av vedtakene som er fattet i Cecilies prosess ligger det for eksempel et saksnotat som beskriver en telefonsamtale saksbehandleren fra NAV har hatt med Cecilies fastlege. Saksbehandleren skriver at hun har hatt en telefon fra legen som spør om det er nødvendig med en ny legeerklæring nå. Saksbehandleren skriver videre at hun svarte legen at det ikke var nødvendig (selv om hun sendte ut et vedtak til Cecilie om at hun måtte be fastlegen sin om en ny legeerklæring). Årsaken til at det likevel ikke var nødvendig var at det var samme diagnose og samme behandlingsopplegg som også var gjeldende ved forrige innsendte erklæring. Eksemplet viser hvordan saksbehandleren må skrive i vedtaket at en ny legeerklæring er påkrevet for å ha det formelle i orden. Likevel vet fastlegen av erfaring at ved å ta en telefon til saksbehandleren kan man unngå dette merarbeidet. Tjenesteyternes kunnskap om formelle og uformelle regler får derfor betydning for hvordan tekstene aktiveres. I tillegg ser man at handlingsnettlet får betydning, fordi årsaken til at ting skjer som de gjør, er at tjenesteyterne kjenner til hverandre fra før og føler seg derfor trygge nok på hverandre til å kunne forhandle frem en felles oversettelse av tekstene.

På mange måter kan man beskrive tjenesteyterrollen som en *oversetterrolle*. Helgøy m.fl (2000) skiller som nevnt mellom tre roller det er vanlig at tjenesteytere innehar; rollen som støtfanger, rollen som portåpner og rollen som portvakt. De to sistnevnte er på en måte motsatte roller som handler om å enten åpne opp systemet for tjenestemottakeren, eller i motsatte tilfelle, lukke det eller gjøre det vanskeligere for tjenestemottakeren å få tilgang. Tjenesteyterens rolle blir på mange måter å oversette eller aktivere de tekster eller kategorier som til enhver tid gjør seg gjeldende i en rehabiliteringsprosess. Måten disse tekstene eller kategoriene aktiveres på får konsekvenser for om en tjenesteyter får rollen som støtfanger, portåpner eller portvakt.



Fastlegen til Cecilie fungerer på mange måter som en portåpner og hun beskriver det slik: *"Jeg vil tro at for Cecilie var min rolle definert og hun visste hvor hun fant meg og som fastlege så er man det uansett alder, diagnose og kriterier så det å henvende seg her var på en måte noe som var enkelt å gjøre. Og så følte jeg at min rolle måtte jo være å geleide henne videre med henvisninger til riktige instanser i andrelinjetjenesten..."*. I enkelte prosesser blir altså fastlegen en *advokat* eller en *veiviser* inn i systemet. Ellen forteller at hun bevisst har valgt sin fastlege fordi han hadde et rykte på seg for *"å ha stor gjennomslagskraft i systemet"*. Hun opplever at hun ofte får positive svar på søknader når det er han som har skrevet under og hun opplever han mer som en *katalysator* enn som en portvokter inn i spesialisthelsetjenesten. Hvorvidt fastlegen oppleves som det ene eller det andre er sannsynligvis avhengig av ulike faktorer; hvordan personene kommer inn i systemet, hvordan fastlegen ser på sin egen rolle og kommunens system generelt for å ta imot personer med behov for rehabiliteringstjenester. Ellen betegner for eksempel fastlegen sin som *"en hverdagsdoktor som tar seg av papirmølla"*. Flere av de tjenesteyterne jeg har intervjuet opplever imidlertid fastlegens rolle som en portvokter, fordi de fleste søknader om opphold på institusjoner, eller søknader om hjelpemidler og utstyr må gjennom denne. Man kan derfor hevde at fastlegen får en viktig rolle som oversetter nettopp på grunn av den makten denne yrkesgruppen besitter i nettverkene.

### **8.3 Nye krav til tjenesteyterrollen**

Samfunnet preges imidlertid av utviklingstrekk som på mange måter utfordrer tjenesteyternes muligheter for å innta den meklende funksjonen som beskrives ovenfor. Flatere strukturer og stadige endringer er ikke bare utfordrende for tjenestemottakerne; også tjenesteyterne beskriver utfordringer ved at de nettverkene de forsøker å etablere til stadighet rokkes ved av at strukturene forsøkes endret. Endringene medfører at det blir vanskelig å orientere seg i forhold til hvilke instanser og personer som er relevante i ulike saker, noe som fremstår som spesielt problematisk i de største kommunene. Czarniawska (2008: 85) påpeker at reformer gjerne fører til at initiativ nedenfra blir oversett eller kneblet i den hensikt å holde fokus på den igangsatte reformen. Hun henviser til Löfström (2003: 232) som hevder at gjentatte reformer gjerne igangsettes fordi lederne ikke ser den utviklingen som faktisk finner sted. I lys av dette kan man hevde at myndighetene til

stadighet initierer reformer på grunn av en manglende evne til å se den meklingen som gjøres av tjenesteyterne. I tillegg utfordres tjenesteyterrollen av de krav de møter fra tjenestemottakerne og deres pårørende og man kan dermed hevde at tjenesteyterne møter krav både ovenfra og nedenfra.

### **8.3.1 Krav nedenfra – om ”balansekunst”**

Kravene til tjenesteyterne øker altså fra begge kanter, både administrativt og faglig. Skreddersøm og helhetlige tjenester stiller større og andre krav til tjenesteyterne enn det som tidligere har vært lagt vekt på: *”En skredder er en fagperson som følger anerkjente faglige standarder for hvordan man skal tilpasse klær til ulike kunder. Mangler skredderen slik faglig kvalifisering, mister folk raskt tilliten”* (Hatland og Terum 2005: 146). Ifølge Sørensen (2002: 18) trenger man det man kan kalle for *polyvalente fagspesialister*. Begrepet polyvalent er hentet fra kjemien og betegner en type atom som ikke bare har en bestemt ”verdi”, men som evner å binde seg til flere andre typer atomer. Ifølge Sørensen er spørsmålet hvordan man kan fremme en slik ”polyvalens” hos spesialistene som en tverrfaglighet behøver.

De nye rollene eller yrkeskategoriene innenfor rehabiliteringsfeltet som er beskrevet i kapittel 7 er spesielle fordi de krever en større grad av brukerinvolvering enn det som tradisjonelt har vært vanlig. Dette stiller nye krav og forventninger til tjenesteyterrollen som ikke så lett lar seg beskrive i en stillingsannonse. I boken til Thommesen mfl. (2003) kaller man en personlig koordinator for en ”balansekunstner”, et begrep som sier noe om hvilke kvalifikasjoner en person som skal inneha en slik rolle bør være i besittelse av. For eksempel kan det være slik det ble argumentert for ovenfor at tjenesteyterne må være gode oversettere som makter å forskyve kategoriene til det beste for tjenestemottakerne. Også rollen som personlig assistent stiller krav til personlige egenskaper hos tjenesteyterne.

Helhetlig rehabilitering og organiseringen av dette virksomhetsfeltet åpner for større involvering av både tjenestemottakere og pårørende, noe som skaper nye utfordringer for tjenesteyterne. Involverte pårørende er selvsagt stort sett en fordel for personer som er i en rehabiliteringsprosess, men i enkelte tilfeller kan det også skape slitasje og konflikter. Uenigheter som oppstår mellom pårørende og tjenesteytere handler ofte om tjenestenes

omfang. Pårørende mener for eksempel ofte at personene som er i en rehabiliteringsprosess kunne ha utbytte av mer fysioterapi og opptrening enn det de får innvilget vedtak på. Personene selv er ofte slitne og resignerte og ønsker ikke å trene, de ønsker ro og hvile. Tjenesteyterne kommer da mellom barken og veden; skal de fortsette med et treningsopplegg som de kanskje selv er usikker på hvilken nytte det har fordi pårørende ønsker det, og fordi de har krav på det, eller skal de bruke sin faglige autoritet og begrense eller avslutte tjenesten. En ergoterapeut beskriver det på denne måten: *"hvem skal være tyngden på vektskåla, hvem sin formening skal være avgjørende; brukeren eller de pårørende?"*. Dette er altså et annet dilemma som tjenesteyterne må forholde seg til; hvorvidt de skal høre på og ta hensyn til brukeren selv eller pårørende. Man kan tenke seg at denne typen dilemma opptrer oftere i en type tjenesteorganisering hvor pårørende har fått mer innflytelse enn de tidligere hadde.

Usikkerhet rundt hva som egentlig forventes av en tjenesteyter innenfor rehabiliteringsfeltet kan være en årsak til at mange føler en lettelse over å kunne bruke individuell plan som et verktøy. Ved å ha noe konkret å forholde seg til; et dokument, en strategi med hovedmål og delmål blir arbeidet mer håndgripelig.

### **8.3.2 Krav ovenfra – standardisering av individualiseringen**

I Lipskys (1980) moderne klassiker om det han kaller *Street-level bureaucrats*, beskrives en arbeidssituasjon preget av knappe ressurser, tvetydige mål og utstrakt bruk av skjønn. Det tradisjonelle Weberianske byråkratiidealet om upersonlig regelansvar ligger fjernt fra den virkeligheten tjenesteyterne opererer i (ibid: 9). Spørsmålet er om en utstrakt bruk av skjønn fremdeles er det som preger tjenesteyternes hverdag, eller om tjenesteyternes rammebetingelser har endret seg slik at det er grunn til å nyansere dette bildet. Den meklingen som er beskrevet ovenfor bærer til en viss grad i muligheten for skjønnsutøvelse og fleksibilitet i tjenesteytingen. Flere av tjenesteyterne jeg intervjuet fortalte imidlertid om hvordan de opplevde å være presset mellom de økende administrative kravene ovenfra på den ene siden, og de økende krav og ønsker om en individuelt tilpasset skreddersydd tjenesteyting nedenfra på den andre. Også andre studier har pekt på dette som et økende dilemma innenfor velferdsytende instanser (Nissen og Harder 2008, Aakre 2006). Det er på

bakgrunn av dette at Lipskys analyser om de tjenesteytende instansers omfattende bruk av skjønn kan sies å være moden for debatt.

Diskusjonen om hvorvidt tjenesteyternes hverdag preges av skjønnsutøvelse eller regelrytteri er slett ikke ny og man kan spore den tilbake til mang en klassiker. En av disse er Mertons (1940) artikkel om hvordan byråkratene blir så opptatt av reglene at de overskygger organisasjonens opprinnelige mål. De tjenestene som ytes i velferdsstaten generelt og rehabiliteringsfeltet spesielt kan deles i det man kaller *rettighetsbaserte stønader* på den ene siden og *bistandsytelser* på den andre. Som beskrevet i kapittel 3 er både *rettsliggjøring* og *profesjonalisering* sentrale trekk i utviklingen av velferdssamfunnet i Norge. Regelstyring og skjønn er to prinsipper som står i motsetning til hverandre, men som preger tjenesteytingen i dag og som trekker i ulike retninger. Når Lipsky (1980) skriver at tjenesteyterrollen kjennetegnes av at de utøver en relativt stor grad av skjønn i sin myndighetsutøvelse, er det et uttrykk for et ideal om at bakkebyråkratene ikke bare skal opptre upartisk, men barmhjertig og fleksibelt og se individene i de ulike sakene. Dette er i aller høyeste grad et uttalt mål innenfor rehabiliteringsfeltet. Likevel kan man stille spørsmål ved om tjenesteytingen innenfor feltet fremdeles preges av skjønnsutøvelse, eller om pendelen igjen har svingt tilbake mot regelstyring og standardisering. Selv om flere forskere (Eriksen 2001, Hatland og Terum 2005: 147) hevder at tjenesteyternes hverdag i større og større grad preges av bruk av skjønn, er det grunn til å tro at dette spørsmålet er mer komplekst enn det ved første øyekast kan virke som. Det er i alle fall på sin plass å nyansere bildet til en viss grad. Jeg vil i dette avsnittet drøfte hvorvidt den helhetlige rehabiliteringspolitikken har åpnet opp for mer bruk av skjønn, eller om man tvert imot går mot en mer standardisert tjenesteyting.

En av årsakene til at man kan hevde at tjenesteytingen blir mer strømlinjeformet er den stadig mer tekstmedierte hverdagen som tjenesteyterne må forholde seg til (Smith 2005). Det vil si en "tekstualisert" hverdag som er skapt av de endringsprosessene man har vært vitne til, og som er beskrevet i denne studien. Aktivering av tekster kan ifølge Smith (2005) på den ene siden sees som en standardisering, ved at tekster virker koordinerende i tid og rom. På den andre siden aktiveres gjerne tekster på ulike måter av ulike aktører, noe som skaper ulikheter. Likevel kan man si at tekster *gjør noe* på en eller annen måte, det vil si at aktørene må forholde seg til dem. Det at tekster både standardiserer og åpner opp for

forskjeller speiler tilbake på en diskusjon om forholdet mellom bruk av skjønn versus regelstyring.

Begrunnelsen for å hevde at det kan være grunn til å nyansere bildet noe baseres blant annet på diskusjonen i kapittel 7 om de verktøyene som er forsøkt implementert innenfor rehabiliteringsfeltet. Intensjonen bak å innføre disse verktøyene var blant annet et ønske om å gi rom for en mer individuelt tilpasset tjenesteyting. Mitt argument er at det motsatte i enkelte tilfeller kan bli resultatet, ved at både den individuelle planen og den koordinerende enheten for habilitering og rehabilitering fører til en mer standardisert tjenesteyting. For det første fordi de sentrale vedtakskontorene (som gjerne brukes som koordinerende enheter) er betjent av saksbehandlere som ofte bare kjenner tjenestemottakeren og dennes situasjon via den informasjonen de får gjennom søknadene. Sakene blir dermed i større grad behandlet på bakgrunn av formelle regler enn av individuell tilpasning. Selvsagt er det en fordel at tjenestemottakere med de samme behov får samme tjenestetilbud, men problemet oppstår dersom tjenestemottakere med ulike behov får det samme tilbudet. For det andre ser man at de individuelle planene i større og større grad følger oppsatte maler, som for eksempel helseforetakene lager, og som blir oppskrifter på hvordan rehabiliteringsarbeidet skal gjøres. Det er derfor sannsynlig at innføringen av verktøyene kan føre til en økende grad av standardisering av rehabiliteringsprosessene.

Weick (1996) beskriver hvordan brannmenn ikke slipper verktøyene sine i en retrettsituasjon selv om de raskere kan komme seg unna flammene ved å gjøre dette. Han bruker dette som en metafor for at det er vanskelig å slippe tak i redskapene når man først har fått dem, og skriver at *"it is the very unwillingness of people to drop their tools that turn some of these dramas into tragedies"* (ibid: 302). Selvsagt kan slike verktøy være nyttige på mange måter, men ikke bare for verktøyets egen skyld, da dette kan føre til en standardisering av gjøringen eller organiseringen. Ifølge Brunsson og Jacobsson (1998) er standardisering en prosedyre for å skape likheter, eller "støpe i samme form". De påpeker at standardisering er en omfattende aktivitet i samfunnet vårt, og at det kan være mange fordeler med å standardisere. For det første er en standard et effektivt informasjonsoverføringsinstrument, for det andre er det en samordningsmetode, for det tredje innebærer det forenkling og er ofte regnet som en bra løsning på et problem og gir stordriftsfordeler. Det finnes imidlertid også en rekke ulemper med standardisering, som for

eksempel ensarting og at man hindrer innovasjon. Et annet motargument er at man ikke kan vite om de som har laget standarden er de som vet best. Noen standarder nyter i tillegg større autoritet enn andre. Å søke om individuell plan er i utgangspunktet et individuelt valg, og prosessen med å utforme den skal baseres på individuelle behov og ønsker. Men så lenge tjenesteyterne presenterer den individuelle planen som en mal, blir de individuelle aspektene mer fraværende, og retningen og følelsen av at man jobber mot et felles individuelt mål blir mindre tydelig. Man kan hevde at individualiseringen blir *standardisert*.

Det finnes andre eksempler på slike typer verktøy som brukes innenfor ulike tjenesteytende instanser, og som gjerne har en standardisert form. NAVs kvalifiseringsprogram (KVP) er et eksempel på et slikt. Djuve og Kavli (2007: 217) beskriver hvordan kvalifiseringsprogrammet har hentet sin inspirasjon fra Introduksjonsordningen for innvandrere og flyktninger. Programmet kan sees som et uttrykk for en standardisering av tjenesteytingen på tross av at slike programmer legger vekt på individuell tilpasning og utforming. Årsaken til dette er at man som beskrevet ovenfor gjerne følger en mal for hvordan prosessen skal forløpe. Begrunnelsen for dette kan være tidspress for tjenesteyterne og ønsket om å oppnå resultater. NAV- kontor blir for eksempel belønnet for å ha flest mulig på KVP. IPLOS<sup>65</sup> er et annet verktøy som brukes for å registrere pleie og omsorgsbehov. Solvang mfl.(2010) påpeker at standardiseringen IPLOS medfører er blitt problematisert av fagfolk i helse og omsorgsfeltet. Blant annet er verktøyet preget av formale kategorier som gjerne medfører formalistiske forvaltningspraksiser. De henviser til Aakre (2006) som hevder at *"profesjonsutøvere i helsefeltet opplever at byråkratiske krefter legger systematisk press på dem for at de skal se på sine klienter som objekter, som ting eller gjenstander"*. Slik sett kommer altså tjenesteyterne i et press mellom styringsrelasjonene og de tjenestemottakerne de yter tjenester til.

En undersøkelse utført av Borge og Homme (2000) viste at ansattes rolle i arbeidsformidlingstjenesten<sup>66</sup> har endret seg i forhold til brukerne i løpet av den perioden hvor arbeidslinjen har blitt stadig viktigere. Fra tidligere å inneha en slags "advokatfunksjon" på vegne av brukerne er forholdet blitt mer "byråkratisert" slik at man har beveget seg bort fra en sosialarbeiderrolle, og mot en formidlerrolle eller byråkratrolle. En økende

---

<sup>65</sup> Individbasert pleie og omsorgsstatistikk.

<sup>66</sup> Tidligere Aetat, nå NAV.

formalisering av oppgavene som kombinert med økt målstyring gjør at rettlederne styres av organisasjonens ønsker og målsetninger. Mens økonomi og rettleddning tidligere var to atskilte oppgaver er de nå lagt til samme instans, noe som fører til at rettlederne får en dobbeltrolle. I stedet for å være en forkjemper for brukeren, blir det viktig å overholde fastsatte regler og prosedyrer. De henviser til Bomann-Larsen og Jensen (1985) når de hevder at en slik tjenesteytertype også krever en spesiell brukertype. Det vil si en som *”har evnen til å samhandle effektivt med systemet for å oppleve å bli hjulpet”*. Tjenestemottakere blir i større grad sett på som saker enn som individer, og det å følge regelverket blir viktigere enn utfallet av saken. Normaliseringsideologiens konsekvens kan derfor bli at ressursvake tjenestemottakere blir taperne i kampen om velferdsgodene, fordi tilretteleggingen for disse blir nedprioritert til fordel for standardiserte tjenester. De hevder videre at tjenesteyterne innenfor arbeidsformidlingstjenestene har fått et mer begrenset spillerom nå enn tidligere, noe som gjør det vanskeligere å gi individuell veiledning og bistand. Dette går spesielt ut over funksjonshemmede arbeidssøkere. Spørsmålet man kan stille seg er i hvilken grad rehabiliteringsprosessene går i samme retning. Dersom det blir viktigere å få prosessen til å følge et visst spor enn å se på hva som behøves i den enkelte situasjon, kan dette gå på bekostning av de minst ressurssterke tjenestemottakerne.

Også andre studier har konkludert med at standardisering av tjenesteyting er en trend i utvikling. Nissen og Harder (2008) henviser til Ife (2005) som påpeker at det sosiale velferdsarbeidet preges både av en økende rettsliggjøring mellom stat og borger, og en økende standardisering. Krogstrup (2002) hevder at innføring av mål- og resultatstyring har ført til en standardisering av sosialt arbeid i Danmark. Ifølge henne stilles det krav til tjenesteyterne om å forfølge standardiserte fremfor individuelle opplegg, noe hun mener kan føre til en demokratisk uthuling. Faren med dette er at ”tjenestemottakere som er atypiske i forhold til normalbegrepet” faller utenfor ordningene. Det er ifølge Järvinen og Mik-Meyer (2003) et paradoksalt forhold mellom det å skulle tilby samme tjenesteomfang til hver tjenestemottaker, på samme tid som man skal se hver tjenestemottaker som et enkeltindivid med unike behov og preferanser. Svensson (2008: 10) påpeker i tillegg at tjenesteyting ofte krever et stort personlig engasjement som lett kan komme i konflikt med rettsstatlige krav om upartiskhet og nøytralitet.

De utviklingstrekkene som er diskutert over; de stadige organisasjonsendringene og standardiseringen av tjenesteytingen, begrenser på hver sine måter tjenesteytneres meklende funksjon. Deres mulighet til å innta en slik rolle "spises opp" av de styringsrelasjonene som de på mange måter er representanter for. Dette krysspresset føler tjenesteyterne på kroppen til daglig, noe som vanskeliggjør arbeidet deres, og som i siste instans gjør at tjenestetilbudet oppleves mindre helhetlig og individuelt tilpasset for tjenestemottakerne.

#### **8.4 Avslutning**

Tjenesteyterne befinner seg altså mellom tjenestemottakernes hverdagsliv og styringsrelasjonene, eller det Berger (1977) kaller megastrukturene. På den ene siden er tjenesteyterne representanter for styringsrelasjonene og bærer med seg de institusjonelle diskursene som legger premisser for hvordan de utfører arbeidet sitt. På den andre siden fungerer tjenesteyterne ofte som meklere som forsøker å manipulere styringsstrukturene til fordel for tjenestemottakerne. Rehabiliteringsarbeidet preges derfor på mange måter av den meklingen tjenesteyterne gjør mellom system og individ. Selv om man kan argumentere for at denne meklingen er noe som kjennetegner det å være tjenesteytere mer generelt, er rehabiliteringsfeltet med sin uklare organisasjonsmessige forankring en virksomhet som man kan hevde stiller særlig store krav til tjenesteytneres mekleregenskaper. Hvordan tjenesteyterne aktiverer eller oversetter de tekster og kategorier som er gjeldende innenfor rehabiliteringsfeltet, får derfor stor betydning for hvordan en rehabiliteringsprosess oppleves av tjenestemottakerne og deres pårørende. Mye avhenger av tjenesteytneres kunnskaper om systemet og deres evner til å skape stabile handlingsnett.

Utviklingen i samfunnet utfordrer imidlertid tjenesteytneres muligheter for å innta en slik meklerfunksjon. Både de stadige forsøkene på å endre strukturene, samt den økende tendensen til standardisering av de virkemidlene tjenesteyterne får tilgang til, begrenser tjenesteytneres muligheter til å virke medierende mellom styringsrelasjonenes kategorier og tjenestemottakernes behov for individuelt tilpassede tjenester.



## Kapittel 9 Avslutning

Bakgrunnen for denne studien var som nevnt innledningsvis en undring om hvorfor mangelen på samordnede tjenester, etter flere tiår med fokus på problemet, fremdeles oppleves som noe av det mest problematiske med det å være i en rehabiliteringsprosess. For å belyse dette ble organiseringen av tjenester rundt personer som er i en rehabiliteringsprosess studert med utgangspunkt i tjenestemottakernes hverdagslivserfaringer. Disse hverdagslivserfaringene kan med Smiths vokabular beskrives som partikulære erfaringer som i stor grad befinner seg utenfor de institusjonelle diskursene som myndighetene og tjenesteyterne befinner seg innenfor. Ved å ta utgangspunkt i disse beskrivelsene av hvordan tjenestene organiseres, har formålet vært å se samordningsproblematikken i et annet lys, og på den måten få frem en annen type kunnskap på området.

Verken *samordning* eller *organisering* er selvforklarende begreper (Smith 2005: 153); de må fylles med innhold for å gi mening. Nettopp det å legge erfaringer til erfaringstomme begreper er det som er den institusjonelle etnografiens, og denne studiens formål, ved å se på hvordan de *gjøres* og erfares av både tjenestemottakere og tjenesteytere. Derfor har den institusjonelle etnografiens sjenerøse arbeidsbegrep vært benyttet for å kunne se på hva både tjenestemottakere (inkludert pårørende) og tjenesteytere *gjør* i rehabiliteringsprosessene, for å forsøke å få tjenestene til å bli mest mulig tilpasset hverdagslivets utfordringer. Utgangspunktet er således hverdagslivets kompleksitet og den problematikken som identifiseres i tilknytning til rehabiliteringsprosessene som studeres. Studiens *hovedproblematikk* handler om det misforhold som finnes mellom styringsrelasjonenes institusjonelle strukturer og tjenestemottakernes hverdagslivserfaringer.

Styringsrelasjonene er identifisert ved å studere de *tekster* som kommer til syne i en rehabiliteringsprosess. Disse tekstene er ifølge Smith (2005) materialiserte uttrykk for styringsrelasjoner som koordinerer menneskers aktiviteter. Disse autoritative tekstene aktiveres på ulike måter av ulike mennesker, noe som *gjør* at rehabilitering som virksomhet organiseres på forskjellige måter fra prosess til prosess. Målsettingen med denne undersøkelsen har vært å skape kunnskap om hvordan rehabiliteringsprosesser organiseres rundt personer som har behov for koordinert bistand. Hvordan dette *gjøres* har vært den

problemstillingen som har vært styrende for studien. For å bedre kunne belyse dette formulerte jeg tre forskningsspørsmål som kunne utdype problemstillingen mer konkret.

### **9.1 Tjenestemottakernes erfaringer med å være i en rehabiliteringsprosess**

Det første forskningsspørsmålet handler om hvordan tjenestemottakerne erfarer det å være i en rehabiliteringsprosess. Rehabilitering består av institusjonelle relasjoner som i sterk grad påvirker tjenestemottakernes hverdagsliv. Alle tjenestemottakerne og deres pårørende i denne studien har gitt uttrykk for at de opplever det å være i en rehabiliteringsprosess som en overbelastning av arbeid og ansvar. Likevel varierer det i hvor stor grad de opplever det som arbeidskrevende; mens noen finner arbeidet så altoppslukende at de ikke får tid til andre aktiviteter i livene sine, er det andre som synes det er slitsomt, men ikke like overveldende. Man kan likevel konkludere med at overbelastning av arbeid og ansvar er en felles erfaring som de fleste snakker om, om enn i noe varierende grad. Blant annet oppleves alle forhandlingene med ulike tjenesteytere og ulike instanser som utmattende. De fleste gir også uttrykk for at de er usikre på hva som er mål og mening med prosessen, og om det som gjøres samsvarer med det de oppfatter som målene. I tillegg føler de at hverdagslivet deres blir fragmentert, oppstykket og styrt av det de må forholde seg til med å være i en rehabiliteringsprosess, og da spesielt alle de møter og avtaler som fyller opp hverdagene deres.

De individuelle erfaringene kan sammenfattes som en "mismatch" mellom hverdagslivets utfordringer og systemstrukturene. Med det menes at systemiske forhold begrenser, eller bestemmer, hvordan tjenestemottakerne kan leve livene sine og hva de kan bruke tiden sin på. Dette får konsekvenser for hvordan det oppleves å være i en rehabiliteringsprosess og hvordan de ser på nytten de har av det. Alle mennesker må på ulike vis forholde seg til systemer og sosiale strukturer som de som enkeltpersoner har liten mulighet til å påvirke. Men omfanget av og intensiteten i dette, som vi kunne kalle *det institusjonelle innslaget* i livene våre, varierer imidlertid fra person til person og Habermas (Andersen 2007b, henviser til Habermas 1981) advarer mot systemverdenens kolonialisering av personers livsverden. For personer som er svært avhengig av profesjonelle instansers bistand i det daglige kan kolonialisering være en treffende beskrivelse, ved at hverdagslivet i stor grad må leves på systemets premisser. Innenfor rehabiliteringsfeltet er det *omfanget* av

styringsinstanser som personer som er i en rehabiliteringsprosess har kontakt med som er unikt. Det paradoksale med rehabilitering som virksomhet er nettopp at med et helhetlig perspektiv følger også en *økende* kompleksitet.

## 9.2 Styringsrelasjonene

Det andre forskningsspørsmålet handler om hvordan tjenestemottakernes erfaringer er knyttet til institusjonelle trekk ved tjenestesystemet. Ved å studere de tekstene som er involvert i de ulike prosessene, samt å intervju de involverte aktører, har formålet vært å identifisere de systemiske trekk som kan være med på å kaste lys over hvorfor det å være i en rehabiliteringsprosess oppleves som en kolonisering av hverdagslivet. Gjennom å studere det arbeidet som tjenestemottakere og tjenesteytere gjør, har jeg identifisert systemiske og institusjonelle trekk som er med på å skape eller opprettholde de problematikene som fremtrer gjennom intervjuene med tjenestemottakerne, noe som diskuteres i kapittel 6. Ved å bruke Smiths begrep *styringsrelasjoner* synliggjøres det hvordan informantenes hverdagslivserfaringer er innvevd i systemiske strukturer og institusjonelle diskurser. Blant annet har den stadige endringen i organisasjonsstruktur og endringer i de "kategoriene" som tjenestemottakerne må forholde seg til, betydning for dette. Systemets behov for å kategorisere gjør at hverdagslivet gjøres mer komplisert for tjenestemottakerne, som må forholde seg til kategoriene. Tjenestemottakerne og deres behov passer ikke alltid til kategoriene, noe som i beste fall fører til mer arbeid for tjenestemottakere og tjenesteytere, og i verste fall kan føre til at tjenestemottakeren faktisk ikke får noe tilbud, slik tilfellet var med Cecilie. Tendensen til et sterkere fokus på en ansvarliggjøring av tjenestemottakerne fører i tillegg til at mer arbeid og ansvar legges på dem, noe som er en generell velferdspolitisk trend i hele den vestlige verden. Den økende standardiseringen av tjenesteytingen kan i tillegg være en forklaring på hvorfor tjenestemottakerne opplevde at prosessene manglet plan og retning. Man kan tenke seg at en standardisering av rehabiliteringsprosessene fører til at individuelle mål kommer i bakgrunnen.

### 9.3 Organiseringsverktøyenes funksjoner og dysfunksjoner

Disse systemiske trekkene kommer til uttrykk i de verktøyene som er forsøkt innført innenfor rehabilitering som virksomhetsområde; individuell plan, koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, personlig koordinator. Brukerstyrt personlig assistanse er et verktøy som ikke er innført innenfor rehabiliteringsfeltet spesielt, men som er relevant i denne sammenheng fordi mange personer som er i en rehabiliteringsprosess har en personlig assistent. Organiseringsverktøyene er forsøkt implementert med den hensikt å skulle avhjelpe noen av de utfordringene man står overfor. Behovet for forenkling er merkbart, spesielt fra tjenesteytneres side og kompleksiteten må håndteres for å skape oversikt. Likevel viser det seg at verktøyene av ulike årsaker ikke alltid brukes på den måten som var intensjonen. Kapittel 7 beskriver hvordan verktøyene "gjøres" av de involverte aktørene og problematiserer måten de brukes på. Hvordan verktøyene brukes drøftes med utgangspunkt i Mertons skille mellom manifeste og latente funksjoner, samt funksjoner og dysfunksjoner (Andersen: 2007, henviser til Merton 1968). Dysfunksjoner vil si de uintenderte funksjoner som verktøyene får, og som kan få uheldige konsekvenser. Diskusjonen viser at verktøyene erobres av systemet og brukes i systemets tjeneste, noe som gjør at de blir mindre nyttige for tjenestemottakerne.

Individuell plan er for eksempel et verktøy som har til hensikt å sikre et helhetlig individuelt tilpasset tjenestetilbud forankret i tjenestemottakerens behov. Dette er verktøyets manifeste funksjon. Likevel ser man at verktøyet har en rekke dysfunksjoner som kan gi skadelige konsekvenser for en rehabiliteringsprosess. Den individuelle planen skaper for det første rom for en forenkling som på den ene siden gir en oversikt over arbeidsfordeling og ansvarsforhold. På den andre siden skaper denne muligheten for forenkling en mulighet for at den individuelle planen (og dens maler) blir en standardoppskrift som brukes på alle tjenestemottakere, uavhengig av hvilken situasjon de er i og hvilke behov de har. For det andre ser man at den individuelle planen gjerne forstås som en kontrakt mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet (Nilssen 2011: 80- 81). Det problematiske med dette er at kontraktspartene er uklare, og at det er en ujevn maktbalanse mellom partene. Mens tjenesteytterne kan sanksjonere tjenestemottakernes manglende oppfølging, ved for eksempel å avslå søknader om økonomiske stønader, har ikke tjenestemottakerne de samme mulighetene til å sanksjonere. Poenget er at ulike

forpliktelser betinger tilgang på tjenester. Den individuelle medvirkningen (brukerens egen innsats) forstås som ansvar (brukerens eget ansvar), hvor bistanden blir betinget. Det er ikke en rettslig bindende kontrakt, men like fullt en kontrakt som kan få konsekvenser for tjenestemottaker dersom den brytes. Målet er gjerne å ansvarliggjøre eller selvstendiggjøre tjenestemottakeren.

For det tredje kan det være en fare for at den individuelle planen erstatter pleieplanens, journalens eller epikrisens rolle som informasjonsformidler mellom ulike tjenesteytende instanser. I utgangspunktet er det ikke noe galt i det, så lenge man holder seg innenfor taushetspliktenes restriksjoner, men planen får med dette en annen rolle enn den var tiltenkt. Det blir ikke lenger tjenestemottakerens plan, men et dokument som først og fremst brukes for å spre informasjon, fordele ansvar og ikke minst ansvarliggjøre tjenestemottakeren selv. Planen blir på mange måter en aktør i seg selv som får konsekvenser for hvordan tjenestene organiseres rundt tjenestemottakerne.

Den koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering får også gjerne en annen rolle enn det som var intensjonen. Ved at enheten stadig oftere legges til sentrale vedtakskontor blir de gjerne et redskap som kommunene bruker for å prioritere hvilke tjenestemottakere som skal få hvilke tjenester. Mens intensjonen var å sikre et knutepunkt for rehabiliteringsvirksomhet, må dette arbeidet gjerne vike for mer presserende saker som vedtaksfatting og tildeling av institusjonsplasser. En slik organisering av de koordinerende enhetene kan også føre til en mer standardisert tjenesteyting ved at saksbehandlere vurderer hver sak på bakgrunn av tilsynelatende objektive kriterier uten kjennskap til den enkelte tjenestemottaker.

Personlig koordinator er et verktøy som i utgangspunktet ble introdusert sammen med den individuelle planen for at det skulle være en tjenesteyter som hadde hovedansvaret for denne. I det siste ser man at koordinatorfunksjonen er blitt lansert uavhengig av den individuelle planen, for eksempel i den kommende helse- og omsorgsloven. I mitt materiale ser man at koordinatorene på den ene siden opptrer som meklere mellom tjenestemottakerne og systemstrukturene. På den andre siden ser man at koordinator gjerne får en portvokterrolle i kraft av å ha oversikt over hvilke tjenester som finnes, og derfor kan avgjøre hvilke tjenester som anses som relevante for

tjenestemottakerne å få tilbud om. I tillegg ser man at koordinatorrollen gjerne blir en tjeneste i seg selv, som tjenestemottakeren må ha møter med og koordinere på samme måte som andre tjenester.

Når det gjelder brukerstyrt personlig assistanse ser man at det er ulike erfaringer knyttet til denne ordningen. I noen prosesser skyves personene som ansettes som assistenter "ut av varmen" ved at de ikke får delta på samme måte som andre tjenesteytere, i tillegg til at de ikke får de samme arbeidstakerrettighetene. Kravet om arbeidslederansvar gjør det også vanskelig for tjenestemottakerne å benytte seg av ordningen. Selv om dette verktøyet skiller seg fra de andre på mange måter, er fellestrekket at det oppstår utfordringer når individuelle behov skal "settes inn i et system".

Man kan tenke seg at mennesker er avhengig av forenkling og at det er enklere å jobbe med modeller av verden, enn verden slik den fremstår i all sin kompleksitet. Verktøyene kan sees som uttrykk for en økende grad av standardisering av tjenesteytingen, på samme tid som ansvaret for tjenesteorganiseringen i økende grad legges på tjenestemottakeren selv. Det vil si at man i stedet for hva som var hensikten med å innføre verktøyene; å legge til rette for skreddersydde brukerstyrte tjenester, skaper en mer standardisert tjenesteyting, som i tillegg legger mer arbeid og ansvar over på tjenestemottakerne. Verktøyene blir snarere redskaper for systemet, enn for den individuelle tjenestemottaker. En forklaring på hvorfor dette skjer kan ligge i det faktum at verktøyene blir *påtvunget* tjenesteapparatet. Man kan tenke seg at tjenesteyterne forsøker å utnytte dem på best mulig måte i pakt med den logikk systemet er underlagt.

#### **9.4 Meklende strukturer**

Det tredje spørsmålet handler om hvordan tjenesteyterne beskrev sin medvirkning i rehabiliteringsprosessene. Også tjenesteyterne erfarte at systemrelasjonene i mange tilfeller gjør det problematisk å yte individuelt tilpassede helhetlige tjenester. De gjorde rede for hvordan de, som et resultat av dette, forsøkte å omgå de styringsrelasjonene som var synlige for dem ved å prøve å få kategoriene til å passe til tjenestemottakernes hverdagsliv, og ved å bygge opp nettverk rundt dem. Tjenesteyterne kan i lys av dette på mange måter ses som

”meklende strukturer”, som ved det arbeidet de gjør forsøker ”å myke opp” de systemiske trekkene slik at de bedre passer til de individuelle behovene som tjenestemottakerne har.

Likevel er det enkelte av de styringsrelasjonene som er beskrevet under 9.2 som gjør det stadig vanskeligere for tjenesteyterne å innta en slik meklende funksjon. De evigvarende endringsforsøkene er en slik faktor som for det første fører til at tjenesteyternes innsats forskyves mot administrative oppgaver rundt selve endringsprosessene. For det andre vanskeliggjøres meklingen og nettverksbyggingen av at tjenesteyterne må bruke mye tid på å orientere seg i et system i stadig forandring. Standardiseringen av tjenesteytingen er et annet utviklingstrekk som blant annet kommer til uttrykk gjennom de verktøy som forsøkes implementert. Standardiseringen begrenser tjenesteyternes muligheter for å mekle mellom systemets kategorier og tjenestemottakernes individuelle behov. For det første ved at avgjørelser i større grad tas av tjenesteytere som ikke har direkte kontakt med tjenestemottakerne, og for det andre ved at det blir viktigere å følge prosedyrer som ligger i verktøyene enn å ta avgjørelser basert på den enkelte unike situasjon.

## **9.5 Kjønn i rehabiliteringsprosesser**

Selv om tjenestemottakerne har mange felles erfaringer med det å være i en rehabiliteringsprosess, er det forskjell med hensyn til *i hvor stor grad* de har følt at prosessen har ført til en overbelastning av arbeid og ansvar, noe det kan være ulike årsaker til. Å ha pårørende som påtar seg det koordineringsarbeidet som følger med en rehabiliteringsprosess er for eksempel en ressurs som ikke alle har tilgang på. Smith (1987) hevder at kvinner særlig tradisjonelt har vært vant til å utføre de daglige gjøremålene som gjør at hverdagslivet henger sammen. Kvinner er gjerne vant til ”å koordinere” familielivet og å gjøre det arbeidet som skal til for at menn skal kunne utføre sitt inntektsgivende arbeid. Blant annet tar kvinner ofte ansvar for sine menns helseatferd (Lilleås og Fivel 2011). I mitt materiale kommer dette til uttrykk ved at de mennene som er i en rehabiliteringsprosess og som har en kvinnelig partner gjerne opplever prosessen som mindre stressende og arbeidskrevende enn de andre personene jeg har intervjuet. Kanskje kan årsaken til dette være at kvinnene er vant til å innta en rolle som koordinator og dermed naturlig går inn i denne rollen dersom deres partner (eller barn) kommer i en slik situasjon, eller at det som

Lilleaas og Fivel (2011) påpeker knytter seg *kjønnete forventninger* til kvinnelige pårørende. Pårørende får således også, i likhet med tjenesteyterne, en meklende rolle mellom styringsrelasjoner og hverdagslivet til de personene som er i en rehabiliteringsprosess. Dette kan derfor sees som et uttrykk for at pårørendes kjønn har betydning for hvordan en rehabiliteringsprosess organiseres og hvordan prosessene erfares av tjenestemottakerne.

Det er bare kvinnelige tjenesteytere som har vært intervjuet i forbindelse med denne studien. Dette til tross for at det ifølge dokumentene jeg fikk tilgang til, *var* mange mannlige tjenesteytere involvert i rehabiliteringsprosessene. Som beskrevet i metodekapitlet tok jeg først og fremst kontakt med tjenesteytere som tjenestemottakerne eller de pårørende hadde beskrevet som betydningsfulle for prosessen deres. Årsaken til dette var at jeg ville studere det som faktisk ble *gjort* i prosessene, ikke bare det som sto i dokumentene at *skulle* gjøres. Kanskje er det slik at kvinner generelt lettere påtar seg en meklende funksjon, eller at det knyttes *større forventninger* til at kvinnelige tjenesteytere påtar seg en slik rolle. I forbindelse med denne studien er det to leger som er intervjuet og begge disse er kvinner. Ellers har alle tjenestemottakerne mannlige fastleger. Sett i ettertid kunne det ha vært relevant bevisst å gå inn for å intervjuer mannlige tjenesteytere. Kjønn har likevel i utgangspunktet ikke vært et fokus for denne studien, og derfor ble ikke det gjort. Likevel har det altså underveis i løpet av arbeidet med avhandlingen blitt tydelig at både pårørendes og tjenesteyternes kjønn kan ha betydning for hvordan en rehabiliteringsprosess organiseres og erfares.

## 9.6 Translokale erfaringer

Som den nyinstitusjonelle teorien forfekter lever ingen organisasjoner i et vakuum. Organisasjonene blir mer eller mindre påvirket av sine omgivelser, og spesielt innenfor forvaltningsområdet er dette grundig dokumentert (Røvik 2007). Også innenfor det velferdspolitiske feltet ser man at ideologiske trender sprer seg utover den vestlige verden (Gilbert 2004), trender som flere av de trekkene som beskrives i denne avhandlingen er knyttet til. Både her til lands og internasjonalt ser man for eksempel en økende kontraktstenkning innenfor velferdspolitikken (Ramia 2002). Ansvarliggjøringen av tjenestemottakerne er selvsagt heller ikke noe norsk fenomen, men er uttrykk for en diskurs som betegnes som "personal responsibility welfare state" (Ridzi 2008) eller "personalisation"



(Burton 2010). Man kan som Ridzi (2008: 224) hevde at *Personal responsibility* er blitt et nytt bærende element i utformingen av velferdspolitikken i den vestlige verden etter årtusenskiftet. Det samme gjelder standardiseringen av tjenesteytingen og innføringen av mer eller mindre standardiserte verktøy (Krogstrup 2002, Brown 2010). Man kan kalle disse trendene for velferdspolitiske *diskurser* som brer seg utover den vestlige verden, og som påvirker tjenesteorganiseringen slik vi for eksempel har sett innenfor rehabiliteringsfeltet med opprettelsen av ulike organisatoriske verktøy.

Ansvarliggjøringen av individet er således ikke noe som er særegent for individuell-plan- prosesser, men heller en generell trend innenfor velferdssamfunnet som kommer til uttrykk i prosessene. Man kan argumentere for at med individualiseringen i samfunnet har de økende forventningene til individet fulgt med som "en nisse på lasset". I en annen studie fra 2007 om rehabiliteringsprosesser (Martinussen 2007: 136) var det bare en av seks informanter som hadde fått innvilget individuell plan. For de resterende hadde behovet for både individuell plan og personlig koordinator blitt definert bort "*med en begrunnelse om at rehabilitantene var så "oppegående" og selvstendige at de ble ansett å kunne klare å organisere hverdagen sin selv*". Også i mitt materiale finner jeg at dette argumentet til stadighet benyttes. Det blir et motsetningsforhold mellom det å skulle legge til rette for individuelt tilpassede tjenester, og det å jobbe for en ansvarliggjøring av tjenestemottakerne. For å sette det på spissen blir poenget at dersom du ikke tar ansvar for din egen rehabiliteringsprosess, kan du heller ikke få et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Motsatt viser ovennevnte studie at dersom du tar *for mye* ansvar selv, får du ikke tilbud om individuell plan. Maktperspektivet blir derfor tydelig her og man kan hevde at makt både kan være strukturell (Smith) og fremforhandlet (Czarniawska) i prosessene. Ansvarliggjøringen av individet er et uttrykk for en institusjonell diskurs, og er dermed av strukturell art, men forhandles også frem i den enkelte situasjon. Blant annet kan det tenkes at tjenesteyterne forventer mer av noen tjenestemottakere enn av andre. Kanskje er det som Järvinen og Mik- Meyer (2003) hevder at helhetssynet kommer i konflikt med individfokuset i tjenesteytingen. Rehabilitering blir et slags individfokuset forandringsarbeid som blir stående i et motsetningsforhold til rehabiliteringsideologiens ambisjon om individuelt tilpasset helhetlig koordinert bistand, og individfokuset "vrenses" således slik at individet går fra å være et rettssubjekt til å bli et *forandringsobjekt*.

## 9.7 Å studere og organisere kompleksitet

Som Normann mfl (2003: 61) påpeker burde rehabiliteringsvirksomheten ideelt sett konstrueres på nytt rundt hver tjenestemottaker for å oppfylle intensjonen om individuelt tilpassede tjenester som oppleves som helhetlige. Selv om det kan synes som en utopi vil det gi føringer for hvordan feltet bør organiseres, men også for hvordan det kan studeres. Den prosessorienterte organisasjonsteorien som har som utgangspunkt at organisasjoner stadig skapes og gjenskapes, har etter min mening gitt denne studien en fruktbar inngang til studiefeltet. I tillegg har den institusjonelle etnografien gjort meg oppmerksom på det "ekstralokale i det lokale", ved at den peker ut over informantenes fortellinger og mot det de "retter blikket mot". Spesielt har fokuset på de tekstene en rehabiliteringsprosess produserer gitt en interessant inngang til feltet. En grunntanke innenfor institusjonell etnografi er at all kunnskap er situert, og at kunnskapen gjerne produseres for dem som på en eller annen måte har bruk for den. Etter min mening er institusjonell etnografi en nyttig inngang til organisasjonsforskningen, fordi organisering i stor grad får konsekvenser for menneskene som berøres av den, spesielt innenfor det man kaller "*menneskeforandrende organisasjoner*", som organisasjonene innenfor velferdssystemet jo er. Calás og Smircich (2009: 266) er enig i dette og foreslår at man kan benytte institusjonell etnografi i organisasjonsforskningen i større grad.

Den institusjonelle etnografien forsøker å vise hvordan makt medieres gjennom tekster som er uttrykk for styringsrelasjonene. Tekstene blir det medium som makt medieres gjennom i dagens samfunn (Allan: 2011: 351, henviser til Smith 1990). Spesielt tekster som på en eller annen måte blir skrevet og lest i en institusjonell eller organisasjonsmessig setting blir viktige "maktmediatorer". Tekstene produseres gjerne utenfor den levde erfaring, noe som gjør at de anses som "objektive". Hensikten er å sette søkelyset på hvem sine interesser som hevdes gjennom tekstene, og hvordan dette kommer til uttrykk. Som beskrevet i kapittel 3 hevder Jacobi at maktperspektivet er for lite tatt hensyn til i tradisjonell nettverksteori, noe som blir spesielt viktig å være oppmerksom på i nettverk som dannes rundt enkeltindivider. Sørensen og Torfing (2005:43) hevder at ifølge det de kaller Governabilityteoretikerne er "*dannelsen af netværk viktig for alle de deltagende aktører- de stærke så vel som de svake- fordi den gjør det mulig at "poole" resourcer og dermed nå nogle mål, som netværksdeltagerne ikke ville kunne nå hver for sig*". Likevel vil det være stor

forskjell fra aktør til aktør hvor viktig nettverkene er for måloppnåelse. Individorienterte styringsnettverk karakteriseres ofte av skjev maktbalanse mellom de ulike aktørene og aktørene har ikke alltid samme målsettinger. Noen har stor makt i kraft av sin stilling, som for eksempel fastlegen, mens andre har stor makt i kraft av for eksempel personlige ressurser. Det er svært forskjellig hvor mye en tjenestemottaker "får ut av" en rehabiliteringsprosess, noe som kan forklares gjennom deres tilgang til de tekstene som er sentrale i en rehabiliteringsprosess, og hvordan disse aktiveres av dem eller deres pårørende.

### **9.8 Innenfor, utenfor eller mellom de autoritative tekster og kategorier**

Som nevnt tidligere får de partikulære erfaringer, som ligger utenfor eller på siden av de institusjonelle diskursene, sjelden mulighet til å komme til uttrykk. Derfor kan det være på sin plass å peke på det potensial som ligger utenfor de institusjonelle diskurser og autoritative tekster, noe denne avhandlingen har forsøkt å gjøre. Mennesker som på en eller annen måte befinner seg utenfor disse har mulighet til å se verden på en annen måte og det er nettopp der mulighetene ligger. Likevel har det også sine ulemper å befinne seg utenfor disse autoritative tekstene og kanskje kan dette være en forklaring på at tjenestemottakerne har ulike oppfatninger av hvilket "utbytte" de opplever å ha av prosessene.

Som nevnt tidligere er begrepet institusjonell diskurs introdusert av Dorothy Smith for å peke på at den språklige praksis som gjerne benyttes innenfor en gitt institusjon (i vid betydning) oppleves som selvforklarende av dem som er innenfor diskursen, men ikke for dem som befinner seg utenfor. Diskursene formaliseres gjennom tekstlige<sup>67</sup> representasjoner som vi til enhver tid må forholde oss til, så også personer som er i en rehabiliteringsprosess. Ifølge Smith (2005: 105) aktiverer leseren teksten ved å lese den, men måten man responderer på den varierer fra person til person, og veldig ofte ikke slik skaperen av teksten hadde forutsett det. Tjenesteyterne jeg har intervjuet er klare på at noen tjenestemottakere har større sjanse for å lykkes i en rehabiliteringsprosess enn andre. Å snakke slik at tjenesteyterne forstår dem er for eksempel et viktig kriterium for suksess. En fysioterapeut uttrykte det på denne måten: *"Jeg sier at hvis bare folk klarer å snakke et*

---

<sup>67</sup> Som nevnt tidligere benytter Smith seg av en bred forståelse av tekst; det vil si materielle representasjoner av reproducerbar karakter (Rua 2010). Elektroniske tekster, bilder og tv regnes for eksempel som tekst.

*språk og henvende seg til de stedene de skal så får de stort sett det de skal ha (...)*". Sitatet viser at tjenesteyteren har en oppfatning om at det er forskjell fra person til person når det gjelder i hvilken grad de evner å nå fram hos de tjenesteytende instanser. Man må altså vite hvor og hvordan man skal legge fram saken sin for å nå fram i systemet. Det å vite hvem man skal kontakte, hvor og når er avgjørende for hvor smidig en prosess forløper. Sagt med Smiths ord vil det være nødvendig for tjenestemottakerne å være "innenfor den institusjonelle diskursen". Jo mer innenfor man er, jo enklere er det å forholde seg til systemet og å vite hvilke tråder man skal trekke i.

I tråd med Smith kan man hevde at det gjerne er det tekstlig medierte samfunn som fører til at forskjellene oppstår. Tekstene er allestedsnærværende i samfunnet generelt (Smith 1990: 209), men for personer som er i en rehabiliteringsprosess oppleves dette ekstra sterkt fordi de blir så viktige for om prosessen blir vellykket eller ikke. Det å vite hvilke tekster som finnes, hvilke som er gjeldende og hvordan man skal forholde seg til dem blir utslagsgivende i forhold til hvordan prosessen forløper. Mye av kommunikasjonen i en rehabiliteringsprosess forløper gjennom tekster av ulike slag, og tjenestemottakerne må forholde seg til de tekstene de mottar, enten det er vedtak, avslag på søknader, lover og regelverk, eller de ulike planene som blir laget for dem. Personenes møter med tekstene oppleves gjerne som overveldende og utmattende. Maktperspektivet blir her synlig fordi tjenesteyterne vanligvis har en større kjennskap til tekstene enn det tjenestemottakerne har. Kunnskap om tjenestetilbud er ikke alltid like lett tilgjengelig. Mange kommuner har for eksempel dårlige utviklede hjemmesider på internett, som er stedet hvor de fleste innhenter informasjon nå. Noen personer bruker heller ikke internett i stor grad eller er ikke vant til å innhente informasjon på denne måten. I tillegg er det mange tjenester, rettigheter og muligheter som ikke tjenesteyterne heller har kunnskap om. Det er ofte tilfeldigheter som gjør at personer som er i en rehabiliteringsprosess får høre om ting de har krav på. Noen tjenester, som for eksempel BPA, ønsker som nevnt ikke tjenesteyterne å opplyse om av økonomiske årsaker. Noen av de pårørende erkjenner at de er glade for at de har hatt en viss kjennskap til systemet før deres nærpå personer ble syke. Hvis de ikke hadde gjort det, er de overbeviste om at prosessen hadde blitt helt annerledes. Yeatman (2009: 6) beskriver det slik: *"Also in these practical worlds we find self-advocates, people who communicate how they need welfare services if they are to enjoy freedom to live their lives in such a way that it*

*articulates their self experience*". Hvorvidt personer makter å kommunisere sine behov og finne frem til hvordan disse kan dekkes, er altså avhengig av i hvor stor grad de befinner seg innenfor eller utenfor de institusjonelle diskursene. Dette er et viktig apropos i forhold til ovennevnte diskusjon om en dreining av velferdsstaten mot mer ansvarliggjøring av tjenestemottakerne selv. En økende ansvarliggjøring av tjenestemottakerne kan forventes å synliggjøre blir denne skillelinjen. En kan derfor spørre om en slik utvikling vil føre til en enda større sosial skjevhet når det gjelder tilgang til tjenester enn det som allerede har vært tilfelle.

Kategorier formaliseres gjerne gjennom tekst, og de personene jeg har intervjuet som er i en rehabiliteringsprosess beskriver hvordan deres hverdagsliv ikke alltid passer inn i de systemiske kategorier som tjenester ytes etter. Man ser likevel at det er noen tjenestemottakere som enklere "får plass" i de kategoriene som er definerte av systemet. Det er også forskjell på kategoriene når det gjelder i hvor stor grad de lar seg manipulere eller forskyve. Derfor kan man tenke seg at noen tjenestemottakere og deres tjenestebehov befinner seg mellom kategorier som ikke er mottakelig for mekling. Dette kan være en forklaring på at noen tjenestemottakere synes å oppleve de problematikkene som ble utledet i kapittel fem, som mer problematiske enn andre tjenestemottakere. De tjenestemottakerne som befinner seg innenfor kategorier som enkelt lar seg manipulere eller forskyve har dermed større sjanse for å lykkes, enn tjenestemottakere som befinner seg mellom kategorier som ikke like enkelt lar seg overstyre.

Som beskrevet i teorikapitlet skiller Grint (2009) mellom det han kaller "tame problems", "wicked problems" og "critical problems". Det første og siste lar seg gjerne løse ved hjelp av standardiserte verktøy. Ett eksempel på et "tame problem" kan være en person som brenner beinet og som trenger medisinsk hjelp og bistand til opptrening i etterkant. Et eksempel på et "critical problem" kan være en person som har vært utsatt for en alvorlig ulykke, eller for eksempel hatt et hjerneslag. Problemet krever raske avgjørelser og svar, og det tjenesteytende apparat vet gjerne hva som skal gjøres når og av hvem. Problemet er innenfor klart definerte kategorier. Den kategorien som han kaller "wicked problems" er imidlertid av en annen karakter og lar seg sjelden løse av standardiserte verktøy. Problemet passer ikke inn i de på forhånd definerte kategorier. Problemet er ifølge Grint at slike problemer også gjerne forsøkes løst ved hjelp av standardiserte løsninger. Et eksempel på

slike "wicked problems" er for eksempel personer som har kroniske lidelser, eller som har funksjonsnedsettelse som krever bistand fra ulike deler av tjenesteapparatet. Han hevder at det viktige for organisatoriske ledere er å innse at det *ikke* finnes enkle løsninger på slike problemer og heller se det unike i situasjonen og møte utfordringen med blanke ark. Grint avslutter sin artikkel med følgende sitat hentet fra Laurence J. Peter: "*some problems are so complex that you have to be highly intelligent and well informed just to be undecided about them*". I rehabiliteringsprosesser er det hverdagslivet i all sin kompleksitet, som ikke lar seg forenkle. Derfor vil det alltid være en diskrepans mellom de partikulære erfaringer og de kategorier som systemet etablerer. Star (2001: 135) argumenterer for at "*det er alltid et misforhold mellom standardiserte eller konvensjonelle teknologiske systemer og den enkeltes behov*". Det vil si at individuelle behov ofte ikke kan møtes med standardiserte eller konvensjonelle tekniske løsninger.

### **9.9 Samordning som rasjonalisert myte eller mekling**

Når man spør tjenesteyterne om hvordan de opplever samarbeid og samordning i sin kommune er de ofte stort sett fornøyde både med hvordan samarbeidet i de konkrete prosessene har fungert, og med kommunens fokus på samarbeid og samordning. Kanskje kan man med Mallander (1998) hevde at *samordning som fenomen* blir en rasjonalisert myte som må fremheves for å oppnå legitimitet. Man må gi uttrykk for at man samarbeider, for å skape et inntrykk av at man gjør det som forventes. Slik sett blir det en institusjonell diskurs som tjenesteyterne må holde seg innenfor. Når man derimot spør dem konkret om hva de gjør i forhold til den spesifikke prosess blir svarene annerledes. Da tydeliggjøres alt arbeidet som faktisk må gjøres for å forsøke å få prosessene til å henge noenlunde sammen.

Løsningene på de problemene som tjenestemottakerne erfarer er likevel gjerne definert ovenfra, det vil si at prinsipper og policy er utformet av myndighetene og forsøkt implementert i systemet med varierende hell. De presenterte løsninger på rehabiliteringsfeltets utfordringer (og i offentlig forvaltning generelt) har ofte vært av organisatorisk art. Organisatoriske reformer og innføring av verktøy er populære fordi de gir et skinn av handlekraft, fornyelse og innovasjon. Om resultatet er flatere strukturer eller mer hierarki er av underordnet betydning, så lenge det skjer en forandring. Selv om

organisasjonsforskere i flere tiår har pekt på at reformer i liten grad har betydning for faktisk iverksetting har denne erkjennelsen ikke lagt noen nevneverdig demper på reformiveren. Habermas påpeker at systemet alltid vil forsøke å benytte seg av formålsrasjonelle styringsinstrumenter som går på bekostning av det han kaller livsverdenens kommunikative rasjonalitet (Andersen 2007b, henviser til Habermas 1981). Czarniawska (2008: 91) stiller seg tvilende til at et system har mulighet til å forandre seg selv gjennom reformer og begrunner tvilen med det metaforiske spørsmålet om hvorvidt det er mulig "å løfte seg selv etter håret". En av årsakene til at dette er vanskelig kan være systemets manglende evne til å se utenfor de etablerte logikker som det opererer innenfor.

På mange måter fører innføringen av organisatoriske verktøy til en enda større grad av *tiltakende differensiering* fordi de blir en deloppgave i seg selv. Det kan hevdes at sosiale systemer håndterer økt kompleksitet i omverdenen på denne måten (Hagen 2006: 164). Den økende kompleksiteten gjør imidlertid systemet ugjennomsiktig for seg selv (ibid: 165), noe som får konsekvenser for individene i samfunnet som må bevege seg mellom samfunnets ulike segmenter eller funksjonssystemer (ibid: 103). Det blir stadig flere kategorier tjenestemottakerne må forholde seg til, og kategoriernes "inntaksgrunnlag" endres stadig. Ofte er det vanskelig å få oversikt over kategoriene, og over hva som må gjøres for å få innpass i kategoriene, som igjen gjør at man får tilbud om en tjeneste. Kategoriene produseres gjennom autoritative tekster som innebærer en eliminering av referanser til partikulære erfaringer. Den individuelle planen for eksempel var ikke tenkt å fungere som en autoritativ styringstekst, men som partikulær og erfaringsnær. Når den "erobres" av systemet blir den ubrukelig for sitt formål. Det samme gjelder for de andre verktøyene som er beskrevet i denne avhandlingen. På mange måter kan man si at innføringen av verktøyene skaper andre friksjoner mellom hverdagslivets kompleksitet og institusjonelle styringsrelasjoner, i stedet for å sikre individuelt tilpassede tjenester.

Czarniawska (2008: 79) henviser til Luhmann (1995) som beskriver organisasjoner som DNA- celler som er åpne for inntrykk fra miljøet utenfor, men som likevel har som oppgave å reprodusere den samme organismen. Videre henviser hun til Brunsson og Olsen (1993) når hun påpeker at organisasjoner hele tiden forsøker å reformere seg selv uten å lykkes i noen særlig grad. Selv om reformer i mange tilfeller først og fremst fører til stress og usikkerhet blant aktørene, påpeker hun at forsøk på endring også kan være til nytte. For

eksempel problematiserer man forhold som før har vært tatt for gitt, og man setter fokus på et problemområde. Dette kan igjen føre til at aktørene reflekterer mer over sin arbeidspraksis, og tenker over hva som egentlig er organisasjonens målsetting. I tillegg kan det føre til at aktørene blir mer bevisst sitt forhold til omverdenen og måten de fremstiller seg selv på, det vil si "the logic of representation". Tilslutt kan reformer få utilsiktede og uventede konsekvenser som for eksempel kan medføre økt kreativitet. Problemet er bare at slik kreativitet sjelden anerkjennes. Årsaken til dette er både organisasjonens manglende evne til å revurdere målsettinger underveis, samt manglende evne til å "drop their tools". Aktørenes evne til å oversette verktøy til det beste for den situasjonen som finnes på lokalt nivå blir derfor avgjørende. Reformen initieres til stadighet fordi organisasjonene ikke ser de forandringene som faktisk gjøres hele tiden utenom reformene (Czarniawska 2008: 86, henviser til Löfström 2003: 232). Czarniawska (2008: 90) skriver at løsningen ligger i evnen til "*tinkering and in a cultivation of unexpected consequences*". Dette kan ses som et annet ord for det jeg i denne studien har kalt mekling, det vil si evnen til å lappe sammen og kultivere uventede konsekvenser. Avhandlingen foreslår derfor at en av grunnene til at man mislykkes i forhold til samordningsforsøkene innenfor rehabiliteringsfeltet er at problemene forsøkes løst ved hjelp av organisatoriske verktøy som standardiserer tjenesteytingen, i stedet for å bruke verktøyene til å skape et "rom" for mekling. Erkjennelsen av at det finnes en "bruddlinje" mellom hverdagslivets utfordringer og systemenes tekster og kategorier, skaper et behov for et slikt rom. Å anerkjenne den meklingen som gjøres, samt å ta hensyn til det erfaringsnære og partikulære, vil i lys av dette kunne legge grunnlaget for en mer helhetlig organisering av rehabiliteringsprosesser.

Ifølge Czarniawska (2008: 133) er organisasjonsforskerens oppgave å kartlegge ulike perspektiver på hvordan organisering gjøres, og således skape et bilde av organisasjonen eller handlingsnettene. De involverte aktører kan være enig i bildet eller ikke, men poenget er at de kanskje vil se sine handlinger i et annet lys enn tidligere. Slik jeg leser henne vil det si at i stedet for å stadig skape nye organisatoriske verktøy vil det være mer nyttig å skape en bevissthet hos aktørene om hvordan organisering gjøres i praksis. Dette er etter mitt syn også Dorothy E. Smiths hensikt med den institusjonelle etnografien. Når det gjelder de problemene som rehabiliteringsfeltet har stått ovenfor har disse som nevnt likevel gjerne blitt forsøkt løst som organisasjonsproblemer. Sett i lys av institusjonell etnografi og informantenes ståsted vil løsningen på problemene i stedet befinne seg innenfor muligheten



til å bevisst se på tjenesteyterne som meklende strukturer, som erkjenner at det eksisterer en diskrepans mellom hverdagslivets kompleksitet og systemets evne til å fange opp denne kompleksiteten.

## Litteraturliste:

Ahrne, Göran (1999). Organisationsform och omgivning. I: Ahrne, Göran og Hedström, Peter (red.). *Organisationer och samhalle. Analytiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Ahrne, Göran (1989). *Byråkratins och statens inre gränser*. Stockholm: Rabén och Sjögren.

Allan, Kenneth (2011). *Contemporary Social and Sociological Theory. Visualizing Social Worlds*. Los Angeles: Sage Publications Inc.

Alvesson, Mats og Skjöldberg, Kaj (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metode*. Lund: Studentlitteratur.

Andersen, Heine (2007a). Funksjonalisme og neofunksjonalisme. I: Andersen, Heine og Kaspersen, Lars Bo (red.). *Klassisk og moderne samfundsteori*. København: Hans Reitzels Forlag.

Andersen, Heine (2007b). Jürgen Habermas. I: Andersen, Heine og Kaspersen, Lars Bo (red.). *Klassisk og moderne samfundsteori*. København: Hans Reitzels Forlag.

Andersen, Niels Åkerstrøm (2003). *Borgerens kontraktliggørelse*. København: Hans Reitzels Forlag.

Anderson, Elizabeth (2008). Feminist Epistemology and Philosophy of Science. I: Zalta, Edward N. (red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. (Fall 2008 Edition). <http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/feminism-epistemology/>. [Lokalisert 14.10.2011].

Asdal, Kristin (2004) Positivismekritikk kontra post- konstruktivisme. Hans Skjervheim kontra Bruno Latour. I: *Sosiologi i dag* 34: 2 27- 45.

Asdal, Kristin, Brenna, Brita og Moser, Ingunn (red.) (2001). *Teknovitenskapelige kulturer*. Oslo: Spartacus Forlag AS.

Asdal, Kristin, Berg, Anne Jorunn, Brenna, Brita, Moser, Ingunn og Rustad, Linda M (1998). *Betatt av viten. Bruksanvisninger til Donna Haraway*. Oslo: Spartacus Forlag A/S.

- Askheim, Ole Petter, Andersen, Jan og Guldvik, Ingrid (2004) Mye er forskjellig, men inni er vi like... Personlig assistanse i Sverige og Norge. I: Gynnerstedt, Kerstin (red.) *Personlig assistans och medborgarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Atkinson, Paul and Coffey, Amanda (2004). Analysing documentary realities. I: *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*, David Silverman (ed.). London: Sage Publications Ltd.
- Bauman, Zygmunt og May, Tim (2004) *Å tenke sosiologisk*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Beck, Ulrich (2007). *Globalisering og individualisering*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Berger, Peter L. og Luckmann, Thomas (1966). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Berger, Peter (1977). *Facing up to Modernity. Excursions in Society, Politics and Religion*. New York: Basic Books.
- Blaikie, Norman (2000): *Designing Social Research*. UK, Cambridge: Polity Press.
- Bogason, Peter (1996). The fragmentation of local government in Scandinavia. I: *European Journal of Political Research*. 30: 65- 86.
- Bogason, Peter og Sørensen, Eva (1998). *Samfunnsforskning Bottom- up. Teori og metode*. Roskilde universitetsforlag.
- Bomann- Larsen, Petter og Jensen, Thor Øyvind (1985). Brukerproblemer med forvaltningskultur. I: Bleiklie, Ivar (red.) *Politikkens forvaltning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Borge, Baard H. og Homme, Anne Dåsvatn (2000) Kunde, sak eller klient? Reformene i arbeidsmarkedsetaten og fortolkningen av funksjonshemming på arbeidskontorene. I Jan Froestad, Per Solvang og Mårten Söder (red.) *Funksjonshemming, politikk og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bourdieu, Pierre (1992): *The Practice of Reflexive Sociology (The Paris Workshop)*, I: Pierre Bourdieu and Loïc J. D. Waquant: *An Invitation to Reflexive Sociology*, UK: Polity Press.

Bowker, Geoffrey og Star, Susan Leigh (2000). *Sorting things out: Classification and its Consequences*. Cambridge: MIT Press.

Breimo, Janne Paulsen og Thommesen, Hanne (2012). Koordinerende enhet som uttrykk for reformprosesser i offentlig forvaltning. I: Solvang, Per Koren og Slettebø, Åshild. *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Breimo, Janne og Sandvin, Johans Tveit (2009). Samordning som diskurs. I: Jan Tøssebro (red.) *Funksjonshemming- politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Breimo, Janne og Lunde, Bente (2006). *Koordinerende enhet for rehabilitering i helseforetak. En kartleggingsundersøkelse*. SKUR- rapport nr. 3/ 2006.

Brinchmann, Arne (2009). "Å holde ramma" – en sosiologisk undersøkelse av virksomhetsledernes økonomistyring i skolen og eldreomsorgen. PhD avhandling. Bodø: Høgskolen i Bodø.

Brown, Louise (2010) Balancing Risk and Innovation to Improve Social Work Practice. *British Journal of Social Work*. Vol 40, p. 1211- 1228.

Brunsson, Nils og Olsen, Johan P. (1993). *The Reforming Organization*. London: Routledge.

Brunsson, Nils og Jacobsson, Bengt (1998) *Standardisering*. Stockholm: Nerenius og Santerus Förlag.

Burton, John (2010). "Call it personalisation if you like": the realities and dilemmas of organizing care in a small rural community. *Journal of Social Work Practice*, 24 (3), 301- 313.

Busch, Tor, Vanebo, Jan Ole og Dehlin, Erlend (2010). *Organisasjon og organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bygnes, Susanne (2008). Dorothy E. Smith. *Kjønnsteori*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Calás, Marta B. og Smirich, Linda (2009). Feminist Perspectives on Gender in Organizational Research: What is and is Yet to be. I: Buchanan, David A. and Bryman, Alan (red.). *The SAGE Handbook of Organizational Research Methods*. London: Sage.

Callon, Michel (2001). Elementer til en oversettelsessosiologi: kamskjell, fiskere og forskere. I: Asdal, Kristin, Brenna, Brita og Moser, Ingunn. *Teknovitenskapelige kulturer*. Oslo: Spartacus Forlag AS.

Campbell, Marie (2006). Institutional Ethnography and Experience as Data. I. Smith, Dorothy (red.). *Institutional Ethnography as Practice*. Lanham (US): Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Campbell, Marie (2008). (Dis) continuity of Care. Explication the Ruling Relations of Home Support. I: DeVault, Marjorie L. (Red.) *People at Work. Life, Power, and Social Inclusion in the New Economy*. New York: New York University Press.

Campbell, Marie og Gregor, Frances (2004). *Mapping Social Relations. A Primer in Doing Institutional Ethnography*. Walnut Creek, CA: Altamira Press.

Christensen, Tom (2006): Staten og reformenes forunderlige verden. I *Nytt Norsk Tidsskrift*. 2006: 03.

Christensen, Tom og Lægred, Per (2001). New Public Management i norsk sentralforvaltning. I: Tranøy, Bent Sofus og Østerud, Øyvind (2001). *Den fragmenterte staten. Reform, makt og styring. Makt og demokratiutredningen 1998- 2003*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Clough, Patricia T. (1993). On the Brink of Deconstructing Sociology: Critical Reading of Dorothy Smith's Standpoint Epistemology. *The Sociological Quarterly*. 34 (1): 169- 182.

Cohen, Michael D., March, James G, Olsen, Johan P. (1972). A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*. 17 (1): 1- 25.

Czarniawska, Barbara (2008). *A Theory of Organizing*. Cheltenham, UK. Edward Elgar Publishing.

Czarniawska, Barbara (2007). Complex Organizations Still Complex. *International Public Management Journal*, 10: 2, 137- 151.

Czarniawska, Barbara (2005). *En teori om organisering*. Lund: Studentlitteratur.

Czarniawska, Barbara og Hernes, Tor (Ed.) (2005). *Actor- Network Theory and Organizing*. Malmø: Liber AB.

Czarniawska, Barbara (2004). On Time, Space and Action Nets. *Organization*. 11(6): 773- 791.

Czarniawska, Barbara og Sevon, Guje (1996). *Translating Organizational Change*. Berlin: De Gruyter.

Czarniawska, Barbara (1992). *Exploring Complex Organization. A Cultural Perspective*. USA: Sage Publications Inc.

Dahler- Larsen, Peter (2005) Dokumenter som objektiveret social virkelighed. I Margaretha Järvinen og Nanna Mik- Meyer: *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag.

DeVault, Marjorie and McCoy, Liza (2006). Institutional Ethnography: Using Interviews to investigate Ruling Relations. I: Dorothy Smith (red.) *Institutional Ethnography as Practice*. ) Lanham (US): Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

DiMaggio, Paul J. Og Powell, Walter W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*. 48(2): 147- 160.

Djuve, Anne Britt og Kavli, Hanne Cecilie (2007) Integreringspolitikk i endring. I *Hamskifte. Den norske modellen i endring*. Dølvik, Jon Erik, Fløtten, Tone, Hernes, Gudmund og Hippe, Jon M.(red.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Egeberg, Morten, Olsen, Johan P. og Sætren (1975). *Organisasjonssamfunnet og den segmenterte stat*. Bergen: Maktutredningen nr. 31.

Eriksen, Erik Oddvar (2001). *Demokratiets sorte hull. Om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Eriksen, Oddvar og Terum, Lars Inge (2001). Frontlinjebyråkratene mellom fag og politikk. I Eriksen, Oddvar. *Demokratiets sorte hull. Om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Feiring, Marte (2004). Et streiftog gjennom rehabiliteringsfeltets begrepshistorie. I: Wekre, Lena Lande og Vardeberg, Kjersti (red.) *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget.

Feiring, Marte (2009). *Sources of Social Reforms 1870- 1970. The Rise of a Norwegian Normalisation Regime*. PhD avhandling. Universitetet i Oslo.

Finn, Rachael (2008). The language of teamwork. Reproducing professional divisions in the operating theatres. *Human Relations* 61/1: 103- 130.

Finn, Rachael, Currie, Graham og Martin, Graham (2010). Team Work in Context: Institutional Mediation in the Public- service Professional Bureaucracy. *Organization Studies* 31: 1069- 1097.

Fossestøl, Knut (2009) Valgfrihet, styring eller dialog. Om samstyring av velferdsstatlig tjenesteyting. *Sosiologi i dag*, 39 (1).

Fries, Liv (2009) Framtiden för nyinstitusjonalism och ANT. Gemensamma frågor och nyinstitutionell kolonialism. *Nordiske Organisasjonsstudier*. 11 (3): 45- 61. Fagbokforlaget.

Furre, Berge (1992). *Norsk historie 1905- 1990*. Vårt hundreår. Oslo: Det norske samlaget.

Gilbert, Neil (2004) *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*. New York: Oxford University Press.

Glaser, Barney G. og Strauss, Anselm L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine

Gregory, Robert (2003). All the King's Horses and all the King's Men: Putting New Zealand's Public Sector Back Together Again. *International Public Management Review* 4 (2): 41-58.

Grint, Keith (2009). Wicked Problems and the Clumsy Solutions: the Role of Leadership. Academic Paper (s.n.). [http://api.ning.com/files/jN0\\*OZMFk9n763wpTNwN9h-woIABS2S-bIGf-ZVjWnYRWKGFpiNguvxFkF9LeVgp-8FkQ2Fhld\\*bsATJePAP87f0OpZeyJ4g/wickedproblemsclumsysolutions.pdf](http://api.ning.com/files/jN0*OZMFk9n763wpTNwN9h-woIABS2S-bIGf-ZVjWnYRWKGFpiNguvxFkF9LeVgp-8FkQ2Fhld*bsATJePAP87f0OpZeyJ4g/wickedproblemsclumsysolutions.pdf) (08.10.2011).

Grut, Lisbet (2008). *Erfaringer med bruk av individuell plan. En litteraturoversikt*. SINTEF Helse Rapport A6178

Gubrium, Jaber F. og Holstein, James A. (2001). *Institutional Selves. Troubled Identities in a Postmodern World*. New York: Oxford University Press.

Gullestad, Marianne (1989). *Kultur og hverdagsliv. På sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.

Habermas, Jürgen (1981). *Theory of Communicative Action*. Boston: Beacon Press and Cambridge: Polity Press.

Hagen, Roar (2006) *Nyliberalismen og samfunnsvitenskapene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hagen, Inger Marie og Trygstad, Sissel C. (2007). Ledelse, organisering og styring av offentlige virksomheter – idealer, realiteter og utfordringer. I Dølvik, Jon Erik, Fløtten, Tone, Hernes, Gudmund og Hippe, Jon M.(red.) *Hamskifte. Den norske modellen i endring*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Halliday, M.A.K. og Martin, J.R. (1993). *Writing Science: Literacy and discursive power*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Hansen, Gunnar Vold (2007). *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Doktoravhandling. Karlstad: Karlstads Universitet.

Hanssen, Jan- Inge (2009). Kommunal sosialpolitikk. I: Stamsø, Mary Ann (red.) *Velferdsstaten i endring: norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hanssen, Jan- Inge og Sandvin, Johans Tveit (2003). Conceptualising Rehabilitation in Late Modern Society. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 5 (1) 24- 41.

Harding, Sandra (1992). After the Neutrality Ideal: Science, Politics, and “Strong Objectivity”. I: *Social Research*, 59: 3, 567- 587.

Haraway, Donna J. (2004) *Modest\_Witness@Second\_Millennium*. I Haraway, Donna: *The Haraway Reader*. New York og London: Routledge.

Hasenfeld, Yeheskel (1983). *Human service organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.



Hatch, Mary Jo (2001). *Organisasjonsteori: moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Hatland, Aksel, Kuhnle, Stein og Romøren, Tor Inge (red.) (2001). *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hatland, Aksel og Terum, (2005). Skreddersøm, skjønn og rettigheter. I: Bay, Ann Helen, Hatland, Aksel, Hellevik, Thale og Koren, Charlotte (red.). *De norske trygdene: framvekst, forvaltning og fordeling*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helgøy, Ingrid, Ravneberg, Bodil, Solvang, Per og Lundeberg, Ingrid (2000). *Tjenesteyting for et selvbestemt dagligliv? Funksjonshemmede mellom individuell frihet, faglig vurdering og byråkratisk regulering*. Senter for Samfunnsforskning. Notat 9- 2000.

Helland, Knut Edvard (2002): *Resultatenhetsmodellen i kommunal organisering*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Forskrift om habilitering og rehabilitering*. [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)

Helse- og omsorgsdepartementet (2004). *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven*. [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)

Helse- og omsorgsdepartementet (2005). Rundskriv I- 15. *Brukerstyrt personlig assistanse – utvidelse av målgruppen*.

Helsedirektoratet (2010). *Veileder for forskrift om individuell plan*.

Hernes, Tor (2008). *Understanding organization as process. Theory for a tangled world*. London: Routledge Taylor and Francis Group.

Hernes, Tor (2005). Til ettertanke: Organisasjonsteori i fravær av organisasjoner – korrelasjonell og relasjonell tenkning. I: Døving, Erik og Johnsen, Åge (red.). *Organisasjonsteori på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget

Hernes, Gudmund og Hippe, Jon (2007). Kollektivistisk individualisme. I: Dølvik, Jon Erik, Fløtten, Tone, Hernes, Gudmund og Hippe, Jon M.(red.) *Hamskifte. Den norske modellen i endring*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Hjelmtveit, Vidar (2009). Sosialpolitikk og teorier om sosiale problemer. I: Stamsø, Mary Ann. *Velferdsstaten i endring: norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hjern, Benny og Porter, David O. (1981). Implementation Structures: A New Unit of Administrative Analysis. *In Organization Studies* 2/3: 211- 227.
- Hjern, Benny og Hull, Chris (1982). Implementation Research as Empirical Constitutionalism. *European Journal of Political Research* (10): 105- 115.
- Hjern, Benny, 2001. Välfärdsstatens institutioner och de multipla behovsmänniskorna. I *Riv ner- Bygg nytt! En debattbok om samhällsstrukturer vid vägsäl*. TjänsteForum.
- Hjern, Benny, 2007. Samverkan- inneord eller en utmaning för den svenska modellen. I: Axelsson, Runo og Axelsson, Susanna Bihari (red.) *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Studentlitteratur.
- Holck, Giske (2004). *Kommunens styring av komplekse oppgaver. Kommunal tverrfaglig tjenesteyting overfor barn og unge med funksjonsnedsettelse*. PhD- avhandling. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Hovik, S. og Stigen, Inger Marie (2008). *Kommunal organisering 2008. Redegjørelse for kommunal og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR- rapport 2008: 20.
- Huxham, Chris og Vangen, Siv (2005). *Managing to Collaborate. The theory and practice of collaborative advantage*. London: Routledge.
- Ife, Jim (2005). Foreword. I: Nash, Mary, Munford, Robyn og O'Donoghue, Kieran. *Social Theories in Action*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Jacobi, Claus Brygger (2011). Er der styr på den aktive og koordinerede sygedagpengeindsats? I Damgaard, Bodil og Sørensen, Eva (red.). *Styr på beskæftigelsespolitiken. Metastyring af netværk, aktører og processer*. København: DJØF Forlag.

Jacobsen, Dag Ingvar (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I: Repstad, Pål. *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jenssen, Anne Grete (2009) *Brukermedvirkning i sosialtjenesten. En studie av sosialarbeidernes perspektiv*. Doktoravhandling NTNU

Johansen, Vegard, Askheim, Ole Petter, Andersen, Jan og Guldvik, Ingrid (2010) *Stabilitet og endring. Utviklingen av brukerstyrt personlig assistanse*. Forskningsrapport nr 143/ 2010. Høgskolen i Lillehammer.

Johansson, Roine (2002). *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen. En skolbildnings uppkomst, spridning och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, Roine (2009). Vid den institusjonella analysens gränser: Institutionell organisationsteori i Sverige. *Nordiske Organisasjonsstudier*. 11 (3): 5- 22. Fagbokforlaget.

Justesen, Lise (2005) Dokumenter i netværk. I: Margaretha Järvinen og Mik- Meyer, Nanna: *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. Hans Reitzels Forlaag. København.

Järvinen, Margaretha og Mik- Meyer, Nanna (2003) *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hanz Reitzels Forlag.

Kjellevoid, Alice (2009). *Retten til individuell plan*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kjelstad, Randi (2006) Hvorfor deltid? I *Tidsskrift for samfunnsforskning*. Nr. 4 s. 514- 532

Klijn, Erik- Hans (2008). Governance and Governance Networks in Europe. *Public Management Review*. 10 (4): 505- 525.

Krogstrup, Hanne Kathrine (2002). Når socialt arbejde bliver standardvare. *Nordisk sosialt arbeid*. Nr 03.

Krokan, Ann Kristin (2011) *Selvsagt*. Nr 4 2011.

Kvist, Jon (1999). Welfare Reform in the Nordic Countries in the 1990s: Using Fuzzy Set Theory to Assess Conformity to Ideal Types. *Journal of European Social Policy*. 9 (3): 231-252.

Latour, Bruno (2005). *Reassembling the Social. An Introduction to Actor- Network- Theory*. New York: Oxford University Press Inc.

Lauvås, Kirsti og Lauvås, Per (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Law, John (2004). *After Method – Mess in Social Science Research*. Oxon: Routledge.

Lichtwark, Willy og Clifford, Graham (1996). *Samarbeid i barnevernet. Ideologi, endring og konflikt*. Oslo: TANO.

Lie, Ivar (2001). *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lilleaas, Ulla- Britt og Fivel, Pia Ingrid (2011). For mye av det gode? Kvinners involvering i menns helse og sykdom. *Tidsskrift for kjønnsforskning*. 11: 4.

Lindqvist, Rafael og Hetzler, Antoinette (red.) (2004) *Rehabilitering och välfärdspolitik*. Lund: Studentlitteratur.

Lipsky, Michael (1980). *Street Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.

Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen av 01.07.2006 [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)

Lov om barnevernstjenester av 01.01.1993 [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 01.01.2001 [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Kunngjort 24.06.2001. Tidspunkt for ikrafttredelse ikke satt 16.12.2011. [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)

Lov om kommunehelsetjenesten av 01.01.1984 [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)

Lov om pasientrettigheter av 01.07.2001. [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)

Lov om sosiale tjenester av 01.01.1993 [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 01.01.2010 [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

Lov om spesialisthelsetjenesten av 01.07.2001 [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

Luhmann, Niklas (1995). *Social Systems*. Stanford: Stanford University Press.

Löfström, Carina (2003). Hur Posten blev företag. Om reformer och översättning av idéer. Göteborg: School of Business, Economics and Law at Göteborg University.

Majumdar, Debiprosad (2006). Collaboration Among Government Agencies with Special Reference to New Zealand: A Literature Review. *Social Policy Journal of New Zealand*. 27: 183- 198.

Mallander, Ove (1998). Samverkan. I: Denvall, Verner og Jacobson, Tord (red.). *Vardagsbegrepp i socialt arbete*. Stockholm: Nordstedts Juridik AB.

March, James G. og Olsen, Johan P. (red.)(1976). *Ambiguity and Choice in Organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.

March, James G. og Olsen, Johan P. (1995). *Democratic Governance*. New York: The Free Press.

Martinussen, Inger (2007). *Skadet for livet – myndig i eget hus?* Doktorgradsavhandling. Tromsø: Universitetet i Tromsø.

McCoy, Liza (2006). Keeping the Institution in View: Working with Interview Accounts of Everyday Experience. In *Institutional Ethnography as Practice*, Dorothy E. Smith (Ed.) Lanham (US): Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Merton, Robert K. (1940) Bureaucratic Structure and Personality. I *Social Forces*. Vol. 18 (4) (560- 568).

Merton, Robert K. (1968). *Social Theory and Social Structure*. New York: The Free Press.

Meyer, John W. og Rowan, Brian (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83 (2): 340- 363.

Mik- Meyer, Nanna (2005): Dokumenter i en interaktionistisk begrepsramme. I: Margaretha Järvinen og Mik- Meyer, Nanna: *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlaag.

Mik-Meyer, Nanna og Järvinen, Margaretha (2005): Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. I Margaretha Järvinen og Nanna Mik- Meyer: *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. Hans Reitzels Forlaag. København.

Mik- Meyer, Nanna og Villadsen, Kaspar (2007). *Magtens former. Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. København: Hans Reitzels Forlag.

Mishler, Elliot G. (1984). *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*. Norwood: Ablex.

Moen, Hilde Berit (2004). "Færrest mulig kontordører å gå gjennom..." – en kartlegging av den koordinerende enhet for re- /habiliteringsvirksomheten i kommunene. SKURs rapportserie 2004/5.

Myrvold, Trine Monika og Helgesen, Marit Kristine (2009) *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning*. NIBR- rapport 2009/4.

Mäkitalo, Åsa og Säljö, Roger (2002). Invisible People: Institutional Reasoning and Reflexivity in the Production of Services and "Social Facts" in Public Employment Agencies. *Mind, Culture and Activity*, 9(3): 160- 178.

Måseide, Per (2008). Profesjoner i et interasjonsteoretisk perspektiv. I: Molander, Anders og Terum, Lars Inge (red.). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

*Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering*. Særtrykk av St. prp. Nr. 1 (2007- 2008) kapittel 9.

Nilssen, Even (2011). Kommunal iverksetting av retten til individuell plan. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 14 (2): 79-94.

Nissen, Maria Appel og Harder, Margit (2008). Forandringer i det sociale velfærdsarbejde – om oplevelsen af styring og socialrådgiveres strategier. *Nordisk sosialt arbeid*. 28 (3- 4): 234-245.

Normann, Trine, Sandvin, Johans Tveit og Thommesen, Hanne (2003) *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo: Kommuneforlaget AS.

NOU 1972: 30. *Sosiale tjenester*.

NOU 1986: *Samordning i helse- og sosialtjenesten*.

NOU 1991: 20 *Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming*

NOU 2001: 22. *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

NOU 2004: 13. *En ny arbeids og velferdsforvaltning. Om samordning av Aetat, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver*. Oslo: Sosialdepartementet.

NOU 2004: 18. *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*. Helse og omsorgsdepartementet.

NOU: 2005: 3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Oliver, Michael (1990). *The politics of disablement*. Basingstoke: Macmillan.

Opedal, Ståle, Stigen, Inger Marie, Laudal, Thomas (2002). *Flat struktur og resultatenheter: utfordringer og strategier for kommunal ledelse*. Oslo: Norsk institutt for by og regionsforskning.

Pence, Ellen (1999). Some Thoughts on Philosophy. I: Shepard, Melanie F. og Pence, Ellen (red.) *Coordinating Community Responses to Domestic Violence. Lessons from Duluth and Beyond*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.

Perrow, Charles (1980). "Zoo story" or "Life in the Organizational Sandpit". I: Graeme Salaman and Kenneth Thompson (red.). *Control and Ideology in Organizations*. Milton Keynes: The Open University Press.

- Perrow, Charles (1986). *Complex Organizations. A critical Essay*. 3<sup>rd</sup> edition. New York: McGraw-Hill.
- Peters, B. Guy (1998) Managing Horizontal Government: The politics of coordination. *Public Administration* Vol. 76 Summer (295- 311).
- Pollitt, Christopher og Bouckaert, Geert (2000). *Public Management Reform: a comparative analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Pressman, Jeffrey L. og Wildawsky, Aaron (1984). *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland...* Berkeley, California: California University Press.
- Prior, Lindsay (2004) Doing things with documents. In Silverman, David (red.) *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. London: Sage Publications Ltd.
- Prior, Lindsay (1998) The Identification of Cases in Psychiatry. I: Field, David og Taylor, Steve (red.). *Sociological Perspectives on Health, Illness and Health Care*. London: Blackwell Science Ltd.
- Provan, Keith & Milvard, Brinton H. (1991). Institutional-Level Norms and Organizational Involvement In a Service-implementation Network. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 1 (4): 391-417.
- Provan, Keith G., Beagles, Jonathan E and Leischow, Scott J. (2011). Network Formation, governance, and evolution in public health: The North American Quitline Consortium case. *Health Care Management Review*. 36 (4), 315- 326.
- Rappana- Olsen, Bennedichte C. (2009) Om å vite best... sammen- brukervedvirkning i helse- og sosialsektoren. I: Stamsø, Mary Ann (red.) *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rambøll (2011). *Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner*. Utarbeidet av Rambøll på oppdrag fra Helsedirektoratet.
- Rambøll (2010). *Perspektiver på god praksis- en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner*. Utarbeidet av Rambøll på oppdrag fra Helsedirektoratet.



- Ramia, Gaby (2002). The "new contractualism", social protection and the Yeatman thesis. *Journal of Sociology*. 38(1): 49- 68.
- Rhodes, Rod A. W. (1997). *Understanding Governance. Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Buckingham: Open University Press.
- Rhodes, Rod A. W. (2000). The governance narrative: key findings and lessons from the ESRC's Whitehall Programme. *Public Administration*. 78 (2): 345- 364.
- Ridzi, Frank (2008). Exploring Problematics of the Personal- Responsibility Welfare State. Issues of Family and Caregiving in Welfare-to-Work and Medicaid Consumer-Directed Care Programs. I DeVault, Marjorie L. (Red.) *People at Work. Life, Power, and Social Inclusion in the New Economy*. New York: New York University Press.
- Rosenberg, David og Lindqvist, Rafael (2004). Rehabilitering för personer med psykiska funktionshinder. Från inventering av behov till social integration. I: Lindqvist, Rafael og Hetzler, Antoinette (red.) (2004) *Rehabilitering och välfärdspolitik*. Lund: Studentlitteratur.
- Rua, Marte (2009). *Fengsel, isolasjon og varetekt sett fra fengselslegens ståsted. En institusjonell- etnografisk studie*. Universitetet i Oslo: Masteroppgave i sosiologi.
- Ryen, Anne (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røiseland, Asbjørn og Vabo, Signy (2008) Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*. Nr 01- 02
- Røthing, Merethe (2007). *Individuell Plan- et spill for galleriet?: En studie av IP dokumenter i lys av Michel Foucaults teorier om makt*. Masteroppgave. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Røvik, Kjell Arne (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21.århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandvin, Johans Tveit (1996) *Velferdsstatens vendepunkt. En analyse av reformen for personer med utviklingshemming som uttrykk for brytninger i velferdsstaten*. Nordlandsforskning. Avhandling dr.polit graden. Institutt for samfunnsvitenskap. Universitetet i Tromsø.

Scott, W.Richard og Davis, Gerald F. (2007) *Organizations and Organizing: Rational, Natural and Open Systems Perspectives*. Upper Sadle River, New York: Pearsons Education.

Shuy, Roger W. (2003). In- Person versus telephone interviewing. In Holstein, James A. and Gubrium, Jaber F. *Inside Interviewing. New Lenses, New Concerns*. USA: Sage Publications Inc.

Silverman, David og Bloor, Michael (1997). Patient- centered medicine: some sociological observations on its constitution, penetration and cultural assonance. I: Bloor, Michael. *Selected Writings in Medical Sociological Research*. Aldershot: Ashgate.

Smith, Dorothy (red.) (2006). *Institutional Ethnography as Practice*. Lanham (US): Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Smith, Dorothy E. (2006). Incorporating Texts into Ethnographic Practice. In Dorothy E. Smith (Red.) *Institutional Ethnography as Practice*. Lanham (US): Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Smith, Dorothy E. (2005). *Institutional Ethnography. A Sociology for People*. UK: Alta Mira Press.

Smith, Dorothy E. (2001). Texts and the Ontology of Organizations and Institutions. I *Studies in Cultures, Organizations and Societies*. Vol 7 (159- 198).

Smith, Dorothy E. (1993). High Noon in Textland: A Critique of Clough. *The Sociological Quarterly*. 34 (1): 183- 192.

Smith, Dorothy E. (1990). *Texts, Facts and Femininity. Exploring the relations of ruling*. New York: Routledge.

Smith, Dorothy E. (1987) *The Everyday World as Problematic: A Feminist Sociology*. Boston: Northeastern University Press.

Solvang, Per Koren, Bartoszko, Aleksandra, Bergland, Astrid, Hanish, Halvor og Woll, Heidi. (2010). Registrering som overgrep? En gjennomgang og diskusjon av debatten om ressursforvaltning og krenkelse i statistikksystemet IPLOS. *Tidsskrift for Velferdsforskning*. 13 (1): 26- 41.

St. meld. nr. 88 (1966- 67). *Om utviklingen av omsorgen for funksjonshemmede.*

St. meld. nr. 85 (1970- 71). *Om helsetjenesten utenfor sykehuset.*

St. meld. nr. 50 (1993- 94). *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St. meld. nr. 35 (1994- 95). *Velferdsmeldingen.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St. meld. nr. 25 (1996- 97). *Åpenhet og helhet.*

St.meld. nr. 21 (1998- 99). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.* Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 47. (2008- 2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Stamsø, Mary Ann (2009) *Velferdsstaten i endring: norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Svensson, Lennart G. (2008) Profesjon og organisasjon. I *Profesjonsstudier.* Molander, Anders og Terum, Lars Inge. Oslo: Universitetsforlaget.

Sørensen, Knut H. (2002) Tid for tverrfaglighet? Jakten på vennligsinnede spesialister. I *Forskning på tvers. Tverrfaglige forskningsprosjekter ved NTNU.* Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

Sørensen, Linn Birgit (2009). *Undersøkelse av rollen til koordinerende enhet for rehabilitering i kommunene.* Synovate (på oppdrag fra Helsedirektoratet).

Sørensen og Torfing (2005) *Netværksstyring – fra government til governance.* Frederiksberg C, Roskilde Universitetsforlag.

Thommesen, Hanne (2010) Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt: en introduksjon. I: Thommesen, Hanne. *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thommesen, Hanne, Trine Normann og Johans Sandvin (2003). *Individuell plan. Et sesam, sesam?* Kommuneforlaget AS, Oslo.

- Thompson, James D. (1983). *Hur organisationer fungerer*. Stockholm: Bokförlaget Prisma.
- Tranøy, Bent Sofus og Østerud, Øyvind (2001). *Den fragmenterte staten. Reformert, makt og styring. Makt og demokratiutredningen 1998- 2003*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Turner, Susan Marie (2006). Mapping Institutions as Work and Texts. In *Institutional Ethnography as Practice*, Dorothy E. Smith (Red.) Lanham (US): Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Tøssebro, Jan (2009) *Funksjonshemming- politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Van der Meer, Frits M. og Dijkstra, Gerrit S.A. (2011). Civil service systems in Western Europe: variations and similarities. I: Van der Meer, Frits M. (red.) *Civil Service Systems in Western Europe*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Villadsen, Kaspar (2003). Det sociale arbejdet som befrielse. I: Järvinen, Margaretha og Mik-Meyer, Nanna. *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hanz Reitzels Forlag.
- Villadsen, Kaspar og Gruber, Thomas (1999). Socialpolitiske diskurser – på tvær saf sektorer og organisationer. København: Socialforskningsinstituttet.
- Wagner, Peter (1994). *A Sociology of Modernity: Liberty and Discipline*. London: Routledge.
- Weale, Albert (1978). Paternalism and Social Policy. *Journal of Social Policy*. 7 (2): 157- 172.
- Webb, Adrian (1991). Coordination: A problem in public sector management. *Policy and Politics*. 19 (4), 229- 241.
- Weick, Karl E. (1976). Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative Science Quarterly*. 21 (1): 1- 19.
- Weick, Karl E. (1969/ 1979). *The Social Psychology of Organizing*. Addison- Wesley Publishing Company, Inc. Philippines.
- Weick, Karl E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, California: Sage.

- Weick, Karl E. (1996). Drop Your Tools: An Allegory for Organizational Studies. *Administrative Science Quarterly*. 41 (2): 301- 313.
- Widerberg, Karin (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ lærebok*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Widerberg, Karin (2004). Kommentar: Institutional ethnography- towards a productive sociology- an interview with Dorothy E. Smith- I *Sosiologisk tidsskrift* 2004, nr 2
- Widerberg, Karin (2006). *Tiredness in the Light of Institutional Ethnography*. Sociologisk forskning 2006 (3): 74- 82.
- Widerberg, Karin (2007). Institusjonell etnografi- en ny mulighet for kvalitativ forskning? I *Sosiologi i dag*, Årgang 37, nr. 2/2007. Novus forlag, Oslo.
- Yeatman, Anna (2009). *Individualization and the Delivery of Welfare Services. Contestation and Complexity*. London: Palgrave Macmillan.
- Yin, Robert K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. Los Angeles: Sage.
- Aakre, Marie (2006). Kan sykepleie standardiseres? *Sykepleien* (15): 76- 77.
- Aakvaag, Gunnar C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Aakvaag, Gunnar C. (2006). Individualisering – en sosiologisk modell. I *Sosiologisk tidsskrift*. Nr. 4 s. 327- 350



## Vedlegg 1.

### Forespørsel om tillatelse til å innhente opplysninger i X kommune om erfaringer med samordning av tjenester

Undertegnede er ansatt som doktorgradsstipendiat ved Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) og skal i den forbindelse gjennomføre en undersøkelse med tittelen: *Samhandling og samordning av tjenester for personer med funksjonsnedsettelser som har behov for sammensatt og koordinert bistand.*

Dette er en forespørsel om tillatelse til å innhente opplysninger fra tjenestemottakere og tjenesteytere i deres kommune. Jeg ber om at tillatelsen blir gitt skriftlig og helst innen 31.10.2005. Jeg ber også om bistand til å etablere kontakt med to tjenestemottakere som helst er i startfasen av en rehabiliteringsprosess, og som mottar tjenester fra to eller flere lokale offentlige etater. Med rehabiliteringsprosess mener jeg en tidsavgrenset, planlagt prosess 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, uavhengig av arten av funksjonsnedsettelse og årsak til den. Jeg ønsker å starte undersøkelsen med å intervju tjenestemottakerne for å kartlegge deres opplevelse av prosessen så langt. Videre vil jeg ved hjelp av en såkalt "snøballmetode" intervju de tjenesteytere og aktører som tjenestemottakerne har eller har hatt kontakt med og som de mener har eller har hatt betydning for deres prosess. Jeg ønsker å følge disse respondentene over en periode på ett til to år med start i midten av november 2005.

Kommunen kan selvsagt be om å være anonym dersom den ønsker det og respondentene vil uansett være helt anonyme. Opplysninger som eventuelt framkommer av et intervju vil selvfølgelig vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Intervjuene vil ikke bli gjengitt i sin helhet og alle opplysninger vil bli slettet når prosjektet er ferdig. Dersom det er behov for mer informasjon for å kunne ta en avgjørelse er jeg å treffe på tlf 75517425/ 97610424. Direktør Torild Jakobsen er å treffe på tlf 75517446. På forhånd takk.

Med vennlig hilsen

Janne Breimo

Stipendiat

Vedlegg: Forslag til samtykkeerklæring fra informanter sendt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste 26.09.2005

## Vedlegg 2

### Forespørsel om samtykke til å innhente opplysninger

Undertegnede er doktorgradsstipendiat ved Avdeling for samfunnsfag ved Høgskolen i Bodø. I denne forbindelse skal jeg gjennomføre en undersøkelse med følgende tema: " Hva fremmer og/ eller hemmer en helhetlig og koordinert tjenesteyting for personer som har behov for sammensatt og koordinert bistand?".

Denne henvendelsen er en forespørsel til informanter om deres samtykke til å innhente opplysninger om deres erfaringer med den bistand de har fått fra tjenesteytende instanser. Opplysningene vil bli innhentet gjennom intervju.

Prosjektet vil legge vekt på rehabiliteringsprosesser og hvordan disse forløper med hensyn til samhandlingen mellom de involverte tjenesteytende instanser. Målet for undersøkelsen er å finne faktorer som fremmer helhetlige rehabiliteringsprosesser gjennom samhandling mellom etater.

Alle som gir informasjon er med på frivillig basis. Det er kun undertegnede som vil ha tilgang til personidentifiserbare opplysninger. Informasjonen vil bare benyttes av undertegnede i forbindelse med forskningsprosjektet og vil således ikke kunne danne grunnlag for behandlingsmessige, administrative eller andre tiltak i prosessen. Alle opplysninger som registreres om deg vil bli behandlet konfidensielt og vil i prosjektperioden bli oppbevart aidentifisert.

Det vil på ethvert tidspunkt være mulig å trekke seg fra undersøkelsen og kreve den informasjonen en har gitt slettet. Senest ved prosjektslutt 31.12.2009 vil alle opplysninger i datamaterialet bli anonymisert.

Undertegnede ønsker opplysninger om følgende forhold:

- Opplysninger om din opplevelse av prosessen så langt, hva som har gått greit og hva som har vært problematisk.
- Din opplevelse av samarbeidet mellom de involverte tjenesteytende instanser.
- Hvilke tjenesteytere du har hatt kontakt med i løpet av prosessen.
- Tjenesteyternes opplevelse av prosessen
- Saksgang fra saken ble registrert i kommunen og til det forelå et bindende vedtak. Med saksgang menes hvordan selve prosessen foregår, hvem som blir kontaktet, hvor mye tid



som går med til møter, hvem som er tilstede på møtene, hvordan oppgavene blir fordelt mellom etatene, brukermedvirkning osv.

- Innholdet i enkeltvedtak

Dersom du gir samtykke til at undertegnede innhenter slike opplysninger fra deg og involverte tjenesteytere og bearbeider disse gjennom et forskningsprosjekt, ber jeg om at du skriver under på samtykkeerklæringen nederst i brevet.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

.....

Samtykke:

Jeg vil gi samtykke til å gi opplysninger, samt at Janne Breimo kan innhente opplysninger fra tjenesteytere, om forhold som beskrevet i punktene ovenfor. Forutsetningen er at jeg på ethvert tidspunkt kan trekke meg fra undersøkelsen og få opplysningene slettet, at opplysningene blir anonymisert etter at prosjektet er avsluttet og at alle opplysningene blir behandlet konfidensielt.

Samtykket er avgitt dato:.....

Navn.....

Min hovedveileder er Professor Johans T. Sandvin ved Avdeling for samfunnsfag, Høgskolen i Bodø, tlf. 75517631.

Jeg kan nås privat 97610424 og på jobb 75517425.

Med vennlig hilsen

Janne Breimo

Stipendiat

Hittil publiserte avhandlinger til PhD i sosiologi,  
Universitetet i Nordland:

Nr. 1 (2008)

Hanne Thommesen

Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose  
– om mennesker med uvanlige erfaringer.

ISBN: 978-82-92958-00-1

Nr. 2 (2009)

Arne Brinchmann

”Å holde ramma” – en sosiologisk undersøkelse av virksomhetsledernes  
økonomistyring i skolen og eldreomsorgen.

ISBN: 978-82-92958-01-8

Nr. 3 (2010)

Hilde Berit Moen

I spenningsfeltet mellom personlig identitet og sosiale prosesser - en studie av kvinners  
beretninger om opprinnelse og tilfriskning ved spiseforstyrrelser.

ISBN: 978-82-92958-02-5

Nr. 4 (2010)

Bjørge Mari Hannås

Den urolige kroppen. Unge og voksnes hverdagsliv og selvforståelse før og etter den diag-  
nostiske utredningen av ADHD.

ISBN: 978-82-92958-03-2