

# Masteroppgåve

Masterprogram i rehabilitering og habilitering

Mai 2020

## (Re)habilitering som definisjon

Ei analyse av innspel frå styresmakter, fagprofesjonelle og brukarar til ny definisjon i Forskrift for habilitering og rehabilitering

Kandidatnamn: Eli Flatland  
Emnekode: MAREH5900 Kull 2016

Tal på ord: 28612

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

# Forord

Etter to års arbeid med masteroppgåva, er det fleire eg vil takke for at målet vart nådd. Fyrst og fremst min rettleiar ved OsloMet Per Koren Solvang, for eit godt samarbeid frå start til slutt. Gode og konstruktive tilbakemeldingar har heile tida hjelpt meg vidare i arbeidsprosessen.

Så vil eg takke familie, og da særleg mor Åse Bjåland og sambuar Ånond Versto for tilrettelegging, støtte og barnepass slik at eg har fått arbeidsro til å jobbe med oppgåva.

Notodden kommune som arbeidsgjevar har gjennom dei fire åra med samlingsveker og masterseminar lagt til rette for at gjennomføringa var mogeleg, ved å innvilge permisjon.

Tone Bøhn har gjort ein grundig jobb med korrekturlesing, noko som var til god hjelp før ferdigstilling av oppgåva.

Biblioteka på Notodden og i Seljord har vist god service og vore svært hjelpsame med lån og fornying av bøkar. Heldigvis sette ikkje Koronasituasjonen heller ein stoppar for at oppgåva vart ferdig!

Eli Flatland

Flatdal, mai 2020

## Samandrag

**Bakgrunn** Gjennom den historiske utviklinga har synet på funksjonshemming og rehabilitering både internasjonalt og i Noreg utvikla seg frå eit medisinsk til eit samfunnsorientert perspektiv. Ein ser også ei helsepolitisk utvikling ved at stadig fleire aktørar medverkar i prosessar som er med på å forme rehabiliteringsfeltet. Representantar for både styresmakter, fagprofesjonelle og brukarar tar del i utviklinga.

**Hensikt** Hensikta med denne studien er å undersøkje korleis ulike tolkingar av (re)habilitering kjem til uttrykk i høyringsprosessen om ny norsk definisjon av habilitering og rehabilitering. På denne måten blir det synleg kva dei ulike aktørane legg vekt på innanfor (re)habilitering, og kva som skil aktørane.

**Materiale og metode** Det er nytta tekstanalyse av tekstane i høyringa. Tekstmaterialet består av totalt 104 høyringssvar frå ulike aktørar i tillegg til høyringsnotatet frå Helse- og omsorgsdepartementet som er nøkkeldokumentet i studien.

**Analyse, drøfting og konklusjon** Seks område trer fram som sentrale element i arbeidet med å bidra til definering av (re)habilitering i høyringsprosessen. For det fyrste eit tydeleg ynskje om to definisjonar, ein for habilitering og ein annan for rehabilitering, dette for å framheve forskjellane ved dei to fagområda. For det andre er det stor tilslutning til valet om å tydeleggjera i definisjonen at (re)habilitering omfattar meir enn berre fysisk funksjonsevne. Ved at også psykiske og sosiale faktorar vert teke omsyn til, framstår det som eit meir heilskapleg perspektiv. Det tredje området er brukarmedverknad som ansvarleggjering, og det er her det er størst skilnad mellom innspela til dei ulike aktørane. Her vart brukaren sin eigen innsats og eige ansvar for (re)habiliteringen vektlagt. Brukarane er skeptiske til det store ansvaret det vert antyda at dei skal ha. For det fjerde blir kunnskapsbasert praksis foreslege som ein del av definisjonen, og her blir føresetnadene for kunnskapen trekt fram som eit sentralt element. Det handlar om gode fagmiljø, formidling av kunnskap tilpassa den enkelte brukar, og avklaring av kven som har ansvaret for at praksisen er kunnskapsbasert. Det femte området handlar om at (re)habilitering vert sett på som ei samansett verksemd som krev ei tverrfagleg tilnærming. Her kjem det fram tydeleg kritikk av den delen av forslaget som opnar for om at monofagleg innsats også kan vera (re)habilitering. Siste området handlar om tidsavgrensing som eit avgjerande verkemiddel i (re)habiliteringsprosessen, spesielt med vekt på målsetjingsarbeid og evaluering av tiltak. Eit stort fleirtal av høyringsuttalane argumenterer for å halde på tidsaspektet i definisjonen av (re)habilitering.

**Emneord:** *Definisjon, rehabilitering, habilitering, høyring, brukarmedverknad*

## **Abstract**

**Background** The understanding of disability and rehabilitation, both internationally and in Norway, has developed over time from a medical to a socially oriented perspective. One can also see a political development in the increasing amount of agents participating in processes that shape the field of rehabilitation. Representatives of both governmental, professional expertise and clients participate in the development.

**Purpose** The purpose of the thesis is to study how different interpretations of (re)habilitation are expressed, by analysing the consultation papers from the public hearing concerning the new definition of habilitation and rehabilitation. This will reveal the focuses of the different agents within the field of (re)habilitation, and what distinguishes them.

**Material and method** The documents of the hearing are studied through text analysis. The text material consists of 104 consultation answers from different agents as well as the consultation paper from the Health and Care Ministry, the key paper in the study.

**Analysis, discussion and conclusion** Six areas emerge as central elements in the process of contributing to the definition of (re)habilitation in the hearing-process. Firstly, a clearly seen want for two definitions, one for habilitation and another for rehabilitation, in order to accentuate the differences between the two fields. Secondly there is much support to the decision to clarify in the definition that (re)habilitation concerns more than merely physical functioning. A more holistic perspective appears by also including mental and social aspects. The third area concerns client participation as responsibility. This is where we find the greatest divergence between the statements of the different agents. The clients' personal effort and responsibility for the (re)habilitation is emphasised. The clients are sceptical of the scale of responsibility suggested. Fourth, knowledge-based practice is suggested as part of the definition, and the conditions of the knowledge is emphasised as a central element. The emphasis is put on strong academic communities, the tailoring of the communication of knowledge to each client, and the clarification of who's responsibility it is that the practice is knowledge-based. The fifth area concerns the view on (re)habilitation as a complex process that is in need of an interdisciplinary approach. Here we see a clear criticism of the part of the proposed definition suggesting that mono-professional efforts can qualify as (re)habilitation. The last area concerns temporal limitation as a crucial tool in the process of (re)habilitation, focused in particular on goal-setting and evaluation. A large majority of the answers to the hearing argues to keep the temporal aspect in the definition of (re)habilitation.

**Keywords:** *Definition, rehabilitation, habilitation, hearing, client participation*

# Innholdsliste

1	Innleiing.....	7
1.1	Bakgrunn.....	7
1.2	Tidlegare norske definisjonar av (re)habilitering.....	9
1.3	Forslag til ny definisjon.....	10
1.4	Problemformulering.....	12
1.4.1	Underspørsmål til problemformuleringa.....	12
1.5	Tidlegare forskning.....	12
1.6	Studiens oppbygging.....	19
2	Teori.....	20
2.1	Rehabilitering: aktørgrupper, ulike samfunnsnivå og sentrale prinsipp.....	20
2.2	Samstyring.....	23
2.3	Brukarmedverknad på systemnivå.....	25
2.4	Interaksjonistisk perspektiv.....	27
2.5	Oppsummering.....	29
3	Metode og tekstmateriale.....	30
3.1	Tekstmaterialet.....	30
3.2	Framgangsmåte i analyseprosessen.....	32
3.3	Kvalitetssikring av materialet.....	35
4	Analyse.....	36
4.1	Generelt om aktørane.....	36
4.2	Omgrepa habilitering og rehabilitering.....	37
4.3	Vid forståing av funksjonsevne.....	42
4.4	Brukarperspektivet.....	45
4.5	Kunnskapsbasert praksis.....	48
4.6	Tverrprofesjonelt samarbeid.....	51
4.7	Tidsavgrensa prosessar.....	59
5	Drøfting.....	66

5.1	Eit tydeleg ynskje om to definisjonar.....	66
5.2	Tidsavgrensing som eit avgjerande verkemiddel.....	69
5.3	Tverrprofesjonelt samarbeid er kjernen i (re)habilitering.....	71
5.4	Føresetnadene for kunnskapsbasert praksis.....	74
5.5	Brukarmedverknad som ansvarleggjering.....	78
5.6	Samstyring og brukarmedverknad på systemnivå.....	79
6	Konklusjon.....	86
6.1	Svar på problemformuleringa.....	86
6.2	Metoderefleksjon.....	87
6.3	Framtidig forskning.....	88
	Litteraturliste.....	89
	Vedlegg.....	94

# 1 Innleiing

## 1.1 Bakgrunn

Rehabilitering har vore sett på som eit historisk konstruert felt påverka av aktørar i ulike posisjonar i samfunnet; politikarar, fagprofesjonelle og aktivistar. Kor stor innverknad dei ulike aktørane har hatt for utviklinga har variert gjennom ulike tidsperiodar, t.d. ut frå kva status dei har hatt (Feiring & Solvang, 2013).

Internasjonalt er det ulike syn på korleis rehabilitering skal definerast. Den historiske utviklinga av synet på funksjonshemming har lagt føringar for kva som vert vektlagt i rehabilitering, og difor også korleis rehabilitering har blitt definert. I grove trekk kan ein seie at det har vore ei utvikling frå ei medisinsk til ei meir sosial forståing av kva funksjonshemming er, både internasjonalt og i Noreg. Frå å sjå individet med funksjonshemming som eit resultat av skaden/sjukdommen, med medisinske og kroppslege tiltak i fokus, til å sjå det meir i ein sosial kontekst, der omgjevnadene til personen spelar ei sentral rolle for graden av funksjonshemming. Dette siste ser ein ved t.d. tilrettelegging av nærmiljøet i eit forsøk på å fjerne barrierar som verkar funksjonsnedsettande (Grue, 2012). Deltakingskomponenten har vore ein viktig faktor i måten vi forstår rehabilitering og korleis vi arbeider innanfor feltet i dag. Dette kjem mellom anna til uttrykk i den norske definisjonen frå St.meld. nr.21 (1998-1999), der eit av dei overordna måla med rehabilitering er «deltaking sosialt og i samfunnet». Dei sentrale spørsmåla i dag er kva som er kroppen sine basisfunksjonar, kva kroppen kan utføre og kva sosiale aktivitetar ein kan delta i (Solvang & Slettebø, 2012). Utviklinga innanfor rehabilitering, både internasjonalt og i Noreg, er viktig å lyfte fram for betre å forstå dei endringane som skjer i den norske definisjon av rehabilitering i dag.

Verdens helseorganisasjon (WHO) utarbeidde eit klassifiseringssystem av helse og funksjon på slutten av 1970-talet. Systemet vart publisert i 1980 og er i dag revidert til International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Før revideringa heitte det opphavlege systemet The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), noko som la vekt på det ein ser i den medisinske forståinga av funksjonshemming (Østensjø og Søberg, 2012). Denne medisinske vinklinga fekk mykje kritikk frå mellom anna dei funksjonshemma sjølve, ved at det vart trekt ei kausal linje frå patologi, til manglande deltaking i tydinga av funksjonshemming. ICF vart offisielt godkjend

av WHO i 2001, og hadde ein signifikant påverknad på tydinga av funksjonshemming og rehabilitering innanfor helse- og sosialtenester (Leplége, Barrol & McPherson (2015). Gjennom ICF vert funksjonshemming sett på som eit resultat av samspelet mellom individet, helsetilstanden til vedkomande, og dei fysiske og sosiale omgjevnadene gjennom aktivitet og deltaking, og kan difor sjåast på som ei kombinera biologisk-, psykologisk- og sosial tilnærming til funksjonshemming (Østensjø & Søberg, 2012; Feiring & Solvang, 2013). I tillegg blir ICF sett på som eit viktig bidrag i tydinga av rehabilitering som ei tverrprofesjonell verksemd (Østensjø & Søberg, 2012). ICF har fått stor tyding for forståinga av rehabilitering, sjølv om den ikkje direkte adresserar rehabilitering i sin modell av helse og funksjon. Det har likevel funne stad i ulike fagmiljø der ein har arbeidd med eksplisitt å definere rehabilitering.

Internasjonalt kan ein identifisere to nettverk som arbeider med å definere rehabilitering. Det eine perspektivet har ei helsevitskapeleg orientering, med fokus på funksjon som målet med rehabilitering. Definisjonen til WHO byggjer på denne tilnærminga. «A set of interventions designed to optimize functioning and reduce disability in individuals with health conditions in interaction with their environment» (WHO, 2017 i Feiring & Solvang, 2019, s. 277). Med definisjonen fylgjer ei anbefaling om å organisere rehabilitering som ein del av helsesektoren.

Heilt sidan 1960-talet har ein sett døme på meir vidtgripande definisjonar av rehabilitering, der eit tydeleg samfunnsvitskapeleg perspektiv trer fram. Hammel (2006) representerer dette synet, og presenterer fylgjande definisjon: «Rehabilitation is the process of enabling someone to live well with impairment in the context of his or her environment, and as such, requires a complex individually tailored approach» (Hammel, 2006, s. 8). Hammel poengterer at for mange personar med funksjonshemming handlar det om ein ny måte å leve livet på, og at ein avgrensa rehabiliteringsprosess ikkje alltid i slike tilfelle opplevast fullt ut meningsfull (Solvang, 2012). Definisjonen framhevar også tverrfagleg samarbeid, ved at tiltaka har ei kompleks tilnærming, tilpassa den enkelte brukar. I denne tilnærminga er ikkje organiseringa av rehabilitering innanfor helsesektoren like openbar som i avsnittet over, det kan like gjerne høyre til andre verksemder (Feiring & Solvang, 2019).



## 1.2 Tidlegare norske definisjonar av (re)habilitering

I Noreg har rehabilitering hatt ein sentral plass i norsk helse- og sosialpolitikk i etterkrigstida, men både tydinga av rehabilitering og innhaldet har endra seg over tid (Sandvin, 2012). I etterkrigstida vart det vi dag kjenner som rehabilitering karakterisera som medisinsk attføring (NOU 1980:47, 1980). Definisjonen var fylgjande:

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

Den tidlegare politikken hadde fokus på at funksjonshemming skyldast kroppslege forhold hos individet, og også at det var tenesteytarane som var hovudaktørar i å ”attføre” vedkomande. «Å hjelpe funksjonshemmede personer» indikerer dessutan ein passiv brukarposisjon, med hovudvekt på aktiv innsats frå tenesteytarane (Lunde, 2015). Definisjonen heng klart saman med den tidlegare medisinske forståinga av funksjonshemming. Frå 1960-talet skjer ei gradvis samankopling av medisinsk attføring, yrkesretta attføring og sosial attføring, mot ei samla verksemd. Den nye verksemda vart omtala som samfunnsorientera rehabilitering, med lokalsamfunnet som sin hovudarena (Lunde, 2015).

Sandvin peikar på at store endringar kom med den «nye» rehabiliteringspolitikken, med utgangspunkt i St.meld. nr.21 (1998-1999) *Ansvar og meistring* (vidare omtala som Rehabiliteringsmeldinga). I Rehabiliteringsmeldinga vart det i 1998 introdusera ein ny definisjon av habilitering og rehabilitering: «Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet» (St.meld. nr. 21 (1998-1999), 1999). Sidan dei to omgrepa habilitering og rehabilitering vert definert felles i definisjon, vil dei to omgrepa vidare i studien bli omtala som (re)habilitering. Denne definisjonen saman med modellen av helse og funksjon i klassifiseringssystemet ICF vert sett på som eit sosialt vendepunkt (Solvang & Slettebø, 2012; Lunde, 2015). Det er ei dreining kor brukaren har større innverknad på eigen

(re)habiliteringsprosess, og sosial deltaking som ein viktig komponent i (re)habiliteringsprosessen. Med deltakingskomponenten fylgjer det at kvart individ høyrer til fellesskapet, og i den samanheng er universell utforming eit sentralt tema. Målet er like moglegheiter for deltaking, til tross for nedsett funksjonsevne (Lid, 2012). Sandvin (2012) poengterer også at med den «nye» politikken vart merksemda flyt frå bestemte innsatsar, til tverrprofesjonelt og tverretatleg samarbeid for å støtte individuelle prosessane. Det skulle nå forståast som ei profesjonsnøytral verksemd (Lunde, 2015). (Re)habilitering skulles forståast som ein prosess, meir enn bestemte innsatsar. På denne måten må ein forstå (re)habilitering som noko som skjer *mellom* aktørane, med fokus på koordinering og samhandling ut frå brukarens mål (Sandvin, 2012).

Definisjonen av (re)habilitering som kom med Rehabiliteringsmeldinga, har hatt stor innverknad på både tenestenivå og i forskingsfeltet (Solvang, 2019). Den norske definisjonen er del av ei forskrift, Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Forskrifta- med definisjonen av (re)habilitering betyr mykje for aktørar i praksis, og forskrifta er til for å sikre at personar som har behov for bistand får den hjelpa han/ho har rett til (Forvaltningsloven, 1967).

### **1.3 Forslag til ny definisjon**

Den norske definisjonen av (re)habilitering vart endra i 2018. Formålet med endringa var at brukarperspektivet skulle koma tydelegare fram. Dette ved å tydeleggjera i definisjonen at det er brukarens eigne mål som skal ligge til grunn ved utforming av tilbodet til den enkelte. Det skulle også koma tydelegare fram at (re)habiliteringsprosessar både kan vera tidsavgrensa og av livslang varigheit. Og til sist at behovet for tverrprofesjonelt samarbeid og koordinering kan variere over tid i eit forløp (Regjeringen, 2017).

Hausten 2017 utarbeidde Helsedirektoratet på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) eit forslag til ny definisjon. I framlegg til ny definisjon har HOD lagt til grunn innspel frå både fagfeltet og frå brukarorganisasjonar, og har også henta element frå den danske definisjonen (Regjeringen, 2017). Forslaget til den nye definisjonen var fylgjande:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene.

Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (Regjeringen, 2017, høringsnotat, s. 5).

Forslaget vart lagt ut på høyring. Dette for at innbyggjarar, organisasjonar og næringsliv skal få seie si meining og kunne ha oversikt over kva forvaltninga gjer og korleis ho utfører oppgåvene sine. Føremålet med ei høyring er altså at forvaltninga skal opplyse saker så godt som mogeleg, før avgjersler vert fatta (Regjeringen, 2019). HOD inviterte til høyringsmøte den 5.januar 2017 (i forkant av høyringsrunden) for å få innspel frå brukerar og fagmiljø. Deltakande på møtet var eit breitt spekter av brukarorganisasjonar, og representantar frå fagprofesjonar og forskingsmiljø. Innspel frå ulike aktørar vart diskutert og teken med i Departementet sitt utkast til det nye framlegget til definisjon. Formuleringa av definisjonen vart sendt på høyring 7.september 2017 med frist for innspel 9.november 2017.

Høyringsfristar (generelt) er under tre månader og aldri mindre enn seks veker. Dersom høyringar fører med seg vesentlege endringar i saken, skal saka sendast ut på nytt, men som avgrensa høyring med kortare tidsfrist (Fimreite & Grindheim, 2007). Departementet bad i høyringa om uttale frå alle aktørar med meiningar knytt til det nye forslaget til definisjon av (re)habilitering, i ei open høyring (Regjeringen, 2017).

I høyringsprosessen rundt det nye definisjonsforslaget kom det inn mange innspel frå ulike aktørar i helse- og sosialfeltet, til saman 104 svar. HOD som ein myndigheitsaktør legg fram saken på høyring, og fungerer som avsendar. Så har eit variera utval i samfunnet kome med engasjerte høyringssvar, mellom anna frå ulike fagprofesjonar som representerer viktige fagorganisasjonar, sentrale brukarorganisasjonar, og kommunar som utgjer ein eigen politisk og administrativ einig innan staten. I artikkelen til Solvang, Hanisch & Reinhardt (2016) lyfter dei fram tre sentrale aktørar innan rehabiliteringsfeltet; styresmakter, fagprofesjonelle og brukarar. I høyringa er alle desse tre aktørgruppene representert. I høyringsuttalane blir det diskutert korleis ein skal forstå og definere (re)habilitering i norsk styring og praksis.

## 1.4 Problemformulering

I denne studien skal eg undersøkje korleis ulike tolkingar av (re)habilitering kjem til uttrykk, ved å analysere tekstane i høyringsprosessen om ny norsk definisjon av habilitering og rehabilitering.

### 1.4.1 Underspørsmål til problemformuleringa

- Kva viser høyringsprosessen om korleis ulike aktørar forstår (re)habilitering?
- Korleis trer skilnadar om kva som blir vektlagt i (re)habilitering mellom styresmakter, fagprofesjonelle og brukarar fram i høyringa?

## 1.5 Tidlegare forskning

I tidlegare forskning har eg valt å fyrst presentere eit internasjonalt perspektiv i utviklinga av rehabilitering, for deretter å gå over til forskning innan norsk rehabiliteringspolitikk. Det som vert lagt fram i dei fylgjande avsnitta, er eit bidrag til å underbyggje tematikk som er framlagd innleiingsvis, og tydeleggjera relevant forskning innan feltet.

Internasjonalt ser ein at definisjonen av rehabilitering legg vekt på eit helsepolitisk samarbeid. Leplége, et al. (2015) i antologien *Rethinking rehabilitation*, tydeleggjer helsepolitisk at WHO har spela ei viktig rolle i å definere rehabilitering. Det vert tydeleg at utviklinga av den samfunnsorienterte forståinga av rehabilitering har vore og framleis står sentralt. Leplége et al. (2015) går grundig gjennom den historiske utviklinga i forståinga av omgrepet funksjonshemming. Den sosiale og politiske tilnærminga til omgrepet funksjonshemming, støtta av den sosiale rørsla av funksjonshemma personar på slutten av 1900-talet, har utfordra den medisinske dominansen i forståinga. Historisk har det har blitt utvikla ei rekke rammeverk og modellar i forståinga av funksjonshemming. Særleg sentralt står WHO sin utvikling av ICF, ein klassifiseringsmodell av ulike komponentar innan helse. Modellen er interaktiv, ved at den opererer med eit samspel mellom den sosiale og den individuelle tilnærminga (Leplége et al., 2015). Leplége et al. (2015) gjev eit bidrag til å forstå samanhengar om korleis vi forstår rehabilitering i dag, som ei samfunnsorientera verksemd, kor den medisinske dominans har blitt utfordra. Det er eit aktuelt aspekt også ved denne studien, og sjå kva dei ulike aktørane legg vekt på i høyringsprosessen. Det fortel noko om kva (re)habilitering i dag bør innehalde, frå ulike aktørar sitt perspektiv.

Dei norske forskarane Feiring & Solvang (2013, 2019) har i to studiar gjeve bidrag til analyse av korleis rehabilitering blir forstått med eit internasjonalt referansepunkt. Feiring & Solvang (2013) undersøker viktige trekk ved endringsprosessane i rehabilitering. Feltanalyse er nytta som metode, for å sjå nærare på tilhøvet mellom medisin og samfunnsfag innan rehabilitering. Tekstmaterialet i studien er utvalde politiske dokument og vitenskaplege tekstar. Nykkeltøkane er to diskusjonar på overnasjonalt nivå: Om medisinske og sosiale modellar for definerings av funksjonshemming, og om klassifiseringssystemet ICF og forløparen ICIDH. Forskarane antar i studien at det har skjedd ei dreining frå ei medisinsk og individualistisk orientering innan rehabilitering (ortodoksi), til ei meir samansett forståing av rehabilitering der aktivisme, medisinske- og samfunnsvitenskapleg verksemd samt politisk styring verkar saman i utviklinga av feltet (heterodoksi) (Feiring, 2012a). I analysearbeid til Feiring & Solvang (2013) vert mellom anna ulike posisjonar i det sosiale rom trekt fram. Dei er særleg opptekne av den kulturelle kapital i forhold til fagleg kompetanse og bakgrunn, og korleis det kan legge føringar når ein definerer eit fagfelt som rehabilitering. «I dette perspektivet kan rehabilitering beskrives som et felt der ulike vitenskaplige- og faglige posisjoner forhandler om myndighet til å definere et fagfelt». (Feiring & Solvang, 2013, s. 75). Artikkelen viser at noko som kjenneteiknar rehabiliteringsfeltet i dag er at tradisjonelt lågt posisjonerte aktørar i kunnskapsproduksjon, som brukarar og representantar for helse- og sosialforvaltninga har fått ei relativt stor definisjonsmakt i etableringa av nye helse- og samfunnsorienterte perspektiv på rehabilitering (Feiring & Solvang, 2013, s. 81). Dette perspektivet vil vera relevant å ha med inn i analysearbeidet i min studie, ved å identifisere om enkelte aktørar har meir makt samanlikna med andre. Dette heng også saman med kva posisjon dei har innan feltet frå før, og korleis dei fremjar sine interesser i høyringssvaret.

Solvang & Feiring (2019) studerer korleis rehabilitering blir definert, internasjonalt, innan høgare utdanning. For å kunne utfylle eksisterande kunnskap om korleis tverrprofesjonell praksis innan rehabilitering vert forstått i pedagogiske miljø, vert studieprogram som har omgrepet «rehabilitering» i tittelen bli inkludera. Solvang & Feiring (2019) analyserer læreplanar for rehabiliteringsprogram ved høgare utdanningsinstitusjonar, basert på tekst som er publisert på universiteta sine nettsider. Studien tek føre seg både bachelor-, master- og doktorgradsprogram, i alle dei skandinaviske landa, Storbritannia og Tyskland. Dei tre mest sentrale profilane som trer fram i samansettinga av dei ulike studieprogramma er fysioterapi, tverrfaglegheit og utdanningsvitenskap. Desse tre områda fortel noko om forståinga av rehabilitering gjennom læreplanane i dei utvalde landa. Men det ser ut til å vera nasjonale

variasjonar i læreplanane innan rehabilitering. Til dømes i Storbritannia er kurs innan idrettsfysioterapi inkludera i rammene for rehabilitering, mens i Skandinavia er tverrfagleg samarbeid ein tydeleg trend, som skil seg frå både Storbritannia og Tyskland. Samanfatta ser ICF ut til å vera ein felles plattform innanfor det store utvalet av rehabiliteringsstudiar. I dei fleste studieprogramma vert ICF sett på som ein viktig modell av helse og funksjon, og som eit nyttig kartleggingsverktøy, og utgjer ein del av den kompetansen studenten vil få styrka gjennom studiet (Solvang & Feiring, 2019). Eit særleg interessant funn er korleis tverrprofesjonelt samarbeid skil seg ut som eit sentralt element innan høgare utdanning i Skandinavia. Det bidreg til å underbyggje kor sterkt tverrprofesjonalitet står innan rehabilitering i desse landa. Korleis dette tema kjem til uttrykk i den nye definisjonen av (re)habilitering, vil vera relevant å undersøkje i analysen av høyringsdokumenta.

Det har vore gjort fleire studiar om norsk utvikling innan rehabiliteringspolitikk, både i forhold til politisk styring og den norske definisjonen av (re)habilitering. Som det kom fram innleiingsvis har WHO som organisasjon spela ei sentral rolle innan internasjonal helsepolitisk når det gjeld defineringa av rehabilitering. Innan norsk (re)habiliteringspolitikk, har styresmaktene ei sentral rolle gjennom politisk styring, og fagprofesjonelle og brukarar møter politisk vedtak gjennom forskrifter og retningslinjer (Solvang, 2019). I dei komande avsnitta vil studiar av norsk (re)habiliteringspolitikk bli presentert, mellom anna overgangen frå den gamle til den nye (re)habiliteringspolitikken som kom med Rehabiliteringsmeldinga. På den måten får ein eit innblikk i kva endringar som var i fokus den gongen, og har eit samanlikningsgrunnlag for endringane som finn stad i denne studien.

Studien til Feiring (2012b) undersøker på kva måte norske politiske reformer omdefinierer rehabiliteringsfeltet som kunnskapspraksis- ved hjelp av ulike styringsverktøy. Styringsverktøy er reguleringar som offentlege styresmakter har sett i verk, t.d. ved innføring av nye lovar. Feiring (2012b) nyttar dokumentanalyse og kritisk vurdering av utvalde politisk dokument som metode. For å undersøkje overgangen frå politisk til offentleg handling, frå tradisjonell styring til nye styringsverktøy, og frå monofagleg til fleirprofesjonell praksis, vert utvalde politiske dokument nytta, både av eldre og nyare dato. Utvalde Stortingsmeldingar er nytta for å forstå korleis rehabiliteringspolitikken har utvikla seg i Noreg, fram til dagens praksis.

Særleg relevant for denne studien, er diskusjonen kring korleis dynamikken mellom politikk, administrasjon og profesjonell praksis i rehabiliteringsfeltet har blitt meir samansett. Og det kan trekkjast parallellar til samspelet mellom ulike aktørar som finn stad i høyringa til den nye definisjonen av (re)habilitering. Kompleksiteten i utviklinga- handlar om at stadig fleir aktørar på tvers av sektorar og nivå er involverte i utvikling av (re)habilitering. På den eine sida er det innført nye styringsverktøy, som t.d. lov om Individuell Plan (IP) og koordinerande einingar i kommunane. På den andre sida ser ein at kunnskapsproduksjon er meir samanvevd og kompleks enn tidlegare, kor fleire ulike aktørar er involvera (Feiring, 2012b). Noko som kan koplant til det Solvang (2012) karakteriserer som eit fagleg kryssfelt. At (re)habilitering trer fram som eit skjeringpunkt mellom fag, forvaltning og personar med funksjonshemming (Solvang, 2012, s. 79-80).

Artikkelen til Breimo, Sandvin & Lunde (2014), analysere dei spenningane som finst i rehabiliteringsfeltet i dag- ved bruk av Pierre Bourdieus feltomgrep som teoretisk verktøy. Empirien som dannar utgangspunkt for analysen- er to doktorgradsprosjekt som baa omhandlar korleis rehabilitering blir organisert rundt om i kommunane (Lunde, 2015; Breimo 2012). Studien til Breimo et al. (2014) identifiserer spenningane mellom dei «gamle» og dei «nye» rehabiliteringsprofesjonane, då fleire yrkesgrupper enn tidlegare er ein del av feltet. I tillegg har det ført til spenningar internt i tradisjonelle profesjonar, då det stadig blir større fokus på samordning og koordinering av tenestane. Fleire aktørar har blitt involverte i rehabilitering- utan at ansvarsforholda er vesentleg endra. Dette har vore med på å gjera verksemda vanskelegare å avgrense organisatorisk. Ny politikk som kom med Rehabiliteringsmeldinga med innføring av Individuell plan (IP) og koordinerande einingar i kommunane, introduserer nye roller innan (re)habilitering, som er med på å utfordre tradisjonelle rehabiliteringsaktørars hegemoni. På bakgrunn av denne vide og til dels uklare avgrensinga også av korleis ein skal forstå (re)habilitering, opnar det opp for både faglege og organisatoriske spenningar i feltet. På den eine sida er årsaken at aktørane ikkje nødvendigvis ser seg sjølv som ein del av (re)habiliteringsfeltet, noko som fører til fråskriving av ansvar. På den andre sida rammast verksemda ved at t.d. konkurranse og konflikstar kan gjera koordinering av tenestar og felles mål vanskelegare. Studien peikar på at stadig fleire yrkesgrupper er ein del av (re)habiliteringsfeltet, noko som fører til både utfordringar med organisering og spenningar i feltet som nemnt ovanfor. Ein kan sjå fleire av dei same spenningane i høyringsprosessen når definisjonen av (re)habilitering skal endrast. Særleg interessant er korleis enkelte meir tradisjonelle yrkesgrupper har ein sterk posisjon i feltet,

samanlikna med «nye» rehabiliteringsprofesjonar som ikkje har vore del av (re)habiliteringsfeltet så lang tid. Eit døme på tradisjonelle yrkesgrupper er knytt til det medisinske feltet, som legar og fysioterapeutar. Mens yrkesgrupper som høyrer til dei nyare (re)habiliteringsprofesjonane er knytt til det sosialfaglege og pedagogiske felt, som t.d. sosionomar og spesialpedagogar (Breimo et al., 2014).

Studien til Lunde (2015), som er den eine av dei to Breimo et al. (2014) byggjer på, har som mål å undersøkje korleis nasjonal politikk på eit velferdsområde som rehabilitering blir motteke og omsett i kommunen under ulike lokale føresetnader. Av relevans for problemformuleringa knytt til denne studien, er særleg tema om rehabiliteringshistorie- og politikk. Lunde (2015) samanliknar mellom anna kva spenningar ein kan identifisere i overgangen frå gamal til ny rehabiliteringspolitikk. Med «gamal» politikk ser ho på perioden frå 1980-1997 der verksemda vart kalla medisinsk attføring. «Ny» politikk er i perioden frå 1998-2008, der omgrepa habilitering og rehabilitering vart teken i bruk. Tabellen illustrerer kva som vart endra på frå gamal til ny politikk, men fokus retta mot kommunen.

Tabell 1

*Sentrale endringar frå «gamal» til «ny» rehabiliteringspolitikk*

<b>Element</b>	<b>Gamal politikk (1980-1997)</b>	<b>Ny politikk (1998-2008)</b>
Nemning	Attføring	Habilitering og rehabilitering
Målgruppe	Smal og brei	Brei
Mål	Funksjonsforbetring, livskvalitet	Deltaking
Arena	Tenestekontor	Kommune
Orientering	Medisinsk, sosial og yrkesretta	Heilskapleg
Retningsgivar	Behov	Mål
Primær aktør	Tenesteytar	Brukar
Primær yrkesgruppe	Fysioterapeut, (lege)	Profesjonsnøytral
Innhald	Faglege tiltak	Pedagogisk rettleiing
Organisering	Sektorprinsipp	Koordinering
Handlingskoordinering	Arbeidsdeling, avklaring og ansvar	Samarbeid, nettverk



Tydeleg i spenninga mellom gamal til ny rehabiliteringspolitikk, er mellom anna at det overordna føremålet er endra frå fokus på funksjonsforbetring og livskvalitet til deltaking sosialt og i samfunnet. Dette styrkjer også tydinga av lokal forankring innan rehabilitering. Hjelpa har blitt profesjonsnøytral og fokuset har skifta frå bestemt innsats til tverrprofesjonelt samarbeid. Ingen fagleg innsats er rehabilitering i seg sjølv, noko som skil seg frå den gamle politikken. I heilskapleg rehabilitering skal også individet stå i sentrum. Den nye politikken er ambisiøs på brukar sine vegne, da brukaren sin kunnskap og brukar sine egne mål, ynskje og behov skal vera styrande for den individuelle rehabiliteringsprosessen. Rehabilitering som ein individuell prosess er kjernen i den nye politikken, og element som trer tydeleg fram er brukarmedverknad, individualisering, koordinering og deltaking (Lunde, 2015). Breimo et al. (2014) tydeleggjer desse trekka i utviklinga av rehabilitering ved å understreke at viktige prinsipp var heilskap, samarbeid og brukarmedverknad. Enkeltinnsats utarbeidd for spesifikke sjukdomsgrupper, skulle ikkje lengre kunne kallast rehabilitering. No skulle rehabilitering bli forstått som planlagd og systematisk samarbeid mellom tenesteytarar for å assistere brukaren i hans eller hennar innsats for å nå egne mål (Breimo et al., 2014, s. 16).

Normann, Sandvin & Thommasen (2008) undersøker forholdet mellom omgrepa habilitering og rehabilitering, på bakgrunn av at dei to omgrepa har fått ein felles definisjon i Rehabiliteringsmeldinga. Sidan HOD har valt å vidareføre ein felles definisjon for habilitering og rehabilitering også ved endringa i 2018, er dette synspunkt det vil vera relevant å undersøke i høyringa knytt til ny definisjon av (re)habilitering. Rehabiliteringsmeldinga viser til at definisjonen skal verke som ein overordna vegvisar for alle aktørar som bidreg til å gje nødvendige bistand til brukar sin eigen innsats. På dette måten forstår Normann et al. (2008) at årsaken til ein felles definisjon er at både habilitering og rehabilitering må ta utgangspunkt i det enkelte individ sine behov og preferansar, og at innhaldet på denne måten vil vera forskjellig frå person til person. I dette perspektivet er det ingen prinsipiell forskjell mellom habilitering og rehabilitering. Når det likevel er valt å oppretthalde eit skilje mellom dei to omgrepa, må det byggje på at innhaldet i dei to omgrepa er ulikt (Normann et al., 2008).

Solvang (2019) ser mellom anna på korleis definisjonen av rehabilitering har utvikla seg i Noreg, samanlikna med Danmark. Samanlikning med den danske definisjonen, syner forskjellar på fleire punkt. Den danske definisjonen nyttar borgaromgrepet framfor brukar, dei nemner dei pårørande, og dei vel å definere rehabilitering som tidsbestemt- og ikkje tidsavgrensa som i den tidlegare norske definisjonen. I omgrepet tidsbestemt ligg det at det

vert avtala tid for evaluering, men i forhold til tidsavgrensa verkar det meir opent for at rehabiliteringsprosessen kan fortsetje vidare. I den danske definisjonen er også kunnskapsbaserte tiltak nemnt. Da HOD i 2017 kom med framlegg til ny norsk definisjon, kan ein trekkje fleire parallellar til den danske.

Solvang (2019) poengterer også at dersom ein skal kunne peike ut eit nøkkeltema innan rehabilitering i dag, vil det vera samhandling. Samhandling mellom tenestebrokerar og tenesteytarar, samhandling mellom profesjonelle, og samhandling mellom organisasjonar (til dømes mellom spesialisthelsetenesta og kommunen). I fyrstnemnte form for samhandling, trer møtet mellom livsverda og systemverda fram. «I dette møtet oppstår ei spenning mellom brukars kvardagsliv og profesjonelle sin forvaltning av faglege retningslinjer og byråkratiske regelverk» (Solvang, 2019, s. 59). I det nye definisjonsforslaget til HOD frå 2017 ser styresmaktene ut til å stille høgare krav til personar med funksjonshemming enn tidlegare, eit krav til brukaren som ein reflektert og målretta aktør (Solvang, 2019). I kapitlet om politikk i boka til Solvang (2019) finn ein det fyrste bidraget til ei publisera analyse av den nye definisjonen av (re)habilitering. Tema som t.d. samhandling og brukarens rolle i (re)habilitering vil vera svært aktuelle tema i analyse i denne studien.

Studiane som er presentera over handlar i stor grad om utvikling av (re)habilitering på eit systemnivå. Synleggjering av kva krefter som verkar inn på defineringa av rehabilitering og som er med på å forme kva rehabilitering både internasjonalt og i Noreg skal innebera. Fleir av studiane ser på korleis feltet har utvikla seg historisk, og det som går igjen er særleg at rehabilitering har blitt er meir kompleks og samansett verksemd, på tvers av ulike profesjonar, men også mellom ulike aktørar i samfunnet. Dette har ført til at stadig fleire ulike aktørar i samfunnet er involvera i defineringa av rehabilitering.

Målet med denne studien er å sjå på korleis ulike tolkingar av (re)habilitering kjem til uttrykk når den norske definisjonen no er i endring. Dette vert eit bidrag til kunnskap om kva for spenningar ein kan identifisere, internt og mellom dei ulike aktørane som har kome med innspel i høyringsprosessen. Høyringsprosessen er særleg interessant å undersøkje fordi ulike aktørar har uttala seg i same kontekst. Dei har alle uttala seg innan same tidsperiode, og innanfor dei same rammene som høyringa inneber.

## 1.6 Studiens oppbygging

Masteroppgåva er dela inn i seks kapittel. Innleiinga (kapittel 1) rammar inn val av tema, studien sin kontekst, presentasjon av problemformulering med tilhøyrande spørsmål, og til sist ein gjennomgang av tidlegare forskning som er relevant for studien. Teorikapitlet (kapittel 2) opnar med ein presentasjon av Rehabiliteringsmatrisa, for å ramme inn dei prosessane som vert undersøkt. Vidare gjer eg reie for teori om samstyring og brukarmedverknad på systemnivå, samt trekkjer fram sentrale element innan (re)habilitering. Avslutningsvis i teorikapitlet vert det interaksjonistiske perspektivet presentert. Metodekapitlet (kapittel 3) gjev ein oversikt over tekstmaterialet, etterfylgjande av ein gjennomgang av framgangsmåten i analysearbeidet. Analysen (kapittel 4) vert presentera etter tema, med innspel frå ulike aktørar til kvart tema. Drøftinga (kapittel 5) inneheld drøfting av funn frå analysen, og konklusjonen (kapittel 6) svarer på problemformuleringa i studien og gjev forslag til vidare forskning.

## 2 Teori

Teorikapittelet opnar med ein presentasjon av Rehabiliteringsmatrisa, med det formål å ramme inn dei prosessane som vert undersøkt i studien. Deretter følgjer teori om samstyring og brukarmedverknad på systemnivå, prosessar som går føre seg primært på makronivå sett ut frå matrisa. Hovudelement innanfor (re)habilitering er neste avsnitt, der sentrale trekk ved (re)habiliteringsverksemd vert trekt fram. Her vektleggjast mikro- og mesonivå som er den verksemda som definisjonen skal bidra til å regulere. I det avsluttande avsnittet av kapittelet vert det Interaksjonistiske perspektivet presentert. Det fungerer som eit overordna perspektiv i studien, og sidan det er kopla opp mot relevante sider ved tekstanalyse som metode, er det plassert i slutten av kapittelet.

### 2.1 Rehabilitering: aktørgrupper, ulike samfunnsnivå og sentrale prinsipp

For å ramme inn prosessane som vert undersøkt i studien, vil Rehabiliteringsmatrisa (Solvang, Hanisch & Reinhardt, 2016) bli nytta. Matrisa har to funksjonar i denne studien.

For det fyrste identifiserer den tydeleg dei tre aktørgruppene som står sentralt i forhold til problemformuleringa. For det andre illustrerer den på kva kunnskapsnivå høyringsprosessen går føre seg, og på kva nivå dei ulike tema som vert diskutert i høyringa plasserer seg. Til sist i 2.1 vil sentrale element innan (re)habilitering bli presentera: Rehabilitering i eit heilskapleg perspektiv, målsetjing og tverprofesjonelt samarbeid.

Rehabiliteringsmatrisa i *The rehabilitation research matrix* (Solvang, et al., 2016), gjev altså eit godt bilete av kven som er med på utvikling av (re)habiliteringspraksis og på kva nivå i samfunnet utviklinga skjer. Matrisen (tabell 1) viser ei inndeling av ulike samfunnsnivå (mikro, meso og makro), og korleis dei tre aktørane (brukarar, fagprofesjonelle og styresmaktene) medverkar i utviklinga av (re)habilitering. Dei tre nøkkelaktørane er altså fagprofesjonelle (forskarar og profesjonelle innanfor helse- og sosialfag), styresmakter (politiske aktørar innan feltet) og brukarar (individ som lever med funksjonshemming) (Solvang et al., 2016). Høyringssvara er eit døme på aktivitetar som blir ramma inn av dei ulike cellene i matrisa.

Tabell 2

*Aktører på ulike samfunnsnivå innan utvikling av (re)habiliteringspraksis*

<b>Aktører</b> <b>Nivå</b>	<b>Pasient/brukar</b>	<b>Fagprofesjonelle</b>	<b>Offentlege styresmakter</b>
<b>Mikro</b>	Individuelle opplevingar i dagleglivet som er relevante i (re)habilitering (1)	Kartlegging og funksjonsvurdering av pasient/brukar. Kva tiltak verkar i (re)habiliteringa (2)	Forventar eigenomsorg og sterk arbeidsmoral (3)
<b>Meso</b>	Engasjere seg som brukarrepresentant (4)	Organisering av sjukehus, lokale rehabiliteringseiningar (5)	Promotere kostnadseffektive og tilgjengelege tenestar (6)
<b>Makro</b>	Organiserte brukargrupper fungerer som rådgjevande organ (7)	Fagorganisasjonar som forhandlar om lovgjeving, og utvikling av helsepolitikk (8)	Sikre demokratisk grunnlag for vedtak og rettferdig fordeling av tenestar (9)

Mest relevant for undersøking i denne studien, er knytt til cellene 6, 7, 8 og 9, på meso- og primært på makronivå. Innhaldet i cellene er døme på praksisformer som vert ramma inn av dei. Celle 6 (mesonivå) tek føre seg korleis offentlege styresmakter arbeider for å auke tenestenes effektivitet og tilgjenge for brukarane. Denne tematikken vert adressera i høyringsbrevet og høyringsnotatet, der HOD legg fram endringar og kvifor dei vel å endre definisjonen på denne måten. Celle 7 (makronivå) representerer personar med funksjonshemming som arbeider på eit nasjonalt styringsnivå gjennom ulike organisasjonar. Dei fungerer som rådgjevande organ og frontar viktige saker for ulike grupper med funksjonshemming, til dømes høyringssvar frå Cerebral pareseforening. I celle 8 (makronivå) finn vi fagprofesjonelle som arbeider i ulike organiserte fagfelleskap for å påverke helse- og sosialpolitikk på eit nasjonalt nivå. I denne studien vil dette vera t.d. høyringssvar frå Norsk kiropraktorforeining. Celle 9 handlar om at offentlege styresmakter skal sikre demokratisk grunnlag for vedtak og rettferdig fordeling av tenester (Solvang et al., 2016). Gjennom høyringsprosessen, ved å inkludere ulike aktører før stadfesting av den nye definisjonen, sikrar styresmaktene nettopp dette. Det som vert diskutera i høyringa, som også

vil danne utgangspunkt for å svare på problemformuleringa i studien, plasserer seg på mikro- og mesonivå i matrisen.

Da Rehabiliteringsmeldinga kom i 1998, *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk* (St.meld. nr. 21 (1998-1999)) representerte det som eg har vore inne på tidlegare ein overgang frå gamal til ny (re)habiliteringspolitikk. Kravet om eit heilskapeleg perspektiv innebar mellom anna å trekkje inn heile livssituasjonen til brukaren, ikkje berre funksjonsnivå og hjelpemiddeltilpassing (Lunde, 2015, s. 39-40). Internasjonalt er det mykje forskning omkring omgrepet pasientsentrera praksis (*patient centred practice*), og kan fungere som ei operasjonalisering av eit heilskapeleg perspektiv. Litteraturen kan summerast i tre dimensjonar, som belyser kva som er viktig for medverknad i relasjonen mellom fagprofesjonell og klient. Det fyrste går på respekten for brukaren, å lytte til vedkomandes perspektiv. Brukaren skal bli sett på som ein alliera for den fagprofesjonelle i å oppnå felles mål. Den andre dimensjonen handlar om å myndiggjering av brukaren. Det vil seie at bidra til at pasient blir ein aktør i eige (re)habiliteringsprosess, ved å ha tilgjenge på kunnskap og kjenne seg som ein nøkkelaktør i (re)habiliteringsinnsatsen. Den tredje dimensjonen går ut på å sjå brukaren i eit heilskapeleg perspektiv. Ikkje berre sjå kjenneteikn på diagnosen og behandlingstiltak, men sjå heile mennesket med sin personligdom og livsverden (Solvang, 2019).

Målsetjing og evaluering av måla er eit sentralt element innan (re)habilitering. Mål er med på å styre prosessen dit ein ynskjer, ved å skape framdrift i form at meining og motivasjon for brukaren. Målsetjing vert definert som «en ønsket fremtidig situasjon som skal oppnås av en person med funksjonsnedsettelse som resultat av rehabiliteringsinnsatser» (Levack & Siegert, 2014, i Solvang, 2019). Brukaren (eller pårørande) fortel om vedkomande sitt liv, og ut frå forståinga av situasjonen bidreg den fagprofesjonelle med avgrensa mål for (re)habiliteringsprosessen. Eit mykje bruka kriterium for kvalitet i målsetjing er SMART-kriteria, at måla skal vera spesifikke, målbare, aktuelle, realistiske og tidsavgrensa (Wade, 2009). Forsking viser at det å setje mål verker positivt på opplevd livskvalitet og velvære. Enkelte forskarar, t.d. Karen Hammel argumenterer for at eit mål kan vera meir enn berre «betring av fysiske funksjon», då dette ofte fortel lite om livskvaliteten. Ho hevdar at eit mål også kan vera å glede seg over livet (Solvang, 2019).

I utviklinga av rehabilitering som eg presenterte innleiingsvis, har verksemda involvert stadig fleire yrkesgrupper. Dette har ført til eit auka fokus på samarbeidet mellom aktørane.

Tverrprofesjonelt samarbeid er ifylgje Hagland & Solvang (2012) den mest omtalte samarbeidsforma, både internasjonalt og i Noreg. Det har primært vore operert med tre ulike former for samarbeid. I tillegg til tverrprofesjonelt samarbeid, har ein også fleir- og transprofesjonelt samarbeid, eller tverr- og fleirfagleg samarbeid. *Fleirprofesjonell praksis*, handlar om at aktørane arbeidar på eiga hand, men med oppgåver som er felles.

*Tverrprofesjonell praksis*, som truleg er den mest bruka forma, kor aktørane arbeidar tett saman om felles mål. Og til sist *transprofesjonell praksis*, kor den felles oppgåva trer fram som fagleg fellesnemnar. Der det ikkje er så tydeleg lengre om det til dømes er fysioterapeut, ergoterapeut eller sjukepleiar som utfører oppgåvene (Solvang, 2019). I denne studien vil eg hovudsakleg nytte omgrepet tverrprofesjonelt samarbeid, då det er ulike profesjonars samarbeid som er i fokus. Men eg vil særleg i analysekapitlet også omtale det som tverrfagleg samarbeid, då det er formuleringa som både HOD, og fleirtalet av aktørane nyttar i høyringssvara. Hagland & Solvang (2012) poengterer at tverrfagleg viser til relasjonar mellom vitskapelege fag eller disiplinær som t.d. matte og fysikk. Mens når det er tale om profesjon, er kvar enkelt profesjon sin kunnskapsbase sett saman av vitskapeleg kunnskap frå fleire fagfelt og av praktisk kunnskap (Hagland & Solvang, 2012).

## 2.2 Samstyring

Omgrepet samstyring er oversett frå det engelske omgrepet *Governance*. Den norske forståinga av omgrepet vert definert som ”den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening” (Røiseland & Vabo, 2008, s. 90). Definisjonen poengterer at offentleg politikk ikkje blir utvikla og sett i verk hierarkisk, men i eit samspel mellom ulike aktørar som er gjensidig avhengige av kvarandre. Vi kan sjå det ved måten dei tre aktørane samhandlar ved utvikling av den nye definisjonen av (re)habilitering (Røiseland & Vabo, 2008). Ved at aktørane er gjensidig avhengig av kvarandre, ligg det at dei ikkje har tilstrekkeleg med ressursar kvar for seg, men er avhengig av å samarbeide for å nå eit felles mål (Andreassen & Fossetøl, 2014). Sjølv om definisjonen av samstyring legg til sides hierarki, vil det likevel eksistere ein ubalanse i ressursar og makt mellom dei ulike aktørane som deltek i samarbeidet. Røyseland og Vabo (2008) viser til at offentlege aktørar ofte vil ha ein dominerande posisjon- på bakgrunn av sin

formelle autoritet, kapasitet og ressurstilgang. Samstyring blir sett på som ein planlagd og målretta aktivitet, noko høyringsprosessen kring den nye definisjonen er eit døme på.

Dersom utvikling av kunnskap skal inngå i strategien for samstyring må altså tenesteyarnivået bli involvert. I denne samheng er det difor ikkje tilstrekkeleg at styresmaktene definerer kva (re)habilitering er, men at utvikling av definisjonen går føre seg i eit samspel mellom likeverdige kunnskapsformer og mellom dei ulike aktørane som er involverte i (re)habiliteringpraksis. Makt vert på denne måten flyt frå offentlege styresmakter og ut i praksisfeltet. Eit døme på dette er høyringsprosessen knytt til ny definisjon av (re)habilitering, med involvering av både fagprofesjonelle og brukarar.

Fossestøl (2009) skriv avslutningsvis i artikkel sin at:

Samstyring handler om hvordan staten kan bli 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 (Fossestøl, 2009, s. 58).

Gjennom denne styringsforma blir det fokus på inndraging av fagprofesjonelle og brukarar i mykje større grad. (Re)habilitering er ein prosess som går på tvers av forvaltningsnivå (stat, region, kommune), på tvers av sektorar (helse, utdanning og arbeid) på tvers av faggrupper og på tvers av ulike aktørar i samfunnet, der brukaraktørar også er ein del av denne styringsforma. (Fossestøl, 2009).

Hagland og Solvang (2012) trekkjer fram Abbott (1988) sitt omgrep om jurisdiksjon, om dei oppgåvene ein profesjon får einerett til å utføre og kontrollere. Kvar profesjon har kontroll over bruk og utvikling av kunnskap knytt til bestemte oppgåver. Da (re)habilitering er eit område der fleire ulike profesjonar er involvert, vil det kunne oppstå konkurransen om kva som skal vera kunnskapsgrunnlaget når t.d. definisjonen av (re)habilitering skal endrast. Ulike profesjonar er på denne måten stadig i innbyrdes konkurransen om jurisdiksjonar. For profesjonane handlar det om å posisjonere seg i (re)habilitering som felt.



Det eksisterer ei form for profesjonskamp mellom ulike yrkesgrupper, ein kamp om domene (t.d. mellom fysioterapeutar og ergoterapeutar). Ein ynskjer at eige arbeidsområde skal bli sett og høyrd i viktige saker, som i dette tilfelle innanfor (re)habiliteringspolitikk. Ved at brukarar og brukarorganisasjonar har fått større plass i utforming av politikken, hevdar dei seg også i denne kampen om definisjonsmakt (Ørstavik, 2002). «Man kan tale om, at selve spillet udgør objekt for kampe om mening; hvem eller hvad kan udpeges som de rette til at udøve og definere denne praksis» (Larsen & Laren, 2008, s. 7). Ein sett fokus på korleis lågt posisjonerte aktørar i medisinsk samanheng (med legen på topp), søker å definere kva (re)habilitering skal innebera. I høyringsprosessen kan dette mellom anna gjelde andre fagorganisasjonar enn legeföreininga, og ulike brukarrepresentantar. Desse aktørane må argumentere for at nettopp dei har ei viktig rolle i forming av (re)habiliteringsfeltet, og på den måten posisjonere seg i feltet. Ved at (re)habilitering har gått frå å vera eit helsevitenskapelig område til å i større grad å inkludere aktørar i eit samfunnsfagleg perspektiv, er det fleire ulike aktørar, både innan fagprofesjonelle og brukarar, som hevdar seg i dette «spelet» som Larsen & Larsen (2008) viser til.

### **2.3 Brukarmedverknad på systemnivå**

Det har skjedd politiske endringar dei siste tiåra som har styrka posisjonen til brukarane i samfunnet. Nye lovar har dreidd frå at brukarar i hovudsak har hatt sosiale rettar, til også å ha fått rettar til politisk deltaking (Andreassen, 2012). Dette kjem mellom anna til uttrykk i Forskrift om habilitering og rehabilitering, § 4 om pasient- og brukarmedverknad. Her går det fram at kommunen og det regionale helseforetaket bør leggje til rette for at pasient- og brukarrepresentantar får delta i planlegging, utvikling og evaluering av (re)habiliteringsverksemd (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Brukarmedverknad kan også gå føre seg på dei tre nivå som Rehabiliteringsmatrisen framstiller. Det kan gå føre seg på mikronivå, det vil seie i brukarens eige (re)habiliteringsprosess, på mesonivå i brukarutval på sjukehus, i kommunar og likande organisasjonar. Og til sist på makronivå, kor organisasjonar av personar med funksjonshemming har oppnådd å bli høyringsinstansar (Solvang, 2019, s. 37). Det er dette nivået som er aktuelt i det komande avsnittet, altså på systemnivå.

Ørstavik (2002) trekkjer fram demokratiseringsidealet innanfor brukarmedverknad som at brukargruppene i velferdsstaten skal vera aktive brukarar, framfor passive mottakarar av tenestar. På denne måten vert ein brukar også ein interessent, som i det offentlege skal vera med å delta i politiske prosessar. I denne studien ser vi at ulike brukarorganisasjonar blir invitert til å sende inn høyringssvar for å fremje egne interesser i utviklinga av eit fagfelt som (re)habilitering. Føresetnadene for aktiv brukarmedverknad på systemnivå er ulik, og avhenger av kva gruppe ein representerer. Ulike diagnosegrupper har forskjellige posisjonar i samfunnet, til dømes er det eit skilje mellom fysiske- og psykiske lidningar. Som eit døme legg Ørstavik (2002) fram at brukarmedverknad innan psykiatrien har vore svak, men at det har skjedd endringar i positiv retning dei siste åra. Brukarar som t.d. slit med depresjon er ofte for sjuke til å delta aktivt i brukarorganisasjonar, og når dei er friske eller har gode periodar vil dei færraste byggje sin identitet på tidlegare depresjonar (Ørstavik, 2002). Dette kan påverke kor vidt organisasjonar som representerer ulike psykiske lidningar får stemmen sin tilstrekkeleg høyrd i utvikling av politikk.

Andreassen (2012) nyttar perspektiv inspirert av den franske sosiologen Pierre Bourdieu ved utvikling av omgrepet "representasjonsarbeid". Dette handlar om måten brukarperspektiv kan koma til uttrykk i utforminga av helsetenester (Andreassen, 2012). Omgrepet er relevant i denne studien då det handlar om korleis både fagprofesjonelle og brukarorganisasjonar presenterer sine interesser i forming av politikk, i dette høve med innspel til framlegg til den norske definisjonen av (re)habilitering. Andreassen (2012) skriv vidare at representasjonsarbeidet går føre seg på to måtar. For det fyrste handlar det om utarbeiding av representasjonar. Det vil seie å setje ord på dei erfaringane ulike brukargrupper har opplevd i møte med (re)habiliteringstenestene. Dette skjer i fellesskap der ein arbeider med bevisstgjerings kring erfaringane dei ulike sitt med, og skrive dei ned slik at det kan bli eit felleseige og gjelde for fleir individ i liknande situasjonar. For det andre handlar det om å representere dei nedskrivne representasjonane på relevante arenaer der dei er meint i virke. Gjennom representasjonsarbeid kan det koma nye og kanskje uventa bidrag som kan vera med på å endre verkelegheita. Ein kan på denne måten rokke ved sanningar som vert tekne forgitt (Andreassen, 2012).

Ein treng tilbakemeldingar frå ulike perspektiv for å få eit nyansert bilete av kva eit fagfelt som (re)habilitering bør innehalde. Andreassen (2012) legg fram eit døme som belyser kor forskjellige element brukarar kontra fagprofesjonelle kan vektlegge i

(re)habiliteringsprosessen. Den personen som sjølv lever med funksjonshemming ser sjølv sagt på (re)habilitering med andre ”briller”, samanlikna med fagprofesjonelle på den andre sida, som er der for å hjelp vedkomande tilbake til livet. Det interessante ved tekstmaterialet i denne studien blir å sjå kva dei tre aktørgruppene vektlegg i sine tekstar kring (re)habilitering, innanfor ei og same ramme.

## 2.4 Interaksjonistisk perspektiv

Med ein aukande kompleksitet innanfor (re)habilitering som Feiring (2012a) viser til, handlar mellom anna om at stadig fleir aktørar på tvers av sektorar og nivå er involvert i utvikling av (re)habilitering. Høyringa knytt til den nye definisjonen inneheld som nemnt 104 høyringssvar frå ulike aktørar, både frå styresmakter, fagprofesjonelle og brukarar- alle med eit engasjement for (re)habilitering. Da føremålet med studien er å undersøkje korleis ulike tolkingar av (re)habilitering kjem til uttrykk i høyringa, vil eit interaksjonistisk perspektiv danne eit godt grunnlag for å analysere dei ulike tekstane i høyringsprosessen.

Ved ei interaksjonistisk tekstanalyse vert ikkje dokumenta i seg sjølv sett på som noko med ei bestemt tyding. Dokumenta får fyrst ei tyding når dei inngår i ein sosial situasjon, tydinga blir skapt fyrst når dokumentet vert nytta i praksis (Mik-Meyer, 2005). Mik-Meyer vektlegg kor viktig tekstane sitt handlingspotensiale er- det vil seie ei forventning om at tekstane ”gjer noko” i sosial interaksjon. På denne måten vil eksterne forhold omkring eit dokument, t.d. kvifor dokumentet i utgangspunktet er skrive, til kven, og andre tekstar som dokumentet står i eit forhold til, vera med på å gje det ei tyding. Sidan rammene rundt dokumenta kan variere, vil også innhaldet i dei vera «levande», ein må sjå dokumentet som situert- og ikkje fiksert (Mik-Meyer, 2005, s. 196). Mik-Meyer framstiller ei tredeling av analysemetoden: institusjon og kontekst, prosess og interaksjon, og standarisering og fakta. Eg vel å gå gjennom kvar av dei, og kople dei opp mot relevante sider ved problemformulering og det teoretiske grunnlaget for studien.

Institusjon og kontekst er eksterne forhold som kan påverke både produksjon- og konsumeringsprosessen til forskjellige dokument. Produksjonsprosessen av tekstmaterialet i høyringsprosessen vil vera påverka av kva institusjonell samanheng dei er produserte i, t.d. om det er frå ein brukarorganisasjon eller om det er frå eit helseforetak, og kva bakgrunn forfattern av dokumentet har (kontekst). Dei tre hovudaktørane: styresmakter,

fagprofesjonelle og brukarar, har alle ulike motiv for å ytre meininga si om endringa av (re)habiliteringsdefinisjonen. Dei skal vera eit bidrag i utforming av den nye definisjonen av (re)habilitering. Det kan òg tenkjast at aktørane sine høyringssvar er ein måte å markere sin posisjon innan (re)habiliteringsfeltet, ved at dei sender inn eit godt utarbeidd høyringssvar. På denne måten kan formålet for enkelte aktørar vera å fremje posisjonen sin innanfor feltet- vel så mykje som å påverke utfallet av definisjonen. At dokumenta er produserte av tre ulike aktørar, med ulike posisjonar i samfunnet og med ulike motiv for å ytre seg, vil vera eit sentralt aspekt i denne studien og som gjenstand for analysen.

Ved å sjå nærare på korleis konsumeringsprosessen kan påverke tydinga av innhaldet i tekstane, blir det relevant å sjå på kven mottakaren(ane) av tekstane er. I utgangspunktet inngår dokumenta i ein politisk prosess og er meint å ”virke” på ein bestemt måte. Det kan i den samanheng vera ulike motiv som vil påverke kva som blir vektlagd i tydinga av det som er skrive. HOD som sosial institusjon produserer ein tekst gjennom eit høyringsnotat. Dei ulike aktørane les notatet og responderer i form av høyringssvar. Så vil eg som student/ forskar ved OsloMet innanfor fagområde rehabilitering- undersøkje denne prosessen.

Interaksjon og prosess er den delen av det interaksjonistiske perspektivet som vil ha størst fokus i denne studien. Interaksjon og prosess rettar seg mot relasjonen mellom dei ulike dokumenta i høyringsprosessen. Det er nettopp korleis ulike tolkingar av (re)habilitering kjem til uttrykk i høyringsprosessen eg er interessert i. Kva som rører seg innan (re)habiliteringsfeltet, spenningar mellom fagprofesjonelle, brukerar og styresmakter, og spenningar internt hos dei tre aktørane. Kva likskapar/ulikheiter som er tilstade i tekstane.

Høyringsnotatet med det nye definisjonsforslaget vert i analysen rekna som eit nøkkeldokument. Det vil verke regulerande på dei andre aktørane i deira høyringssvar, då det vil vera bestemte omgrep og uttrykk (”brukerens livssituasjon og mål”, og ”kunnskapsbaserte tiltak”) som fagprofesjonelle, brukarar og aktørar frå styresmaktene fører med seg vidare i sine høyringssvar. På den måten vil aktørar sjølv på tvers av institusjonelle relasjonar blir knytt saman av enkelte omgrep (Mik-Meyer, 2005). Det skjer ein «kommunikasjon» mellom høyringsnotatet og høyringssvara ved at dei tek opp same tema, nemleg det nye framlegget til definisjon. Tekstane har som nemnt ovanfor blitt til innanfor ulike sosiale institusjonelle rammer, og vil dermed vere både like og ulike, noko som vil vera relevant å studere. Det vil dermed vera relevant å identifisere tekstutdrag som ”går igjen”, som syner kva forskjellige

aktørane vektlegg i sine innspel. Eit døme kan vera dette med tidsaspektet. Det at ikkje (re)habilitering lenger vert sett på som tidsavgrensa, er eit tema som mange aktørar kommenterer i sine høyringssvar.

Standardisering handlar om korleis dokumenta er bygde opp på ein bestemt måte. Det er t.d. stor forskjell på om forfattaren sjølv trer fram i teksten, eller om han/ho fungerer som «bodbringar» for ei større gruppe. I høyringssvara i analysen er dette siste noko som ofte vil vera tilfelle, da tekstane ofte er skrive på vegne av ei større gruppe, t.d. ein brukarorganisasjon eller ein fagorganisasjon. Kva rolle forfattaren har, kan verke inn på truverdet i tekstane. Dersom det er mange personar som støttar opp om eit høyringssvar (t.d. ein avsendar som Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) som representerer ein stor organisasjon), og/eller om det er høgt detaljnivå i det som er skrive, vil det vera faktorar som kan styrke dokumentet si truverd (Mik-Meyer 2005). På desse måtane kan standardisering påverke korleis eg som lesar av tekstane analyserar dei.

## 2.5 Oppsummering

I dette kapitlet er Rehabiliteringsmatrisa presentert for å ramme inn dei prosessane som vert undersøkt i studien. Tabell 2 gjev eit bilete av kven som er med på utvikling av (re)habiliteringspraksis og på kva nivå i samfunnet utviklinga skjer. Samstyring og brukarmedverknad på systemnivå syner korleis høyringsprosessen involverer alle dei tre aktørgruppene i eit samarbeid for utvikling av (re)habiliteringspolitikk. I høyringsprosessen er alle dei tre aktørgruppene: styresmakter, fagprofesjonelle og brukarar godt representert. Ut frå matrisa går prosessane føre seg delvis på meso-, og primært på makronivå. Styresmaktene legg fram endringane i den nye definisjonen for å sikre at aktørar med engasjement innan (re)habilitering, får ytre si meining før vedtak blir fatta. Ulike aktørar er på denne måten med på utvikling av (re)habiliteringspolitikk mellom anna gjennom organiserte brukargrupper, fagprofesjonelle organiserte i fagorganisasjonar, og tenestekontor som representantar for kommunar. I ein dokumentstudie som denne, er det relevant å sjå på korleis dei ulike dokumenta i høyringsprosessen fyrst får ei tyding når dei inngår i ein sosial situasjon (Mik-Meyer, 2005). Dette på bakgrunn av at stadig fleire aktørar er ein del av utviklinga innanfor (re)habilitering, og at tydinga av dokumenta oppstår når ein ser innspela i relasjon til kvarandre.

## 3 Metode og tekstmateriale

For å svare på problemformuleringa er det valt kvalitativ tekstanalyse som metode, innanfor rammene av det interaksjonistisk perspektivet som vart introdusert i førre kapittel. I tekstanalyse som metode er det sjølve teksten som er datamateriale det skal arbeidast ut ifrå (Bratberg, 2017). Tekstar er med på å skape ein ”verkelegheit”, men alle tekstar har blitt til i ein sosial kontekst og vil vera påverka av det (Hitching, Nilsen & Veum, 2011). I det fylgjande vil tekstmateriale i studien bli presentert. Deretter vert framgangsmåten i analysen bli skildra. Til sist i kapitlet vil refleksjonar om kvalitetssikring av materiale bli lagt fram.

### 3.1 Tekstmaterialet

Tekstmaterialet i studien er høyringsnotatet frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og høyringssvar som har kome inn frå ulike interessentar i samband med høyringsprosessen «Endring av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3». Høyringsnotatet inneheld forslaget til ny definisjon av (re)habilitering. Notatet dannar grunnlaget for høyringa, og vert i analysen rekna som eit nøkkeldokument. Då høyringa var open, var alle med engasjement for feltet velkomne til å sende inn svar. Det vart også sendt ut invitasjon til ei rekke instansar som kunne vera interesserte i temaet og eit ynskje om å gje innspel. Det var ei offentleg høyring, og alle høyringssvar vart publisert på regjeringa si internettside, samt liste over inviterte høyringsinstansar. Kristin Gjellestad, fagdirektør i HOD opplyste meg per e-post at høyringssvara vert publisera fortløpande etterkvart som dei kom inn. Dette kan vera årsaka til at nokre av høyringssvara refererer til andre aktørar sine innspel. Eit døme på dette er Arbeidsgiverforeningen Spekter som viser til både Sunnaas Sykehus og Rehabiliteringssenteret AiR sine høyringssvar og støttar opp om deira synspunkt.

Til saman 104 høyringssvar vart lasta ned frå regjeringa si internettside. I gjennomsnitt har høyringssvara eit omfang på 1-2 sider, men med variasjonar i begge retningar. Dei fleste svara ber preg av eit stort engasjement for (re)habilitering, med innspel som strekker seg over fleire tema. Enkelte gjev også berre ei tilbakemelding om at dei støttar endringane HOD har foreslege, utan ytterlegare kommentarar. Ein del av høyringssvara er også utan merknad, det vil seie at dei ikkje har innspel til høyringa, men svaret er likevel rekna inn i den totale mengda av høyringssvar. Dette gjeld mellom anna alle dei 8 departementa som har sendt inn svar.

Med utgangspunkt i Rehabiliteringsmatrisa (Solvang, et al., 2016), vart svara sortert etter dei tre aktørane: Fagprofesjonelle (46 høyringssvar), brukarar (19 høyringssvar) og styresmakter (39 høyringssvar). Det var stor variasjon i kven avsendar av høyringssvara var, også innan dei tre aktørgruppene. Dei tre gruppene vart difor dela vidare inn i ulike kategoriar. I tabellen under er det vist kva for kategoriar som blei valt, og døme på avsendar av høyringssvar innanfor kvar kategori. For fullstendig oversikt over sortering av høyringssvar, sjå vedlegg.

Tabell 3

*Døme på kategoriar og avsendar av høyringssvar innan dei tre aktørgruppene*

<b>Hovudaktør</b>	<b>Kategori</b>	<b>Døme på avsendar</b>
Fagprofesjonelle	Fagorganisasjonar	Den norske legeförening, Norsk fysioterapiförbundet, Arbeidsgiverforeningen Spekter
	Spesialisthelseteneste	Helse Midt-Norge RHF, Sykehuset Telemark
	Universitet/högskule, kompetansesenter og forskning	Högskolen i Innlandet, Norges forskingsråd, Statped
Brukerar	Brukargrupper med spesifikke diagnosar	Kreftforeningen, Norges blindeförbundet
	Generelle brukargrupper	Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), pensjonistförbundet
Styresmakter	Höyringsnotatet	(Nökkeldokument)
	Andre departement	Kunnskapsdepartementet, Utenriksdepartementet
	Fylkeskommune og kommune	Asust- Agder Fylkeskommune, Rælingen kommune
	Andre aktörar innan styresmakter	Skattedirektoratet, Helfo, KS

Kontekstualisering og kategorisering av aktørane vert gjort greie for innleiingsvis i analysekapitlet. Der går eg nærare inn på korleis eg har kategorisert innanfor dei tre aktørgruppene og kvifor det er gjort det på denne måten.

### **3.2 Framgangsmåte i analyseprosessen**

Tematisk analyse er ein metode for å identifisere, analysere og rapportere tema i datamaterialet. Det er ein fleksibel analysemetode utan klare føringar for korleis den skal utførast, og det blir difor svært viktig med ei god skildring av den analytiske framgangsmåten i studien. I fylgje Braun & Clarke (2006) fortel eit tema om noko viktig i datamateriale (ei meiningsberande eining), i forhold til problemformuleringa. Det er gjerne mønster som trer fram i materiale, og som vil danne utgangspunkt for analyse og drøfting (Braun & Clarke, 2006). Johannessen, Rafoss & Rasmussen (2018) har med utgangspunkt i Braun & Clarke (2006) sin framstilling av tematisk analyse, presentert denne gjennom fire steg: Førebuing, Koding, Kategorisering og Rapportering. Med utgangspunkt i desse stega vil framgangsmåten i denne studien bli skildra. Braun & Clarke (2006) poengterer at fasane ikkje skal fylgjast som ein lineær prosess, men at det er meir nyttig å gå fram og tilbake i dei ulike fasane.

Førebuing: I denne fasen var det nyttig å få ein oversikt over materialet. Fyrste steg i å gjera seg kjend med materialet var å laste ned alle høringssvar og høyringsnotatet frå regjeringa si nettside og dele dei inn ut frå dei tre aktørane: fagprofesjonelle, brukarar og styresmakter. Når oversikt over datamaterialet var komplett, var neste steg å «skumlese» gjennom alle tekstane for å få eit overblikk over innhaldet. Eigne refleksjonar som kom fram undervegs i lesinga vart nedskrivne, og fleir av refleksjonane ville vera relevante å inndra i drøftinga.

Det skilte seg tidleg ut seks tema som eg tenkte ville vera relevante for den vidare analysen. Bakgrunnen for val av dei seks tema er at dette er egne temafelt innan (re)habiliteringsfeltet, og i tillegg sentrale tema i høyringsnotatet til HOD om kvifor dei skulle endre definisjonen av (re)habilitering. Fylgjande tema danna utgangspunkt for det vidare arbeidet: Omgrepa habilitering og rehabilitering, vid forståing av omgrepet funksjonsevne, brukarperspektivet, kunnskapsbaserte tiltak, tverrprofesjonelt samarbeid og tidsavgrensa prosessar.



### Omgrepa habilitering og rehabilitering

Det har vore vurdert om habilitering og rehabilitering bør definerast kvar for seg. Dette for å sikre eit godt tilbod til brukarar av habiliteringstenesta, slik HOD legg fram at både fag- og brukarmiljøet meiner i høyringsnotat. Altså at det er behov for at dei to omgrepa definerast i to separate definisjonar: ein for habilitering og ein annan for rehabilitering. HOD har i sitt framlegg likevel valt å definere habilitering og rehabilitering felles i ny definisjon.

### Vid forståing av funksjonsevne

Departementet meiner det er viktig å gjera det tydeleg i den nye definisjonen at (re)habilitering ikkje berre omhandlar den fysiske funksjonsevna til brukaren, men at det også inkluderer psykisk, kognitiv og sosial funksjonsevne.

### Brukarperspektivet

Brukarperspektivet skal tydelegare fram i den nye definisjonen. Rett til medverknad for brukarar og pasientar går fram av pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3 jf. Særleg § 3-1.

### Kunnskapsbasert praksis

I framlegget til den nye definisjonen er det presisert at tiltaka skal vera kunnskapsbaserte. Her har HOD mellom anna henta inspirasjon frå Danmark, som i sin definisjon har med at tiltaka i rehabiliteringsprosessen skal vera kunnskapsbaserte.

### Tverrprofesjonelt samarbeid

Ei innskrenka tolking av «hvor flere aktører samarbeider» (utdrag frå tidlegare definisjon), kan ekskludere tiltak i eit pasientforløp. Denne ordlyden kan i fleire tilfelle bli tolka som at fleire aktørar må samarbeide om same tiltak for at det skal bli rekna som (re)habilitering. I det nye definisjonsforslaget blir det difor opna opp for at dei målretta samarbeidsprosessane er mellom brukar og ein eller fleire aktørar.

### Tidsavgrensa prosessar

Brukarar med kroniske sjukdommar har opplevd det problematisk at definisjonen av (re)habilitering har vore definert som «tidsavgrensa, planlagde prosessar», dette fordi denne brukargruppa kan ha behov for oppfølging frå helse- og omsorgstenesta livet ut. Ved å fjerne tidsperspektivet frå den nye definisjonen, meiner departementet at det blir meir riktig for kronikarar sidan ein i slike tilfelle må forstå (re)habilitering i eit livsløpsperspektiv.

Koding: Koding handlar om å framheve og leggje merke til viktige poeng i tekstmateriale. Her meiner eg det vart mest oversiktleg for arbeidsprosessen å skrive ut materialet, slik at eg kunne sitje med blyant og fargar og markere dei ulike tema som peika seg ut ved fyrste gjennomlesing. For kvart tema markerte eg både det aktørane var einige og ueinige om, t.d. at nokon meiner (re)habilitering bør definerast som tidsavgrensa prosess, mens andre meiner det ikkje bør definerast som det. Det vart òg markert viktige poeng i tekstane, sjølv om eg ikkje ut frå førebuinga hadde sett det ut som eit spesifikt tema. Etter fyrste gjennomlesing av tekstmaterialet, var det fleire avsnitt frå tekstane som var av interesse, men som ikkje var inkludert i dei valte tema som nemnt ovanfor. Eg markerte difor interessante avsnitt, utan klart tema, med ein annan farge.

Kategorisering: Her gjekk eg over til bruk av PC. Dette var meir tenleg ved sortering av tekstutsnitt i dei overordna tema og kategoriane. Eg valde å halde på dei 6 tema, då mykje av innhaldet i høyringssvara omhandla desse, og at det er sentrale element innan fagfeltet (re)habilitering. Alle markeringar med «uklart tema» valde eg bort når alt tekstmaterialet var gjennomgått og ei oppsummering av analysen var klar. Retninga på innhaldet var svært variera, og det var vanskeleg å finne nokon fellesnemnar. Innspela under markeringa «uklart tema», inneheldt avsnitt om implementering av definisjonen, formulering- og språkbruk i definisjonen, og om bruk av omgrepet pasient, brukar eller borgar/person skulle nyttast i ny definisjon. Dette var interessante tema i seg sjølv, men på bakgrunn av dei andre store tema som var inkludera, valde eg å ekskludere dette.

Store delar av tekstmaterialet inneheldt tekst omkring dei seks tema som var valt ut, og eg sat difor igjen med store mengder tekstmateriale etter 1. og 2. gjennomgang og markering. Dette var også viktig for å ikkje gå glipp av viktige poeng i tekstane tidleg i prosessen. Ved fyrste gjennomgang såg eg på eitt og eitt høyringssvar og markerte det med dei aktuelle fargekodane. Deretter oppretta eg eit nytt dokument der eg «klipte og limte» alle dei markerte tekstutdraga med same tema under kvar aktør og kategori, t.d. plasserte eg alle sitat som var knytt til brukarperspektivet etter kvarandre under sine aktørgrupper. Dette gjorde det enklare å få ein oversikt over kva dei ulike aktørane var einige/ueinige om, og kva for aspekt og omsyn dei trakk fram som viktige.

Rapportering (analysekapitlet): Eg valde å framstille analysen ut frå dei seks tema, og under kvart tema presentere eit utdrag av kva slags innspel dei tre aktørgruppene kom med innspel om. Det er valt å presentere essensen i dei ulike tema på eit empirinært nivå, og utan å eksplisitt diskutere opp mot relevant litteratur og forskning. (Det vert fyrst trekt inn i drøftingskapitlet). Under kvart tema i analysen er det samanfatta med eigne ord og illustrert med sitat frå tekstane. Både i arbeidet med analysekapitlet og med drøftingskapitlet som etterfølgjer, har det vore nyttig å gå tilbake til det opphavslege tekstmaterialet, for å sikre at relevante argument knytt til kvart tema var inkludert. Dei mest interessante funna i analysen, vart teken med vidare og danna grunnlaget for drøftinga.

### **3.3 Kvalitetssikring av materiale**

Tjora (2017) omtalar reine dokumentstudiar som «ikkje-påtrengande metodar», dette for å gjera det tydeleg at ein ikkje har direkte kontakt med informantar slik som ved intervju og/eller observasjon. Det etiske aspektet er likevel tilstades då ein brukar tekstar som andre har jobba med og skrive ned. Gjennom mi fortolkinga av dei ulike tekstane, vil det difor vera svært viktig å vise med sitat kva eg har tenkt, men også gjera analyseprosessen så transparent som mogeleg (Duedahl & Jacobsen, 2010). Dette har eg forsøkt å oppfylle ved ei detaljert skildring av framgangsmåten i studien. Med sitat frå høyringsdokumenta er det også mogeleg for lesaren å koma tettare på empirien, meir enn berre å lese mine fortolkingar åleine (Tjora, 2017), og det er difor mykje bruk av sitat i analysekapitlet. Alle dokumenta knytt til høyringsprosessen er offentlege og ligg på regjeringa si nettside (per i dag, mai 2020). Dette vil også vera ei form for kvalitetssikring, og kan hjelpe lesaren til å fylgje prosessen heile vegen gjennom forskingsprosessen. Ved å nytte tekstane som empirisk materiale, vert jo nettopp tekstane bruka til eit anna formål enn det dei i utgangspunktet var tenkt til (Leseth & Tellmann, 2018).

## 4 Analyse

### 4.1 Generelt om aktørane

Aktøren styresmakter er delt inn i fire kategoriar: Høyringsnotatet (frå HOD), andre departement, fylkeskommunar og kommunar, og andre aktørar innan styresmakter. Høyringsnotatet, som er eit nøkkeldokument i studien, skil seg frå høyringssvara ved at det legg fram endringane i den nye definisjonen og argumenterer for dei valde løysingane innanfor kvart tema. Det er valt å plassere kommunar og fylkeskommunar under styresmaktene, sjølv om ein del av svara er sendt inn av Fysio-ergoterapitenestar, Frisklivssentralar og liknande verksemder i kommunane. Det kan diskuteras om kommunar er i grenseland til aktørgruppa fagprofesjonelle på bakgrunn av dette, men sidan kvar kommune representerer ei eiga politisk og administrativ eining innan styresmaktene er dei valt plassert her.

Brukaraktørane er ei stor og variert gruppe. Det er under aktøren brukarar, valt å dele dei inn i to kategoriar: generelle brukargrupper og brukarar med spesifikke diagnoser. Denne inndelinga er valt ut på bakgrunn av at dei to brukargruppene opererer ut frå ulike perspektiv, den fyrste frå eit sosialt- og den andre gruppa frå eit meir medisinsk perspektiv (Grue, 2012). Under dei generelle brukargruppene finn vi t.d. store brukarorganisasjonar som Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), såkalla «paraplyorganisasjonar». For desse gruppene handlar det om å fremje organisasjonen sine fellesinteresser, frå ei meir sosial vinkling. Brukargrupper med spesifikke diagnoser t.d. Norsk reumatikarforbund, ser problemstillingar meir frå ei medisinsk vinkling der føremålet er betre behandling og opptrening.

Aktøren fagprofesjonelle er delt inn i tre kategoriar. Det er innanfor denne aktørgruppa fleire ulike nivå i helse- og omsorgstenestane, men også representasjon av ulike fagprofesjonar. Det vil t.d. ha tyding for analysen om synspunkta kjem frå ein forskingsinstitusjon enn om dei kjem frå ein fagorganisasjon. Den fyrste kategorien er spesialisthelsetenesta, som igjen er delt inn i underkategoriane: regionale helseforetak (RHF), helseforetak (HF) og private aktørar innanfor spesialisthelsetenesta. Her må det nemnast at dei private aktørane består av to rehabiliteringssenter, og to ulike avdelingar ved Diakonhjemmet sykehus. Dette er private institusjonar, men som er organisert under spesialisthelsetenesta. Deretter kjem dei andre kategoriane som er universitet/høgskule, kompetansesenter og forskning, og fagorganisasjonar.

Det skal også nemnast at enkelte av aktørane innan dei fagprofesjonelle er representert ved brukarrepresentantar og brukarutval. Eit døme er Nasjonal kompetanseteneste for revmatisk rehabilitering og Nasjonal behandlingsteneste for revmatologisk rehabilitering med brukarrepresentant. Dette er institusjonar kor brukarar er representert, men ikkje i fleirtal. Det er difor likevel valt å plassere dei under kategorien fagprofesjonelle, då dei i høyringssvara sine representerer, i dette dømet, spesialisthelsetenesta. Eit anna døme er brukarutvalet i helse Sør-Øst. Då desse representerer eit regionalt helseforetak (RHF), er dei plassert under denne kategorien.

Analysen vert presentert tematisk, med bruk av aktørgrupper og underkategoriar knytt til kvart tema. Det fylgjer ei samanfating før neste tema, for å synleggjera kva retning innspela går i. Det vert nytta både parafraseringar og direkte sitat frå ulike tekstdokument frå høyringsprosessen.

## **4.2 Omgrepa habilitering og rehabilitering**

### ***Styresmakter***

I høyringsnotatet har HOD har valt å fortsetje med ein felles definisjon for habilitering og rehabilitering. Dei nyttar bae omgrepa i sitt nye definisjonsforslag. «Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i...». Det er ein skilnad mellom desse to fagområda og dei beskriv forskjellane i høyringsnotatet. Habilitering rettar seg mot barn og vaksne med tidleg erverva helse- og funksjonsproblem. Denne målgruppa treng ofte hjelp til å etablere og øve seg opp i funksjonar og ferdigheiter dei i utgangspunktet ikkje har hatt. Dei fylgjer ofte ikkje eit forventa utviklingsløp. Rehabilitering rettar seg mot personar som skal gjenvinne eller bevare fysisk, psykisk eller sosial funksjonsevne som er tapt, eller står i fare for å bli tapt, på grunna skade, sjukdom eller inaktivitet.

På innspelsmøte i forkant av høyringsrunden den 5. januar 2017 var eit utval brukar- og profesjonsorganisasjonar invitert til å presentere viktige element for dei. Det går ikkje fram i teksten kven som var invitert til dette møtet. Innspelsmøte var altså ein dialog i forkant av høyringsrunden, og HOD har i høyringsnotatet valt å trekkje fram standpunkta slik dei vart forstått og referert av HOD. Dei skriv fylgjande:

Mange begreper som habilitering, rehabilitering, behandling, helsehjelp og omsorg er nå i endring og utfordrer tjenestene, brukerne og organiseringen av tilbud.

Internasjonalt har habiliteringsbegrepet vært lite benyttet, men brukes i dag i økende grad. For å sikre brukerne av habiliteringstjenester et godt faglig tilbud, mener både fag- og brukermiljø at det er behov for at dette er et selvstendig fagområde. Noen mener det vil være hensiktsmessig med to definisjoner: en for habilitering og en for rehabilitering. Fagmiljøet er redd habiliteringsfeltets særtrekk gjøres mindre tydelig og derved svekkes hvis habiliteringsbegrepet utgår.

Det kjem fram i høyringsnotatet at habilitering og rehabilitering har mange likskapar, men at dei samtidig blir oppfatta som to ulike område. I det HOD viser til synspunkt som kom fram på innspelsmøtet, er det ei uro for at særleg habiliteringstilbodet kan bli svekka dersom det ikkje blir definert som eit eige område. Det har i innspelamøte som HOD refererer til i høyringsnotatet vore diskusjon for og imot ein felles definisjon, og HOD har valt ein felles definisjon i sitt framlegg. Det er ikkje knyt ytterlegare kommentarar til dette valet i høyringsnotatet.

Fylkeskommunar og kommunar generelt, gjev støtte til HOD sitt nye definisjonsforslage i tema omkring omgrepa habilitering og rehabilitering. Fleire kommunar ser at det er mange fellestrekk mellom habilitering og rehabilitering, t.d. at grunnlagstankegangen og metodane som vert nytta i endringsprosessane i (re)habiliteringsprosessane har mykje til felles. Det vert også trekt fram at det er tenleg med ein felles definisjon då det er mange «overlappende grenseområde», som Halden kommune skriv i innlegget sitt. Rælingen kommune ser det som positivt at baa omgrepa vert nytta i det nye definisjonsforslaget.

Stord kommune meiner at dei to fagfelte bør ha kvar sin definisjon. Dei grunngjev dette med at tidsavgrensing er eit avgjerande verkemiddel innanfor rehabiliteringsfeltet, men at denne situasjonen ser annleis ut for brukarar av habiliteringstenestar og kronikarar. Med separate definisjonar får baa områda styrka sin posisjon.

Av andre aktørar innanfor styresmaktene er Statens helstilsyn einaste aktøren som har kommentert temaet, og dei støttar seg til fagmiljøet sitt innspel om at det ikkje er tenleg å vidareføre ein felles definisjon for habilitering og rehabilitering. Dei meiner dette vil å dekke til det spesielle ved habiliteringsfeltet. Her er altså grupper i aktørgruppa styresmakter internt

ueinige, då det på innspelsmøte (som HOD refererer til i høyringsnotatet) kom opp at det vil vera tenleg med to separate definisjonar. Men HOD har i sitt forslag valt ein felles definisjon.

### ***Fagprofesjonelle***

Av dei definerte brukaraktørane er det ingen som har kommentarar til temaet, men Brukarutvalet i helse Sør-Øst er einaste representanten innan RHF som har innspel til tema. Dei synes det er unaturleg å ha ein felles definisjon for habilitering og rehabilitering, då innhaldet i tenestane er forskjellig:

Som det påpekes, er ofte habilitering tilbud som gis til personer som har en medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse, - ofte en kognitiv funksjonsnedsettelse. Behovet for habilitering varer for mange livet ut.

Rehabilitering er vanligvis tilbud som skal bidra til at en person gjenvinner eller bevarer funksjonsevne(r) som er tapt eller står i fare for å bli tapt.

Å skilje klart mellom dei to omgrepa, meiner dei vil styrkje habilitering og rehabilitering som fagfelt, og auke medvitnet til pasient og brukar.

Innanfor helseforetaka (HF) er ein stort sett einig om at habilitering og rehabilitering bør definerast kva for seg då det er to ulike fagområde. Oslo universitetssykehus, avdeling for nevrohabilitering er klare på at dette er to heilt forskjellige fagområde. Dei legg fram at dette har vore og er ein kjend sak i fagmiljøa, men frå sentralt helsepolitisk hald vidarefører dei ein felles definisjon og forskrift for dei to fagområda. Dei meiner at «habilitering i spesialisthelsetenesta er fagleg sett vidt forskjellig frå alle former for rehabilitering i spesialisthelsetenesta». Overlege Jack Schjelderup ved Haukeland universitetssjukehus (som har skrive eit eige høyringssvar) vil sterkt fråråde å ha ein felles definisjon for habilitering og rehabilitering. Han meiner det vil «tåkelegg kva ein eigentleg held på med».

Innspel frå NOR-klinikken er samlande for kva fleir av helseforetaka meiner om ein felles definisjon

Rehabilitering betyr i sitt enkleste begrep «å gjenvinne funksjon», og det vil være ulike tiltak som fører frem mot målet avhengig av grad av funksjonstap. For

habiliteringspasienter vil det ofte dreie seg om tiltak for å opprettholde funksjon og et tydeligere livslangt behov. Vi støtter derfor forslaget om egne definisjoner for henholdsvis habilitering og rehabilitering da det dreier seg om to selvstendige fagområder.

Helse Fonna HF har sitt virke innanfor habiliteringsfeltet, og dei opplever at det er rehabilitering som er utgangspunktet for definisjonen. Dei meiner det bør vurderast å ha to separate definisjonar.

Akershus universitetssjukehus ser det som viktig at definisjonen omfattar både omgrepa, både habilitering og rehabilitering. Dei støttar HOD som i sitt høyringsnotatet sitt skriv at dersom habiliteringsomgrepet skulle forsvinne ut av definisjonen, er det fare for at fokuset på behov for denne spissa kompetansen vert svekka. Dei er likevel klare på at habilitering og rehabilitering er to ulike fagområde, som krev ulik kompetanse, men at dei også har ein del til felles. Dei meiner såleis at styresmaktene bør bli meir konsekvente i sin omtale av dei to omgrepa i offentlege dokument, at dei nyttar både habilitering og rehabilitering i ulike samanhengar.

Innanfor aktørgruppa universitet/høgskule, kompetansesenter og forskning er det to motstridande meiningar. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) er glade for at HOD vel å behalde habiliteringsomgrepet i definisjonen, dei meiner det er nødvendig for å styrke habilitering som fag- og tenesteområde. Her er det ei annan vinkling på tema samanlikna med dei andre aktørane som tar stilling til ein felles definisjon eller ikkje. NAKU ser det heller som positivt at HOD vel å fortsetje å bruke omgrepet habilitering i den nye definisjonen.

Helsehuset IØMK IKS meiner heilt klart at habilitering og rehabilitering bør definerast kvar for seg. Dei peikar særleg på at brukarane ser på det som to ulike fagområde. Forslaget til ny definisjon har valt å høyre stemmene frå fagmiljøa som er bekymra for at «habiliteringsfeltets særtrekk gjøres mindre tydelig og derved svekkes hvis habiliteringsbegrepet utgår». Det er nettopp denne argumentasjonen NAKU støttar seg til i sitt innspel. Denne oppfatninga deler ikkje Helsehuset, som grunngejev argumenta sine i fire punkt:



- Det er grunnleggende forskjeller i bakgrunn og rammer for de som er under habilitering og de som er under rehabilitering.
- Det vil være svært ulik tilnærming i selve behandlingen om en funksjon er tapt eller ennå ikke utviklet.
- Forutsetningene for egeninnsats og evne/eller muligheter til å ta ansvar i egen prosess, vil i utgangspunktet være ulike.
- Betydningen av tidlig innsats og intensiv trening vil tolkes ulikt ettersom behovet for tjenester er knyttet til gjenvinning av funksjon og fare for funksjonsfall, eller om behovet varer livet ut.

Ut frå synspunkta over kjem det fram korleis Helsehuset meiner forskjellane i dei to omgrepa har konsekvensar på både system- og individnivå. Dei viser igjen til innspelsmøte i forkant av høyringa, og meiner at brukarane burde bli høyrd i denne saken.

Dei fleste fagorganisasjonar som har kommentert, meiner at habilitering og rehabilitering bør definerast kvar for seg. Den Norske legeförening skriv at det er i tråd med høyringsbrevet si omtale av praksis i Danmark og WHO. Fellesorganisasjonen (FO) er oppteken av at habilitering skal vera eit eige fagområde. Dei vektlegg at dei to fagområda ikkje krev lik kunnskap og kompetanse. Og med omsyn til at habiliteringsfeltet har betydeleg færre brukarar og helsepersonell samanlikna med rehabiliteringsfeltet, er det likevel eit fagområde med behov for store ressursar til tidleg innsats for å førebyggje auka behov hos brukaren seinare i livet.

Norsk psykologiförening meiner det er behov for eit tydlegare skilje mellom habilitering og rehabilitering. Dei to omgrepa har ulikt innhald med tanke på ulike brukargrupper, fagfeltet krev ulike tilnærmingar og tydinga av tidleg innsats som avgjerande faktor. Dei trekkjer t.d. fram at det for barn er viktig å koma tidleg i gang med intervensjonar for at ein skal få eit best mogeleg utviklingsløp. Det er derfor viktig at ikkje habiliteringsomgrepet utgår, men at det må koma tydeleg fram at det er to ulike fagområde.

Hovudorganisasjonen Virke er den einaste fagorganisasjonen som ynskjer at HOD rett og slett fjernar skiljet mellom habilitering og rehabilitering, og berre nyttar omgrepet rehabilitering i ny definisjon:

Det er etter vårt skjønn ingen forskjell i målene som beskrives for habilitering av barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og eller funksjonsproblemer, og de målene vi har for rehabilitering av de samme gruppene. Såvidt vi kjenner til, er det heller ingen forskningsmessige holdepunkter for å hevde slike ulikheter.

Virke synest altså det er unødvendig å bruke baa omgrepa. Dei ser inga skilnader i måla for dei to fagområda og tenkjer at å slå saman dei to omgrepa vil forenkle forvaltninga for regjeringa.

### ***Eit tydeleg ynskje om to definisjonar***

HOD kjem med framlegg om ein felles definisjon for habilitering og rehabilitering. Argumentasjonen frå styresmaktene for ein felles definisjon handlar om at det er fleire overlappende grenseområde og at grunntankegangen er felles. Nokre få aktørar frå styresmakter og fagprofesjonelle synest det er flott at habiliteringsomgrepet vert teken med i definisjonen for å styrkje dette fagfeltet, dette til tross for at omgrepet habilitering ikkje er så hyppig teken i bruk i internasjonal samanheng. Sjølv om HOD har valt ein felles definisjon, er mange av argumenta i høyringsnotatet imot dette. Fleirtalet innanfor dei fagprofesjonelle har også tydelege innspel som ikkje støttar forslaget. Synspunkta går på at det er to ulike målgrupper som krev ulik tilnærming, kunnskap og kompetanse. Og at tidsaspektet er ein viktig skilnad på dei to tenestane, da ofte behovet innan habilitering varer livet ut. Det er berre styresmakter og fagprofesjonelle som kommenterer temaet. At ikkje brukarane har innspel til tema om ein felles definisjon eller ikkje, kan ha samanheng med at det ikkje direkte vil få konsekvensar for den hjelpa dei får i praksis.

## **4.3 Vid forståing av funksjonsevne**

### ***Styresmakter***

I høyringsnotatet har HOD henta inspirasjon frå m.a. den danske definisjonen når det gjeld skildring av funksjonsevne. (Re)habilitering har hatt ei nokså lik utvikling i desse to landa, og eit viktig fokus har vore at (re)habilitering ikkje berre omfattar fysisk trening, men også inkluderer den psykiske og sosiale funksjonsevne. HOD har difor inkludert dette i det nye definisjonsforslaget:

Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

For Departementet har dette vore ei viktig understreking, at (re)habilitering også inkluderer funksjonshemming årsaka av psykiske lidingar, rusproblematikk eller kognitiv svikt.

Alle kommunane som har kommentert er positive til endringa som HOD har foreslått, med ei utviding av omgrepet funksjonsevne. Sandefjord kommune sitt høyringssvar er eit døme på korleis mange av dei har kommentert temaet. «Vi støtter også presiseringen om at det handler om både fysiske, psykiske, kognitive og sosiale funksjoner. Dette er alle viktige aspekter med tanke på mestring, aktivitet og deltagelse for alle».

Oslo kommune er usikre på om det er tenleg å spesifisere «utdanning og arbeidsliv» då dette er to arenaar av mange forskjellige arenaar i samfunnet. Det er alltid nokon som ikkje kan delta i nettopp dei to arenaane, men som kan oppnå deltaking andre stadar, som kan vera like meiningsfullt for dei.

Av andre aktørar innan styresmaktene er det ingen som har spesielle kommentarar til dette tema internt i aktørgruppa, utover at Fylkesmannen i Buskerud støttar utvidinga av omgrepet funksjonsevne. Han skriv i sitt svar at han ser det som positivt at den nye definisjonen har tatt utgangspunkt i ICF.

### ***Brukarar***

Alle brukaraktørane som har kome med innspel til temaet, støttar forslaget. Det vert sett på som svært positivt at det ikkje berre er fokus på fysisk (re)habilitering, men at det også omfattar den psykiske, kognitive og den sosiale funksjonsevna. Vidare har FFO, Norges epilepsiforbund og Hørselhemmedes landsforbund (HLF) kommentert at dei ser det som spesielt viktig med utvidinga frå «deltakelse sosiale og i samfunnet» til «deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet». HLF skriv fylgjande i sitt høyringssvar:

Videre er vi positive til utvidelsen i siste setning til å inkludere «best mulig funksjons- og mestringsevne i utdanning og arbeidsliv». Dette understreker at habiliterings- og

rehabiliteringsprosesser ikke bare er helsesektorens ansvar, men at også andre sektorer har ansvar innen dette feltet.

Denne synleggjeringa, av at (re)habilitering ikkje berre er ein aktivitet innanfor helsesektoren, er det fleire som har kommentert. Fleire er fornøgde med at HOD vel å nemne andre institusjonar som utdanning og arbeidsliv i det nye definisjonsforslaget.

### ***Fagprofesjonelle***

Det er to av HF som har kommentert, og dei er nøgde med presiseringa i den nye definisjonen om at (re)habilitering gjeld brukarar med fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale avgrensingar i funksjonsevne.

Innanfor aktørgruppa universitet/høgskule, kompetansesenter og forskning er det to aktørar som har svara at dei er positive til at «deltaking i utdanning og arbeidsliv...» er tatt med i definisjonsforslaget. Helsehuset IØMK IKS har stilt spørsmål ved om det er nødvendig å vera så grundig i ein definisjon. Dei viser med dette til den danske definisjonen, som seier at formålet er at personen «oppnår et selvstændigt og meningsfuldt liv».

### ***Eit heilskapleg og samfunnsorientert perspektiv***

Det er gjennomgåande positive innspel frå alle dei tre aktørane, i forhold til den utvida forståinga av omgrepet funksjonsevne om at det i forslaget til ny definisjon vert presisert at (re)habilitering omfattar meir enn å auke den fysiske funksjonsevna, nemleg at den psykiske-, kognitive- og sosiale funksjonsevne er like viktig. Dette synleggjer at ein må ta omsyn til menneske i eit heilskapleg perspektiv. Enkelte brukaraktørar legg også til at det er fint at det i den nye definisjonen kjem tydleg fram at (re)habilitering er meir enn berre aktivitetar innanfor helsesektoren, og at «utdanning og arbeidsliv» er med i definisjonen. Enkelte aktørar innan fagprofesjonelle stiller spørsmål ved om denne presiseringa vert litt for grundig i ein definisjon. Helsehuset IMØK IKS viser då til den danske definisjonen som er meir generell her, og som seier at formålet er at personen «oppnår et selvstændigt og meningsfuldt liv». Det vert på denne måten argumentert med at ein definisjonen ikkje skal bestemme for den enkelte, kva sider ved livet som er meiningsfulle. Men i staden la ei meir vid forståing ligge til grunn, slik som den danske definisjonen har gjort.

## 4.4 Brukarperspektivet

### *Styresmakter*

HOD legg fram i høyringsnotatet at dei ynskjer å forsterke brukarperspektivet i den nye definisjonen. Det vert understreka at dette er ein av hovudgrunnane til at definisjonen blir endra:

Formålet med å endre definisjonen er først og fremst å forsterke brukerperspektivet i tråd med målet om pasientens helsetjeneste, ved å tydeliggjøre i definisjonen at det er pasienten og brukerens mål for eget liv som skal legges til grunn ved utforming av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet

Det er eit ynskje om å skape *pasientens helsetjeneste*, slik dei skriv i sitatet over. Dette ved å presisere at brukaren sin livssituasjon og mål for brukaren skal danne utgangspunktet for (re)habiliteringa. HOD er også klare på at enkelte brukarar ikkje er i stand til grunna mental kapasitet, alder e.l. til å sette mål sjølve. Det vert dermed viktig å lytte til innspel frå likepersonar, pårørande eller andre personar som står brukaren nær, og som kan medverke i målsettingsarbeidet.

Det vert også vist til lovverket i høyringsnotatet når det gjeld dette med at brukaren i større grad skal medverke i eigen (re)habiliteringsprosess, og når det gjeld utforming av ny definisjon av (re)habilitering.

En mangel ved dagens definisjon er at brukerperspektivet ikke fremgår. Pasientens og brukerens rett til å medvirke fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, jf. særlig § 3-1. Kommunen og det regionale helseforetaket skal i henhold til gjeldende forskrift om habilitering og rehabilitering i § 4 "*sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud*" (vår understreking). Det er blant annet derfor varslet i Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 at definisjonen skal revideres og at dette arbeidet skal skje i tett dialog med brukerne.

Alle fylkeskommunar og kommunar er også einige i at det å styrke brukarperspektivet er viktig. Også her er det hos fleire aktørar fokus på at brukaren sin eigen innsats bør koma

tydeleg fram. Knutepunktet Sørlandet (på vegne av Lillesand, Birkenes, Vennesla, Iveland, Søgne og Sogndalen kommunar) trekkjer fram begge desse poenga:

Det anses som positivt at endringen vektlegger og tydeliggjør bruker- og pårørende-medvirkning. Brukers mål og behov settes sentralt. Gruppen ønsker imidlertid en tydeliggjøring i forskriften at det stilles krav til bruker om brukers egeninnsats og egenmotivering, og at ansvaret for dette ligger hos bruker.

Her kjem det fram at brukarmedverknad også handlar om å setje krav til brukaren. Dette er eit anna perspektiv på brukarmedverknad enn det HOD la til grunn for endring av definisjonen, kor dei la vekt på at «brukerens mål for eget liv som skal legges til grunn ved utforming av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet».

Det er også fleire aktørar som påpekar det positive ved at pårørende si rolle har kome med i det nye definisjonsforslaget. «Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer».

Verken andre Departement eller andre aktørar innan styresmaktene har spesifikke kommentarar til dette tema. Dei to som har kommentert temaet, Barne- ungdoms- og familiedirektoratet og Statens helsetilsyn støttar HOD sine utspel i høyringsnotatet.

### ***Brukarar***

Både generelle brukargrupper og brukargrupper med spesifikke diagnoser støttar forslaget til HOD når det gjeld å styrke brukarperspektivet i ny definisjon. Sitatet frå Cerebral pareseforeininga er eit døme på korleis mange har svara. «Forslaget om at habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål støttes. Brukerperspektivet i definisjonen forsterkes, noe vi støtter».

### ***Fagprofesjonelle***

Alle RHF støttar forslaget. Brukarutvalget i Helse Sør-Øst RHF poengterer at det er viktig at brukaren sjølv får definere kva som gir best mogeleg livskvalitet for den enkelte, men at dei øvrige aktørane må gje den nødvendige støtte og rettleiing som skal til for å kunne gjere gode val.

Alle HF er positive til at brukarperspektivet skal koma tydlegare fram i definisjonen. Det er likevel to HF som har kome med kommentarar knyt til temaet. Helse Bergen vil framheve ei formulering i den foreslegne nye definisjonen som etter deira syn «reducerer brukarperspektivet». I den tidlegare definisjonen er ordet «innsats» bruka, at aktørane samarbeider om «å gi nødvendig bistand til brukeren sin egen innsats...». Dette er ei formulering som gjev brukaren ei aktiv rolle i (re)habiliteringsprosessen. Dette er i det nye forslaget korta ned, og er formulert som «... koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørane». Dette meiner Helse Bergen er med på å gjere brukaren til ein passiv mottakar av tenestane, og er med dette med på å redusere brukarperspektivet. Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering samhandlingsavdelinga, KVALUT har også gjeve tilbakemelding på at den tidlegare definisjonen støtta betre opp om å styrke brukarperspektivet, samanlikna med det nye forslaget. Dei legg fram dette sitatet som viser til den tidlegare definisjonen av (re)habilitering. «Vi vil hevde at «planlagte prosesser med klare mål og virkemidler» sammen med «bistand til brukeren sin egen innsats for å oppnå ...» viser tydelig at det er brukeren sin situasjon og mål som er utgangspunktet».

Dei legg til at det nye forslaget om at «brukeren skal gis mulighet til» gjev assosiasjonar til ei meir passiv rolle for brukaren. Difor synes dei altså ikkje at det nye forslaget tydeleggjer brukarperspektivet i forhold til kva den tidlegare definisjonen gjorde.

Alle private aktørar innan spesialisthelsetenesta er positive til at brukarperspektivet blir forsterka. Høyringssvaret frå Kastvollen Rehabiliteringssenter er eit døme på korleis mange har kommentert temaet. «Kastvollen Rehabiliteringssenter støtter tanken om å forsterke brukerperspektivet i definisjonen, ved å tydeliggjøre at det er brukeren sin mål for eget liv som skal legges til grunn ved utforming av et rehabiliteringstilbud».

Alle fagorganisasjonar støttar at brukarperspektivet vert styrka i ny definisjon. Legeforeningen legg i høyringssvaret spesielt fram to element som går igjen hos fleire av aktørane. Dei legg vekt på at ikkje alle brukarane kan setje gode mål på eiga hand og har behov for rettleiing til dette. Dei meiner at det bør koma tydeleg fram at det krevst eigeninnsats frå brukaren i (re)habiliteringen (slik som det kom fram i den tidlegare definisjonen av (re)habilitering).

Legeforeningen støtter at brukerens livssituasjon og mål er et godt utgangspunkt for habilitering og rehabilitering. Imidlertid har ikke alle pasienter mulighet til å sette realistiske mål for egen habilitering og rehabilitering. Vi mener derfor at målsettingen må være realistisk og basert på spesialistvurdering av brukerens rehabiliteringspotensial. Spesialistene må avgjøre hva som er kunnskapsbaserte anbefalinger om tiltak og behandling. Brukerens eget ansvar og innsats bør også inngå i definisjonen, for å unngå at pasienten blir en passiv mottaker.

Det er også fleir som peikar på kor viktig det er at brukaren vert sett på som ein aktiv aktør innan eige (re)habiliteringsprosess, framfor ein passiv mottakar av tenestar.

### ***Brukarmedverknad som ansvarleggjering***

Å styrke brukarperspektivet i ny definisjon av (re)habilitering er noko alle dei tre aktørgruppene er samde i. Brukaraktørane som har kommentert har inga spesifikke kommentarar utover at dei støttar forslaget til HOD. Aktørane innan fagprofesjonelle og styresmakter har flest innspel til temaet, til tross for at dei også er positive til at brukarperspektivet bør koma tydelegare fram. Fleire av helseforetaka, fagorganisasjonar, fylkeskommunar og kommunar har kome med innspel til at formuleringa i forslaget gjev assosiasjonar til ei meir passiv rolle for brukaren, og dei meiner at den tidlegare definisjonen betre støtta opp om ei aktiv og deltakande rolle for brukaren. Døme frå den tidlegare definisjonen vert lyfta fram, aktørane skal samarbeide om «å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats...». Ordet *innsats* er det fleire som saknar i det nye definisjonsforlaget. Dei meiner dette vil vera viktig for at brukaren skal ha ei aktiv, deltakande rolle i (re)habiliteringsprosessen, noko som igjen vil styrke brukarperspektivet. I tillegg vil det stille tydelegare krav til brukarane og gjera dei ansvarlege for eigen (re)habiliteringsprosess.

## **4.5 Kunnskapsbasert praksis**

### ***Styresmakter***

HOD har i høyringsnotatet valt å framheve at tiltaka i ein (re)habiliteringsprosess skal vera kunnskapsbaserte, og har også valt at dette skal inngå i ny definisjon. Dette har ikkje tidlegare vore ein del av definisjonen av (re)habilitering.



Av fylkeskommunar og kommunar er det tre kommunar som har kommentert temaet, og dei er positive til at omgrepet vert teke inn i definisjonen. Også her vart det stilt spørsmål ved om det er nødvendig å nemne dette eksplisitt, då det er noko som er gjeldande for alle moderne helse- og omsorgstenestar.

Vi er usikre på om «kunnskapsbaserte tiltak» bør nevnes eksplisitt, da alle helse- og omsorgstjenester skal være kunnskapsbaserte. Dette ligger i den moderne helse- og omsorgstjenestens natur. Samtidig kan det være bidragsyttere i en rehabiliteringsprosess, t.d. pårørende, samfunnet for øvrig og andre involverte- der man ikke kan ha det samme forholdet til det kunnskapsbaserte som det tjenesteyterne innen helse vil ha.

Sitatet er henta frå Halden kommune sitt høyringssvar. Dei trekkjer fram at dette med kunnskapsbaserte tiltak gjeld alle moderne helse- og omsorgstenestar, og ikkje er noko spesielt for (re)habilitering. Dessutan hevdar dei at det innan ein (re)habiliteringsprosess er ulike aktørar som har ulikt forhold til dette med kunnskap og kunnskapsbaserte tenestar.

### ***Brukarar***

Den einaste brukaraktøren som meiner at det er unødvendig å inkludere dette omgrepet i definisjonen er FFO. Dei meiner at det kan strykast, da kunnskapsbasert praksis skal liggje til grunn for alle helsetenestar, og ikkje er noko spesielt for (re)habiliteringsfeltet. Dei meiner difor at det ikkje er nødvendig å nemne dette eksplisitt i definisjonen.

Dei andre brukaraktørane som har kommentert temaet er positive til at «kunnskapsbaserte tiltak» blir ein del av den nye definisjonen, og i det fylgjande trekk eg fram eit utval av svar med spesifikke kommentarar.

Pensjonistforbundet støttar at «kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene» vert teke med i den nye definisjonen, men at det er uklart kven ein meiner med «aktørene». Her viser dei til den danske definisjonen, som seier at det er slutningane som skal vera kunnskapsbaserte.

Pensjonistforbundet meiner at aktørane i like stor grad som fagprofesjonelle er brukerar og pårørande, og dermed blir formuleringa feil. Det kan ikkje forventast at dei skal kunne trekkje kunnskapsbaserte slutningar. Norsk revmatikerforbund (NRF) kommenterer også at det bør koma tydelegare fram at kunnskapsbaserte tiltak skal vera frå dei fagprofesjonelle.

Norges blindeforbund kommenterer i høyringsvaret sitt at når det blir stilt krav om at tiltaka skal vera kunnskapsbaserte, må det utviklast plan for forskning og gode evalueringssystem.

Norges epilepsiforbund er oppteken av at (re)habiliteringen går føre seg på det nivået (anten om det er i kommune- eller spesialisthelsetenesta) der ein har spesialisert medisinsk og tverrfagleg kompetanse. Dei meiner at når dette med kunnskapsbaserte tiltak blir nemnd i definisjonen, bør det koma klart fram i rettleiaren at (re)habiliteringen skal gå føre seg der det er tilstrekkeleg kompetanse på området. Dei nemner dette i samanheng med at det stadig er eit auka fokus på overføring av ansvar frå spesialisthelsetenesta til kommunane, og dei er bekymra for om kompetansen på epilepsiområdet er god nok.

### ***Fagprofesjonelle***

Alle HF synest det er viktig å få fram i definisjonen at prosessane kjenneteiknast ved kunnskapsbaserte tiltak frå aktørane. Enkelte av dei som har kommentert ytterlegare har kome med spesifikke innspel til temaet.

NOR-klinikken kommenterer at dersom brukarar og pasientar også skal forstå innhaldet i definisjonen, bør det brukast eit anna ord enn «kunnskapsbasert».

Nasjonal kompetanseteneste for læring og mestring innan helse (NK LMH) meiner formuleringa i definisjonsforslaget er uklar, «kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene...». Her stiller også dei spørsmål til kven HOD meiner med aktørane. Er det berre fagprofesjonelle sin kunnskap, eller inkluderer det også erfaringsbasert kunnskap frå brukarane? Dei viser til at den danske definisjonen er klarare på dette området då dei skriv at slutningane skal vera kunnskapsbaserte, ikkje berre aktørane sine tiltak.

Sunnaas sjukehus synest også det er positivt at «kunnskapsbaserte tiltak» kjem inn i definisjonen, men dei legg vekt på helsepersonell sitt ansvar ovanfor pasienten i å formidle kunnskap på ein god måte. Ved at helsepersonell kjenner til evidensbasert kunnskap innan eit gitt felt, er det viktig å formidle dette på ein god måte til pasienten, så han/ho kan ta gode val ut frå sin situasjon.

To private aktørar innan spesialisthelsetenesta som har kommentert temaet, er både einige i endringa som vert gjort. I tillegg viser rehabiliteringssenteret AiR til Sunnaas sjukehus sitt høyringssvar kring temaet. Dei synes også formidling av evidensbasert kunnskap er nøkkelen til å hjelpe pasienten med å ta gode val.

Av kommentarar frå kategorien universitet/høgskule, kompetansesenter og forskingsinstansar, er alle tre aktørane positive til at omgrepet kunnskapsbaserte tiltak er med i den nye definisjonen. Men Helsehuset IØMK IKS stiller spørsmål ved om omgrepet «kunnskapsbasert» er like nyttig for alle tiltak, t.d. for tiltak som omfattar deltaking og aktivitetar av sosial karakter, men som for brukaren blir opplevd som meningsfulle.

Norges optikerforbund er den einaste fagorganisasjonen som har kommentert temaet. Dei er positive til at tiltaka skal vera kunnskapsbaserte. Men dei trekkjer også fram at det ikkje må gå koma i vegen for fornuftige val for brukarar med komplekse problem der det ikkje finst relevant dokumentasjonsgrunnlag.

### ***Føresetnadene for kunnskapsbaserte tiltak***

Alle tre aktørgruppene er gjennomgåande einige i at det er fint at kunnskapsbaserte tiltak inngår i ny definisjon. Men både fagprofesjonelle og brukarar er opptekne av føresetnadene for kunnskapen. Fleir av brukaraktørane synes også det er for stort ansvar å leggje på brukarar, og meiner at det bør koma fram i definisjonen at dei kunnskapsbaserte tiltaka må koma frå fagpersonar. Brukaraktørar er opptekne av at (re)habilitering skal gå føre seg på det nivået, anten innan spesialist- eller kommunehelseteneste, der det er tilstrekkeleg kompetanse på feltet. I forhold til forvaltning av kunnskapen, viser enkelte fagprofesjonelle til at formidling av kunnskapen er nøkkelen til at brukarane kan ta gode kunnskapsbaserte val ut frå sin situasjon. Det vert understreka at for at praksis skal vera kunnskapsbasert, må det vera gode fagmiljø, og eit bevisst forhold til at aktørane har ulike roller i forvaltning av kunnskapen.

## **4.6 Tverrprofesjonelt samarbeid**

### ***Styresmakter***

HOD legg fram i høyringsnotatet at ordlyden «hvor flere aktører samarbeider» frå den tidlegare definisjonen av (re)habilitering, kan ha ført til ekskludering av tiltak som har

(re)habilitering som mål. Dette fordi tiltak som blir utført av ein enkelt fagperson eller faggruppe ikkje vert rekna som (re)habilitering fordi det ikkje inngår i ein formalisert tverrfagleg plan. Det vert difor lagt fram i høyringsnotatet at tverrfagleg samarbeid kan forståast på ulike måtar, og at behovet for tverrfagkunne kan variere over tid i ein pasientprosess. Samarbeidet kan t.d. vera indirekte ved at ulike faggrupper er sentrale i prosessen, men at tiltaka ikkje er formaliserte i planar. Tverrprofesjonelt samarbeid kan også vera av formalisert art, slik som vi ser ved bruk av individuell plan. Eit anna døme er at det kan vera behov for fleire ulike faggrupper inne ved oppstart og ved forverring av situasjonen, men at det i enkelte fasar i hendingsforløpet er tilstrekkeleg at kun ei faggruppe er involvert i (re)habiliteringsprosessen. «I mange sammenhenger kan det være tilstrekkelig at *en aktør* arbeider sammen med brukeren, for at denne oppnår funksjonsbedring eller opprettholder sin livskvalitet eller mestrer livet med sykdom».

HOD meiner altså at på bakgrunn av desse ulike måtane å forstå det tverrfaglege samarbeidet på, kan det ha ført til at enkelte tenestar med (re)habilitering som mål, ikkje har blitt registrert som det. Som ein ser i sitatet over opnar HOD no opp for at også monofaglege tiltak skal kunne reknast som (re)habilitering, altså at målretta samarbeidsprosessar kan vera mellom brukar og ein eller fleire aktørar.

Innan fylkeskommunar og kommunar er det av ti kommunar som har kommentert temaet, berre ein av dei (Stord kommune) som skriv at dei ser det som positivt at det ikkje må vera samtidig tverrfagleg behandling for at ein skal kunne definere hjelpa som (re)habilitering.

Dei ni andre kommunane er ueinige med HOD. Det som mange av kommunane trekkjer fram, er at det blir å «utvatne» eller å «uthule» (re)habiliteringsomgrepet ved å leggje opp til at mono- og fleirfaglege tenestar som anten skjer samtidig eller i ulike tidsperiodar, kan reknast som (re)habilitering. Halden kommune trekkjer fram fleir av argumenta som går igjen.

Vi savner også «flere aktører» nevnt eksplisitt her, da vi mener det både er et kjennetegn og en forutsetning for god re/habilitering, og vi ser ingen grunn til at dette skal endres – vi mener noe annet ville være å «utvanne» begrepet mer enn det som er heldig for forståelsen. Rehabilitering handler for oss, både om å bedre individets forutsetninger, og senke samfunnets krav (jmfr GAP-modellen). Dette kan innebære trening av fysisk funksjon og innøving av ferdigheter, men kan også handle om

tilrettelegging, hjelpemidler, universell utforming, psykologiske faktorer, aksept for en ny livssituasjon m.m. Vi ser derfor ikke re/habilitering som noe som kan ivaretas av en faggruppe, som f.eks avtalefysioterapeuter alene.

Det blir lagt vekt på at å tydeleggjere tverrfagleg koordinerte tiltak er ein føresetnad i (re)habilitering, og er med på å skilje tenesta frå enkelttiltak i opptrening og behandling. Det vert også trekt fram at (re)habilitering er i ferd med å bli eit samleomgrep for mange former for innsats, ved at ein fjernar kravet til både tidsavgrensing og tverrfagleg samarbeid. At fleire aktørar samarbeider vert for mange sett på som sjølve kjernen i (re)habilitering, og dersom dette kravet forsvinn vil truleg mange brukarar oppleve tenestane som fragmenterte.

Fylkesmannen i Buskerud har kommentert at det i definisjonsforslaget ikkje kjem tydeleg fram at det er tilstrekkeleg at berre ein aktør samarbeider med pasient eller brukar for at det skal kunne reknast som (re)habilitering. I forslaget til ny definisjon står det at «Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer». Fylkesmannen har elles inga innvendingar på det innhaldsmessige i dette. Både Barne- ungdoms- og familiedirektoratet og statens helsetilsyn er positive til endringa og er einige i at den nye definisjonen ikkje bør vera innskrenkande med tanke på kor mange tenestar som er involvert.

KS argumenterer med at det bør vera eit større fokus på samarbeid og samhandling, om ein skal oppnå nødvendige endringar i helse- og omsorgstenestane. Både internt i kommunane, med spesialisthelsetenesta og med samfunnet for øvrig, må det bli meir fokus på førebygging, mestring og rehabilitering. Dette krev meir samhandling og samarbeid.

### ***Brukarar***

Brukaraktørane som er einige med HOD sitt forslag, støttar at behovet for tverrfagleg samarbeid vil kunne variere over tid i eit forløp. Rådet for muskelskjeletthelse skriv følgjande:

Vi er vidare på linje med departementet i å anerkjenne at behovet for tverrfaglighet vil kunne variere til ulike tider i et rehabiliteringsforløp, og sier oss derfor enige med

departementet om at tiltak som ytes av en enkelt fagperson/ -gruppe også skal forstås som rehabilitering og inkluderes i ny definisjon av habilitering og rehabilitering.

Pensjonistforbundet og Norsk revmatikerforbund (NRF) er også blant dei som deler dette synspunktet. Dei hevdar at det i ulike fasar i (re)habiliteringsprosessen vil variere om det er ein eller fleire faggrupper er involvert, alt etter brukaren sin tilstand og behov, og at innsats mellom brukar og fysioterapeut kan reknast som (re)habilitering utan behov for aktiv deltaking frå andre fagpersonar eller pårørande/nærstående.

Det er til tross for desse innspela overvekt av brukaraktørar som i sine høyringsutspel er ueinige med HOD sitt forslag om å fjerne kravet til tverrfagleg samarbeid innan (re)habiliteringsfeltet. Dei som er ueinige er mellom anna FFO, som fryktar at (re)habiliteringsomgrepet blir vatna ut dersom definisjonen vert så brei at så og seie alle enkelttenestar kan inngå som ein del av det. FFO er bekymra for at det blir vanskelegare å skilje (re)habilitering frå opptrening og behandling, og at ved å fjerne kravet om tverrfagleg samarbeid blir grensa mellom desse innsatsane meir utydeleg. Cerebral Pareseforeningen og Norsk forening for Osteogenesis imperfecta meiner at diagnosegruppene deira ofte vil ha samansette behov, avhengig av kor alvorleg sjukdommen er, noko som vidare krev tverrfagleg kompetanse. CP foreninga skriv:

CP-diagnosen er omfattende og krever derfor tverrfaglig kompetanse. Vi er opptatt av at definisjonen skal understøtte tverrfaglighet. Vi mener kravet til tverrfaglighet tilfører habilitering- og rehabiliteringsfeltet en nødvendig faglig kvalitet. Det skiller også habilitering- og rehabilitering fra behandling i form av enkelttjenester. CP-foreningen er opptatt av å styrke habiliterings- og rehabiliteringsfeltet som fagområde. Vi frykter at å svekke kravet til tverrfaglighet heller bidrar til å svekke tilbudet til brukerne.

I høringsnotatet sies det at forslag til ny definisjon åpner for at de målrettede samarbeidsprosessene er mellom bruker og en eller flere aktører. CP-foreningen støtter ikke dette forslaget, vi mener det fortsatt må være krav til at aktørene skal samarbeide om å gi tverrfaglig bistand.

I høyringssvaret skriv dei også at det mellom anna er på bakgrunn av kravet til tverrfaglegheit at dei skil (re)habilitering frå behandling. Norsk forening for Osteogenesis imperfecta kommenterer også at (re)habilitering må vera meir enn medisinsk behandling, og at deltaking som mål er ein essensiell del av (re)habilitering og difor krev tverrfagleg samarbeid. Dei trekker fram eit døme der yrkesdeltaking er målet, og at det i ein slik samanheng er svært viktig med eit godt tverrfagleg samarbeid for å lykkast. Dei meiner at dette er eit mangelfullt tilbod mange stadar, og dei er difor bekymra for at HOD sitt nye forslag vil redusere fokuset på dette ytterlegare. Mange med sjeldne diagnosar er anten på arbeidsavklaringspengar eller uførepensjon, og har aldri fått tilbod om rehabilitering med arbeid som mål.

Hørselhemmedes landsforbund (HLF) er bekymra for at det å fjerne kravet til tverrfaglegheit vil kunne svekke heilskapstankegangen i (re)habiliteringsarbeidet. Dei illustrerer dette med at personar med hørselsutfordringar ofte har samansette behov, og treng difor bistand innan både medisin, teknikk og meistring/(re)habilitering.

Brukerorganisasjon for barn, ungdom og voksne med Cerebral Parese og andre nevrologiske lidelser (PTØ Norge), støttar også vektlegging av tverrfaglegheit for å kunne møte brukarene sine samansette behov. Dei skriv også i sitt svar at det ofte er utfordring med koordinering i det tverrfaglege samarbeidet, og at det mange gongar er foreldre som må koordinere aktivitetar og faglege ytingar.

### ***Fagprofesjonelle***

Det er berre ein aktør innan RHF som har kommentert tema om tverrprofesjonelt samarbeid, Helse Nord RHF. Dei er einige med HOD om at også enkelttiltak må kunne reknast som (re)habilitering, og at det må vera individuelle behov hos brukaren som avgjer om det er nødvendig med tverrfagleg innsats eller om det i det enkelte tilfellet berre trengst bistand frå ein enkelt fagperson.

Alle HF som har kommentert temaet, er ueinige med HOD. Dei meiner at det blir heilt feil å opne opp for at også monofaglege tiltak skal kunne reknast som (re)habilitering, og at det på denne måten ikkje lenger blir noko skilje mellom kva som er behandling, opptrening, pleieomsorg eller (re)habilitering. Sunnaas sjukehus poengterer også at definisjonen då blir altfor generell, at nærmast alle tenestar kan bli kalla (re)habilitering. Sitat frå Regional koorinerende

enhet for habilitering og rehabilitering, samhandlingsavdelingen (KVALUT) viser kva fleir meiner om tverrfaglegheit:

Det argumenteres for at formuleringen «hvor flere aktører samarbeider» kan ekskludere tiltak i et pasientforløp. Det snakkes om «indirekte tverrfaglig samarbeid» når flere fagfolk er involvert etter hverandre med tiltak som har rehabilitering som mål, og at dette kan falle utenfor definisjonen. Vi tror det er større fare for at rehabilitering som virksomhet blir «utvannet» ved at også monofaglige trenings- og behandlingstiltak skal kalles rehabilitering, enn for at rehabiliteringstiltak ikke blir registrert som dette.

Det er vanskelig å se at det skal være hensiktsmessig for brukerne at enkelttjenester som for eksempel behandling, trening, tilpasning av hjelpemidler, boligendringer eller oppfølging fra enkelte fagpersoner skal kunne defineres som rehabilitering. Dette utvanner rehabilitering som virksomhet, og kan resultere at brukere som trenger rehabilitering, blir tilbudt andre tiltak.

Sjukehuset Telemark trekkjer også fram at kommunane stadig får eit større ansvar for (re)habilitering, og at dei samtidig etterspør midlar til å få gjennomføre aktiviteten. Når HOD då opnar opp for at monofaglege tiltak også kan reknast som (re)habilitering, betyr det i praksis at (re)habiliteringstilbodet i kommunane blir dårlegare. Då kan t.d. trening med fysioterapeuten bli rekna som fullverdig (re)habilitering.

Av private aktørar innanfor spesialisthelsetenesta kommenterer både Rehabiliteringssenteret AiR og Kastvollen rehabiliteringssenter at dei er ueinige med HOD i å redusere kravet til tverrfagleg samarbeid innan (re)habilitering:

Kastvollen er derfor uenig i departementets vurdering på s.9 i Høringsnotatet «i mange sammenhenger kan det være tilstrekkelig at en aktør arbeider sammen med brukeren». I en rehabiliteringsprosess har brukeren mål på deltagelses-og /eller aktivitetsnivå (jfr. ICF), og en vellykket prosess vil være avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid – og dette må gjenspeiles i definisjonen! I de tilfeller det er tilstrekkelig at en aktør samarbeider med brukeren, er det vel heller snakk om behandling eller opptrening, IKKE om rehabilitering.



Kastvollen rehabiliteringssenter med fleire, meiner at det tverrfaglege samarbeidet med brukaren som hovudaktør, er grunnleggjande i ein (re)habiliteringsprosess.

Det er berre to av aktørane innan spesialisthelsetenesta som støttar HOD i at (re)habilitering ikkje nødvendigvis må vera tverrprofesjonelt. Nasjonal kompetansetjeneste for revmatisk rehabilitering og Nasjonal behandlingsteneste for revmatologisk rehabilitering med brukerrepresentant, er einige med HOD i det nye forslaget. «Vi oppfatter følgende endringer/spesifiseringer i den nye definisjonen som svært positive: At den nye definisjonen åpner opp for at rehabilitering og kan være en prosess mellom bruker og en hjelpeperson (eksempelvis fysioterapeut), at tverrfaglighet ikke er et premiss». Denne tilslutninga til forslaget frå HOD blir ikkje nærare grunnlagt. Dei støttar forslaget om at (re)habilitering kan vera ein monofagleg innsats.

Av universitet/høgskule, kompetansesenter og forskingsinstansar er det to aktørar som har kome med innspel til temaet. Dei er både ueinige med HOD, og meiner at tverrfaglegheit bør ligge til grunn for (re)habilitering. Helsehuset IØMK IKS trekkjer fram at om ikkje alle tiltaka er tverrfaglege, bør det i alle fall vera krav om ein tverrfagleg kartlegging. Dei meiner også at dette er i tråd med føringar frå HOD omkring tverrfagleg kartlegging av personens ressursar og meinstringsevne til den enkelte person. Høgskulen Innlandet som også har kommentert dette, meiner også at ein tverrfagleg vurdering bør vektleggjast for å sikre kvalitet i oppfølginga.

Dei fleste fagorganisasjonar som har kommentert temaet om tverrfaglegheit, er imot HOD sine framlegg til endringar. Legeforeningen meiner at å opne opp for at enkeltaktørar åleine kan stå for eit (re)habiliteringsløp, er å utvatne (re)habiliteringsomgrepet.

Norsk ergoterapeutforbund viser til at HOD skriv i sitt definisjonsforslaget «tjenesteytere», i fleirtal, og slik må det vera ifylgje ergoterapeutforbundet. Til tross for dette opnar HOD i høyringsnotatet sitt opp for at det også kan vera ein aktør for at det skal kunne kallast (re)habilitering. Her er Ergoterapeutforbundet sterkt ueinig. Dei er klare på at t.d. tiltak frå ein fysioterapeut må definerast som behandling eller vedlikehaldstrening, ikkje (re)habilitering.

Behandling forholder seg til kroppsfunksjoner med mål å gjøre frisk. Rehabilitering flytter fokus fra sykdom til fokus på aktivitet og deltakelse. Rehabilitering handler om å lære seg å leve et godt og selvstendig liv på tross av sykdom eller skade.

Høyringsnotatet opnar også opp for at det dei kallar «indirekte» samarbeid kan definerast som (re)habilitering. Med dette meiner HOD at fleir aktørar jobbar med tiltak parallelt, men at ikkje samarbeidet er formalisert i tverrfagleg plan. Dette meiner Ergoterapeutforbundet bryt med føresetnaden om at (re)habilitering skal vera styrt av brukaren sine mål og vera koordinert.

Norsk fysioterapiforbund meiner at synergieffekten av godt koordinert tverrfagleg innsats ikkje må undervurderast, men samtidig er Fysioterapiforbundet mindre klare i sine meiningar her. Dei skriv nemleg i sitt høyringssvar at det i ein (re)habiliteringsprosess ofte vil vera behov for innsats frå fleir aktørar. Det er verdt å merke seg her at i høyringsnotatet har HOD nytta fysioterapi som døme fleire stadar, mellom anna når det gjeld dette med tverrfaglegheit og i deira beskriving av «indirekte samarbeid». Med det meiner HOD at faggrupper kan jobbe parallelt rundt ein brukar, t.d. trening med fysioterapeut etter ein kneoperasjon, medan legen tek seg av det medisinske.

Hovudorganisasjonen Virke poengterer kor viktig betre samarbeid i kommunen er. Dei trekkjer fram dømet med dei 3500 avtalefysioterapeutane som HOD skriv om i sitt høyringsnotatet. Der meiner dei det er tilstrekkeleg at ein av desse fysioterapeutane samarbeider med brukaren for at det skal kunne definerast som (re)habilitering. Her vil Virke få fram at ein kunne utnytte denne ordninga betre ved å samlokalisere fysioterapeutane med andre helsetenestar for å fremje og styrke det tverrfaglege samarbeidet.

Dei to fagorganisasjonane som er einige i HOD sitt forslag, er Norsk sykepleierforbund og Advokatforeningen. Sykepleierforbundet meiner det er positivt at definisjonen ikkje snevrar inn kor mange tenestar som er involvert i (re)habiliteringsprosessen. Advokatforeningen støttar at også monofagleg hjelp kan definerast som (re)habilitering. Synspunkta er ikkje grunngeve ytterlegare.

## ***Tverrprofesjonelt samarbeid er kjernen i (re)habilitering***

HOD vil i det nye definisjonsforslaget opne opp for ei breiare forståing av tverrfagleg samarbeid og at det er ulike måtar å forstå tverrfagleg samarbeid på. Setninga i høyringsnotatet som ser ut til å ha skapt eit spesielt sterkt engasjement er der HOD skriv at... «I mange sammenhenger kan det være tilstrekkelig at *en aktør* arbeider sammen med brukaren, for at denne oppnår funksjonsbedring eller opprettholder sin livskvalitet eller mestrer livet med sykdom».

Det er stor motstand mot dette elementet i forslaget. Alle dei tre aktørgruppene har tydelege og engasjerte innspel til temaet. Dei fleste meiner det er å «utvatne» (re)habiliteringsomgrepet, og at skillet mellom (re)habilitering og andre tenestar blir viska ut. Gjennomgåande er argumentet med at (re)habilitering er ei samansett verksemd som krev tverrfagleg tilnærming. Brukarane er særleg uroa for at tilbodet blir dårlegare om kravet til tverrfaglegheit forsvinn. Og sidan (re)habilitering ofte har deltaking som mål, vil det bety behov for fleire fag involvert. Å fjerne kravet til tverrfaglegheit vil svekke heilskapstankegangen innanfor verksemda. Både aktørar innan styresmaktene og fagprofesjonelle fryktar meir fragmenterte tenestar med endringane HOD foreslår, og at dei tvert i mot bør ha eit auka fokus på samarbeid og koordinering. Enkelte brukarorganisasjonar og fagprofesjonelle støttar også endringane om ei meir open tolking av det tverrfaglege samarbeidet, men her er det ikkje kommentert utover at dei er positive til forslaget.

## **4.7 Tidsavgrensa prosessar**

### ***Styresmakter***

(Re)habilitering har vore definert som «tidsavgrensa, planlagde prosessar», og HOD peikar no på at dette vert oppfatta problematisk særleg for brukarar med kroniske lidingar. Denne brukargruppa har ofte behov for oppfylging av helse- og omsorgstenestar livet ut. På bakgrunn av dette har HOD i sitt forslag til ny definisjon valt å fjerne omgrepet «tidsavgrensa».

Av kommunar som har kommentert er det om lag like mange som støttar forslaget til HOD, som dei som er ueinige i å fjerne tidsperspektivet i definisjonen. Dei som er positive til å fjerne «tidsavgrensede prosessar», argumenterer med at ein på denne måten ser heile mennesket i eit heilskapleg perspektiv. Oslo kommune, Steinkjer kommune, Stord kommune

og Trondheim kommune er blant kommunane med desse synspunkta. Oslo kommune meiner at det ikkje er ein føresetnad at (re)habilitering er tidsavgrensa, så lenge prosessen er målretta.

«Tidsaspektet som eit avgjerande verkemiddel» skriv Sandefjord kommune. Det er fleir av kommunane som er einige med dei om at tidsaspektet er svært viktig. Dei ser det som eit verkemiddel i å sikre framdrift og mogelegheit for å vurdere om mål vert nådd.

Siden prosessene skal være målrettede mener vi også at de bør være tidsbestemte (til fordel for ordet tidsavgrenset). Dette for å kunne evaluere og justere mål underveis i prosessen. Vi mener at noe som er tidsbestemt ikke nødvendigvis behøver å være en begrensning for mennesker med livsvarige behov for oppfølging av helsetjenesten, men snarere en hjelp til å jobbe mest mulig målrettet og presist mot sine mål

Sitatet er teke ut frå Halden kommune sitt høyringssvar, og illustrerer det fleire meiner om temaet. Det er eit tydeleg signal om at tidsavgrensinga er eit sentralt element i definisjonen og i målsetjing i (re)habiliteringsarbeidet. Fleire av aktørane forstår HOD sine argument med tanke på at kronikarar kan ha behov for bistand heile livet, men meiner at ikkje er nødvendig å kalle det (re)habilitering. Ørsta kommune skriv fylgjande i sitt høyringssvar:

Vi stiller spørsmål ved konsekvensar dette har i praksis. Å ikkje definere rehabilitering som tidsavgrensa kan på mange måter bli vanskelig – slik vi les forslaget til definisjonen vert f.eks. all fysioterapi definert som rehabilitering, også såkalla «vedlikhaldstrening». Altså; kurativ verksemd for fysioterapeutar vert då definert som rehabilitering, for nokre i livslang tid. Er dette å femne om definisjonen rehabilitering litt langt?

Ørsta kommune trekkjer også fram aspektet ved ein så open definisjon at nærmast alle helsetenestar kan bli ein del av definisjonen. Fleire andre har påpeka på at det er ein uheldig konsekvens av å fjerne kravet om at (re)habilitering er ein tidsavgrensa teneste.

Av andre styresmakter kommenterer KS at personar med kroniske lidingar vil ha behov for jamleg å vurdere kor hensiktsmessige tiltaka er, og dermed at tidsavgrensinga bør vera med i definisjonen.

## ***Brukarar***

Tilbakemeldingane frå dei ulike brukaraktørane kring dette tema har vore delte. Ein del av aktørane, mellom anna Norges blindforbund, Bekhterev Norge og Hørselhemmedes landsforbund støttar at «tidsavgrensing» vert fjerna frå definisjonen. Dette på bakgrunn av kronikarar som må leve med lidinga livet ut. I tillegg er det fleir som er einige i at (re)habilitering ikkje lenger vert definert som tidsavgrensa, men som gjer det klart at tidsperspektiv for evaluering må vera ein viktig del av prosessen likevel. Dette meiner mellom andre Pensjonistforbundet og Epilepsiforbundet. Det vert også nemnt i denne samanheng at sjølv om ordet «tidsavgrensa» vert teken ut av definisjonen, må ikkje (re)habilitering bli ei «statisk» teneste. Med dette meinast at tenesta varer og varer utan klare punkt for evaluering og eventuelt endring. Norsk revmatikerforbund er også einige i det nye forslaget, men legg likevel vekt på at det er viktig med delmål og mål for evaluering, men utan at (re)habiliteringsprosessen vert avslutta. PTØ Norge er ein brukarorganisasjon for barn, ungdom og vaksne med Cerebral Parese og andre nevrologiske lidingar. Dei støttar også endringa om at (re)habilitering både kan vera tidsavgrensa, men også av livslang varigheit. Sitatet under frå PTØ Norge omhandlar menneske med medfødt eller ervervet hjerneskade:

For disse brukerne er det helt nødvendig at habilitering sees på i et livsløpsperspektiv. For å bevare funksjonalitet i hverdagen er det avgjørende at habilitering skjer gjennom hele livet med de endringene og overgangene livet innebærer. Dette gjelder også for våre brukere med progressive tilstander som MS og Parkinson sykdom.

Sitatet argumenterer på ein måte som går igjen hos dei brukarane som er einige med HOD om å fjerne omgrepet tidsavgrensa frå definisjonen. Dei ser det som nødvendig at habilitering vert sett i eit livsløpsperspektiv.

Fleire av dei store organisasjonane er negative til at «tidsavgrensinga» vert teken ut av definisjonen. Dette gjeld t.d. Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU). Etter FFO sitt syn vert (re)habilitering utan nokon form for tidsavgrensing av prosessen meir å sjå på som behandling. Dei meiner at det ikkje er noko i vegen for at (re)habiliteringsprosessen er tidsavgrensa, og at nye (re)habiliteringsprosessar vert gjentekne etter behov. NFU er også ueinige i at tidsavgrensinga vert teken ut av definisjonen. Dei meiner det er viktig og verdfullt for pasientane å ha periodar i livet der ein ikkje er avhengig av (re)habiliteringsfagleg hjelp. Og dei skriv i høyringssvaret:

Det er ikke ønskelig at mennesker med medfødte funksjonsnedsettelse (som f.eks. OI) skal bli habiliteringspasienter i hele livet. Våre erfaringer er at selv om det kan være endringer i livsløpet som gjør at det blir behov for re-/habilitering så er det verdifullt å ha perioder hvor man lever godt uavhengig av re-/habiliteringsfaglig bistand. Re-/habiliteringsprosesser krever mye av den enkelte uansett hvilket mål som skal nås og gir lite overskudd til aktiv deltagelse i samfunnet.

CP- foreninga har nokre av dei same argumenta. Dei legg også vekt på at spesielt for barn vil det vera viktig å ha tidsavgrensing i prosessen fordi tiltaka vil gå på bekostning av leik, samvær med venner, skule og liknande. Dei skriv også at det er viktig i vurderinga om mål er nådd.

### ***Fagprofesjonelle***

Alle dei tre RHF som kommenterer dette temaet, er einige med HOD i å fjerne omgrepet «tidsavgrensa» i definisjonen av omsyn til kronikargruppene. Sitat frå Helse Nord RHF er eit døme på korleis dei kommenterer temaet:

Gjennom å ta ut begrepet «tidsavgrensede prosesser» har departementet også tatt hensyn til at dette i praksis har vist seg å være problematisk for kronikergruppene.

Fleirtalet av HF er ikkje einige i at omgrepet «tidsavgrensa» skal ut av definisjonen. Sørlandet sykehus HF er bekymra for at (re)habiliteringsomgrepet vert «utvatna» dersom ein vel å fjerne omgrepet tidsavgrensa frå definisjonen. Dersom ikkje (re)habiliteringsprosessen har eit klart definert endepunkt, vil dette gå utover tenesta brukarane får. Dei skriv i sitt høyringsvar at:

Vi er mere bekymret for at pasientgruppene mister retten til tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, som et viktig «boost» ved funksjonsfall, og at dette blir erstattet av enkelttiltak og vedlikeholdstrening. Målet må være at enkelttiltak, opptrening og rehabilitering kan gå hånd i hånd over tid.

Dette synleggjer at aktørane er opptekne av å halde på dei spesielle sidene ved (re)habilitering, t.d. at det er ein tidsavgrensa prosess, og at ein skil (re)habilitering frå andre enkelttiltak, opptrening og vedlikehaldstrening.

Fleire av aktørane, mellom anna Helse Bergen meiner at det er positivt at situasjonen for kronikarar er trekt fram i høyringsnotatet, men meiner at tenestar til kronikarar med behov for livslang oppfølging ikkje bør definerast som (re)habilitering. Kronikarar kan ha behov for ulike tenestar i eit livsløpsperspektiv, men at alt dette ikkje bør definerast som (re)habilitering.

To av aktørane som har kommentert temaet, er einige med HOD i forslaget om å fjerne omgrepet tidsavgrensa frå definisjonen. Dei har ikkje kommentera anna enn at dette er positivt for kronikarar som har behov for jamleg (re)habilitering i eit livsløpsperspektiv.

Private aktørar innan spesialisthelsetenesta er det i stor grad einige om å fjerne «tidsavgrensinga» i definisjonen. Men attføringscenteret i Rauland (AiR) har innspel til temaet. Dei skriv at rehabiliteringsforløp innan spesialisthelsetenesta typisk har ein tidsavgrensing, og foreslår difor at (re)habilitering blir definert som «ofte tidsavgrensa...».

Innan aktørgruppa universitet/høgskule, kompetansesenter og forskingsinstansar har Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) uttrykt at dei støttar endringa, men at det fredmeles er behov tydeleg og kontinuerleg evaluering. Det er også viktig for personar med utviklingshemming at dei ikkje skal oppleve å «vera under habilitering» heile livet.

Helsehuset IØMK IKS meiner tidsavgrensing er eit viktig element i (re)habilitering. Dei samanliknar det med prosjektarbeid: at ein har prosjektmål, og ein skal oppnå effekt i løpet av ein bestemt periode. Kronikarar som lever med sine utfordringar kvar dag, vil ha behov for periodar med meir målretta (re)habiliteringsinnsats. Dei er difor i mot å fjerne omgrepet frå definisjonen.

Fleire av dei store fagorganisasjonane er negative til å opne opp for at (re)habilitering kan vera av livslang varigheit. Dei meiner at tidsavgrensinga er viktig for å vurdere om mål er nådd, og at dette er eit like sentralt element for kronikarar. Norsk fysioterapiforbund

argumenterer med at sidan prosessane skal vera målretta, meiner dei også at dei skal vera tidsbestemte.

Den norske legeforening meiner at ved å fjerne «tidsavgrensa prosessar» frå definisjonen, vert (re)habiliteringsomgrepet utvida til å gjelde om lag alle helse- og omsorgstenestar. Dei er klare på at (re)habilitering bør ha eit definert forløp, med tanke på evaluering og kvalitetssikring.

Hovedorganisasjonen Virke er noko delte i meininga si. Dei ser at kronikarar kan ha behov for eit godt systematisk planlagt tilbod over tid. Men dei ser samtidig at ein tidsavgrensa prosess vil kunne sikre den framdrifta som må til i ein (re)habiliteringsprosess. På den måten blir arbeidsprosessane tydeleg for dei involverte, og spesielt for brukaren.

Ergoterapeutforbundet har eit tydeleg høyringssvar når det gjeld tidsavgrensing. Dei er tydeleg imot HOD sitt forslag om å fjerne omgrepet tidsavgrensa frå definisjonen, og skriv i sitt høyringssvar at:

Ergoterapeutene mener at fjerning av tidsaspektet i definisjonen undergraver hele grunnlaget for rehabilitering. I høringsnotatet leser vi at begrunnelsen er knyttet til enkeltes behov for oppfølging fra helse- og omsorgstjenesten hele livet. Det er liten tvil om at mange trenger tjenester hele livet, men ingen trenger, eller skal utsettes for, rehabilitering hele livet. Ergoterapeutene mener at ved å kalle alle typer tjenester for rehabilitering, så utvannes både rehabiliteringsbegrepet, og alle andre typer helse- og omsorgstjenester. Det gagnar hverken pasienter/brukere eller tjenesteutøvere. Det er helt klart at noen trenger kontinuerlig medisinsk oppfølging og/eller pleie- og omsorgstjenester som kompenserer for funksjon en ikke kan oppnå. Det er videre klart at mange vil trenge opptrening og behandling, for eksempel etter kirurgiske inngrep eller funksjonsfall av andre grunner. Rehabilitering må skille seg fra andre tiltak, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, ved at det er tidsavgrenset, tverrfaglig og koordinert. Tidsavgrensningen gjør det mulig å sjekke ut om målene nås.

For personer med varige funksjonstap eller kroniske sykdommer som kan bidra til endret funksjon gjennom livet, vil det være aktuelt med rehabilitering i perioder, men ikke kontinuerlig. Ytre faktorer som rolleendringer ved å bli forelder, skille seg, flytte



hjemmefra og liknende, kan også utløse behov for tverrfaglig, tidsavgrensede tjenester. Men når målet er nådd, avsluttes rehabiliteringen. For en del kan det være aktuelt å fortsette med trening, for eksempel på et helsestudio, i en svømmegruppe eller hos fysioterapeut, uten at det lenger er rehabilitering.

WHO har «often time-limited process» med i sin definisjon av rehabilitering.

Ergoterapeutforbundet argumenterer imot forslaget om å fjerne kravet om tidsavgrensing i (re)habilitering, og dei ser det som negativt for både fagprofesjonelle og brukarar dersom det skulle bli slik som HOD framlegg. Dei meiner at grensene for kva som er (re)habilitering samanlikna med andre helsetenestar blir viska ut, noko som er uheldig for kvaliteten og dei spesielle sidene ved (re)habilitering.

Eit fåtal av fagorganisasjonane som er positive til endringa HOD foreslår, Norsk sykepleierforbund skriv at dei er einige med HOD i at (re)habilitering ikkje bør vera innsnevrande med tanke på lengda på planlagde prosessar. Advokatforeningen, Norges optikerforbund og NHO service og handel har også kommentert at dei støttar endringa, utan å kommentere dette ytterlegare. Dei ser det som positivt at brukarane som har behov for det, kan få (re)habilitering i eit livsløpsperspektiv.

### ***Tidsavgrensing som eit verkemiddel***

Det er gjennomgåande for dei tre aktørgruppene at meiningane er delt i to leirar. Den eine halvparten synest det er fornuftig å fjerne tidsavgrensinga frå definisjonen, spesielt med omsyn til kronikarar som kan ha behov for oppfylging livet ut. Av dei som støttar HOD i dette er det mange som legg til at det likevel er viktig med målsetjing og evaluering. Den andre halvparten blant dei tre aktørgruppene ser tidsaspektet som eit sentralt verkemiddel innan (re)habilitering. Dette er også eit argument som kjem frå store brukarorganisasjonar som FFO og NFU. Temaet engasjerer og det kjem tydelege tilbakemeldingar, særleg frå dei som er imot forslaget til HOD. To sterke argument for å halde på tidsavgrensinga i definisjonen er for det fyrste å oppretthalde kvaliteten i målsetjingsarbeid og evaluering av tiltak, og for det andre at også kronikarar vil ha godt av periodar med fri frå (re)habilitering. Ergoterapiforbundet meiner at brukarar med kroniske lidningar vil ha behov for oppfylging i gjentekne periodar, men ikkje kontinuerleg. Dei meiner og at (re)habilitering nettopp skil seg frå andre tiltak ved at verksemda er tidsavgrensa, tverrfagleg og koordinert.

## 5 Drøfting

Eg har vald å presentere dette kapitlet i to delar. Fyrst kjem ei drøfting av dei mest interessante funna frå analysekapitlet der eg går meir nyansert inn i tematikk som omhandlar innhaldet i (re)habiliteringsdefinisjonen. Alle tema utanom eitt er teke med vidare til drøftinga. Det temaet som er valt frå er ei vid forståing av funksjonsevne. Analysen viste at aktørane var nokså samrøystes einige om dette temaet. Det er ikkje overraskande, då det gjaldt eit heilskapleg perspektiv innan (re)habilitering, noko som er i tråd med utviklinga av feltet som kom fram innleiingsvis og innanfor tidlegare forskning. Siste del i kapitlet er ei drøftinga av korleis samstyring og brukarmedverknaden kjem til uttrykk i høyringsprosessen. Dette er prosessar som vert undersøkt på eit meir overordna plan.

### 5.1 Eit tydeleg ynskje om to definisjonar

HOD foreslår å halde fram med ein felles definisjon for habilitering og rehabilitering. Dette grunngir dei med at det er mange fellestrekk, og at det er viktig at ikkje habiliteringsomgrepet utgår (HOD vel difor å nytte båe omgrepa i definisjonen). Særleg hjå dei fagprofesjonelle aktørane er det eit ynskje om å skilje dei to omgrepa. Argumentasjonen går ut på at det er ulike målgrupper som krev ulik tilnærming og ulikt kompetansegrunnlag.

I Helsedirektoratet sin nasjonale rettleiar for *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*, er det i kapittel 1.2 kommentert tilhøvet mellom habilitering og rehabilitering. Her står det at dei overordna prinsippa for habilitering og rehabilitering er felles. Dette utdjupar Direktoratet med at felles for båe målgruppene er behovet for eit vidt spekter av faglege tilnærmingar; medisinsk, fysikalsk, sansemessig, kognitivt, sosialt og psykososialt. Dette er noko som også kjem tydeleg fram i definisjonsforslaget frå HOD. I tillegg vert det poengtert at behovet for gjentekne prosessar gjennom heile eller store delar av livsløpet også kan gjelde for båe målgruppene, men det er særleg tydeleg innanfor habilitering. Skilnadene mellom dei to fagområda kjem fyrst og fremst til uttrykk i dei utøvande tenestane, og ulikskap i metodiske tilnærming deler dei inn i ny-læring og re-læring (Helsedirektoratet, 2018). Ser ein igjen på den norske definisjonen av habilitering og rehabilitering, går ikkje den inn på detaljar kring utøving av tenestane og den konkrete metodiske tilnærminga. Dette samsvarer også med dei funn Normann et al. (2008) la fram innan same tematikk, når den førre definisjonen av (re)habilitering kom med Rehabiliteringsmeldinga. Dei konkluderte med at dersom ein ser definisjonen i eit overordna perspektiv, slik som HOD i denne samanhengen

også har presentert det, så er det ingen skilnad mellom habilitering og rehabilitering. Ein felles definisjon må ta utgangspunkt i det enkelte individet sine behov og preferansar, og innhaldet i tenestane vil på denne måten variere frå person til person, uavhengig av om ein talar om habilitering eller rehabilitering (Normann et al., 2008).

Innspelet frå NOR klinikken er representativt for det mange av dei fagprofesjonelle ytrar i svara sine om diskusjonen kring ein felles definisjon av habilitering og rehabilitering, nemleg at rehabilitering på si side tyder ”å gjenvinne funksjon”, og habilitering handlar om tiltak for å oppretthalde funksjon i eit livslangt perspektiv. Det er eit klart skilje mellom målgruppene og tiltaka som vert gjevne. Ser ein på det totale bilete av innspel, kan ein identifisere to posisjonar, kor dei fleste argument går i retning av to separate definisjonar. Men ein del av aktørane meiner også at HOD sitt grep om å fortsetje å inkludere omgrepet habilitering i definisjonen er positivt, for å fremje eit fagområde som habilitering.

Tetzchner, Hesselberg og Schiørbeck (2008), i boka *Habilitering*, set eit klart skilje mellom omgrepa habilitering og rehabilitering. Dei argumenterer med at det kan vera store forskjellar mellom konsekvensane av medfødt eller tidleg oppståtte skadar, samanlikna med skadar som oppstår seinare i livet. For ein person med tidleg oppstått/eller medfødt skade, kan det vera vanskeleg å tileigne seg bestemte ferdigheitar, t.d. evna til talespråk, seinare i livet. Motsett kan ein person som blir døv i vaksen alder, framleis kan oppretthalde evna til å snakke. Ein ser oftare psykiske vanskar knyt til tapet av etablera ferdigheiter, enn hjå dei som har vakse opp med ein funksjonshemming frå fødsel eller tidleg barndom. Vedkomande som har vakse opp med ein funksjonshemming, har på ein heilt annan måte lært seg å leve med funksjonshemminga si. Forfatarane peikar i tillegg på at habilitering også rettar seg mot vaksne, men at arbeidet ofte startar i barne- og ungdomsalder (Tetzchner, Hesselberg og Schiørbeck, 2008). Boka opererer med to ulike definisjonar av habilitering og rehabilitering:

Habilitering vil si å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet hos mennesker med tidlig ervervede eller medfødte funksjonshemninger

Rehabilitering vil si å gjenoppbygge tidligere mestrede funksjoner og gjenskape mulighetene for samspill og livskvalitet hos mennesker med ervervede funksjonshemninger (s. 15, Tetzchner, et al., 2008).

Tetzchner, et al. (2008) understrekar at det å arbeide med barn og unge representerer forskjellar i både tilnærming og problemstillingar, og at det krev ulik kompetanse hjå dei fagprofesjonelle, til tross for at ein samtidig kan bruke ein del av dei same behandlingsstrategiane og hjelpemidla. Dette støttar opp om synspunkta som særleg dei fagprofesjonelle legg fram i høyringa.

Temaet som vert drøfta etter dette, er om tidsaspektet i definisjonen av (re)habilitering. Det er verdt å nemne dette i drøftinga av omgrepa habilitering og rehabilitering, fordi ei stor tyngde av argumentasjonen blant dei tre aktørgruppene ser dette som ein sentral skilnad mellom dei to omgrepa. Fleirtalet konkluderer at det blir feil å definere desse to omgrepa saman, særleg på grunn av forskjellane i tidsaspektet, og lengda på oppfylging innanfor høvesvis habilitering og rehabilitering. Tidsaspektet vert dessutan sett på som eit nyttig verktøy i både habilitering og rehabilitering når det gjeld evaluering av tiltak. Litteraturen på habiliteringsfeltet fremjar også ulikskap mellom habilitering og rehabilitering, utan at det blir uttrykt at den offentlege norske definisjonen ikkje bør vera felles for dei to fagområda (Tetzchner, et al. 2008; Bjorbækmo & Billington, 2015).

Ser ein på den norske definisjonen, saman med innspel frå ulike aktørar i høyringsprosessen, gjev det eit bilete av at habiliteringsomgrepet har ein tydeleg plass i det norske helsevesen. I FN- konvensjonen om rettar til personar med nedsett funksjonsevne (artikkel 26), som trådde i kraft i 2008, er både omgrepet habilitering og rehabilitering nytta. Dei to områda vert omtalt felles i artikkelen, på same måte som HOD presenterer dei i ein og same definisjon i høyringsprosessen (FN- konvensjonen, 2019). Solvang (2019) trekkjer fram at på tross av at habilitering som fagterm vert bruka i FN- konvensjonen, har det ikkje slått gjennom internasjonalt. Dersom ein ser på t.d. den danske definisjonen og definisjonen til Verdens helseorganisasjon (WHO) nyttar dei berre omgrepet rehabilitering.

I Helsedirektoratet sin nasjonale rettleiar for *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*, kjem det fram at det er dei overordna prinsippa som er felles for habilitering og rehabilitering. Slik som behovet for eit bredt spekter av faglege tilnærmingar, og at behovet for gjetekne (re)habiliteringsprosessar gjennom heile eller store delar av livet kan gjelde for både brukarar innan habilitering og rehabilitering. Argumentasjonen i innspela handlar mykje om at det er to ulike fagområde som krev ulik tilnærming og ulikt kompetansegrunnlag. Dette går for det meste på utøving av tenetane, som Helsedirektoratet i den nasjonale rettleiaren

også har kommentera at er ein skilnad mellom dei to omgrepa. Frå styresmaktene si side er det valt å definere habilitering og rehabilitering saman, nettopp fordi dei overordna prinsippa er felles (Helsedirektoratet, 2018). Mange av aktørane er likevel imot forslaget, og eit sentralt argument som går igjen er tidsaspektet innan (re)habiltiering.

## 5.2 Tidsavgrensing som eit avgjerande verkemiddel

I forslag til ny definisjon vel HOD å fjerne tidsavgrensinga frå definisjonen av omsyn til brukarar med kroniske lidingar som ofte vil ha behov for oppfylgning gjennom heile livet. Det er omtrent like mange som støttar dette, som dei som er imot. Innanfor alle aktørgrupper (også i organisasjonar som representerer brukarar med kroniske lidingar) finn ein argumentasjon for å halde på tidsaspektet i definisjonen. Det vert sett som eit sentralt element for kvaliteten av tenesta, med tanke på målsetjing og evaluering av tiltak. Mange hevdar og at alle brukarar har godt av «friperiodar» frå (re)habiliteringsfagleg innsats. Som nemnt i drøftinga ovanfor, er tidsaspektet også eit trekk mange meiner skil dei to omgrepa habilitering og rehabilitering frå kvarandre.

Rehabiliteringsforum Danmark har gjeve ut ei bok om utfordringar innan rehabilitering i Danmark, der mellom anna tidsaspektet blir drøfta i relasjon til bruken av habilitering som omgrep. I Danmark har ikkje habilitering fått innpass som eit sjølvstendig omgrep, slik som i Noreg og Sverige. Ei av utfordringane dei trekkjer fram er at habilitering ikkje er tidsavgrensa, noko dei ser som sentralt innan rehabilitering (Hjortbak, Bangshaab, Johansen & Lund, 2011). Dei grunngjev det med at;

Rehabilitering er tidsafgrænset med det mål, at borgeren genvinder så meget af sin tidligere funktionsevne som muligt indenfor den fastsatte tidsramme. Herefter vurderes om der skal sættes nye mål med nye tidsrammer. En rehabiliteringperiode kan være af kortere eller længere varighed, men ordet tidsbestemt skal sikre, at man kontinuerligt forholder sig til borgeres rehabiliteringsbehov, indsatser og mål (Hjortbak, et al., 2011, s. 12).

Sitatet syner at den viktigaste diskusjonen innan feltet er tidsavgrensing og kor vidt dette er eit element som skil habilitering frå rehabilitering. Dei er også inne på at tidsaspektet er sentralt for kvalitet og framdrift i tenesta. I Noreg der ein har hatt ein felles definisjon for dei

to omgrepa, er det no mange som stiller spørsmål ved om ikkje dette blir å fjerne eit viktig verkemiddel, særleg innan rehabilitering, dersom tidsaspektet vert teken ut av definisjonen. For brukarar med kroniske lidingar ser også fleir at tiltaka bør vera tidsavgrensa, men at det vil vera behov for gjentekne (re)habiliteringsprosessar.

I nasjonal rettleiar for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2018) kan ein nettopp lese at dei fokuserer på «gjentekne prosessar», spesielt for brukarar av habiliteringstenestar. Det betyr at ein har målretta prosessar, men at desse prosessane kan gjentakast i eit livsløpsperspektiv. I målsetjingsarbeid ligg det implisitt at prosessane har ei tidsavgrensing for evaluering, slik SMART-kriteria viser (Wade, 2009). Tidsaspektet er altså tilstade når det er tale om målsetjing, og i det nye definisjonsforslag står det i fyrste setning at «Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål». På tross av dette, er det likevel mange aktørar som uroar seg for at det viktige arbeidet med målsetjing og evaluering blir svekka dersom ein vel å fjerne omgrepet tidsavgrensa frå definisjonen. Fagprofesjonelle generelt og aktørar innan styresmaktene representert av ulike kommunar, meiner i stor grad at tidsaspektet er eit viktig og avgjerande verkemiddel. Dette verkemidlet er kopla opp mot målsetjing og evalueringsprosessen. Brukaraktørar uttrykkjer at (re)habilitering ikkje må bli ei «statisk teneste», sjølv om tidsaspektet i definisjonen blir teken vekk. Med uttrykket «statisk teneste» meiner ein at tenesta eller tiltaka kan vare over lang tid utan klare punkt for evaluering og eventuelt endring. Fleire kommenterer at mål og delmål er viktig for evaluering, men at ikkje (re)habiliteringsprosessen nødvendigvis må avsluttast likevel.

For fagprofesjonelle aktørar som ynskjer at (re)habilitering skal definerast som tidsavgrensa, kan også (re)habilitering handle om ei oppgåveavgrensing, å gjera ei avgrensing av innsatsen som skal gjevast. Dette kjem til uttrykk i høyringsprosessen særleg under tema om tidsavgrensing. I arbeidet med (re)habilitering skal dei fagprofesjonelle inn å koordinerer og utføre eit arbeid, og er logisk nok opptekne av ei avgrensing av tenesta. Men frå eit brukarperspektiv ser dei på (re)habilitering meir som ein uavgrensa prosess. Frå brukaraktørane er merksemda retta mot å leve eit godt liv, finne nye vegar, forsoning med det nye menneske ein har blitt, og finne livskvalitet i den nye livssituasjonen. Brukaren ser (re)habilitering som den prosess dei sjølv går gjennom, som kan skilje seg frå å sjå (re)habilitering som den intervensjon fagprofesjonelle skal utføre (Andreassen, 2008; Hammel, 2015).

Korleis ein ser på omgrepet tidsavgrensa i definisjonen er avgjerande. Om ein ser på det som at arbeidet med målsetjingar er truga om ein fjernar det frå definisjonen, så er det klart at det er ein negativ konsekvens. Det er nettopp dette mange av aktørane er uroa for. Men ein kan og sjå endringane i eit større perspektiv, med at (re)habiliteringsprosessar kan gå føre seg i eit livsløpsperspektiv og likevel kan ha periodar utan (re)habiliteringsfagleg bistand. I det perspektivet er det viktig at prosessane blir evaluert, eventuelt justert og endra og at ein sikrar at tiltaka startar opp igjen, eventuelt i justert form. Dette er situasjonen for mange brukarar med medfødt eller tidleg erverva skade, men også for brukarar som opplever varige (eller langvarige) funksjonsnedsettingar seinare i livet. Både desse målgruppene vil kunne ha behov for oppfølging i eit livsløpsperspektiv, brukarar som opplever såkalla biografiske brot (Bury, 1982). At sjukdom eller skade skaper så tydelege endringar i livet til vedkommande, at det representerer eit brot med det livet ein hadde før sjukdommen/skaden oppstod, t.d. ved hjerneslag. I desse tilfella vil (re)habilitering bli sett på meir som eit livsprosjekt, meir enn berre for ein kort periode i livet. Det ser ut til at det er desse brukarane HOD har teke omsyn til når tidsaspektet er teken ut av definisjonen. For brukarar som opplever varige endringar i livssituasjon, blir det feil at (re)habilitering blir definert som ein tidsavgrensa prosess. Dersom ein forstår endringsforslaget til HOD på denne måten, vil ikkje endringa gjera målsetjing og evaluering mindre viktig, men at brukarar med behov for (re)habilitering i eit lengre perspektiv blir ivareteke.

### **5.3 Tverrfagleg samarbeid er kjernen i (re)habilitering**

Å opne opp for å fjerne kravet om tverrfagleg samarbeid innan (re)habilitering, er noko av det som HOD legg fram i høyringsnotatet, og har ført til mange innspel. Alle dei tre aktørgruppene er svært tydeleg imot forslaget om at også monofaglege tiltak også skal kunne reknast som (re)habilitering. Det blir bruka omgrep som «utvatning» og «uthuling» av (re)habilitering, og ein ser ei generell uro for at skillet til andre helsetenestar vert viska ut, t.d. opptrening og behandling. Tverrfagleg samarbeid er noko mange av aktørane ser på som sjølve kjernen i (re)habilitering.

I Rehabiliteringsmeldinga skriv dei om grensa mellom (re)habilitering og behandling. Dei poengterer i meldinga at «rehabilitering ikkje handlar om å «gjera frisk», men å hjelpe brukaren til å meistre funksjonsproblema sine med tanke på aktivitet og deltaking» (St.meld.

nr. 21 (1998-1999), 1999). Dei trekkjer også fram i same meldinga at (re)habilitering er ein prosess, og ikkje enkeltstående tiltak. Slik eg forstår høyringsnotatet til HOD, er dette no forslag om å endre på, då HOD trekkjer fram eit døme med at trening hjå fysioterapeuten skal kunne kallast (re)habilitering.

Allereie på 1960-talet såg ein internasjonalt ei dreining mot at rehabilitering vart forstått som tverrfagleg og der samfunnsvitskaplege perspektiv fekk ein større plass. I Noreg kom det ei dreining tidleg på 2000 talet mot at rehabilitering handla om meir enn berre opptrening (Solvang 2019). Då Rehabiliteringsmeldinga kom, var viktige prinsipp heilskap, samarbeid og brukarmedverknad. «Rehabilitering skulle ikke lengre bestå av enkeltinnsatser utarbeidet for bestemte sykdomsgrupper, men av et planlagt og systematisk samarbeid mellom tjenesteytere for å assistere brukeren i hans eller hennes innsats for å nå sine egne mål. Bare når flere aktører samarbeidet skulle dette kalles rehabilitering» (Breimo et al., 2014). Dei framhevar altså samarbeid på tvers av ulike fag- og yrkesgrupper som sentralt for å kalle verksemda (re)habilitering, og at det stadig vert fleire aktuelle faggrupper involvert i samarbeidet. (Re)habiliteringspolitikken omhandla altså betre koordinering av tenestar og betre samarbeid mellom relevante faggruppe (Breimo, et al., 2014). Ved det utvida synet på funksjonsevne i definisjonen, til å peike på alle sider ved mennesket, vil det implisitt indikere at fleire yrkesgrupper blir ein del av (re)habiliteringsfeltet. Nyare (re)habiliteringsprofesjonar knytt til det sosialfaglege og pedagogiske feltet blir ein naturleg del av (re)habilitering, slik Breimo et al. (2014) viser til i sin studie.

Hammel (2015) presenterer ei vid forståing av rehabilitering, men ho er likevel tydeleg på skilje mellom behandling og rehabilitering. Ho er tydeleg på at rehabilitering ikkje er det same som behandling av ein kroppsdel, t.d. opptrening hos fysioterapeut etter akillesseneruptur. Hammel (2015) definerer rehabilitering som ein prosess, med det mål å auke trivsel og å leve eit meningsfullt liv med sjukdom eller funksjonshemming. Argumentasjonen til Hammel (2015) peikar i same retning som innspela til dei fleste aktørane, nemleg at (re)habilitering er ei meir kompleks verksemd, samanlikna med enkelttiltak som t.d. trening hos fysioterapeut. Dette understøttar kor sentralt det tverrprofesjonelle samarbeidet har vore og er innan (re)habilitering.

HOD skriv i høyringsnotatet at ein kan forstå tverrfagleg samarbeid på ulike måtar, og føreslår å senke kravet om tverrfagleg samarbeid innan (re)habilitering. Det er dette ulike



aktørar reagerer sterkt på. Brukarar med komplekse lidningar er redde for at dette reduserer kvaliteten på hjelpa dei får, då dei er avhengig av tverrfagleg kompetanse. HOD legg mellom anna fram at graden av samarbeid kan variere i ein (re)habiliteringsprosess. I tillegg kjem det fram i høyringsnotatet at samarbeid kan vera av både direkte og indirekte aktivitet, noko som er i tråd med det Solvang (2019) synleggjer i inndelinga av ulike former for samarbeid. Med indirekte samarbeid meiner HOD at fleire aktørar er sentrale i prosessen, men at tiltaka blir gitt kvar for seg og ikkje er ledd i ein formalisert individuell plan (Regjeringa, 2017). Det er altså fleire parallellar mellom det Solvang (2019) trekkjer fram om ulike former for tverrprofesjonalitet, og det som HOD argumenterer med i høyringsnotatet når det gjeld korleis vi skal forstå tverrprofesjonelt samarbeid innan (re)habilitering. Det som vekker sterke reaksjonar er at HOD skriv at «I forslaget til definisjon åpnes det for at de målrettede samarbeidsprosessene er mellom bruker og en eller flere aktører» (Regjeringa, 2017, s. 9). Dei argumenterer med at det kan vera tilstrekkeleg at ein aktør arbeidar saman med brukaren, for at denne oppnår funksjonsbetring eller opprettheld sin livskvaliteten eller mestrar livet med sjukdom. Dette kan ein sjå opp mot Solvang (2019) si omtale av fleirprofesjonell praksis, ei form for samarbeid der ulike faggrupper arbeider kva for seg, men med oppgåver som er felles. Dei arbeidar altså innan kvart sitt kunnskapsområde, og deira fagelegheit møtast ikkje i nokon felles samankjeding (Solvang, 2019, s. 47). Dette til forskjell frå t.d. den mest kjende forma for samarbeid innan (re)habilitering, tverrprofesjonell praksis, der deltakarane arbeider tett saman, og diskuterer saman korleis dei skal finne fram til felles mål (Solvang, 2019). Sidan HOD i høyringsnotatet i tillegg er inne på dette med indirekte samarbeid, er det mest nærliggjande å tolke det dei skriv i retning av fleirprofesjonell praksis.

Alle aktørgruppene argumenterer med at endringa innan dette tema blir rekna som ein trussel mot ei heilskapleg forståing og mot det komplekse innan (re)habilitering. Ei rekke tidlegare studiar stadfestar nettopp kompleksiteten innan feltet og at det tverrprofesjonelle står sentralt. Studien til Solvang & Feiring (2019) tydeleggjer at det tverrprofesjonelle innan høgare utganningsinstitusjonar er eit sentralt element i (re)habilitering særleg i Skandinavia, når dei samanliknar det med Storbritannia og Tyskland. Solvang (2019) peikar på at dersom ein skal framheve eit nøkkeltema i (re)habilitering, vil det vera samhandling. Feiring (2012a) synleggjer i sin studie at kompleksiteten innan (re)habiliteringsfeltet har resultera i innføring av nye styringsverktøy som IP og koordinerande einingar i kommunane. Dette stadfestar at det er ein auka kompleksitet og behov for betre koordinering av tenestane som er involvera i (re)habiliteringsprosessen. Breimo et al. (2014) støttar også denne utviklinga på bakgrunn av

at fleire yrkesgrupper er involvert i (re)habiliteringsverksemd. Overgangen til den nye politikken som kom med Rehabiliteringsmeldinga underbyggjer også at (re)habilitering har gått mot ei profesjonsnøytral verksemd, auka behov for koordinering og betre samarbeid på tvers av yrkesgruppene (Lunde, 2015). Enkelte aktørar har i sine innspel i høyringsprosessen trekt parallellar til den medisinske forståinga av (re)habilitering. Fleire aktørar tolkar dette som at medisinsk behandling hos lege eller fysioterapeut åleine kan reknast som (re)habilitering. Diskusjonen synleggjer kor viktig tverrprofesjonaliteten står innan eit felt som (re)habilitering, då dette temaet har skapt størst engasjement hos ulike aktørar. Det bidreg til å skape ein viktig debatt om kva omgrepet tverrprofesjonalitet/tverrfagleg samarbeid inneber, kva det bør innebera, og kvar grensene skal gå for når det ikkje lengre bør definerast som (re)habilitering.

## **5.4 Føresetnadene for kunnskapsbasert praksis**

Ser ein på den danske definisjonen av rehabilitering, står det at tiltaka i ein rehabiliteringsprosess skal vera kunnskapsbaserte. HOD foreslår at det og skal vera med også i den norske definisjonen. Det er generelt positivitet å spore hos alle aktørgruppene når det gjeld dette. Særleg fagprofesjonelle og brukarar er opptekne av føresetnadene for kunnskapen, at det må vera gode fagmiljø, kven som har ansvar for at praksisen er kunnskapsbasert, og at formidling av kunnskapen er essensielt innan (re)habilitering.

I forslaget til ny definisjon står denne formuleringa «...kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene». Enkelte brukaraktørar kjem med innspel om at dette er for stort ansvar å leggje på brukaren, og at ein ikkje kan krevje eller forvente at ein brukaren skal kunne trekkje kunnskapsbaserte slutningar. Dei peikar på kor viktig det er at kunnskapsbaserte tiltak må koma frå dei fagprofesjonelle. Dette innspelet viser det at dei ser på fagprofesjonelle som ekspertar innan feltet, og vidare at dei har visse forventningar om at fagprofesjonelle har oppdatert kunnskap om kva for tiltak som har effekt i ulike situasjonar. Ser vi på kva som ligg i omgrepet kunnskapsbasert praksis, er det basert på at fagprofesjonelle kan ta faglege avgjersler basert på systematisk innhenting av forskings- og erfaringsbasert kunnskap, og brukarkunnskap (Helsebiblioteket, udatara). Sett i samanheng med innspela frå brukaraktørane er det viktig å merke seg at det tredje elementet innan kunnskapsbasert praksis er brukaren sin kompetanse, ynskje og behov. Dei skal altså i stadig større grad medverke i slutningar knytt til eigen (re)habiliteringsprosess, og på denne måten fungere som ein aktiv bidragsytar (Solvang &

Slettebø, 2012). Innspela frå enkelte brukaraktørar ber preg av at dei tolkar kunnskapsbasert praksis mest som forskingsbasert kunnskap, og at ikkje dette er eit krav som kan stillast til brukaren.

Andreassen (2008) skriv om korleis ekspertens posisjon vert utfordra i helesetenesta når brukarane stadig skal medverke i større grad, også når det gjeld kunnskap i (re)habiliteringsprosessen. Fleire brukaraktørar har nettopp trekt fram at dette er eit for stort ansvar å leggje på brukarane. Den som mottar hjelp må kunne stole på at den fagprofesjonelle er kompetent og tar ansvar. Mange brukaraktørar uttrykkjer uro og skepsis til at denne ansvarsfordelinga no blir utfordra. Brukaraktørane sjølv stiller spørsmål til kva brukarmedverknaden skal innehalde. «En hjelperelasjon som likestiller den enkeltes kunnskap med faglig kunnskap når det gjelder å utvikle et relevant hjelpetilbud, endrer, med fjerner ikke, betydningen av faglig ekspertise» (Andreassen, 2008, s. 101). Sitatet illustrerer at sjølv om kunnskapsformene vert meir likestilt, som i teorien om kunnskapsbasert praksis, så er ikkje det synonymt med at den faglege ekspertisen vert svekka. Tvert i mot må ein sjå det som ein ressursar at ulike aktørar i eit (re)habiliteringsforløp innehar ulike former for kunnskap. Fagprofesjonelle må ha den faglege oppdaterte kunnskapen, men det er brukaren som er ekspert på korleis det er å leve med sjukdommen eller skaden. Enkelte aktørar innan dei fagprofesjonelle peikar dessutan på at definisjonen også rettar seg mot personar innan rus- og psykiatri eller personar med alvorleg kognitiv svikt og demens. Evna til å ta ein aktiv posisjon i eigen (re)habiliteringsprosess vil vera svært variert, og mange meiner at det må settast ei grense for kor stort ansvar som skal leggjast på brukaren ved utforming av behandlingsplanar.

Her er det relevant å trekkje inn omgrepet beslutningsstøtte. Det handlar om å hjelpe personar til å medverke i å ta avgjersler om undersøking- og behandlingalternativ basert på informasjon om fordelar og ulemper ved alternativa (Stacey et al., 2014). I artikkelen til Skarstad (2018) vert det trekt fram at eit sentralt ideal for FN-konvensjonen om rettar til menneske med nedsett funksjonsevne, er full deltaking og inkludering i samfunnet. For å nå opp til FN-konvensjonens mål, er støttande relasjonar eit viktig aspekt, noko som er viktig ikkje berre for dei med intellektuell eller annan funksjonshemming, men for alle menneske når slutningar skal tas. Det er ikkje enkelt for enkeltpersonar å ta gode avgjersler heilt uavhengig av andre, då kapasiteten til uavhengig å samle all nødvendig informasjon innan eit felt nesten er umogeleg. For brukarar som har nedsett funksjonsevne, vil beslutningsstøtte

vera særleg viktig ved at informasjonen blir tilpassa på ein forståeleg måte, slik at det igjen vil gje betre samsvar mellom vala dei tek og egne verdiar (Skarstad, 2018).

Formidling av kunnskap vert av enkelte fagprofesjonelle og brukaraktørar trekt fram som ein viktig føresetnad i samband med kunnskapsbasert praksis. Fleire meiner dette er eit element som bør eksplisitt koma fram i definisjonen. Martinsen (2002) siterer den danske filosofen Søren Kierkegaard: «For i sandhed at kunne hjælpe en anden, maa jeg forstaae mer end hanmen dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min mer-forstaaen ham slet ikke» (Martinsen, 2002, s. 233). Sitatet belyser viktige trekk ved ei fagsamtale og ved formidling av kunnskap. Den fagprofesjonelle må altså ha meir kunnskap i den aktuelle situasjon samanlikna med brukaren, men for at denne «meir-kunnskapen» skal vera nyttig, må hjelparen fyst setja seg inn i brukarens situasjon og forstå det han forstår. Det handlar om å stille seg inn i forhold til den andre. I lys av dette er det altså ikkje tilstrekkeleg at fagprofesjonelle har den beste kunnskapen innan eit felt, om han/ho ikkje samstundes kan formidle den på ein god måte i møte med brukaren. Ved at brukaren får eit stadig større ansvar for å ta egne val ut frå sin situasjon, blir kanskje dei fagprofesjonelle si evne til formidling også endå viktigare.

I samband med at brukaren ser ut til å få eit auka ansvar for eigen (re)habiliteringsprosess, er det relevant å trekkje fram Villadsen (2007) sitt omgrep om sjølv-styring. Han trekkjer fram ulike måtar å forstå korleis makt og kunnskap heng saman. Den franske filosofen Michel Foucault presenterte omgrepet *governmentality*, der styring av det moderne samfunnet og velferdsstaten står sentralt. Omgrepet sjølv-styring viser til ein overgang frå å adlyde ein autoritet til å styre seg sjølv. Det fylgjer eit ansvar og ei makt hos brukaren til å forvalte kunnskapen ein får frå helsepersonell, for så å ta egne val ut frå eigen situasjon (Villadsen, 2007). Det er forventa at brukaren sjølv må ta val og handle ut frå kunnskapen han/ho får formidla frå fagprofesjonelle. Det auka ansvaret brukaren får, gjer også noko med fagprofesjonelle si rolle i møte med brukaren. Ei viktig rolle blir å rettleie brukaren til å ta gode val for eiga helse. utfordringar med denne utviklinga kan særleg oppstå i møte med brukarar med intellektuelle funksjonshemmingar, med redusert evne til å ta til seg kunnskap og til å vurdere ulike handlingsalternativ opp mot kvarandre (Solvang 2019; Skarstad 2018).

Eit anna perspektiv om kunnskap som kjem fram i analysen, er særleg eit innspel frå brukaraktørar. (Re)habilitering må gå føre seg på det nivået der ein har spesialisert og

tverrfagleg kompetanse, anten det er i kommune eller spesialisthelsetenesta. Brukarane uttrykkjer samtidig ei uro for at stadig meir ansvar blir overført frå spesialisthelsetenesta til kommune, men er usikre på om kompetansen i kommunane er god nok til å ta imot dei utfordringane som kjem. Dei meiner at når kunnskapsbaserte tiltak blir nemnd i definisjonen, bør det koma klart fram i rettleiaren at (re)habilitering skal gå føre seg der det er tilstrekkeleg kompetanse på området. Enkelte aktørar innanfor spesialisthelsetenesta uttrykkjer og uro, når dei skriv at dei møter pasientar som opplever å ikkje bli tilstrekkeleg ivareteke av kommunale aktørar. Sunnaas sykehus tydeleggjer at ein definisjon ikkje bedrar denne situasjonen åleine, det må også konkrete verkemiddel til for å styrke kommunane sine evner til å mellom anna ta faglege gode avgjersler. Sunnaas sykehus har, som eg har vore inne på tidlegare ein sterkt posisjon innan (re)habiliteringsfagleg verksemd. Det dei legg vekt på kan også vera eit bidrag til å fremje eigen posisjon ytterlegare i feltet (Feiring & Solvang, 2013).

I Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, (§ 14) er det eit eige avsnitt om RHF sitt ansvar i å rettleie kommunane. Ansvar er lovfesta, og handlar om at RHF skal rettleie og samarbeide med kommunen om opplegg for den enkelte pasient, gje generelle råd til tilsette i kommunane, og samarbeide med andre etatar når det er nødvendig for utreiing, tilrettelegging og gjennomføring av tilbod for den enkelte (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Sidan fleire aktørar som nemnt ovanfor er uroa for om kunnskapsgrunnlaget og oppfylginga i kommunane er tilfredstillande, kan ein stille spørsmål ved om samarbeidet og overføringa av brukarar frå spesialisthelsetenesta til kommunen fungerer optimalt.

Til slutt er det verdt å ta med eit argument som er innsendt av ein brukaraktør, Norges optikerforbund. Kunnskapsbaserte tiltak må ikkje koma i vegen for fornuftige tiltak der det ikkje finst relevant dokumentasjonsgrunnlag. Dette belyser ei viktig side ved kunnskapsbasert praksis. Det er ikkje alle situasjonar der det finst tilstrekkeleg forskingsbasert kunnskap, og i dei tilfella vil den fagprofesjonelle sine tidlegare erfaringar, saman med brukaren si erfaring og kunnskap vera viktige. Det er med andre ord viktig å bruke dei ulike kjeldene til kunnskapsbasert praksis på ein reflektert måte. Kunnskapsbasert praksis er framstilt som ein harmonimodell kor alle dei tre kunnskapsformane er illustrert med sirklar som er like store og som overlappar kvarandre (Helsebiblioteket, udata). Ein kan diskutere om det er riktig å forstå modellen som ein harmonimodell. Det er nærliggjande å sjå modellen i relasjon til evidenshierarkiet, eit hierarki som viser til kva forskning som har høgast kvalitet, og ein bør

alltid søkje etter den best tilgjengelege forskinga når ein står ovanfor kliniske avgjersler (Vandvik, 2011). Bjorbækmo & Billington (2015) poengterer dessutan at ikkje alltid praksis og forskning går så godt overeins, og dei stiller spørsmål ved om ikkje praksis er langt meir mangfaldig enn det ulike forskingsresultat kan spegle (Bjorbækmo & Billington, 2015). Forsking må ikkje nyttast ukritisk, fordi fakta som er bevist i éin kontekst, må tilpassast den konkrete verkelegheita som kunnskapen skal omsetjast til, og nyttast i (Solvang & Slettebø, 2012). Det kan på denne måten vera ein kompleks prosess å nytte forskingskunnskap i ulike praksissituasjonar, noko som er viktig å ha eit reflektert forhold til i praksis.

## 5.5 Brukarmedverknad som ansvarleggjering

HOD vil styrkje brukaren sin posisjon i ny definisjon. «Å skape pasientens helseteneste» er eit sentralt politisk budskap, og noko HOD fremjar i høyringsnotatet i samband med avsnittet om brukarmedverknad. Men kva handlar eigentleg dette om? Nokre utdrag frå Stortingsmelding 11 (2018-2019), synleggjer kva regjeringa legg i dette: «Pasienten skal medvirke i utforminga av tjenesten, delta i valg av egen behandling og få bedre muligheter til å mestre eget liv», «regjeringa vil gi pasientene sterkere innflytelse», og «Pasientens behov og ønsker skal veie tyngre når det skal tas valg om hvilken behandling som skal gis, og hvordan den skal gjennomføres» (Meld. St. 11 (2018-2019), 2019). Solvang (2019) framhevar også i sin diskusjon av det nye definisjonsforslaget at styresmaktene ser ut til å stille høgare krav til personen med funksjonshemming, eit krav til brukaren som ein reflektert og målretta aktør (Solvang, 2019). Det kjem fram i analysen at brukaraktørane deler ei uro over det store ansvaret for eigen (re)habiliteringsprosessen, og det verkar usikkert om det er eit ansvar dei ynskjer å ha. Eit døme på dette er knytt til temaet kunnskapsbasert praksis og i samband med målsetjing. Det vert også poengtert i enkelte høyringssvar, at det er eit ansvar ikkje alle brukarar er i stand til å ta. Enkelte fagprofesjonelle understrekar også at målsetjing må vera basert på spesialistvurdering, og at spesialistar må avgjera kva som er kunnskapsbaserte tilrådingar om tiltak og behandling. Deira tydlege utsegn om spesialistvurdering, kan ein tolke som eit motsvar, og kanskje også motvilje, til denne maktforskuvinga som det å flytte ansvaret frå fagprofesjonelle til brukaren faktisk er.

Eit anna interessant funn under temaet brukarmedverknad er at fleire av dei fagprofesjonelle og aktørar innanfor styresmaktene, uttrykkjer kor viktig det er at brukaren i ein (re)habiliteringsprosess har ei aktiv og deltakande rolle, framfor å vera ein passiv mottakar av

tenestar. Dette er ikkje noko brukaraktørane sjølv har fokus på i svara sine, så her ser ein tydeleg skilnad mellom dei ulike rollene. Det vert kommentert frå fleire fagprofesjonelle at brukaren sin eigen innsats bør inngå i definisjonen, nettopp for å unngå at brukaren blir ein passiv mottakar. Igjen ser vi at fagprofesjonelle og styresmakter har ei forventning om at brukaren skal ta ansvar for sin eigen (re)habiliteringsprosess. Innspel frå brukaraktørane synleggjer at dei er nølande til å få for mykje ansvar. Breimo (2012) har mellom anna i doktorgraden sin undersøkt erfaringar hjå brukarar med å vera i ein rehabiliteringsprosess. Tre hovudproblemstillingar som kjem opp er fragmentering av kvardagslivet, manglande plan og retning, og overbelastning av arbeid og ansvar. Desse tre elementa heng saman og påverkar (forsterkar) kvarandre, og stadfestar det som kjem fram i drøftinga; at representantar for ulike brukarorganisasjonar er skeptiske til det store ansvaret det blir antyda at dei skal ha for eigen (re)habiliteringsprosess. Breimo (2012) trekkjer det fram som eit paradoks, at rehabilitering som verksemd med eit heilskapseleg perspektiv, også gir ein aukande kompleksitet. Dette fører igjen til utfordringar og spenningar i feltet, noko som er skildra i ulike tema her.

Brukaraktørane har eit anna perspektiv på dette med eigen innsats i (re)habiliteringsprosessen. Dei meiner det blir meir riktig å knytte (re)habilitering til den innsikta som skal gjera dei i stand til å leve det nye livet etter skade/sjukdom. Brukarane understrekar at det handlar om å få innsikt i ein ny situasjonen meir enn berre ein avgrensa (re)habiliteringsperiode. (Re)habilitering er noko som varer livet ut, og som handlar meir om korleis dei meistarar heile livet, enn berre konkrete tiltak og deira eigen innsats der og då (Andreassen, 2008). Dette er eit interessant perspektiv, då det gjev eit nyansert bilete av skilnaden på kva fagprofesjonelle og styresmakter kontra brukarar legg vekt på innan (re)habilitering. Det kjem tydeleg til uttrykk at brukaraktørane kjenner det på kroppen, og er dei som skal leve eit annleis liv enn det dei hadde førestelt seg. For styresmakter og fagprofesjonelle rettar det seg i større grad mot å avgrense ei teneste og plassere ansvaret for (re)habilitering der det er riktig.

## **5.6 Samstyring og brukarmedverknad på systemnivå**

Høyringsprosessen som denne studien tar utgangspunkt i, er ei form for samstyring, ved at også brukarorganisasjonar får høve til å uttrykkje meininga si gjennom det å vera ein høyringsinstans. Dette er ei positiv utvikling og eit døme på brukarmedverknad på systemnivå. Slik har det ikkje alltid vore. Tidleg på 1950-talet stilte dei yrkeshemma krav om å få delta i politisk arbeid, ti år etter vart det danna ein sivil aksjon med alle funksjonshemma

som målgruppe. Feiring (2013) siterer skribenten og filmskaparen Arne Skouen som leidde aksjonen «Vårt land står midt i den rikeste økonomiske vekst vi har opplevd i vår historie. Samtidig er velferdsstatens sosiale grunner blitt tverrpolitisk felleseie. Allikevel er en gruppe medborgere og medmennesker satt utenfor utviklingen: de handicappede av alle slag» (Skouen i Feiring 2013). På bakgrunn av dette engasjementet på 1960- og 1970- talet, vart rettane til brukarmedverknad på politisk nivå nedfelt i forvaltningsloven. 1970- talets demokratiseringspolitikk handla om at ulike organisasjonar for kronisk sjuke skulle få medverke- og ha innverknad over politiske slutningar som gjeldande funksjonshemma (Andreassen, 2008; Andreassen, 2012).

Dersom ein ser på det totale biletet når det gjeld brukarstemma i høyringssvara, er det sterk overvekt av innspel frå brukargrupper med fysiske lidningar. Det er til saman elleve høyringssvar frå brukarar med fysiske lidningar, t.d. Kreftforeningen og Norsk epilepsiforbund, medan det berre er fire høyringssvar frå brukarar med psykiske lidningar, t.d. Rådet for psykisk helse og Norsk forbund for utviklingshemma. Desse fire svara er inneheld dessutan få innspel til forslaget til definisjon. Funna underbyggjer det Ørstavik (2002) presenterte i sin studie, om at føresetnadene for aktiv brukarmedverknad på systemnivå vil variere og avhenge av kva gruppe ein representerer. For enkelte som slit med psykiske lidningar kan aktiv deltaking i brukarorganisasjonar vera utfordrande. Og i «gode» eller friske periodar kan det vera ei barriere å byggje sin identitet på tidlegare psykiske lidningar (Ørstavik, 2002). Ein kan diskutere om eit så klart skilje mellom fysiske og psykiske lidningar kan verke litt kunstig, då det sjølvsagt også blant grupper med fysiske utfordringar eksisterer psykiske vanskar. Men oppteljinga gir likevel eit bilete av situasjonen, og kva som trer tydelegast fram i høyringsprosessen.

At brukarstemma er med i høyringsprosessen, gjev eit viktig bidrag inn i samstyringa. Brukarane har andre «briller» og ser utfordringane og kva som er mogeleg innan (re)habiliteringsfeltet frå ein annan ståstad enn fagprofesjonelle og styresmakter. Andreassen (2008) peikar på kor viktig modernisering av helsevesenet er, også ved at brukarane skulle bli høyrd i utvikling og avgjersler rundt tenestane. Brukaraktørane bidreg med ei anna form for kunnskap, som er nødvendig for å utvikle «fornuftbasert, effektiv helseteneste med høg kvalitet» (Andreassen, 2008, s. 99).



Når det gjeld temaet tverrprofesjonelt samarbeid og tidsavgrensing kjem brukarstemma tydeleg fram. Brukaraktørar har ikkje så mange innspel om dei andre tema, noko som ikkje er så overraskande, då dei andre tema som er meir på eit overordna plan. Tverrprofesjonelt samarbeid og tidsavgrensing er område direkte knytt til tenestane, og kan ha store konsekvensar for brukarane som mottakarar av (re)habilitering. Fleire brukarorganisasjonar som representerer diagnosar med samansette behov, meiner t.d. at tverrfaglegheit er særleg viktig fordi situasjonen deira krev tverrfagleg kompetanse og eit godt fungerande samarbeid mellom aktuelle aktørar. Fagprofesjonelle ser utfordringane frå eit «hjelpar»- perspektiv, og det kjem tydeleg fram i svara. Argumentasjonane her går mellom anna i retning av at dei er bekymra for at tenestetilbodet blir dårlegare, spesielt ute i kommunane, dersom også monofaglege tiltak også skal kunne reknast som (re)habilitering. Dømet illustrerer at diskusjonen vert rikare med «stemmer» frå dei ulike aktørane som ein del av samstyringa, og det syner kor viktig det er at også brukarorganisasjonar får koma med innspel på lik linje med fagprofesjonelle og styresmakter. Det er tross alt brukarane som er mottakarane av tenestane og som definisjonen skal virke for.

Når brukarkunnskap møter fagkunnskap, slik vi ser i eksempla ovanfor, skjer det Andreassen (2008) vil karakterisere som «ein stille kamp» om meiningsinnhaldet i tenesta. Ved at brukarmedverknad også skjer på systemnivå, ser vi at makt forskyver seg og det skjer noko med posisjonen til fagekspertisen. I det brukaren blir gradert opp til ein kompetent ressurs, påverkar det samstundes fagprofesjonelle sin kunnskap og posisjon. Det oppstår ein kamp der fagkunnskapen vert utfordra (Andreassen, 2008). Eit døme frå denne studien er korleis ulike syn på temaet om brukarmedverknad på individnivå blir argumentert for i høyringa. Her er det tydeleg at både styresmakter og fagprofesjonelle meiner at brukaren skal ha ei aktiv rolle i eigen (re)habiliteringsprosess, både med tanke på utforming av mål og kunnskapsbidrag. Difor er det viktig at eigen innsats bør inn i definisjonen. Desse aktørgruppene ynskjer å ansvarleggjera brukaren i langt større grad enn brukaraktørane sjølv uttrykker i høyringsprosessen. Bidrag frå brukaraktørane ber preg av at dei «kjenner det på kroppen» og på denne måten vert bidraga deira i høyringssvara knytt til det å leve med ein funksjonshemming. Fleire uttrykker ei uro for at brukaren får eit alt for stort ansvar i eigen (re)habiliteringsprosess, eit ansvar ikkje alle i stand til å ta. Eit døme er personar med alvorlege kognitive svekkingar grunna rus, psykiatri eller demens sjukdom. Dette er eit interessant aspekt sidan brukarmedverknad jo er meint å vera ei positiv kraft for nettopp

brukaren. Brukarstemma blir på denne måten ei motvekt til styresmakter og fagprofesjonelle, og eit viktig bidrag i kampen om å definerer kva (re)habilitering skal innebera.

At samstyring er ein «ikkje- hierarkisk» prosess, slik Røyseland og Vabø (2008) presenterer det, er eit anna aspekt eg ynskjer å trekke fram. I ein «ikkje-hierarkisk» prosess ligg det at offentleg politikk ikkje blir utvikla og sett i verk hierarkisk, men i eit samspel mellom aktørar som er gjensidig avhengige av kvarandre. Eg meiner det likevel eksisterer døme på ulike former for hierarki i denne samanheng. Den eine forma kjem til uttrykk ved at offentlege styresmakter ofte vil ha ein dominerande posisjon i samstyringa. Det blir uttrykt ved t.d. korleis HOD sitt forslag til ny definisjon truleg vil dominere høyringsprosessen i og med at høyringssvara meir eller mindre vil vera kommentarar til forslaget frå HOD. Høyringsnotatet med definisjonsforslaget vil på denne måten ha ein regulerande funksjon, ved at høyringssvara vil innehalde bestemte omgrep og uttrykk som er teke ut frå HOD sitt forslag. Det skjer ein form for kommunikasjon mellom høyringsnotatet og dei ulike aktørane som kjem med innspel. Og i tillegg mellom dei ulike aktørane som kommenterer og støttar andre sine høyringssvar (Mik-Meyer, 2005).

Den andre måten hierarkiet kjem til uttrykk, er korleis enkelte aktørar har ei sterk rolle innan (re)habiliteringsfeltet, t.d. dei store brukarorganisasjonane, store (re)habiliteringsinstitusjonar og viktige fagorganisasjonar i (re)habiliteringsfagleg samanheng. Som Mik-Meyer (2005) understrekar kan det at mange støttar opp om eit høyringssvar som i desse tilfella, vera ein faktor som styrker høyringssvaret si troverd (Mik-Meyer, 2005). I studien til Feiring & Solvang (2013) trekkjer dei fram ulike posisjonar i det sosiale rom, kor dei er særleg opptekne av kulturell kapital i forhold til fagleg kompetanse og bakgrunn (Solvang & Feiring, 2013). Det er fleire som i sine høyringssvar viser til Sunnaas sykehus sitt bidrag, og støttar deira synspunkt. Dato for når høyringssvara vart sendt inn, viser at dei som har kommentert innspela frå Sunnaas, sendte inn svara sine på eit seinare tidspunkt. Det at fleire aktørar er einige i innspela til Sunnaas, gjev svaret deira meir «tyngde» og på denne måten får ein ei form for hierarki blant dei ulike aktørane. Det er med på å fremje Sunnaas sin posisjon innan eit fagfeltet (re)habilitering, og gjev dei med dette ein leiande posisjon.

Eit anna døme på hierarkiet mellom aktørane, er i måten HOD nyttar fysioterapi som døme i sin argumentasjonen i høyringsnotatet. Når dei skriv om kvifor dei skal endre gjeldande definisjon, lyfter dei fram fysioterapi som døme i opptrening etter kneoperasjon. Dette gjer

dei i samband med eit ynskje om ei breiare forståing av tverrfagleg samarbeid, og at også «monofagelege» tiltak skal kunne reknast som (re)habilitering, som t.d. trening hos fysioterapeuten. Vidare held HOD fram i høyringsnotatet med å trekke fram fysioterapi som døme. Dei skriv at det er til saman 3500 avtalefysioterapeutar som arbeider for å oppretthalde og auke pasientens funksjonsevne, og at oppfylging hos ein avtalefysioterapeut bør kunne reknast som (re)habilitering. På denne måten bidreg dei til å fremje posisjonen til fysioterapeutar innan fagfeltet (re)habilitering, eit felt der dei i utgangspunktet har hatt og har ein tydeleg og sterk posisjon.

Breimo, et al. (2014) skriv i artikkelen sin at etter Rehabiliteringsmeldinga kom ut, har (re)habilitering vore sett på som ei profesjonsnøytral verksemd som skulle involvere etatar og faggrupper som til ei kvar tid var nødvendige. Men i praksis eksisterer det ulike maktstrukturar som set enkelte institusjonar og profesjonar lengre opp i hierarkiet samanlikna med andre. Eit døme er fysioterapi som profesjon, og Sunnaas sykehus som institusjon. Ser ein på (re)habilitering i eit historisk perspektiv der medisinsk attføring har stått sterkt, har hierarkiet av faggrupper vore rangert etter medisinsk kompetanse. Legane har i ein slik modell vore øvst i hierarkiet. Då den førre definisjonen av (re)habilitering kom, blei det poengtert å ha meir fokus på prosessane «hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats». Altså forsøkte staten å flytte makt frå rehabiliteringstenestane til koordinering av tenestane, og på denne måten ønskte dei å redusere verdien av gamle hierarki (Breimo, et al., 2014; Lunde, 2015). I høyringsnotatet til HOD og dei nye endringsforslaga der fysioterapi vert trekt fram som døme, kan ein stille spørsmål ved kor medvitne dei er på utviklinga frå den førre definisjonen av (re)habilitering. Også tverrfagleg samarbeid er noko som blir utfordra i det nye forslaget, noko som slik eg forstår det, heller ikkje trekkjer i same retning som den utviklinga Breimo et al. (2014) viser til. Stadig fleire yrkesgrupper blir ein del av (re)habiliteringsfagleg verksemd, og ein kunne då tenkje at behovet for koordinering og samarbeid i (re)habilitering skulle få eit auka fokus (Feiring, 2012a).

Det er tydeleg gjennom denne studien at det eksisterer ulike former for hierarki i samstyringa, noko som gjev enkelte aktørar meire makt til å påverke slutningar enn andre. Brukarmedverknad på systemnivå tilfører diskusjonen eit viktig perspektiv på korleis (re)habilitering skal tydast. Brukaraktørane representerer dei som lever med funksjonshemmingar, og som definisjonen er meint å virke for.

Til slutt i drøftinga er det spennande å sjå kva samstyringa og brukarmedverknad har hatt å seie for den endelege definisjonen som trådde i kraft 1. mai 2018. T.d. vert tema som tidsavgrensing trekt fram då det her er tydeleg motstand frå alle hald. Til og med store brukarorganisasjonar som FFO og NFU som representerer brukarar med kroniske lidingar, er imot å fjerne tidsavgrensinga frå definisjonen. Innanfor fagprofesjonelle og aktørar frå styresmaktene er det også tydelege argument for å halde på tidsaspektet i definisjonen. Dette for å sikre framdrift i prosessen, og i forbinding med målsetjing. Ein kunne difor forvente at HOD ville gjera endringar i forhold til mellom anna dette tema etter høyringa.

Framlegget til ny definisjonen som var på høyring, og definisjonen med dei vedtekne endringane markert med blå skrift.

Forslaget som vert lagt ut på høyring:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettete samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene.

Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (Regjeringen, 2017, høyringsnotatet s. 11)

Den endelege definisjon som trådde i kraft mai 2018:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i [den enkelte pasients og brukers livssituasjon](#) og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser [på ulike arenaer mellom pasient](#), bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at **den enkelte pasient** og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Endringane er små, nesten ubetydelege. HOD har valt å ta med omgrepet pasient i tillegg til brukar. Dei omorganiserte rekkefylgja på orda i det midtarste avsnittet. Bortsett frå dette er det ikkje gjort endringar. Røyseland & Vabo (2008) viser i sin studie til at offentlege aktørar ofte vil ha ein dominerande posisjon innan samstyring, noko som denne høyringsprosessen har vore eit døme på. Ut frå definisjonane ovanfor, ser ein at bidraga i høyringa ikkje fekk så mykje å seie for utforminga av den vedtekne definisjonen av (re)habilitering.

## 6 Konklusjon

### 6.1 Svar på problemformuleringa

I denne studien har eg teke utgangspunkt i problemformuleringa: Korleis ulike tolkingar av (re)habilitering kjem til uttrykk ved å analysere tekstane i høyringsprosessen om ny norsk definisjon av habilitering og rehabilitering. Med dette som utgangspunkt, har eg søkt å finne svar på korleis ulike aktørar forstår (re)habilitering, og korleis skilnader trer fram om kva som bør vektleggjast i definisjon av (re)habilitering mellom dei ulike aktørane. Til sist presenterast refleksjon over den metodiske framgangsmåten, samt forslag til framtidig forskning.

Kva høyringsprosessen viser om korleis ulike aktørar forstår (re)habilitering kan ein samanfatte i fem element. For det fyrste ynskjer spesielt dei fagprofesjonelle å skilje tydeleg mellom habilitering og rehabilitering. Det er to ulike fagområde som krev ulik tilnærming, noko som gjerne kan formidlast gjennom to separate definisjonar. For det andre meiner fleire representantar frå alle tre aktørgrupper at (re)habilitering er ein prosess, gjerne gjentekne prosessar og at det er viktig med ei tidsavgrensing både innanfor habilitering og rehabilitering. At ein bør definere verksemda som tidsavgrensa prosess, står sentralt i forhold til målsetjing, framdrift, motivasjon og evaluering. For det tredje speglar tverrprofesjonaliteten det komplekse innanfor (re)habilitering, og at å svekke kravet om tverrprofesjonalitet vert sett på som ein trugsel mot ei heilskapleg forståing. Høyringa viser at det finst ulike formar for samarbeid, men den mest vanlege forma for samarbeid er tverrprofesjonelt samarbeid, noko som det er eit sterkt ynskje om å verne om (Solvang, 2019). Fjerde elementet handlar om å definere (re)habilitering som ein kunnskapsbasert praksis. Særleg fagprofesjonelle og brukarar trekkjer fram at premissane som skal liggje til grunn for kunnskapen trer tydeleg fram; at (re)habilitering går føre seg basert på den best tilgjengelege kunnskapen, kven som har ansvar for at praksisen er kunnskapsbasert, og at kunnskap blir formidla på den beste måten til brukaren. Det vert i høyringa stilt spørsmål til kva ansvar ulike aktørar har når det gjeld kunnskapsbasert praksis. Dette kan ein forstå som at ulike roller ikkje er tydeleg definert i høyringa, særleg når det gjeld kunnskapsbasert praksis. Ansvarleggjering av brukaren er det siste elementet eg vil trekkje fram. Brukaren er forventet å ha eit auka ansvar i (re)habilitering ved utforming av mål, ved å agere kunnskapsbasert, ved stor grad av eigen innsats, og ved å vera ein aktiv, deltakande aktør i (re)habiliteringsprosessen.

I temaet om brukarmedverknad er skilnaden størst mellom kva dei tre aktørane er opptekne av i høyringa. HOD fokuserer på at brukaren skal ha eit større ansvar for eigen helse og i (re)habiliteringsprosessen., noko som også var eit av fire moment regjeringa la fram i Opptrappingsplanen for rehabilitering (2017-2019). I opptrappingsplanen la dei fram kvifor det var behov for å endre definisjonen (Regjering, 2016). Både styresmakter og fagprofesjonelle gir uttrykk for at brukaren skal vera ein aktiv deltakar, framfor ein passiv mottakar av tenestar. Det er altså tydeleg forventning om at brukaren skal ta meir ansvar for eige liv, og ha større grad av eigen innsats i (re)habiliteringsprosessen. Brukaraktørane på si side er generelt positive til at brukarperspektivet blir styrka i ny definisjon, men når det kjem fram konkrete døme på korleis dette skal skje, er det fleire som er skeptiske og uroa for utviklinga av brukarmedverknaden. Dei er usikre på om dei ynskjer det auka ansvaret som blir nemnd i samband med målsetjing, eigen innsats og ansvaret knytt til det å agere kunnskapsbasert. Særleg hjå brukaraktørane og enkelte fagprofesjonelle er det fleire som meiner at dette er for mykje å forvente av alle brukarar med ulike føresetnader og funksjonsnivå. For dei fyrste ser brukarane på fagprofesjonelle som ekspertar som skal inneha den nødvendige og oppdaterte kunnskapen. Fagprofesjonelle og styresmakter ser dessutan på (re)habiliteringsprosessen som ei avgrensa oppgåve, i langt større grad enn brukaraktørane. For brukarane handlar det om å tileigne seg kunnskapen dei treng for å meistre det nye livet etter skade/sjukdom. (Re)habilitering handlar då meir om ein uavgrensa prosess som varer heile døgnet og heile livet (Andreassen, 2008).

## **6.2 Metoderefleksjon**

Ved gjennomlesing av tekstmaterialet syntte eg til argument både for og imot endringar innan dei seks ulike tema. Då eg kom vidare til drøfting av analysen, vart det lagt ekstra vekt på dei innspela med tydelege standpunkt, og då ofte dei med argument imot forslaget til HOD. Dette kan ha påverka drøfting og konklusjon, og kan ha gjort at desse kapitla står fram som litt meir einsidige enn heilskapen i tekstmaterialet var. Eg har prøvd å framstille analysen og drøftingen så verkelegheitsnært som mogeleg, for å få fram kva som blir konsekvensen av høyringsprosessen rundt definisjonen av habilitering og rehabilitering.

### 6.3 Framtidig forskning

Det er særleg to spørsmål som eg i ettertid ynskjer å finne ut meir om. For det fyrste er eg oppteken av korleis HOD har arbeidd med dokumenta i prosessen med å endre definisjonen, på systemnivå. Det har ikkje vore gjenstand for undersøking i denne studien. Men det er eit spørsmål ein kan stille seg etter å ha sett kor lite definisjonen faktisk blei endra etter høyringsrunden. Ein kan undre seg over i kor stor grad samstyring og brukarmedverknad på systemnivå har av reell medverknad sett opp mot at det i stor grad kan sjå ut som «symbolpolitikk».

Vidare forskning på brukarmedverknad på individnivå, ville frå brukarperspektiv vore eit felt å undersøkje nærare. Kva brukarane sjølv meiner at brukarmedverknaden skal innebera er verdt å sjå nærare på. Eit av funna i denne studien er knytt til forventing frå styresmakter og fagprofesjonelle til brukaren si rolle innan (re)habilitering. Ein er oppteken av å skape «pasientens helsetjeneste», auke brukarmedverknad og at brukaren skal ha eit større ansvar for eigen (re)habiliteringsprosess. Brukarorganisasjonane på si side uttrykker uro og skepsis til korleis brukarmedverknaden kjem til uttrykk i høyringa. Dette er eit paradoks då denne forma for medverknad fyrst og fremst skal vere positivt for brukaren.



## Litteraturliste

- Andreassen, T. A. (2008). Når pasienter blir brukere. K. Asdal & I. Moser (red.), *Ekspertise og brukermakt*. Unipub.
- Andreassen, T. A. (2012). Brukerperspektiv. En annen kunnskap om rehabilitering. P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Andreassen, T. A. & Fossetøl, K. (2014). Utfordrende inkluderingspolitikk- Samstyring for omforming av institusjonell logikk i arbeidslivet, helsetjenesten og NAV. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 02/2014 (volum 55).
- Bjorbækmo, W. S. & Billington, I. M. (2015). *Barnehabilitering. Paradokser og dilemmaer*. Cappelen Damm.
- Bratberg, Ø. (2017). *Tekstanalyse for samfunnsvitere* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006; 3: 77-101.
- Breimo, J. P. (2012). «Bundet av bistand». *En institusjonell etnografi om organisering av rehabiliteringsprosesser* (Doktoravhandling). Universitetet i Nordland.
- Breimo, J. P., Sandvin, J. T. & Lunde, B. V. (2014). Rehabilitering som felt. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 17(3), s. 14-27.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2): 167-182.
- Duedahl, P. & Jacobsen, M. H. (2010). *Introduktion til dokumentanalyse*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Feiring, M. (2012). Fra abnormskole til samfunnsorientert rehabilitering. P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Feiring, M. (2012): Rehabilitation- between management and knowledge practices: A historical overview of public action in Norwegian welfare reforms. I tidsskriftet: *policy and society*, 31(2), s. 119-129.
- Feiring, M. (2013). «Rehabilitering- bygger på evne til samhandling»: Et historisk blikk på forholdet mellom velferdspolitik og kunnskapspraksis. A. Tjora & L. Melby (red.), *Samhandling for helse*. Gyldendal akademisk.
- Feiring, M. & Solvang, P. K. (2013) Rehabilitering mellom medisin og samfunnsfag – en feltanalytisk skisse. *Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, Praktiske Grunde 2013: 1-2.
- Fimreite, A. L. Og Grindheim, J. E. (red.) (2007). *offentlig forvaltning* (2. utg.). Oslo:

- Universitetsforlaget.
- FN- konvensjonen. (2019). *Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne*. Henta 29. februar 2020 frå <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Henta 01. mars 2020 frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>.
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. Henta den 29.02.2020 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>.
- Fossestøl, K. (2009). Valgfrihet, styring eller dialog. Om samstyring av velferdsstatlig tjenesteyting. *Sosiologi i dag*, 39, nr.1/2009, 37-62.
- Grue, J. (2012). Funksjonshemning som begrep og fenomen- fysiologiske eller politisk-sosiale forklaringsmeknismen? P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hagland, H. & Solvang, P. K. (2012). Tverrprofesjonelle praksisfellesskap. P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hammel, K. W. (2006). *Perspectives on Disability and Rehabilitation. Contesting Assumptions; Challenging practice*. Churchill Livingstone.
- Hammel, K. W. (2015). Rethinking Rehabilitation's Assumptions: Challenging «Thinking-as-Usual» and Envisioning a Relevant Future. K. McPherson, B.E. Gibson & A. Leplège (Red.), *Rethinking Rehabilitation. Theory and practice*. Boca Raton, FL: CLR Press.
- Helsebiblioteket. (udatera). *Kunnskapsbasert praksis*. Henta 29. februar 2020 <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>.
- Helsedirektoratet. (2018). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Henta 29. februar 2020 frå <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>.
- Hitching, T. R., Nilsen, A. B. & Veum, A. (2011). *Diskursanalyse i praksis: metode og analyse*. Høyskoleforlaget.
- Hjortbak, B. R., Bangshaab, J., Johansen, J. S. & Lund, H. (2011). *Udfordringer til rehabilitering i Danmark*. Rehabiliteringsforum Danmark.

- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.
- Leplège, A., Barral, C. & McPherson, K. (2015). Conceptualizing Disability to Inform Rehabilitation: Historical and Epistemological Perspectives. K. McPherson, B.E. Gibson & A. Leplège (Red.), *Rethinking Rehabilitation. Theory and practice*. Boca Raton, FL: CLR Press.
- Larsen, N.S. & K. Larsen (2008). Rehabilitering og motion på recept- sosiologiske perspektiver. I M. Nørholm, K. Jensen & N. R. Jensen (red.). *Studier af pædagogisk praksis*. København: DPU's Forlag.
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Lid, I. M. (2012). Universell utforming handler om deltakelse. P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lunde, B. V. (2015). *Helhetlig rehabilitering i kommunal regi. Kommunale aktøreres «oversettelse» av helhetlig rehabiliteringspolitikk*. Doktoravhandling. Universitetet i Nordland. Fakultet for samfunnsvitenskap.
- Martinsen, K. (2002). Samtalen, kommunikasjonen og sakligheten i omsorgsyrkene. *Omsorg nr. 1 – 2002*.
- Meld. St. 11 (2018-2019). (2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. Henta 29. februar 2020 frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/?ch=1>.
- Mik-Meyer, N. (2005). Dokumenter i en interaksjonistisk begrepsramme. I M. Jarvinen, & N. Mik-Meyer (Red.), *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv : interview, observationer og dokumenter* (s. 193-214). København: Reitzel.
- Normann, T., Sandvin, J. T. & Thommasen, H. (2008). *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse?* 2. utg. 4. opplag 2013. Kommuneforlaget.
- NOU 1980:47. (1980). *Medisinsk attføring*. Henta 01. mars 2020 frå [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2013100805015](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2013100805015).
- Regjeringen. (2017). *Høring- endring av forskrift om habilitering og rehabilitering individuell plan og koordinator § 3. Definisjon av habilitering og rehabilitering*, 2017. Henta 29. februar 2020 frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---endring-av-forskrift-om-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator--3.-definisjon-av-habilitering-og-rehabilitering/id2569861/>

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/id2517920/>.

- Regjeringen. (2019). *Kva er ei høyring?* Henta 01. mars 2020 frå <https://www.regjeringen.no/no/dokument/hoyringar/kva-er-ei-hoyring/id2459635/>.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 01-02/2008 (volume 24).
- Sandvin, J. (2012). Rehabilitering som koordinering og samhandling. P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skarstad, K. (2018). Human rights through the lens of disability. *Netherlands Quarterly of Human Rights*, 36(1), 24-42.
- Solvang, P. K. (2012). Et faglig kryssfelt. P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solvang, P. K. (2019). *(re)habilitering. Terapi, tilrettelegging, verdsetting*. Fagbokforlaget.
- Solvang, P. K. & Feiring, M. (2019). Rehabilitation as a Curricular Construction. I. Harsløf, I. Poulsen & K. Larsen (Red.), *New dynamics of disability and rehabilitation. Interdisciplinary perspectives*. Palgrave Macmillan.
- Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (2012). Forståelser av rehabilitering. P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solvang, P. K., Hanisch, H. Og Reinhardt, J. D. (2017). The rehabilitation research matrix: Producing knowledge at micro, meso, and macro levels. *Disability and Rehabilitation*, 39(19), 1983-1989.
- Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., Trevena, L. & Wu, J. H. C. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, Issue 1. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub4.
- St.meld. nr. 21 (1998-1999). (1999). *Ansvar og meistring*. Henta 01. mars 2020 frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/sec2>.
- Tetzchner, S., Hesselberg, F. & Schjørbeck, H. (2008). Funksjonshemming, habilitering og livskvalitet. S. von Tetzchner, F. Hesselberg & H. Schjørbeck (Red.), *Habilitering. Tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger* (s. 1-28). Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal

Akademisk.

Vandvik, P. V. (2011). Dydsetikk, medborgerskap og sosial praksis. S.A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Villadsen, K. (2007). Magt og selv-teknologi. Foucaults aktualitet for velfærdsforskningen. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 10(3), 156-167.

Wade, D. T. (2009). Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation*, 2009; 23: 291-295.

Ørstavik, S. (2002). Det tvetydige brukerperspektivet- en teoretisk analyse. R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk lidelse*. Gyldendal akademisk.

Østensjø, S. & Søberg, H. L. (2012). ICF som begrepsapparat og klassifikasjonssystem. P. K. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering* (s. 298-310). Oslo: Gyldendal akademisk.

## Vedlegg

Oversikt over inndelinga av høyringsvara som vart sendt inn i samband med høyringa knytt til ny norsk definisjonen av habilitering og rehabilitering.

### Fagprofesjonelle (til saman 46 høyringsvar)

#### Fagorganisasjonar

Den norske legeforening, fagforbundet, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk, Fysioterapeutforbund, Norsk Kiropraktorforening (NKF), Norsk psykologforening, Norsk sykepleierforbund, Advokatforeningen, Norges optikerforbund, NHO Service og Handel, Fellesorganisasjon (FO), Arbeidsgiverforeningen Spekter, Hovedorganisasjonen Virke, Statistisk sentralbyrå (SSB)

#### Spesialisthelseteneste

##### Regionale helseforstak (RHF)

Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF,

##### Helseforetak (HF)

Helse Bergen, Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Sunnaas sykehus HF, Sykeshuet Innlandet HF, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark, Universitetssykehuset Nord-Norge: Innspill fra Fysikalsk- og rehabiliterings medisinsk seksjon Trømso/Narvik (UNN HF), Regional koordinerende enhet- Helseregion Nord (KVALUT) og NOR-klinikken, Avd for nevrohabilitering- Oslo universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, nevrologisk klinikk, Oslo universitetssykehus Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH), Akershus Universitetssykehus, Avdeling ReHabilitering- Finnmarkssykehuset, Overlege Jack Schjelderup- HAVO- Haukeland Universitetssjukehus.

##### Private aktørar spesialisthelsetenesta

Nasjonalt kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering- Rehabiliteringssenteret AiR, Kastvollen rehabiliteringssenter, Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering og Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering med brukerrepresentant, Nasjonalt kompetansmiljø om utviklingshemming (NAKU)

Universitet/høgskule, kompetansesenter og forskning  
Helsehuset IØMK IKS, Høgskolen i Innlandet, Høgskulen i Volda, Norges forskningsråd,  
NTNU- Fakultet for medisin og helsevitenskap, Høgskulen på Vestlandet- Senter for omsorgsforskning vest, Statped

### **Brukerar (til saman 19 høyringssvar)**

Brukargrupper med spesifikke diagnosar  
Bekhterev Norge/ Bekhterevforeningen Oslo og omegn, Cerebral pareseforeningen  
Kreftforeningen, Landsforbundet for Utviklingshemmede og Pårørende, LUPE,  
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Norges blindforbund, Norsk epilepsiforbund,  
Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU), Norsk Forening for Osteogenesis  
Imperfecta, Norsk Revmatikerforbund (NRF), Brukerorganisasjon for barn, ungdom og  
voksne med Cerebral Parese og andre nevrologiske lidelse (PTØ), HLF (hørselhemmedes  
landsforbund), Regionsenter for barn og unges psykiske helse- Helseregion Øst og Sør,  
Rådet for muskelskjeletthelse, Rådet for psykisk helse

### **Generelle brukargrupper**

Anonym, Aust-Agder Fylkeseldrerådet, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO),  
Pensjonistforbundet

### **Myndigheiter (til saman 39 høyringssvar)**

Departement  
Arbeids- og sosialdepartementet, Forsvarsdepartementet, Justis- og  
beredskapsdepartementet, klima- og miljødepartementet, kunnskapsdepartementet,  
kunnskapsdepartementet, landbruks- og matdepartementet, samferdselsdepartementet,  
utanriksdepartementet

### **Andre myndigheiter**

Barne- og ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Fylkesmannen i Buskerud,  
Fylkesmannen i Vestfold, Likestillings- og diskrimineringsombudet, Skattedirektoratet,  
Statens helsetilsyn, Helfo, Statens legemiddelverk, KS

### Fylkeskommunar

Aust-Agder Fylkeskommune, Fysioterapeuter i Nordhordland

### Kommunar

Asker kommune, Friskliv og mestring i Bærun kommune, Bø kommune, Fredrikstad kommune, Avdeling for aktivitet og mestring- Halden kommune, Knutepunkt Sørlandet på vegne av Lillesand, Birkenes, Vennesla, Iveland, Søgne og Songdalen kommuner, Kristiansand kommune, Lenvik kommune, Koordinerende enhet- Odda kommune, Oslo kommune, Oslo Kommune- Bydel Grorud, Rælingen kommune, Røyken kommune, Sande kommune i Vestfold, Sande kommune i Vestfold, Sandefjord kommune, Steinkjer kommune, Stord kommune, Trondheim kommune, Ørsta kommune