

7

Rehabilitering - praksiser og diskurser om normalisering

Søren Gytz Olesen ^{a)} (1. forfatter) og Marte Feiring ^{b)}

Rehabilitation - practices and discourses of normalization

This chapter is a critical discourse analysis of legal and professional texts. Between 1960 and about 2015 we identified three social practices: those of revalidation, expanded revalidation and rehabilitation. We see three different forms of normalizing the public. From 1960 to the 1970s, revalidation practices are about discourses of training, and ‘back to normal’ work situations. The professions look at their patient or client as an object. In the period spanning 1980–2000, during years of expanded revalidation practices, we identify shifts in the discourses of normalization, where the public, patient or client is placed in the centre of the revalidation practice. These two different rationalities integrate

a) Danmarks Institut for Pædagogik og Uddannelse/University College Nordjylland

b) Institutt for fysioterapi, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus

after 2000 in rehabilitation practices. A new discourse emerges, concerned with prevention, intervention, and activation. This is linked to discourses of governing, bureaucratization, strategies, regulations and standardizations. The new policies have the aim of encouraging the client or user to be more active in the rehabilitation process.

Innledning

I boken *Profession, stat og rehabilitering* utforsker Feiring (2016) tre sosiale praksiser omtalt som revalidering, utvidet revalidering og rehabilitering i dansk etterkrigstid, mens Gytz Olesen (2016) analyserer fram skiftende normaliseringsdiskurser i samme tidsperiode. De to studiene er basert på ulike tekstlig materiale, Feiring har nærlest politiske og juridiske dokumenter, mens Gytz Olesen gjennomgått fire profesjonsfaglige tidsskrifter i en periode på over 50 år. Med hovedvekt på historiske diskurser omkring normalisering skrives disse to studiene her sammen i en norsk språkdrakt. Slik sett er dette kapitlet en bearbeiding og videre tolkning av den danske publiseringen (Gytz Olesen, 2016).²¹

Med sosiale praksiser mener vi «mer eller mindre stabile og varige former for sosial aktivitet som gjennom felles artikulering konstituerer sosiale felter, institusjoner og organisasjoner» (Bourdieu og Waquant, 1992; Fairclough, 2012, s. 454). Sosiale praksiser som revalidering og rehabilitering er altså koblet sammen i nettverk av aktører og institusjoner som eksisterer i en form for interessefellesskap, der det kjempe om ressurser, kunnskap, status og makt. Det analytiske

21 Vi takker Rehabiliteringsforum Danmark og Helsefonden for faglig, økonomisk og praktisk støtte til denne studien.

begrepet for slike nettverk er *sosiale felt*, og det *byråkratisk feltet* er her et analytisk begrep for statens myndighetsområde (Bourdieu og Waquant, 1992; Fairclough, 2000). Vi betrakter sosiale praksiser som tekstuelt medierende og diskursive, slik at deres representasjoner kan spores både i politiske og faglige tekster.

Dette kapitlet anlegges et diskursivt perspektiv, i den betydning at sosiale praksiser eller aktiviteter skaper ulike representasjoner for hva som ansees som normalt i en bestemt sammenheng og tidsperiode. I tråd med dette inneholder enhver sosial praksis «semiotikk» i betydningen språk, tegn, genre, representasjoner og symbolske posisjoneringer (Fairclough, 2000). Diskurser om normalisering studeres altså ved å se på hvordan den normale kroppen, normer og verdier samt normaliserende tiltak er representert og presentert i både politiske og faglige tekster.

Inspirert av Foucault skriver Stiker (1999) at rehabilitering som idè og som begrep er et produkt av historiske, sosiale og kulturelle tiltak overfor personer med handikap. Rehabiliteringens fødsel, eller ideen om dets tilblivelse, tidfestes gjerne til første verdenskrig, selv om det er mange eksempler på tidligere praksiser. I de første tiårene av det 20. århundre var Europa åstedet for to store kriger, og samfunnet sto da brått overfor nye tallrike grupper av skadede og syke personer. I tillegg til de mange krigsskadede var det et økende antall som ble skadet i industrien, i trafikkulykker, og et betydelig antall ble rammet av alvorlige smittsomme sykdommer som poliomyelitt og tuberkulose. Samlet sett er slike hendelser i Stikers historiske studie eksempler på en vekst av pasientgrupper med behov for rehabiliterende tiltak for å reintegreres i arbeidsliv så vel som samfunnsliv for øvrig. Dette kapitlet er opptatt av ulike former for normalisering av

befolkningen, og det innebærer et rehabiliterende blikk og en forventning om at pasienten kan «komme seg». Rehabilitering er i Stikers perspektiv uttrykk for en regulering av forhold som kan sies å være begrensende for at borgeren kan leve et såkalt normalt liv, inkludert det å forsørge seg selv, delta aktivt i samfunnet, og slik sett ta ansvar for seg selv.

Bourdieu's begrep om «det byråkratiske felt» anvendes for å analysere rehabiliteringens oppbygging og normaliserende virke (Wacquant, 2012, 2014). Rehabiliteringens tilknytning til staten studeres som et sosialt rom preget av to interne kamper. De vertikale kampene mellom den dominerende markedsorienteringen (neoliberal politikk) og de dominerte som ønsker å bevare velferdsstatens beskyttelse av befolkningen (Wacquant, 2014, s. 97). Samtidig består feltet av horisontale kamper mellom to forskjellige mekanismer som ivaretar både styring og beskyttelse. Pierre Bourdieu (1998) omtaler dette som statens høyre og venstre hånd. Den høyre hånden er de økonomiske og administrative beslutningstakerne i departementer, etater, regioner og kommuner, som implementerer og utfører endringer i velferdsstaten. I tillegg kommer militære, politiet og rettsvesenet. Den venstre hånden representeres gjennom velferdsprofesjonene i undervisning, helse, sosiale og kulturelle tiltak, som samtidig finansieres av den høyre hånden, og derfor er avhengig av statens samlede politikk for utdanning, sosialisering og normalisering av sin befolkning (Bourdieu, 1998).

Prinsippet bak denne formen for statlige regulerende mekanismer knyttes også til begrepet styringsmentalitet (Foucault, 1991), det vil si en styringspraksis med utgangspunkt i de måtene man produserer «sannheter» på, og ved rehabilitering betyr det sannheter om hvordan befolkningen integreres og normaliseres som subjekter i samfunnet. Normalisering er også

en moralsk prosess idet prinsippene for styringsmentalitet betyr at subjekter føres, dirigeres og guides med utgangspunkt i gitte normer, og der de som styrer, betrakter menneskelig atferd som noe som kan reguleres og kontrolleres, samtidig med at de personene som styres, antas å kunne regulere og kontrollere seg selv og sin atferd (Dean, 2006, s. 43; Wacquant, 2014, s. 72). Slik sett blir styringen knyttet til selvledelse og dermed disiplinering og ansvarliggjøring av egen atferd. Et blick på styring som mentalitet og en form for politisk rasjonalitet handler derfor om hvordan man i et moderne samfunn kan regulere, kontrollere, definere og lede subjektet, enten det er en innsatt i et fengsel eller en pasient i et sykehus som skal rehabiliteres.

Styringsmentalitet er et relevant analytisk begrep, fordi det utfordrer tradisjonelle oppfattelser av relasjonen mellom borger og stat, enten som et politisk-byråkratisk forhold eller som et forhold mellom forskjellige former for profesjonell kunnskap, det vil si perspektiver der maktforholdet mellom vitenskapelige teknologier, stat og borger defineres enten ovenfra eller nedenfra (Harrits og Anderschou, 2014). Vårt utgangspunkt er at staten i høy grad både regulerer, styrer og definerer profesjonenes virksomhet så vel som borgenes livsførsel, men på en måte som borgerne og de profesjonelle medvirker til selv ved å utføre de tiltakene og reguleringene de er underlagt. Gjennom styringsteknologier og klassifikasjonsverktøy som alder, kjønn, etnisitet eller diagnoser former myndighetene mentale strukturer som utgjør felles prinsipper for intervensjon, klassifikasjoner og tenkemåter (Bourdieu, 1977, 1996).

Kapitlet baserer seg på tekstanalyser av danske politiske og juridiske dokumenter og av fire danske profesjoners fagtidskrifter fra 1960–2013. De politiske tekstene er primært lovdokumenter fra fire tidsperioder: 1960 (revalideringsloven), 1976 (bistandsloven), 1998 (aktivloven, retssikkerhetsloven og serviceloven) og

2005 (sundhedsloven) (Socialministeriet, 1960, 1976, 1998a, 1998b; Sundhedsministeriet, 2005). I tillegg til lovtekstene er det vist til sekundærlitteratur som omtaler revalidering, rehabilitering og gjenopptrening samt begreper som klassifiserer hvem tiltaket er ment for, det vil si vanføre, invalide, handikappede og så videre. Alle tekster der revalidering, rehabilitering og gjenopptrening forekommer, er lest og fortolket. De faglige tekstene er tidsskriftene fra: ergoterapeutenes og fysioterapeutenes fagblader, *Socialrådgiveren* og *Ugeskrift for læger*. Til sammen er 1623 artikler valgt ut og kodet.

Både de politiske og de faglige tekstene er studert med Faircloughs diskursanalytiske tilnærming. I analysen betrakter vi dokumenter som objektive gjenstander som eksisterer som ting i den sosiale verden. De er skapt i institusjonelle sammenhenger, produsert på et gitt tidspunkt og for en spesifikk målgruppe. Dokumenter har en sosial, ideologisk og symbolsk reproduserende hensikt, de er kollektive og sosiale produkter, og det er også sentralt å analysere selve produksjonsprosessen (Gytz Olesen, 2016). Dette er språk i bruk, og dokumenter forstås i vår analyse som diskursive praksiser (Fairclough, 2003, 2008). Vi har vektlagt empiriske begreper som kan knyttes til prosesser som teoretisk er beskrevet som normalisering (Foucault, Stiker), byråkratisering (Weber, Bourdieu) og biopolitikk (Foucault), i tillegg til ord som styringsregime, kunnskapsregime og profesjonsregime (jf. Feiring, 2009; Gytz Olesen, 2016).

Nedenfor presenterer vi noen utvalgte eksempler på slike sosiale praksiser og faglige logikker, slik de kommer til uttrykk i sysselsettingspolitikk, sosialpolitikk og helsepolitikk. Vi identifiserer diskurser om normalitet knyttet til det «yrkesaktive mennesket», «det hele mennesket» og «det aktiviserte og ansvarliggjorte mennesket».

Revalidering som fysisk opptrening og arbeidstilrettelegging

Etter andre verdenskrig reformerte myndigheter og profesjoner sine tjenester for handikappede og yrkeshemmede (*erhvervs-hæmmede*) i de nordiske landene (Feiring, 2009). Et sentralt skille mellom revalideringstiltakene og den tidligere særomsorgen for døve, blinde og vanføre er at «kjernepasientene» nå har tilegnet seg funksjonstapet etter ulykker, krigføring eller smitte av alvorlig sykdom, altså tilstander som rammer hele befolkningen. Stiker (1999) skriver at samfunnet ikke lenger ser på innesperring og atskillelse som relevant, men er opptatt av integrering av de handikappede i samfunnet «som om normale». Med dette uttrykket mener Stiker at samfunnet har til intensjon at de skadede og syke skal tilbake til normal sosial fungering (Harlem, 1949; Feiring, 2009).

De nye danske revalideringsklinikkene var godkjente av Sosialministeriet i henhold til § 5 i lov nr. 170 av 29. april 1960 om revalidering (Socialministeriet, 1960). Klinikken hadde til formål å gi yrkeshemmede pasienter funksjonsopptrening og arbeidstilvenning, samt å observere og vurdere arbeidsevne og arbeidsmuligheter med henblikk på yrkesrettet revalidering. Argumentasjonen for arbeidstilpasningen i 1960-årene tar utgangspunkt i oppfattelsen av at utestenging fra arbeidsmarkedet er uheldig. For mye unødvendig omsorg er med på å forhindre at den som revalideres, kan påta seg plikter og ansvar, er parolen. Diskursen er dogmatisk, forstått på den måten at den uttrykker den medisinske profesjonens krav og forventning om bedre tilpasning til yrkeslivet; den som revalideres, må ikke lure seg unna, men påta seg et personlig ansvar:

Efter at man har fået bedre behandlingsmetoder, er det også blevet iøjnefaldende, at selve sygehusopholdet har eller kan have en

uheldig virkning på psyken, når det strækkes ud over en vis tid. Patienternes tilværelse på sygehuset er meget beskyttet, der bliver sørget for alle deres fornødenheder, og de bliver i høj grad avlastet for ansvar for egen færden og adfærd og avvænnnet fra erhvervsmæssigt arbejde. Denne beskyttede tilværelse vil, efterhånden som opholdet udstrækkes, have tendens til at gøre patienterne mindre skikkede til at klare sig på egen hånd i tilværelsen. Den uheldige virkning av denne isolation i en beskyttende tilværelse modvirker man ved i så høj grad som muligt at tilrettelægge milieuet og arbejds-terapien efter de samme mønstre som i tilværelsen uden for sygehuset, d. v. s. patienterne skal have pligter og ansvar, og arbejdet skal give en virkelig arbejdsstræning (Overlæge, Nordisk Medicin, nr. 42, 20. okt. 1960).

Den medisinske profesjonen problematiserer her et område som ikke er umiddelbart i klinisk medisinsk. Rehabilitering handler i denne perioden primært om å bli satt i stand til å komme tilbake til arbeidsmarkedet, ikke om å bli helbredet for en lidelse, idet rehabiliteringen knytter seg til en diskurs om gjenopptrening, det vil si nettopp ikke om helbredelse, men kompensasjon, adaptasjon og integrasjon (Stiker, 1999).

Forutsetningen for å kunne rehabilitere eller revalidere en befolkning er at man har tilstrekkelig kunnskap og innsikt i de områdene som skal klassifiseres, det vil si at styring og disiplinering avhenger av mulighetene for å overvåke fenomenet. Disiplineringen krever et særlig rom, et sted som er noe i seg selv (Foucault, 2002). Revalideringsklinikkene med de spesialiserte personalgruppene og sykehusene var uttrykk for dette. Her kunne man ikke bare organisere kunnskap om fenomener, men også sikre at ethvert individ kom på rett plass, og at det var plass til ethvert individ. Prosessen innebærer både screening for

den kroppslige utfoldelsen, det psykiske og sosiale engasjementet, og samtidig sikres det man kaller en kontinuitet mellom hospitalets og revalideringssenterets logikker. Det hviler på «den medisinske logikk» som stiller seg til rådighet for det endelige målet – en tilværelse så normal som mulig:

Ved et nært samarbejde med Revalideringscentret i København er der skabt mulighed for at danne bro mellem hospital og center og derved kontinuitet i en revalideringsproces, når klinikken efter en vel gennemført og nylig avsluttet lægebehandling skal formidle den enkeltes tilbagevenden til erhverv eller til en så normal tilværelse som mulig. En hovedopgave for klinikken er at vurdere erhvervshæmningen hos det henviste klientel på en almen socialmedicinsk baggrund. Den snævre kontakt med hospitalets specialavdelinger og speciallæger samt en alsidig udbygget bistand fra speciallæger inden for andre relevante områder går dette muligt. Med de specielle observationsmuligheder inden for vidt forskellige arbejdsområder kan den erhvervshæmmedes praktiske muligheder observeres og hans evne til at indleve sig med sit handicap opøves. Derved formes det medicinske skøn så realistisk som muligt til brug for den videre revalideringsproces og i nært samarbejde med revalideringskonsulenter og specialkonsulenter på et bredt socialt erhvervsmæssigt grundlag (Lege, Ugeskrift for læger, 1966, 128/1, s. 26).

Beskæftigelsesterapeutene (senere ergoterapeutene) legger seg i begynnelsen av velferdsstatens etablering tett opp mot de normene og verdiene som rådet på arbeidsmarkedet. Det framheves samtidig av leger at terapeuten ikke må intervjuje pasienten om dens sykdom. Hun skal lytte, registrere pasientens spontane uttalelser, men ikke diskutere sykdom med vedkommende. Samtidig kan hun, på bakgrunn av samtaler om arbeid, veilede i slike spørsmål (Beskæftigelsesterapeuten, 1961, nr. 3, s. 26). I 1964

beskriver en overlege medisinsk revalidering på følgende måde i samme fagblad:

Revalidering er genopbygning af den invalideredes fysiske, psykiske, sociale og arbejdsmæssige funktioner med henblik på placering i samfundet med så stor personlig og økonomisk uafhængighed som mulig. Medicinsk revalidering er den 3. fase i behandlingen af vore patienter forud gået af den forebyggende og curative medicin og kirurgi, og er den sidst tilkomne af de 3 i den form, vi kender den i dag. Den omfatter den periode, hvor den akutte sygdom eller de umiddelbare følger efter ulykkestilfælde er overstået, men hvor patienten stadig ikke er i stand til at vende tilbage til normalt liv og normalt arbejde på grund af et eller andet handicap, forårsaget af sygdom eller ulykkestilfælde (Overlæge, Beskæftigelsesterapeuten, 1964, nr. 2, s. 2).

Dette innlegget er interessant fordi det er skrevet av en lege i ergoterapeutenes tidsskrift, og fordi det både understreker et flerfaglig perspektiv i form av fysisk, psykisk og sosial intervensjon og et mål om normalisert livsførsel.

Et annet eksempel på den medisinske logikks definisjonsrett sees i et innlegg i Danske Fysioterapeuter om det faglige skjønn.

Den tid er forbi, hvor fysioterapien hviler på ren empirisk basis. De sidste årtiers forskning har givet en dybere indsigt i menneskets fysiologi og patofysiologi, således at de fysioterapeutiske behandlingsformer, man i dag råder over, helt anderledes end tidligere kan institueres på fysiologisk velbegrundet basis. Det er muligt helt anderledes nøje end forhen at tilpasse behandlingsprogrammet efter patientens aktuelle symptomer og patofysiologi, men et sådant individuelt tilpasset og stadig ajourført fysioterapi-program stiller store krav til sine udøvere, blandt andet krav om dybere fysiologisk indsigt, og det medfører også diagnostiske

opgaver for de behandlende fysio- og beskæftigelsesterapeuter, hvilket senere skal diskuteres. Den tid burde for længst være forbi, hvor dette eller hint øvelsesskema blot køres igennem over for en bestemt sygdom. Terapiassistenterne af i dag skulle gerne stå rustet med en sådan fysiologisk indsigt og forståelse af sygdomssymptomer og terapiformer, at de er i stand til at sammensætte et adækvat behandlingsprogram, specielt et øvelsesprogram overfor selv ukendte sygdomstilfælde, og også er indstillet på stedse at modificere behandlingen efter patientens aktuelle symptomer, færdigheder og funktionsevne (Overlæge, lektor, Tidsskrift for Danske Fysioterapeuter, 1964, s. 452).

Språket er karakteriseret ved utstrakt bruk av superlativer som forsterker synspunktene og samtidig suggererer logikk og rasjonalitet. Budskapet bæres ikke fram av argumenter eller henvisninger, men primært av en sterk overbevisning – det er tilstrekkelig at avsenderen framstår som en medisinsk autoritet.

Dilemmaene er tydelige, fysioterapeutene stiller på den ene siden spørsmålstegn ved kompetansefordelingen, på den annen side sees fordelene ved å være knyttet til den medisinske rasjonalitet. I forhold til likestilte profesjoner stiller man seg gjerne kritisk og hevder sin rett, samtidig med at man anerkjenner den medisinske autoritet:

Vi må stå sammen om det fælles mål: at tegne foreningens ansigt. Lige så vigtig som kommunikationen indadtil er kommunikationen mellem læge – fysioterapeut, som desværre lader meget tilbage at ønske. I dette spørgsmål har vi været alt for tilbageholdende. Lægernes viden om fysioterapi er meget begrænset, ja, men har vi da i tilstrækkelig høj grad gjort os den ulempe at gøre dem opmærksomme på vore faglige kvalifikationer og den udvikling, der har fundet sted inden for vort fag? Nej, vi råber bare højt og i vrede

på større ansvar og høyere plassering, men vi får intet forærende; et bedre samarbejde, og hvad deraf måtte følge, kræver indsats fra vor side (Tidsskrift for fysioterapeuten, 1969, s. 248).

Fysioterapeutene var i likhet med ergoterapeutene opptatt av en mer selvstendig posisjon i det medisinske hierarkiske systemet. Det er den faglige kompetansen og kvalifikasjonene som er hovedargumentet her.

Framhevingen av en særskilt faglig metode finner vi hos sosialrådgiverne (norsk: sosialarbeider/sosionom). I januar 1965 skriver lederen i Dansk Socialrådgiverforening følgende:

Der er i de senere år sket en erkendelse af værdien af metodisk behandling af sociale problemer, hvilket også har givet sig udtryk i en betydelig ændring i skolens undervisning. Som ved bogstavelig talt alle europæiske skoler blev også eleverne tidligere alene undervist af specialister inden for de forskellige undervisningsområder. Skolen gav i mange år eleverne lidt juridisk, lidt psykologi og lidt lægelig menneskesyn, men ikke noget socialrådgiversyn på mennesker (Socialrådgiveren, januar 1965, s. 4).

Den sosialdemokratiske politikeren Bent Rold Andersen, som var hovedmannen bak de danske sosialreformundersøkelsene i 1970-årene, hadde en ambisjon om å heve utdannelsesnivået for sosialarbeiderne, forstått på den måten at han var kritisk overfor en for markant amerikansk-britisk psykologisk orientert utdannelsesprofil til fordel for arbeidet med de problemskapende sosiale betingelsene (Dalgaard, 2014). Rold Andersen sier det slik i 1971:

Da socialrådgiverne skal brede sig over en lang række forholdsvis forskellige arbejdsfunktioner, kan der være god grund til at give mulighed for større specialisering i socialrådgiveruddannelsen. Men selv med en sådan specialisering, er der mening i at stille

spørsmålet, hvor hovedvægten af indsatsen kommer til at ligge, og dermed hoved-kravene til faglige kvalifikationer. I denne forbindelse vil jeg gerne komme med nogle bemærkninger og definitionen af social behandlingsindsats og om min oplevelse af forholdet mellem en psykologisk indsats og en indsats over for de sociale og økonomiske omgivelser for det enkelte individ eller den enkelte familie. Der findes mange måder at definere en social behandling på. Jeg tilslutter mig følgende definition: En social behandlingsmæssig indsats er en indsats, der på grundlag af en analyse af klientens sociale problemer søger at løse disse på en sådan måde, at vedkommende bliver i stand til at fungere socialt, herunder eventuelt erhvervsmæssigt (Socialrådgiveren, maj 1971, s. 109).

Utover i 1960- og 1970-årene er det fysioterapeuten som sammen med legen legger mest vekt på behandling og opptrening, mens ergoterapeutene og sosialrådgiverne er mer opp-tatt av arbeidstrening og sosial fungering. Samtidig er både fysioterapeutene og ergoterapeutene underlagt den medisinske logikken og legenes autoritet med hensyn til diagnose og sykdomsbehandling.

I samme periode er diskusjonen om pasienter og klienter klart formulert som forventninger om normalisert atferd: en atferd som utspiller seg i forholdet mellom egne uregulerte behov som skal temmes, og samfunnets forventning om tilpasning. De tidlig skadede unge sees som drevet av drifter som skal tøyles ved hjelp av trygghet og stabilitet kombinert med behavioristiske redskaper som straff og belønning. Normaliseringen skapes gjennom internalisering av rådende moralske normer:

Der synes i alle tilfælde at være enighet om, at en vis trygghet og stabilitet i omgivelserne er befordrende for, at barnet nogenlunde skadesløs slipper igennem konfrontationen mellom egne uregulerte behov og omgivelsernes pres i retning av tilpasning. Gennem

belønning og oppmuntring over misbilligelse og strav motiveres barnet for at innlære de adfærdsregler, som avstikkes av de voksne. Man må antage, at adfærdsreglerne først og fremmest fremtræder i barnets opplevelse som, ofte umotiverede, udefrakommende pres og krav, men at der gjennom en fremadskridende identifisering med de voksne, etterhånden finder en internalisering av de forhåndenværende normer og spilleregler sted, således at disse ender med at oppleves som egne værdivurderinger på godt og ondt, riktig og forkert, skønt og uskønt (Referat fra psykiatrimødet på Statshospitalet, Beskæftigelsesterapeuten, 1966, nr. 1, s. 4).

For sosialrådgiverne handler det om å finne fram til det de betegner som «de egentlige årsakene» til at for eksempel barn institusjonaliseres. De ser deres sosialiseringarbeid som et bidrag til psykologene, der det gjennom det metodiske arbeidet (sosialdiagnosen) gjøres klart hvor problemene ligger. Diagnosen er et redskap som sammenfatter en beskrivelse av de problemene klienten har, den situasjonen han er i, problemenes årsaker samt klientens «personlighet». Diagnosen er det redskapet som sosialrådgiveren gjennomlyser og beskriver pasienten med, og som dermed skaper forutsetningene for kategoriseringer. Samtidig skal klienten medvirke så mye som mulig, så hans oppfattelse av problemene inngår i sosialrådgiverens vurderingen av behov for innsats.

Sett fra systemets side ser man reguleringen av det sosiale området som en administrativ og byråkratisk myndighetsoppgave – eller det samtiden kalte «et apparat». Sosialrådgiveren er i dette perspektivet et redskap som er plassert i den «sosiale frontlinjen». Det militære vokabularet understreker et særlig blikk for at «baklandet», bestående av de strategiske beslutningstakerne, er fundamentet for seire og nederlag i frontlinjen. Det sosiale området omskapes med slike metaforer til en krigsskueplass, som samtidig illustrerer at beslutningstakerne og

deres teknokrater betrakter oppbygningen av velferdsstatens sosiale nettverk som en rasjonell strategisk og taktisk oppgave.

Socialrådgiverne indgår som et led i et samlet socialt hjelpeapparat, som er hovedhjørnesteinen i den praktiske socialpolitik. Det sosiale hjelpeapparat består av en lang rekke institusjoner, strækende fra ministerier, direktorater, kommuner, administrasjonskontorer til diverse behandlingsinstitusjoner, folkevalgte råd. Betragter man dette apparat som et socialt system, hvis formål er at løse en bred rekke av sosiale problemer for individer eller grupper, kan det være praktisk at opdele apparatet i to undersystemer, nemlig «den sosiale frontlinje» og «det socialpolitiske bagland». Den sosiale frontlinje består i alle de punkter i det sosiale hjelpeapparat, hvor borgeren møder apparatet. Det kan være den kasse, hvor han får utbetalt underholdshjelp, den institusjon, hvor han oppholder seg igennem en længere tid, det terapirum, hvor han modtager en dyberegående behandling osv. Baglandet udgøres av alle de institusjoner, personer og funksjoner, som ikke direkte kommer i kontakt med borgeren, men som skaber rammer for frontlinjens arbejde, forsyner frontlinjen med ressurser og udstyrer den med et legalt regelsæt som grundlag for arbejdet. Den sosiale frontlinje er naturligvis fuldstændig avhængig av funktionen i det sosiale bagland. Det er i baglandet, de vigtigste politiske beslutninger træffes. Her avgøres prioriteringsproblemer, ressourcefordeling, socialpolitik på længere sigt, oppbygning av uddannelsesressurser, behandlingsressurser mv. (Forskningsleder, cand. polit, Socialrådgiveren, maj, 1971, s. 108).

Formuleringer som dette understreker samtidig de dilemmaene som karakteriserer sosialrådgivernes rolle og funksjon. Deres plassering i frontlinjen som representanter for velferdsstatens fotsoldater medfører ikke noen politisk eller ideologisk bevisstgjørelse, tvert imot. Det er imidlertid ikke kun klientene

som normaliseres; også sosialrådgiverne selv er et produkt av den samme prosessen.

Utover i 1970-årene skjer det et mer markant skifte fra en medisinsk dominert treningsdiskurs til en mer sosialfaglig språkbruk. Dette representeres ved nye måter å håndtere klientene på og ny kunnskap av sosialt orienterte profesjoner samt flere psykososiale lidelser hos klientene. De sosialfaglige metodene blir etter hvert dominerende faglige praksis ved mange revalideringsinstitusjoner (Feiring, 2016). Dette ledet ifølge Mik-Meyer (2004) til en psykologisering av revalideringen og en omdreining mot faglige metoder som vektlegger personlig utvikling og privat livssituasjon.

Revalidering utvides til sosial livsveiledning

Hvem som besitter de dominerende maktposisjonene innenfor et sosialt felt, krever analyse. Ved de fysisk orienterte revalideringsklinikene var de tidligere kjernepasientene nesten «utryddet» på grunn av ny medisinsk kunnskap som førte til kontroll over de store epidemiene. I tråd med denne utviklingen samt en politisk orientering mot kommunale ordninger ble det politisk bestemt å legge ned de statlige revalideringssentra med hjemmel i bistandsloven av 1976. Samtidig er det sosialkontorene som har koordineringsansvar for utvikling av revalideringsarbeidet.

Idealen om frigjøring av individet, slik det framtrer i fagbladene i 1980- og 1990-årene, knytter begreper som helhetssyn, frigjøring og normalitet til hverandre – de blir hverandres forutsetning. Fagfolkene utøver i dette perspektivet en intervensjon som er både moralsk så vel som profesjonelt begrunnet. Slik forbindes moral til kunnskap – en kunnskap som er nøkkelen til

sannheten, der det gode forenes med det sanne. Vi snakker her om makt som er basert på konstruerte sannheter om borgerne/klientene/pasientene – og som står i motsetning til en reduksjonistisk sykdomsforståelse; subjektet skal med fysioterapeutens aktive handlinger finne tilbake til sine tapte kvaliteter – finne sin egen normalitet:

Jeg må nemlig fastholde den oppfattelse, at vi er, hvad vi gør, og ikke hvad vi siger, vi gør. Helhedssynet skal praktiseres i den daglige fysioterapi mellem patient og fysioterapeut, – ikke som ord, men som handling. Og konsekvensen kunne så blive, at vi lærte at bruge og udøve vort enestående kropslige fag ud fra et formuleret helhedsorienteret kropssyn og en formuleret ikke-reduktionistisk sygdomsforståelse (Danske fysioterapeuter, 1987, nr. 4, s. 14).

De profesjonelle gjennomfører en moralsk disiplinering gjennom sine tilbud om hjelp og støtte (Järvinen, Larsen og Mortensen, 2002, s. 23), og profesjonens etiske grunnlag bidrar til normaliseringen så pasienten «kan bli seg selv» på en autentisk måte. Det handler om holdninger og dermed moral, og «møtet» med pasienten, som her framstilles som et nesten eksistensielt prosjekt, avkrever samtidig åpenhet og aksept: Forventningen om at pasienten aksepterer spillereglene, går hånd i hånd med moralske fordringer. Prinsipielt er hele pasientens livssituasjon så vel som «tro på seg selv» brakt i spill; blotelsen er total. «Skal vi hjelpe deg, skal vi vite alt om deg», er parolen:

Etik er at have holdninger til sit fag og sin behandling. For mig handler det om at møde patienten, hvor han er med en åben og accepterende holdning. Man skal tale et sprog patienten forstår, være «nærværende» i kontakten og kunne rumme patientens og hans problematik. Det handler om at kunne sætte symptomer i relation til patientens hele livssituation — i forhold til arbejde,

til ægtefælle og familie — og til patientens egen kontaktevne, måde at sette grænser på, selvtillid og tro på sig selv, [...] Sammen med patienten skal man finde mål for de forandringer, patienten må gøre for at blive sig selv, autentisk og handlekravtig med bedre identitet og velbefindende til følge (Danske fysioterapeuter, 1998, nr. 19, s. 16).

Makten over livet er ikke kun uttrykt som strev og utestenging, men er i høy grad også en produktiv disiplinering av subjektene, så de vedlikeholder deres evner. Disiplineringen av kroppen, dressuren av legemet og forbedringen av dets evner knytter seg til en generell regulerende kontroll i form av en befolkningens biopolitikk (Foucault, 1978, s. 143). Biopolitikken uttrykker en rasjonalisering av administrasjonen av livet som sådan, i form av sunnhet, hygiene, fødselstall, dødelighet, etnisitet og så videre, samt de geografiske, økonomiske, sosiale, kulturelle forholdene, der mennesker forplanter seg, lever og dør, og dermed familielivet, boligforhold og livsstilen generelt (Dean, 2006).

Helseområdet og ikke minst befolkningens behov for helsehjelp er ikke direkte styrbart; behovet følger den teknologiske og biomedisinske utviklingen, og det samme gjør utgiftene. Derfor blir forebygging et vesentlig element i helsepolitikken, og med forebygging forstår vi initiativ som fremmer at befolkningen selv tar ansvar for egen helse. Reguleringen kan ikke iverksettes med tradisjonelle medisinske teknologier eller medikamenter. Tvert imot er de store folkehelseprogrammene fra 1970-årene et resultat av denne idéen, at enhver styring og ledelse av individenes helse må gå gjennom individenes eget valg av livsstil (Larsen, 2011, s. 153).

Den profesjonelle innsatsen skal ta utgangspunkt i pasientenes situasjon, og dermed sees et skifte fra en paternalistisk til en relasjonell ansats der man ser på den profesjonelle relasjonen

som en frigjørelses- og samarbejdsproces med pasientene. Slik skriver en ergoterapeut om dette:

De fremtidige behandlere vil acceptere det faktum, at vi mennesker og menneskebørn fra naturens rundhånd er udstyret med individuelle fintmærkende følelser og sanser inklusive den sjette, hvormed vi i stor udstrækning kan registrere egen og andres velvære, følelser og behov. Denne gamle viten genopdager mange i disse år og tager trin for trin ansvaret for eget liv og helbred. Man indser i stigende grad, at krop, følelser, tanker og sociale relationer hænger nærmest parallelt sammen og skal behandles og bearbejdes sammen. Mange søger nye veje som tager højde herfor. Vi må gribe i egen barm og tænke nyt på vej mod sundhed år 2000. Vi skal lave og koordinere behandlingssystemer, som arbejder mere udadrettet og tilpasser sig klienterne i stedet for omvendt. En stor del av behandlings- og hjælpearbejdet kan og bør varetages av fleksible, tværfaglige, decentrale, forebyggelses- og hjælpe teams, som sætter det ligestillede samarbejde med klienten i højsædet og løfter helheden omkring den enkelte på en anden måde. Vi skal lægge større vægt på at styrke mennesket bredt, i stedet for kun at behandle symptomerne. Læger må fritages for en del av deres suverænitet og avlastes i en ny form for ligestillet arbejdsfællesskab med andre faggrupper. Vi må alle tage større ansvar for sund levevis og for at få skavanker, problemer og kriser vendt og bearbejdet i helhed inden sygdom opstår. Min første opgave — som repræsentant for behandlingssystemet — skal være at LYTTE. LYTTE til klientens/familiens ord, signaler, symptomer og ikke mindst de problemer, følelser og tanker som ligger bag. Klienten ved ofte bedre end jeg, hvor skoen trykker og, hvor nøglen til problemet ligger (Ergoterapeuten, 1988, nr. 3, s. 109).

I 1980- og 1990-årene sees flere artikler i fagtidsskriftene *Ergoterapeuten*, *Danske fysioterapeuter* og *Socialrådgiveren* om faglighed, samtidig som ord om helhetssyn og livskvalitet er

sentrale, om enn færre i antall. I slutten av 1980-årene sees de første artiklene som argumenterer at effekten av det faglige arbeidet kan måles og dermed dokumenteres. Dette intensiveres gjennom 1990-årene, da fysioterapeuters arbeid i stigende grad blir preget av krav om dokumentasjon av effekt. Økonomiske innstramminger med følgende effektivisering av arbeidet gjør det nødvendig at man arbeider med effektmåling, kvalitetsutvikling og forskning, er argumentet fra fysioterapeutene. Tonen skifter, og fysioterapi sees nå som en investering som skal gi en avkastning.

Som en sundhedsfaggruppe bidrager vi via vores faglige udvikling og forskning til, at vores indsats i større og større omfang også skal omhandle forebyggelse. Udvikling af faget er en del af fysioterapeutens hverdag: Fysioterapeuter, der for eksempel arbejder med at forbedre arbejdsmiljøet/udarbejder rapporter, vurderer effekten af deres indsats, deltager i konferencer og udvikler nye og bedre metoder. Fysioterapeuter, der arbejder med behandling beskriver levende deres behandling, og her er den fysioterapeutiske arbejdsjournal et vigtigt redskab. Lige så vigtigt er det, at fysioterapeuterne også nedfælder deres resultater i selve journalen. Levende faglig udvikling skal suppleres med forskning. Det er nødvendigt på videnskabelig vis at kunne dokumentere, at fysioterapi er en god investering (Jubileumsforedrag, april, Danske Fysioterapeuter, 1993, nr. 10, s. 7).

Innlegget representerer en naturalisering, en *illusio* (Bourdieu, 2000, 1999, s. 16.), det vil si at aktørenes engasjement i det profesjonelle spillet er nødvendiggjort av det medisinske feltets konkurranse og dynamikk, som bidrar til at feltet oppleves som meningsfullt. Fysioterapeutenes engasjement viser seg ved deres aksept av utviklingskravene slik de ble implementert i 1980- og 1990-årene. Fysioterapeutene utviklet strategier som legitimerte

den tette tilknytningen til den medisinske logikken, og som samtidig oppfylte fagets egne ambisjoner om å «følge med utviklingen», strategier som er knyttet til en karakteristikk av fysioterapeutene som borgerskapets døtre, som er kommet fram i verden ved å være nøysomme, flittige og oppfinnsomme, samtidig med at de har oppnådd en relativ sterk fagidentitet (Danske Fysioterapeuter, 1993, nr. 10, s. 17).

I eksemplet nedenfor kan man lese at forandringene også skal skje gjennom kulturendringer. Helsetiltak og forebygging skal naturaliseres i hverdagens praksis og blir på den måten en livsforsikring, en forsikring mot det usunne som her likestilles med døden:

Fysioterapeut [...] forsøker at ændre kulturen på institutionerne, hvor de voksne lærer at forstå, hvad bevægelse gør ved mennesker, og hvorfor det er så vigtigt at få mere bevægelse ind i hverdagen. Bevægelse skal fremover være en naturlig del av hverdagen i institutionen og behøver som sådan ikke at blive skemalagt. Den bedste livsforsikring er bevægelse (Fysioterapeuten, 2003, nr. 8, s. 12).

Beskrivelsen av et sosialt fenomen fordrer at man gjennomlyser, måler, vurderer og sammenligner enkeltelementer med hverandre. Forutsetningene for inngripen og intervensjon er dokumentasjon og kategorisering. Når man har klassifisert elementene, kan man også hierarkisere dem og gjøre dem til gjenstand for intervensjon. Intelligens er et fenomen som er knyttet til en vitenskapelig rasjonalitet. Forutsetningen for å kunne skape et skolesystem er kategorisering av befolkningens kunnskap, forstått på den måten at kunnskap er det som avgrenses og gjøres målbart, på en måte der det også kan hierarkiseres. Kunnskap er slik sett forutsetningen for å kunne oppdele og disiplinere elever og studenter; kunnskap er forutsetningen for utøvelse av makt i dette perspektivet.

I eksemplet nedenfor, som handler om overvekt, rangordnes deltakernes motivasjon på en skala fra 1–10. Etter denne rangordningen vurderes kroppene samlet sett som vekt, omfang og konstitusjon, som grunnlag for intervensjonen – alt sammen drevet av deltakernes motivasjon og de profesjonelles veiledning.

Deltagelse i projektet bevilges etter en visitationssamtale, hvor deltagerens motivasjon måles med en række spørsmål, der placerer den på en skala fra 1 til 10. Når deltagerne er visiteret, testes de i forhold til bl.a. vægt, fedtprocent og helbred generelt. Selve den fysiske træning foregår på hold. Forløbets samlede varighed er på 28 uger. I den første del av perioden er deltagerne på centret fire dage om ugen, hvor der trænes hver dag. Herudover får de kostvejledning, og der foregår vejledning i forhold til erhverv og uddannelse og gennemgås psykologiske temaer som for eksempel stress og selvværd (Journalist, Fysioterapeuten, 2006, nr. 21, s. 32).

Et annet tema i 1990-årene kan knyttes til etableringen av distriktpsikiatrien i amtene og tiltak av personer med psykiske lidelser. Dette ledet til en heftig diskusjon om legenes rolle i den nye konstruksjonen. Distriktpsikiatrien var en nydannelse og brøt delvis med legenes monopol på regulering av hele psykiatrien. Med opprettelsen av desentrale døgn- og daginstitusjoner med tilbud om terapi ble det skapt et nytt psykiatrisk tilbud som ikke i samme grad var institusjonalisert og under medisinsk kontroll. Medisinaldirektør Juul-Jensen siteres slik:

«Det er væsentlig at fastslå, at psykiatri fortsatt er et lægevitenskabeligt speciale, og at psykiatrisk behandling kun kan foretages av psykiatere med den rette uddannelse. Dertil må tilføjes, at det er nødvendigt, at man i de distriktpsikiatriske teams opnår den fornødne balance, så den ene faggruppe ikke dominerer den anden.» Dette citat satte gang i debatten, men der blev fra flere sider advaret mod at bruge for meget energi på grænsestridigheder

faggrupperne imellem, men i stedet arbejdede med de muligheder for udvikling til gagn for patienterne, der ligger i en om-struktureringstid (Socialrådgiveren, 1990, nr. 6, s. 12).

Det var ikke bare en kamp om legenes fortsatte monopol som var på spill; også betegnelsene for de menneskene som behøvde psykiatrisk behandling og tilbud, var gjenstand for en intern maktkamp. Legene holdt fast på kategorien «pasienter», mens de samme menneskene i distriktspsykiatrien ble betegnet som «brukere», og ble dermed mindre stigmatisert. I dag anvendes betegnelsen «borger» om de menneskene som mottar psykisk helsehjelp i kommunene, og med betegnelsen «borger» har man på papiret fullført normaliseringen og likestillingen, da alle jo er borgere i samme samfunn. Distriktspsykiatrien var tenkt som et annerledes tilbud der terapi og rådgivning tok utgangspunkt i «hverdagens gjøremål». De institusjonelle rammene i døgn- og daginstitusjoner ble karakterisert som å være innrettet på en ikke institusjonell måte, der personalet ikke hadde hvite frakker, men hverdagsklær, og dermed var likestilt med de menneskene de skulle hjelpe.

Rehabilitering med borgeren som aktiv samarbeidspartner

I dagens rehabiliteringspraksiser er den dominerende språkbruken like rettigheter og aktivering av borgerne, samtidig som den sentrale strategien handler om å integrere alle borgere i samfunnet. Dette peker både på en aktiveringsdiskurs og en ny type individualisert ansvar. Samtidig styres rehabiliteringstiltakene av kommunale myndigheter gjennom økonomiske intensiver og en byråkratisk veileder utviklet av fire ulike departementer i fellesskap (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet og Beskæftigelsesministeriet, 2011).

Sysselsettingspolitikken er, fra 2000 og framover, et sentralt nasjonaløkonomisk verktøy for å få alle ut i jobb. I begynnelsen handler det om oppbygning og utvikling av nye tilbud til ledige og sykemeldte, brobygging mellom yrkesskoler og arbeidsmarked og visjoner om utdanning for alle. Noe senere blir denne tjenesten lagt om og basert på sentralt besluttede politiske prinsipper samt målsetninger om sikker drift og effektiv innsats. Hele perioden er preget av idealer om aktivt medborgerskap, og borgerne gjøres ansvarlig for å skaffe seg arbeid og komme seg ut av en situasjon med sykefravær, og det vedtas reformer om dagpenger, førtidspensjon, fleksijobb og sykepenger, med den hensikten å holde borgerne på arbeidsmarkedet samt sikre tilførsel av ny arbeidskraft med vekt på ungdom. Alle tiltakene bygger på kunnskapsbaserte retningslinjer.

Rehabilitering står helt sentralt ved slike tiltak der arbeidsmarkedspolitik, sosialpolitikk, sunnhetspolitikk og utdanningspolitikk integreres i hverandre: Veien til arbeid er utdanning og en sunn livsførsel, samtidig som et sunt liv forbindes med å ta utdanning og komme i arbeid. Retorikken om borgerne har skiftet, og det snakkes nå om et skifte fra kommunen som yter tjenester overfor borgerne som kunder, til et perspektiv der borgerne oppfattes som aktive medspillere sammen med fagfolkene i kommunen, og der samhandlingen mellom borger og ansatt kjennetegnes ved likeverdig samarbeid og dialog (Lykke, 2014). Dette er klar og tydelig retorikk: Forholdet mellom borger og myndighet omdefineres gjennom språklige formuleringer om borgerne som «medspillere», det vil si at borgeren blir et sentralt omdreiningspunkt i sin egen rehabilitering. I en dansk kommune omtaler arbeidsmarkedsavdelingen dette slik:

- Vi tror på, at borgeren gerne vil opnå selvforsørgelse, og vil tage ansvar for egen indsats.

- Mindsteindgrebsprincippet: borgeren har viljen, evnen og mulighetene – vi hjelper hvor det er et reelt behov.
- Utgangspunkt i borgeren – understøtte borgerens vei til selvforsørgelse slik (Viborg kommune, 2015)

Arbeidsmyndighetene beskriver sin egen praksis som en måte der den rehabiliterte borgeren ikke møter et ekspertsystem, men en samarbeidspartner: Utgangspunktet er en antakelse om at borgeren ønsker å bli rehabilitert, samtidig med at den ene parten, nemlig myndighetene, suverent definerer og treffer avgjørelsen om de økonomiske og sosiale ytelsene til borgeren. Retorikken er spent ut mellom to motpoler. På den ene siden beskrives individet som borger og samarbeidspartner, og på den annen side er individet et samfunnsobjekt som skal gjenopptrenes til en «normal» arbeidssituasjon.

Avslutning

De tre sosiale praksisene som vi har identifisert her, er omtalt som revalidering, utvidet revalidering og rehabilitering. Vi ser tre ulike eksempler på normalisering av befolkningen. Fra 1960- til 1970-årene handler revalideringspraksisen om opptrening og tilpasning til arbeidsmarkedet. Legene, terapeutene og sosialrådgiverne ser på borgeren som pasient eller klient og dermed et objekt. I neste periode, 1980–2000, er omtalt som utvidet revalidering, ser vi et skifte i retning av at borgeren, pasienten, klienten blir et sentralt omdreiningspunkt for normaliseringen, og hver profesjon utvikler sitt syn på denne tilpasningen. For legen er det normale å være «frisk» eller «ikke syk», mens fysioterapeuten og ergoterapeuten endrer fra å betrakte borgeren som pasient til å «forstå» borgeren i «et helhetsperspektiv», det vil si finne fram til «mennesket» i pasienten, klienten eller brukeren. Sosialrådgiveren er mer opptatt av utviklingen av profesjonelle

metoder, evaluering og faglighet, det vil si at klienten skal normaliseres og dermed frigjøres gjennom kunnskapsbasert intervensjon. De forskjellige rasjonalitetene fra periodene 1960–1980 og 1980–2000 integreres etter 2000 i det vi her omtaler som rehabiliteringspraksiser. Her ser vi diskurser om aktivisering og ansvarliggjøring som forener seg i en styringsdiskurs om strategier, regulering og standardisering. Dette skjer på måter som skaper forutsetninger om at borgeren kan rehabilitere seg selv gjennom aktiv endring av egen livsstil. Vi identifiserer samtidig aktivitet med utgangspunkt i «borgerens eget perspektiv».

Referanser

- Bourdieu, P. (1979). Symbolic Power. *Critique of Anthropology*, 4(13–14), s. 77–85.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolisk makt*. Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. (1998). *Acts of Resistance. Against the New Myths of Our Time*. Oxford: Polity Press.
- Bourdieu, P. (2000). *Pascalian meditations*. Oxford: Polity Press.
- Bourdieu, P. og Waquant, L. J. D. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Dalgaard, N. (2014). Socialrådgiverprofessionen - den svære kamp for status. I G. S. Harrits, M. B. Johansen, J. E. Kristensen, L. T. Larsen, og S. G. Olesen (red.), *Professioner under pres: status, viden og styring*. Aarhus: ViaSysteme.
- Dean, M. (2006). *Governmentality: magt og styring i det moderne samfund*. Frederiksberg: Forlaget Sociologi.
- Fairclough, N. (2000). Discourse, social theory, and social research: The discourse of welfare reform. *Journal of Sociolinguistics*, 4/2, s. 163–195. <https://doi.org/10.1111/1467-9481.00110>
- Fairclough, N. (2012). Critical discourse analysis. *International Advances in Engineering and Technology (IAET)* 7 (july), s. 452–487.
- Feiring, M. (2016). Rehabiliteringsfeltet i Danmark – en begrebshistorie. I: S. Gytz Olesen (red.), *Profession, stat og rehabilitering*. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark, MarselisborgCentret.

- Feiring, M. (2009). *Sources of Social Reforms, 1870–1970. The Rise of a Norwegian Normalisation Regime*. PhD-avhandling, Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. I: G. Burchell, C. Gordon og P. Miller (red.), *The Foucault Effect*. London: Harvester.
- Gytz Olesen, S. (2016). *Profession, stat og rehabilitering*. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark, Marselisborg Centret.
- Harlem, G. (1949). *Innstilling fra Komiteen for delvis arbejdsføre*. Oslo.
- Harrits, G. S. og Anderschou, S. B. (2014). Mellem viden og styring. En analyse af teknologiske forandringer i relationen mellem stat og profession. I: G. S. Harrits, M. B. Johansen, J. E. Kristensen, L. T. Larsen, og S. Gytz Olesen (red.), *Professioner under pres: status, viden og styring*. Aarhus: ViaSysteme.
- Järvinen, M., Larsen, J. E. og Mortensen, N. (2002). *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Larsen, L. T. (2011). *Guvernamentalitet og profession: Sundheds- og Socialreformer i et guvernamentalitetsperspektiv*. Aarhus: Via Systeme.
- Lykke, M. (2014). Kommunens nye klæder. Hentet fra <http://denoffentlige.dk/>
- Mik-Meyer, N. (2004). *Dømt til personlig udvikling. Identitetsarbejde i revalidering*. København: Hans Reitzels forlag.
- Stiker, H.-J. (1999). *A History of Disability*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press.
- Wacquant, L. (2012). Three steps to a historical anthropology of actually existing neoliberalism. *Social Anthropology/Anthropologie Sociale*, 20(1), s. 66–79. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8676.2011.00189.x>
- Wacquant, L. (2014). Tre trin til en historisk antropologi om den reelt eksisterende neoliberalisme. *Praktiske Grunde Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, (1–2), s. 91–102. <http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde1-2-2014-wacquant-trin.pdf>

Øvrige referanser

- Beskæftigelsesterapeuten (1961). 22(3), s. 26
- Beskæftigelsesterapeuten (1964). 25(2), s. 2
- Beskæftigelsesterapeuten, (1966). 27(1), s. 4
- Danske fysioterapeuter (1987). 69(4), s. 14

- Danske fysioterapeuter (1993). 75(10), s. 17
- Danske fysioterapeuter (1993). 75(10), s. 7
- Danske fysioterapeuter (1998). 80(19), s. 16
- Ergoterapeuten (1988). 3, s. 109
- Fysioterapeuten (2003). 85(8), s. 12
- Fysioterapeuten (2006). 88(21), s. 32
- Tidsskrift for fysioterapeuter (1969). s. 248
- Tidsskrift for danske fysioterapeuter (1964). s. 452
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet og Beskæftigelsesministeriet (2011). *Vejledning om kommunal rehabilitering*. http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2011/Kommunal%20rehab/rehab.ashx. Lest november 2016
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, (2005). *Sundhedsloven, Lov nr 546 af 24 juni 2005*. <http://www.rhpharm.org/Sundhedsloven%202005.pdf>
Lest november 2016
- Nordisk Medicin (1960). 42 (20. oktober)
- Socialministeriet (1960). *Lov om revalidering (revalideringsloven)*. LOV nr 170 af 1959.
- Socialministeriet (1976). *Lov om sosial bistand (bistandsloven)*. LOV nr 333 af 1974.
- Socialministeriet (1998a). *Lov om aktiv sosialpolitik (aktivloven)*. LOV nr 454 af 10/06/1997.
- Socialministeriet (1998b). *Lov om social service*. LOV nr 454 af 19/06 1997.
- Socialrådgiveren (1990). 52(6), s. 12
- Socialrådgiveren (1971). 33, s. 108
- Socialrådgiveren (1965). 27, s. 4
- Viborg kommune (2015). *De beskæftigelsespolitiske principper for indsatsen i Jobcenter Viborg* (31. marts 2015).
- Ugeskrift for læger (1966). 128(1), s. 26