

Rehabilitering mellom medisin og samfunnsfag - en feltanalytisk skisse

Marte Feiring og Per Koren Solvang

I Norge blir rehabilitering ofte beskrevet ut fra en definisjon i et politisk dokument. Denne definisjonen har fått så stor gjennomslagskraft i det norske fagmiljøet, også blant forskere, at den refereres til som «vår aftebønn» (Sandvin i Solvang og Slettebø 2012). I den omtalte stortingsmeldingen defineres rehabilitering som følger:

... 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. (Sosial- og helsedepartementet 1998, kap 2.1)

Det toneangivende danske fagmiljøet knyttet til Marselisborgcenteret har bearbeidet den norske politisk formede definisjonen. Vi finner deres definisjon i *Hvidbog om rehabilitering* der fagfolk, tjenestebrukere og representanter fra det helse- og sosialpolitiske felt har arbeidet sammen.

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbeidsprosess mellom en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrensninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funksjonsevne, opnår et selvstendig og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituasjon og beslutninger består af en koordineret, sammenhengene og vidensbaseret innsats. (MarselisborgCenteret 2004, 4)

I denne formuleringen ser vi klare spor av de tre nøkkelaktørene som har samarbeidet om dokumentet: fagfolk, forvaltning og brukere. Med fagfolk forstår vi forskere og profesjonelle yrkesutøvere i helse- og so-

sialfag. Med politiske aktører forstår vi først og fremst representanter for statsforvaltningen og den politiske ledelse på helse- og sosial-, arbeidsmarkeds- og utdanningsfeltene. Brukersiden er satt sammen av etablerte organisasjoner for personer med funksjonsnedsettelse.

I tillegg av den norske definisjonen bygger forfatterne til Hvidbogen på et begrepsapparat og kategoriseringssystem utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO). Dette er i norsk oversettelse Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)¹ og vektlegger en relasjonell forståelse av funksjonshemming. Det vil si at funksjonshemming er et forhold mellom kroppsfunksjoner og sosiale og materielle omgivelser. ICF avløser en tidligere klassifisering (ICIDH) som la vekt på en kausal relasjon der kroppslige patologier forårsaket manglende funksjonsnivå og deltakelse, og er blitt betegnet som et paradigmeskifte av aktører i rehabiliteringsfeltet (Sosial- og helsedirektoratet 2003; WHO 2001). Denne artikkelen konsentrerer oppmerksomheten om det internasjonale nivået slik det representeres av ICF som et omdreiningssentrum. Fagutvikling er i stigende grad et internasjonalt anliggende, og virkningshistorien til ICF er blitt oppsummert som et paradigmeskifte for rehabilitering (Reinhardt 2011).

Fra å være en medisinsk orientert virksomhet har rehabilitering utviklet seg i en retning der psykologi og sosiologi ikke bare er i randsonen, men er med på å definere hva rehabilitering er og hvem som er legitime agenter i feltet. I en ny norsk bok om rehabilitering har Solvang (2012) karakterisert denne endringsprosessen et sosialt vendepunkt. De sentrale policy-dokumentene i Norge og Danmark, og fra WHO, viser til et *før* preget av en medisinsk definisjon og et *nå* preget av en utvi-

¹ Originaltittel: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

det forståelse som også inkluderer samfunnsmessige og psykologiske dimensjoner ved rehabiliteringsprosessen, og som tydeliggjør den tverrfaglige profilen som blant annet inkluderer fag som ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid.

Det sosiale vendepunktet i rehabilitering kan forstås i lys av det vitenskapsteoretiske rammeverket modus 1 og 2 til Gibbons et al. (1994). Modus 1 er preget av de tradisjonelle disiplinærfagene, forskningen foregår ved universitetene og forskningsspørsmålene formuleres av universitetstilknyttede forskere. Dette kan vi si preget rehabiliteringsfeltet i det medisinske *før*. I det psyko-sosialt utvidede *nå* er det modus 2 som råder. Rehabiliteringsfeltet defineres tverrfaglig, sentral forskning foregår utenfor universitetene og problemstillingene for forskningen er sterkt influert av forskningens brukere, først og fremst helse- og sosialforvaltningen, men også funksjonshemmede selv. Dette er et skifte som omhandler kamper om definisjonsmakt og etablering av nye samarbeidsrelasjoner.

Slike endringer kaller på analyse. Det har vært søkt å identifisere den nye tenkemåten og dens rasjonalitet (Hammell 2006). Det som i mindre grad har vært gjort er å undersøke de prosessene som ligger til grunn for de endringene vi ser konturene av. Denne kunnskapsluken danner bakteppe for hovedspørsmålet vi vil belyse: hvordan utspilles, konstitueres og institusjonaliseres forholdet mellom medisin og samfunnsfag i rehabiliteringsfeltet. Til å gjøre dette vil vi legge vekt på den betydning og legitimitet WHO's initiativer blir gitt av aktørene i feltet. Vi vil både vise til historiske utviklingstrekk og nåtidige debatter.

Fra et sosiologisk ståsted er det sentralt å forankre analysearbeidet i begreper som ikke tilhører det feltet som blir undersøkt. Dette er et krav til sosiologisk analyse som har vært klart formulert av Pierre Bourdieu (1977) inspirert av sin læremester Gaston Bachelard. Den sosiologiske analysen må konstruere sitt objekt på en annen måte enn det som trer frem fra det sosiale området som blir undersøkt (Bourdieu, Chamboredon og Passeron 1991).

Vi vil studere endringsprosessene i rehabiliteringsvirksomhet ved å anvende en feltanalyse slik den er utviklet av Bourdieu (1975, 1981, 1993) og gjort relevant for helse- og sosialfeltet (Larsen og Larsen 2008; Järvinen, Elm Larsen og Mortensen 2002). I tråd med

Bourdieu (1975) vil vi legge vekt på dynamikken innen et felt preget av strider om autoritet og makt mellom agenter med ulike posisjoner. Vår antakelse er at det har skjedd en dreining fra en medisinsk og individualistisk orientering innen rehabilitering (ortodoksi) til en mer sammensatt forståelse av rehabilitering der aktivisme, medisinske og samfunnsvitenskapelige virksomhet samt politisk styring samvirker i utformingen av feltet (heterodoksi) (Feiring 2012b).

Vårt empiriske materiale begrenser seg til et strategisk utvalg av politiske dokumenter og vitenskapelige tekster. Tekstene er produsert av sentrale aktører innen feltet rehabilitering med vekt på internasjonale organisasjoner (som WHO og Verdensbanken), samt nasjonale vitenskapelige, helsefaglige og sosialpolitiske publikasjoner. Vi har valgt ut nøkkelttekster fra to diskusjoner på overnasjonalt nivå: a) om medisinske og sosiale modeller for definering av funksjonshemming; samt b) om klassifiseringssystemet ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), samt noen tekster som berører forløperen ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap).

Vår diskusjon handler primært om forholdet mellom medisin og samfunnsfag i rehabilitering og vi vil gjennomføre den i tre steg. Først vil vi tydeliggjøre vår forståelse av feltanalyse. Deretter vil vi anvende feltanalysen i beskrivelsen av den historiske utviklingen av medisinske og samfunnsfaglige posisjoner i rehabiliteringsfeltet. Etter at den teoretiske og historiske forankringen er tydeliggjort tar vi fatt på vårt hovedanliggende; å gi noen perspektiver på medisin og samfunn gjennom utforming og etablering av det internasjonale klassifiseringssystemet ICF for måling av funksjon, deltakelse og helserelaterte forhold.

En feltanalytisk tilnærming

Begreperne felt og feltanalyse representerer en åpen analytisk tilnærming utviklet av den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1975, 1993, 1977). Han forstår samfunnet som strukturerte sosiale rom der agenter og institusjoner innehar visse posisjoner og forhandler om makt og autoritet. Bourdieu definerer felt som sosiale krefter eller et system av relasjoner mellom posisjoner

hvor aktørene² kjemper om noe de har felles (Bourdieu og Waquant 1992). Rehabilitering kan i en slik sammenheng betraktes som et sub felt der en begrenset gruppe agenter (faglige, politiske- og aktivistorienterte) strider om å definere hva begrepet representerer, hva som er dets kjerneområder, hva som er de sentrale lærebøkene og dermed hvilke forståelser som har legitimitet og autoritet.

I følge Bourdieu har agenter og institusjoner ulike posisjoner i det sosiale rommet og de er bestemt ut i fra hvilke kapitalformer de besitter. Teorien skiller mellom tre hovedformer: kulturell kapital (kompetanse, teknologier, utdanning, interesser), sosial kapital (nettverk av forbindelser) og økonomisk kapital (formue eller inntekt) (Bourdieu 1977, 1990). Kulturell kapital kan eksistere i tre former; (i) som en kroppslig (*embodied*) status omtalt som mentale eller kroppslige disposisjoner og vi vil her plassere faglige orienteringer, læresetninger, logikker og fagkompetanse; (ii) i en objektivisert form, som lærebøker, instrumenter og teknologier og vi her vil inkludere faglige teoretiske verk og teknologier; (iii) og i en institusjonalisert form som anerkjente utdanning og formelle, akademiske kvalifikasjoner (Bourdieu 1986).

Kollektive og individuelle aktører utvikler på bakgrunn av sine yrkesposisjoner og livshistorier ulike *habitus* forstått som grunnleggende disposisjoner for handlingsorientering eller mønstre for handling. I tillegg har et felt egne læresetninger, klassifiseringssystemer, forståelses- og forklaringsmodeller som ofte tas for gitt. Dette omtaler Bourdieu som et felts *doxa*.

Vi er opptatt av hvordan kulturelle kapitalformer, som faglig kompetanse, faglige (trykte) tekster, og anerkjente utdanninger innen medisin, samfunnsfag, samt sosial- og helsefag legger føringer for hvilke forståelser, tilnærminger og forklaringer som ansees legitime og dermed hvilke begreps- og klassifikasjonssystemer som blir formet og tatt i bruk. I dette perspektivet kan rehabilitering beskrives som et felt der ulike vitenskapelige- og faglige posisjoner forhandler om myndighet til å definere fagfeltet. Begrepet *felt* representerer en analytisk tilnærming der samfunnet forstås som strukturerte sosiale rom hvor aktører og institusjoner inne-

har visse posisjoner og disposisjoner som de anvender i forhandlinger om makt og autoritet. Bourdieu (1975, 1993) avgrenser et sosialt felt til nettverk av objektive relasjoner mellom posisjoner.

I følge Bourdieu (1993) foreligger det en form for autonomi innen et felt, i den forstand at det har en egen logikk, eller en form for «innforståthet» eller fortrolighetskunnskap mellom dets aktører og institusjoner, med andre ord, en sans for spillet og dets regler. Innen et felt vil vi finne ulike logikker og fortrolighetskunnskap. Bourdieu (1988) identifiserer to motstridende hierarkier, et sosialt basert på sosiale nettverk og økonomisk kapital (heteronomt) og et kulturelt basert på vitenskapelig kunnskap og grunnforskning (autonomi). Rehabilitering fremtrer som nært på det heteronome hierarki med sine grenseområder mot pedagogikk, sosiologi og sosialt arbeid, i tillegg til politiske myndigheter og interesseorganisasjoner. Larsen og Larsen (2008) betrakter rehabilitering som del av større maktfelt som medisin, økonomi, og politikk. De skiller mellom autonome og heteronome poler. Det er primært ved den autonome polen at feltet rendyrkes i forhold til en egen logikk, mens ved den heteronome polen opptrer flere utfordringer. Innen det medisinske feltets autonome pol kan en kun vinne slag ved bruk av biomedisinsk terminologi.

Ved et felt finnes etablerte og dominerende posisjoner (ortodoksien) og nykommere som utfordrer de tradisjonelle oppfatningene og fremmer alternative teorier og logikker (heterodoksien). Det er mellom slike posisjoner at de sentrale «maktkampene» pågår, samtidig kan dette innebære forhandlinger om hvor grensene for et felt går i forhold til andre felt, og spesielt i forhold til det politiske feltet.

Vi betrakter rehabilitering som et historisk konstituert felt av ulike posisjoner bekledd av politikere, fagfolk og aktivister. Agenter med ulike kulturell kapital, forskjellig utdannelser, perspektiver og interesser deltar, og hvilke kapitalformer som gir status varierer i ulike tidsperioder. Historiske studier har vist at rehabiliteringsfeltet har endret seg fra biomedisinsk dominerte teorier og metoder til helse- og samfunnsvitenskapelig inspirerte tverrfaglige tilnærminger (Feiring 2012a, 2009).

I dag er rehabiliteringsfeltet satt sammen av flere ulike faglige tilnærminger: biomedisinske, sosialvitenskapelige og sosialpolitisk aktivisme. Slik vi ser det er

2 Bourdieu bruker ikke begrepet aktør, men agent. Vi vil her bruke de to termene som synonymer.

disse av WHO forsøkt kjedet sammen i reformuleringen av en biopsykososial tilnærming. Dette konseptet har fått en kraftfull synliggjøring gjennom arbeidet med klassifiseringssystemet ICF (Imrie 2004).

Samlet gir begrepet sosialt felt en analytisk tilgang til å diskutere rehabilitering som en arena for både endring og stabilitet. Rehabiliteringsfeltet utvikler seg i spenningen mellom medisin og samfunnsfag, og mellom posisjoner som representerer fag, politikk eller aktivisme.

Medisinsk kunnskapstradisjon (ortodoksi)

Rehabilitering er fundert i en medisinsk kunnskapstradisjon som over lang tid har formet det dominerende synet på sykdom, skade og hvordan slike tilstander skal håndteres. I mange sammenhenger omtales dette som en biomedisinsk eller individforankret tilnærming (Hammell 2006; Bickenbach et al. 1999). Historiske framstillinger av rehabilitering knytter det til utviklingen innen medisin og kirurgi samt til behandling og etterbehandling av skadde i industrielle ulykker, krigsskadde under første og annen verdenskrig og til hygienemedisinens bekjempelse og tiltak overfor personer rammet av infeksjoner som tuberkulose og polio fra om lag samme tidsperiode. Dette viser at tidligere tradisjoner var basert på en kombinasjon av biomedisinsk og sosialmedisinsk kunnskap (Stiker 1999; Feiring 2009). Den medisinske fagtradisjonen definerte og behandlet skadde og kronisk syke med fokus på kroppslige mangler. Målet var reparasjon og mest mulig normal funksjonsevne. Denne oppfatningen preget internasjonale organisasjoner som WHO helt fram til århundreskiftet. Eksempler på dette er den internasjonale klassifisering av sykdom (ICD), så vel som klassifiseringssystemet *International Classification of Impairments, Disability and Health* (ICIDH). Denne ble utviklet i regi av WHO, rett nok som et midlertidig redskap, men som vektla at funksjonshemming er resultat av en kausal årsakskjede forankret i kroppslige patologier.

Etter andre verdenskrig har medisinsk kunnskap dominert rehabiliteringsfeltet. Dette kan betraktes som feltets ortodoksi som legger føringer for hva som er gyldig kunnskap og hva som er feltets interne logikk og fortrolighetskunnskap. Den medisinske logikken (ofte omtalt som medisinsk modell) er blitt utfordret fra ulike samfunnsfaglige posisjoner (omtalt som sosiale modeller).

Sosiologisk kunnskap utvider feltets grenser

Fra 1960-tattet brakte samfunnsvitenskapelige studier betydelig ny innsikt i forhold til sykdomsforståelse, funksjonshemming og rehabilitering. Sosiologene Erving Goffman og Howard Becker bidro med flere studier som utfordret den tradisjonelle naturvitenskapelige medisinske forståelsen (Becker 1973, 1963; Goffman 1963, 1971). I studien *Stigma* videreutvikler Goffman skillet mellom et personlig og et sosialt selv. Mennesket er ikke bare et biologisk og psykologisk vesen, men også et produkt av samfunnets normer og verdier. Gjennom begreper som sosialt avvik, sosialt selv og sosial rolle viser flere forskere hvordan samfunnets holdninger, normer og verdier direkte påvirker det funksjonshemmede mennesket og dets bilde av seg selv (Becker 1973, 1963; Goffman 1963, 1971).

I boka *Sociology and Rehabilitation* lanserer sosiologen Eliot Freidson (1965) en kritikk av sin fagkollega Talcott Parsons (1951) sykdomsforståelse, og fremmer alternativt en bred forståelse av rehabilitering som samfunnets verktøy for å «normalisere» den enkeltes kropp og oppførsel. I samme bok presenterer medisineren Saad Z. Nagi en bredt orientert typologi av funksjonshemmede influert av kjennetegn ved den kroppslige funksjonsnedsettelsen, individets definering av sin egen situasjon og hvordan situasjonen blir definert av andre (Nagi 1965).

På denne måten utfordret samfunnsfagene den rådende medisinske forståelsen av sykdom og funksjonshemming (ortodoksien). De la føringer for framveksten av alternative måter å forstå, teoretisere og håndtere sykdom og funksjonshemming. Vi skal her framheve to av de mest sentrale: aktivistenes sosiale eller sosialpolitiske modeller, og de profesjonelle fagutøvernes sosialmedisinske og sosialpsykologiske forståelser omtalt som relasjonelle og biopsykososiale modeller.

Aktivister med samfunnskunnskap videreutvikler sosiologiens posisjon

I USA og Europa vokste det på 1960- og 70-tallet fram sosiale bevegelser av funksjonshemmede aktivister der mange hadde samfunnsvitenskapelig bakgrunn. På 1970-tallet ble *Independent Living Movement Center* (ILM) etablert blant funksjonshemmede studenter i California, mens akademisk utdannede aktivister fra England dannet *Union of the Physically Impaired against Segre-*

gation (UPIAS). Aktivistene formet noe senere et internasjonalt nettverk *Disabled People International* (DPI) som bidro sterkt til å forme et alternativt perspektiv på funksjonshemming. Den internasjonale bevegelsen, DPI, kritiserte tidlig WHO's system for å klassifisere *impairment*, *disability* og helse relaterte forhold (ICIDH). De hevdet at det representerte en kausal årsakssammenheng mellom funksjonsnedsettelse og sosial deltakelse. Dette bidro til å fremme en ny fortolkning av relasjonen mellom funksjonshemming og samfunn som aktivisten og sosiologen Mike Oliver omtalte som den sosiale modellen (Oliver 1990). I følge denne nye tenkemåten ble det viktig å skille mellom *impairment* som en form for kroppslige abnormaliteter og *disability* forstått som mangel på muligheter til et alminnelig sosialt liv i samfunnet på lik linje med andre grunnet fysiske og sosiale barrierer. Målet var å endre forestillinger om feil ved individet til mangler ved samfunnet. Argumentasjonen hadde mye felles med anti-psykiatribevegelsen. Det handlet ikke først og fremst om sykdom og helse, men om anerkjennelse og sosial tilrettelegging. Aktivisten og psykologen Vic Finkelstein lanserte ideen om at temaet funksjonshemming var et område for miljøverndepartementet og ikke helsedepartementet (Barnes 1991). Slik flyttes blikket fra medisin til sosialpolitikk og til temaer som tilrettelegging, rettigheter, marginalisering, undertrykkelse, eksklusjon og diskriminering.

Sosialmedisinsk kunnskap utfordrer feltets ortodoksi

En ytterligere kritikk mot den medisinske ortodoksien kom fra sosialmedisinsk og sosialpsykologisk hold, der radikale medisinere, psykiatere og psykologer var talspersoner for en mer samfunnsorientert rehabilitering. En variant var den skandinaviske forståelsen av funksjonshemming som i dag omtales som den relasjonelle modellen. Her forstås funksjonshemming som et gap mellom individets forutsetninger og samfunnets krav (Lie 1989). En annen variant av denne kritikken var den biopsykososiale (BPS) modellen lansert av den amerikanske legen og psykiateren George L. Engel. Vi skal her legge mest vekt på den siste.

Engel bruker begrepet *bio-psycho-social* for første gang i en artikkel i det anerkjente tidsskriftet *Science* (Engel 1977). Han skriver at den nye tilnærmingen (BPS) ble formet som en kritikk av en tradisjonell bio-

medisinsk forståelse av sykdom og funksjonshemming. Engel påpeker at den biomedisinske modellen har vært suksessfull for å forebygge og helbrede sykdom, men at den var utilstrekkelig. Den forstår sykdom som et avvik fra målbare biologiske størrelser. Engel fremholder at sykdom er mer enn biologisk avvik. For eksempel vil effekten av diabetes på en persons liv avhenge av en rekke psykologiske, sosiale og kulturelle forhold. Den biopsykososiale modellen er altså ikke en kritikk av en individuell tilnærming. I følge Engel, er det nye perspektivet en kombinasjon av reaksjoner på tilnærmingen til Adolf Meyer – *psykobiologi* samt inspirasjon fra den psykodynamiske tilnærmingen utviklet av Sigmund Freud – *psykoanalysen*. Engels utgangspunkt var psykosomatisk medisin som han selv beskriver som en forklaring på at han så nødvendigheten å lage bro mellom medisinske og psykososiale medisinske forståelser. Samtidig hentet han ideer fra Ludwig von Bertalanffys systemteori (Engel 1977, 1980). Den biopsykososiale modellen, også omtalt som et holistiske perspektiv, er i dag en dominerende retning innen folkehelse så vel som innen rehabilitering (Porter 2006).

Både den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming og den biopsykososiale fortolkningen kan betraktes som alternative kunnskapsformer til den medisinske ortodoksien. Kampen om å redefinere funksjonshemming, samt tiltak for å bedre funksjonshemmedes kår, foregikk også innenfra blant biologisk orienterte og mer sosialt orienterte medisinske posisjoner. Det store gjennomslaget for en biopsykososial tilnærming kom gjennom koblingen til klassifiseringssystemet ICF introdusert av WHO i 2001 (Imrie 2004). Siden den gang har den spilt en nøkkelrolle i rehabiliteringsfeltet (Solvang og Slettebø 2012). I dag kan rehabilitering betraktes som et komplekst og sammensatt felt, der medisinske, sosiologiske, sosialpolitiske og mer holistiske teorier delvis kompletterer hverandre og delvis står i strid med hverandre. I et slikt perspektiv kan BPS sees som et forsøk på å skape et felles teoretisk begrepsapparat innen rehabiliteringsfeltet. WHO's introduksjon av ICF (WHO 2001) relanserte en biopsykososial tilnærming som et «teoretisk» bakteppe for dette klassifikasjonssystemet (Imrie 1997).

ICF som omformulering av feltets ortodoksi

WHO har sett det som sin oppgave å utvikle ny kunns-

skap og nye verktøy for rehabilitering som et fagfelt. De arbeidet sammen med en rekke fagfolk med både medisinsk og samfunnsfaglig bakgrunn utover i 1990-årene for å utvikle et nytt kategoriseringssystem for å samordne statistikkproduksjon og forskning på tvers av landegrensene (Solvang og Slettebø 2012). Dette utviklingsarbeidet har fått en prominent plass i dagens rehabiliteringsfag. Et nøkkelpunkt er overgangen fra ICIDH som altså vektla en kausal (medisinsk) kunnskapsmodell der en skade/funksjonsnedsettelse forårsaket problemer med aktivitet og sosial deltakelse. Her står kroppen i fokus som årsak til begrensninger i kroppsutfoldelse og sosial deltakelse. Denne forståelsen ble erstattet av ICF som var gjenstand for en offisiell godkjenning i WHO i 2001.

Ti år senere i verdensrapporten om funksjonshemming beskrives ICF som et rammeverk for integrering av helse og omgivelsesfaktorer (WHO/World Bank 2011; Bickenbach 2011). I den innledende teksten på WHOs nettside om ICF vektlegges det universelle ved funksjonshemming og minoritetsposisjonen problematiseres:

[ICF] acknowledges that every human being can experience a decrement in health and thereby experience some degree of disability. Disability is not something that only happens to a minority of humanity.³

Denne poengteringen kan spores tilbake til en mye referert artikkel fra 1999 om reformeringen av ICIDH med den kanadiske juristen og filosofen Jerome Bickenbach som førsteforfatter. Bickenbach har hatt en sentral posisjon i utviklingen av ICF. I artikkelen løfter Bickenbach og medarbeidere frem to bidrag fra kritiske studier av funksjonshemming (Disability Studies) som sentrale (Bickenbach et al. 1999). Det første de tar opp er den sosiale eller sosialpolitiske modellen av funksjonshemming med referanse til blant annet forskerne og aktivistene Mike Oliver og Colin Barnes. Funksjonshemmede som undertrykt minoritet ønsker de ikke å ta med seg, men løfter frem poengteringen av hvordan omgivelsene skaper funksjonshemming. I forlengelsen av dette omfavner de fullt og helt den uni-

verselle tilnærmingen til funksjonshemming. De legger også stor vekt på studiene til Irving K. Zola (1988, 1993, 1989). Zola, som også var funksjonshemmet, understreker at funksjonshemming er en tilstand som en stadig økende del av den aldrende befolkningen blir del av. Funksjonshemming er ikke en minoritetsposisjon, men en variasjon der omgivelsene er en nøkkelfaktor, og det er i bunn og grunn politisk bestemt hva som kvalifiserer som funksjonshemming. I vår sammenheng er det også av betydning at Bickenbach et al. (1999) legger vekt på at de i sitt arbeid for å utvikle ICF bringer inn kritiske bidrag fra forskere som selv har erfart å leve som funksjonshemmede. De tillegger personlig erfaring vekt, selv i vitenskapelig analytiske bidrag (Bickenbach et al. 1999).

Aktivister utfordrer og blir posisjonert i feltet

I skjæringspunktet mellom fagkunnskap og aktivisme står den kritiske funksjonshemmede forskningen frem som sentral. Forskningen i denne tradisjonen har alltid vært nært knyttet til politisk og kulturell aktivisme. En måte dette skjer på er at svært mange forskere selv er funksjonshemmede. Så mange at historikeren Paul Longmore kunne adressere konferansedeltakerne som "we disabled" ved *Society of Disability Studies Annual Conference* i San Francisco i 2005. Den sosiale modellens far, den britiske sosiologen Mike Oliver, har også på et tidspunkt argumentert for at det kun er funksjonshemmede selv som kan nyte full legitimitet som forskere på tema funksjonshemming (Oliver 1992).

Gjennom denne involveringen av funksjonshemmede posisjoneres aktivisme sentralt i feltet kritisk funksjonshemmingsforskning. Dette forsterkes av det ofte brukte slagordet «ingenting om oss uten oss». Også funksjonshemmede uten egen forskervirksomhet er ut fra denne posisjoneringen ofte svært aktive deltakere på vitenskapelige konferanser, og blir også ønsket velkommen. Denne kunnskapstradisjonen tydeliggjør feltets plassering i modus 2 i analyseskjemaet til Gibbons et al. (1994). Til spørsmålet om hva som er gyldige problemstillinger og kunnskapstyper er brukerne, og de som er gjenstand for forskningen, høyt posisjonert i feltet rehabilitering.

Koblingen mellom faglighet og aktivisme der funksjonshemmede i kraft av sin funksjonsnedsettelse gis stor kapital i fagfeltet funksjonshemmingsforskning

3 <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

er langt fra uproblematisk. Et eksempel er Bourdieus (1991) argumentasjon for epistemologiske brudd. Det vil si at god sosiologi må løfte seg ut av undersøkelsesfeltets egne begreper. En slik distanse er nødvendig for å oppnå en sosiologisk analyse av høy kvalitet. En tilsvarende posisjon finner vi hos den norske sosiologen Cathrine Holst (2009). I en diskusjon av det hun med en kategori fra sosiologen og idéhistorikeren Rune Slagstad kaller opposisjonsvitenskap, påpeker hun at lojaliteten til den man solidariserer seg med truer den faglige kvaliteten. Hun påpeker blant annet at interessene til funksjonshemmede ikke nødvendigvis sammenfaller med fellesskapets interesser og prioriteringsønsker. Aktivismen kan true fagligheten gjennom svekkelse av både kvalitet og legitimitet til forskning.

I tidsskriftet *Disability and Society*, som representerer den faglige aktivistsiden, anmeldte Jerome Bickenbach nylig den omtalte verdensrapporten om funksjonshemming og slår fast at den representerer et paradigmeskifte:

It leaves behind the dogma that the medical model and the social model are dichotomous and mutually exclusive. Disability, it argues, is a complex, dynamic, multidimensional concept that engages both intrinsic features of human physiology and functioning – the domain of health – and features of the physical, human-built, social, and attitudinal environment. (Bickenbach 2011, 656)

Denne omtalen får et interessant svar fra de to aktivistene og akademikerne Mike Oliver og Colin Barnes (2012). De er enige med Bickenbach i at verdensrapporten om funksjonshemming (WDR) representerer et nytt paradigme, men de mener at det nye synet på funksjonshemming ble formulert for over 30 år siden av psykologen og aktivisten Vic Finkelstein. Han skrev i 1980:

If disability is viewed as a paradoxical situation involving the state of the individual (his or her impairment) and the state of society (the social restrictions that are imposed on an individual) then attitudes may be directed towards either or both, of these aspects. Attitudes may be toward the individual who is impaired or toward the social barriers. (Oliver og Barnes 2012, 575)

Denne meningsutvekslingen viser at skolerte aktivister og andre profesjonelle aktører er enige om at forskning og studier av funksjonshemming har gjennomgått et paradigmeskifte, fra en medisinsk orientert tradisjon til en mer sammensatt forståelse av funksjonshemming. De er kanskje uenige om tidspunktet for når dette skjedde og hvem som skal krediteres for den nye forståelsen. Dette peker i retning av at feltet har lav autonomi, i den forstand at de er sterkt avhengige av krav fra omverdenen, både interessegrupper og politiske aktører.

Opposisjonsvitenskapens problemer har ikke stått i veien for at rehabiliteringsfeltet er blitt formet av kritisk funksjonshemmede forskning. Det ser vi tydelig i Bickenbach og medarbeideres nøkkeldiskusjon fra 1999 og oppsummeringen ti-år senere av ICF som en svært innflytelsesrik kombinasjon av en individuell og sosial modell av funksjonshemming (Reinhardt 2011). I feltet Disability Studies gir erfaring som funksjonshemmet en høyere posisjonering enn å ikke ha egen funksjonshemming. Slik kan vi si at aktivisme får innflytelse på fagfeltet. Utenfor fagfeltet er dette et omdiskutert punkt, men ikke innenfor.

Den helsefaglige ortodoksi under debatt

Vektleggingen av sosial deltakelse som mål for rehabilitering er ikke overraskende blitt møtt med kritikk fra posisjoner i helsefeltet. Et eksempel er den svenske filosofen Lennart Nordenfelt (2006a, 2006b). Han mener at hvis ICF skal være et redskap for helsefaglig arbeid blir deltakelseskategoriene for ideologiske. Det er ikke et helsefaglig anliggende om en person deltar i kulturlivet eller utfører sportsaktiviteter. Det som derimot er et helsefaglig anliggende er om en person er i stand til å velge å delta i slike aktiviteter. Nordenfelts poeng er at den sosiale modellens deltakelsesdimensjon blir normativ når den søkes operasjonalisert i et kategoriseringssystem som ICF. Denne operasjonaliseringen er ikke en nødvendig konsekvens av ICF. ICF vektlegger erfarte deltakelsesrestriksjoner som konkret vil bestemmes av individuelle preferanser. Men i bruken av ICF er det en tendens til å kartlegge deltakelse i definerte aktivitetstyper. Det er dette som rammes av Nordenfelts kritikk. Samtidig viser Nordenfelt til en forståelse av rehabilitering som vektlegger de helsefaglige aspektene.

En vektlegging av det helsefagliges betydning fin-

ner vi også i Verdensrapporten om funksjonshemming (WRD)⁴. Den definerer rehabilitering som: “a set of measures that assists individuals who experience or are likely to experience disability to achieve and maintain optimal functioning in interaction with their environment.” (WHO/World Bank 2011, 96). Denne definisjonen bekrefter det første elementet ved det Solvang (2012) har omtalt som et sosialt vendepunkt, en forståelse av funksjonshemming som et produkt av omgivelsenes krav. Videre viser rapporten til aktiv deltakelse gjennom formuleringen: “In all cases rehabilitation should help to empower a person with a disability and his or her family.” (WHO/World Bank 2011, 95). Dette er et annet sentralt aspekt ved det sosiale vendepunktet.

Samtidig er det viktig å påpeke at i hovedteksten som presenterer ICF (WHO 2001) nevnes ikke begrepet ”rehabilitation”. At ICF står så sentralt i rehabilitering springer for det første ut av at ICF handler om nøkkelementer i rehabiliteringen som utfordringer knyttet til funksjon, aktivitet og deltakelse der avvik fra normalforventningen står sentralt. For det andre er ICF blitt tatt i bruk av rehabiliteringsfeltet i en prosess der andre valg også hadde vært mulige. ICF er dels en modell og dels en kartleggingsnomenklatur. Den sier stort sett ikke noe om tiltak for å forbedre funksjon og deltakelse som ligger i kjernen i rehabilitering. I WRD som kom i 2011 er det et kapittel om rehabilitering. Selv om den overfor siterte definisjonen er vidt gripende, innsnevres rehabiliteringsforståelse når det kommer til virkemidlene. Disse avgrenses til rehabiliteringsmedisin, terapi og tekniske hjelpemidler. Her er vi i klare ordelag tilbake til den medisinske modellen.

Her ser vi hvordan tidligere styrkeforhold og posisjoner reaktualiseres. Rehabilitering er (igjen) først og fremst en medisinsk sub-spesialitet (dominert av medisinsk logikk). Det er de individrettede tiltakene med avsats i medisinsk og teknologisk kunnskap som utgjør rehabilitering. Bidrag til universell utforming av samfunnet, holdningsendring på det kontekstuelle nivå (samfunnsplanlegging og kultur), og mestring av et nytt liv på personnivået regnes ikke til hva rehabilitering handler om. Gjennom denne presiseringen i WRD og utelatelsen av begrepet rehabilitering i det sentrale

ICF-dokumentet er det en uklarhet hos WHO hvordan rehabilitering skal forstås. Slik blir bruken av ICF fra ledende fagfolk en bestrebelse på å omdefinere rehabilitering en kamp som har en noe uklar alliansepartner i WHO.

På vei mot en ny ortodoksi?

ICF og den biopsykososiale modellen har inspirert en rekke fagfolk til å bidra i utviklingen av rehabiliteringsfeltet (Solvang 2012). I toneangivende medisinske miljøer i Norge blir ICF opplevd som et nøkkelredskap for rehabiliteringsfeltet (Bautz-Holter et al. 2007). Et internasjonalt eksempel finner vi i en profesjonsstrategisk bestrebelse på å etablere rehabilitering som en medisinsk spesialitet med høy posisjonering i det medisinske felt og med klare grenser mot tilstøtende fagområder. Her legges det til grunn en kombinasjon av ICF og sykdomsklassifiseringssystemet International Classification of Diseases and related health problems (ICD) (Ebenbichler og Resch 2009). ICD og ICF er to modeller der en sentral oppgave er å etablere autoritative systemer for klassifisering. De tjener behovene for objektive standardiseringer i forskning og helsepolitikk. Kritiske analyser har påpekt at de er politiske konstruksjoner som står i fare for å bli naturaliserte og tildekke sitt opphav (Bowker og Star 1999: 319ff). Debatt og refleksjon rundt systemer som ICF og ICD kan motvirke naturaliseringen.

Også sentrale samfunnsforskere har løftet frem potensialet i ICF. Et eksempel er samfunnsgeografen Rob Imrie som har vært en sentral bidragsyter til forståelsen av universell utforming og funksjonshemming. Imrie (1994) er opptatt av at ICF og den biopsykososiale modellen er en velegnet tilnærming til å forstå forholdet mellom funksjon og samfunn. Hans kritiske ankerpunkt, som han ikke er alene om, er at ICF tenderer for mye til å bli en viss reformering og kontekstualisering av det medisinske perspektiv, uten å lykkes med en gjennomgripende sammenkjedning av medisin, psykologi og sosiologi. Et annet eksempel er den britiske funksjonshemmingsforskeren Tom Shakespeare (2006). Han er opptatt av å mildne den kritiske funksjonshemmingsforskningens ofte uforsonlige kritikk av de forkrøplende profesjoner, for å låne et uttrykk fra Ivan Illich (1975). Shakespeare mener det konstruktive potensialet i forholdet mellom funksjonshemmede

4 http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html

og profesjonelle må utvikles. Til dette formålet ser han ICF som godt egnet. En tilsvarende posisjon tar også de to norske samfunnsviterne, Benedicte Ingstad og Arne Eide. De mener at den begrepslige utviklingen som har funnet sted er interessant for framtidig forskning. Samtidig mener de at denne striden om definisjonen av funksjonshemming er viktig av to grunner. For det første fordi den har et kritisk blikk på et medisinsk hegemoni innen rehabilitering og dernest fordi den har åpnet opp for en mer samfunnsvitenskapelig forståelse og dermed også flyttet blikket mot et mer inkluderende samfunn (Ingstad og Eide 2007). Dette temaet er fortsatt omstridt. Blant annet kan det settes spørsmålsteget om ikke ICF er en videreføring av diagnosebasert og profesjonsstyrt politikk på funksjonshemmingsfeltet (Barnes og Mercer 2010, Jensen 2008).

Som nevnt innledningsvis betrakter sosiologen Jan D Reinhardt (2011) klassifikasjonssystemet ICF som del av et nytt rehabiliteringsparadigme. Samtidig presiserer han at ICF-systemet har mange anslag til teori, og betrakter dem som brikker i et puslespill som enda ikke er satt sammen. Dette mener han viser hen til noen bestemte konsekvenser for forskningsvirksomhet som vi ennå ikke har et klart bilde av (Reinhardt 2011).

Avslutning

I vår diskusjon har vi lagt vekt på å undersøke møtet mellom det medisinske og det samfunnsfaglige i rehabiliteringsfeltet. WHO's initiativer på feltet gjennom ICF og verdensrapporten om funksjonshemming har vært empiriske referansepunkter. Aktørene vi har konsentrert oppmerksomheten mot er forskere og aktivister. Et kjennetegn ved rehabiliteringsfeltet i dag er at tradisjonelt lavt posisjonerte aktører i kunnskapsproduksjon, som brukere og representanter for helse- og sosialforvaltningen, blir gitt en relativt stor definisjonsmakt i etableringen av nye helse- og samfunnsorienterte perspektiver. Samtidig er det områder i den medisinske grenen (polen) av rehabiliteringsfeltet som er stabilt styrt av biomedisinske begreper og klassifikasjoner. Et eksempel på det første er økende bruk av veiledere og offentlige forskrifter, mens evidensbasert medisin og økende bruk av randomiserte kontrollerte studier kan tolkes som eksempel på et fortsatt medisinsk hegemoni.

I tråd med Bourdieus felt-teori, vil det alltid være strider om posisjon og hegemoni innen sosiale felt. I

rehabiliteringsfeltet handler dette om hvem som skal definere kjerneområdet og hvor grensene går i forhold til andre helse- og sosialfaglige felt. Denne dynamikken handler om utvikling av teoretiske innsikter dels fundert i disiplinærfag som sosiologi, psykologi og medisin, og dels i faglig overgripende kunnskapsformer som brukererfaringer og profesjonelles erfaringsbaserte kompetanse. Dette er de skolerte helse- og sosialforskernes hjemmebane, men også en arena deres klienter, brukersiden, også må forholde seg aktivt til. En interessant mellomposisjon i dette er de vi har omtalt som forskeraktivister. Dette er aktivister med samfunnsvitenskapelig skolering og forskerstillinger. De posisjonerer seg både som brukere av kunnskapen og som medprodusenter. De har en særlig posisjon i forhold til samfunns- og humanistisk kunnskap, og i mindre grad i forhold til (naturvitenskaplig orientert) psykologi og medisin, og de har posisjoner der de kan bruke mye tid til teoretisk arbeid. Til tross for deres begrensede representativitet mener vi de er interessante referansepunkt for utformingen av en brukerrolle i rehabilitering som kunnskapstradisjon.

Det heterogene rehabiliteringsfeltet gir også noen føringer til forskernes posisjoner. Forskere som arbeider med problemstillinger knyttet til det sosiale vendepunktet har en lydhørhet for brukersiden. Dels er dette foranlediget av kunnskapsstrategiske valg. Et eksempel er Bickenbach et al. (1999) som i utviklingen av ICF gir forskeraktivistene en særlig autoritet i produksjon av ny kunnskap. Dels er lydhørheten foranlediget av samfunnsvitenskapelige tradisjoner i studier av det som oppfattes som utsatte grupper. De vanskeligstilte skal løftes ved hjelp av aktiv involvering. I rehabiliteringsfeltet er det imidlertid grunn til å hevde at en involvering av brukere og forvaltning er knyttet til faglige bidrag relatert til psykologi og medisin. Psykologi og medisin fremstår i rehabiliteringsfeltet som relativt autonome sub-felt. Dette er langt fra tilfelle i på områder som forebygging og behandling. Et eksempel er diagnosegruppen utmattelsessyndrom. Her har pasientene meget klare standpunkter i forhold til den rådende medisinske og psykologiske kunnskapen. De fremholder i mange medieoppslag blant annet at enhver antakelse om mentale årsaker til fysiologiske lammelser er stigmatiserende og dermed uheldig. Et annet eksempel er vaksineskeptiske foreldre som problematiserer kunn-

skapsstatus vedørende bivirkninger. Slike posisjoner er langt fra uproblematisk, men den kritiske kraften de representerer kan tjene som referansepunkt for en vitalisering av brukerrollen i rehabiliteringsfeltet.

I det videre arbeid med en kritisk analyse av det sosiale vendepunktet i rehabiliteringsfeltet står vi overfor en viktig utfordring å undersøke posisjonen til helse- og sosialforvaltningen både nasjonalt og internasjonalt (Feiring 2013, 2012b). I Norge er det rådende definisjonen av rehabilitering formulert i en stortingsmelding, et politisk dokument produsert av forvaltningen, og et viktig formål med WHO's aktiviteter er å utvikle styringssystemer for politikk og forvaltning. Dette gjør det viktig å belyse nærmere hva nærheten til forvaltningsinteresser gjør med rehabilitering som fagområde.

Marte Feiring

Førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Utdannet sosiolog (PhD) og ergoterapeut og arbeider med historiske og kunnskapsteoretiske perspektiver i rehabiliterende og i forebyggende virksomheter. Blant annet forholdet mellom ulike livssfærer, helse, arbeid og utdanning, samt samhandling, samarbeid og koordinering av faglige praksiser og klientrettede tjenester.

Per Koren Solvang

Professor, Høgskolen i Oslo og Akershus. Sosiolog og arbeider med ulike perspektiver i rehabiliteringsfeltet. Blant annet funksjonshemmedes identitet, forholdet mellom helseplager og deltakelse i arbeidslivet, og kunnskapsdimensjonen i profesjonelt arbeid i helsefeltet.

Abstract

Medical and social science perspectives on rehabilitating the chronically ill and disabled: A field analysis

We analyze a shift from a bio-medical orientation to a broader medical and social orientation within the field of rehabilitation of the chronically ill and disabled. To understand this "social turn," we carry out a field analysis inspired by Pierre Bourdieu's theoretical work. Our main question is how the opposing positions, one representing a bio medical orthodoxy and the other representing a broader group of social scientists (representing heterodoxy), challenge Bourdieu's work. We

analyze the debates and struggles within rehabilitation in three steps: first, we elaborate on the concepts of (social) field and (cultural) capital; second, we describe the main historical debates within rehabilitation, including those of agents representing both medical and social science perspectives; third, as the main contribution of the paper, we outline and analyze key debates between scholars from the medical and social sciences, and how these scholars together with disability rights activists contributed to forming and implementing a new international classification tool, ICF, for measuring function, disability, and health. We conclude by claiming that the debates taking place within rehabilitation may be seen as dynamics of the field, and that understanding and analyzing such processes are useful for the main agents in the field as well as for society.

Keywords

Rehabilitation, field analysis, classification tool, discourses, heterodoxy, orthodoxy, social turn

Referanser

- Barnes, Colin. 1991. *Disabled People in Britain and Discrimination: a Case for Anti-Discrimination Legislation*. London: C. Hurst & Co. Ltd.
- Barnes, Colin og Geoffrey Mercer, red. 2010. *Exploring disability*. Cambridge: Palgrave.
- Bautz-Holter, Erik, Unni Sveen, Helene Søberg og Cecilie Røe. 2007. "Utfordringer og trender i rehabilitering." *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127 (3): 304-306.
- Becker, Howard S. 1973, 1963. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. London: Free Press of Glencoe.
- Bickenbach, Jerome E. 2011. "The World Report on Disability." *Disability & Society*, 26 (5): 655-658. doi: 10.1080/09687599.2011.589198.
- Bickenbach, Jerome E., S. Chatterji, E. M. Badley og T. B. Ustun. 1999. "Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps." *Social Science & Medicine*, 48 (9): 1173-1187.
- Bourdieu, Pierre. 1975. "The Specificity of the Scientific Field and the Social Conditions of the Progress of Reason." *Social Science Information*, 14 (VI): 19-47.

- . 1977. *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge Studies in Social and Cultural Anthropology. Cambridge: Cambridge University Press.
- . 1986. "The Forms of Capital." I *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, redigert av John G. Richardson. New York: Greenwood Press.
- . 1988. *Homo Academicus*. Social and Political Theory. Cambridge: Polity Press.
- . 1990. *The Logic of Practice*. Oxford: Polity Press.
- . 1993. *Sociology in Question*. Oversatt av Richard Nice. 1 utg. London: SAGE Publications Ltd.
- Bourdieu, Pierre, Jean-Claude Chamboredon og Jean-Claude Passeron. 1991. *The Craft of Sociology. Epistemological preliminaries*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Bourdieu, Pierre og Loïc J. D. Waquant. 1992. *An Invitation to Reflexive Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Bowker, Geoffrey C. og Susan Leigh Star (1999). *Sorting things out: classification and its consequences*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Ebenbichler, Gerold M. D. og Karl Ludwig M. D. PhD Resch. 2009. "The Dream of a Medical Specialty Named Physical and Rehabilitation Medicine: A Commentary on the European White Book of Physical and Rehabilitation Medicine." *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 88 (2): 165-167.
- Engel, George L. 1977. "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine." *Science*, 196 (4286): 129-136.
- . 1980. "The clinical application of the biopsychosocial model." *American Journal of Psychiatry*, 137: 535-540.
- Feiring, Marte. 2009. *Sources of Social Reforms, 1870-1970. The Rise of a Norwegian Normalisation Regime*. Ph.D, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo, Oslo.
- . 2012a. Fra abnormskole til samfunnsorientert rehabilitering. I *Rehabilitering*, redigert av Per Koren Solvang og Åshild Slettebø. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- . 2012b. "Rehabilitation—Between management and knowledgepractices: An historical overview of Norwegian welfare reforms." *Policy and Society*, 31: 119-129.
- . 2013. «Rehabilitering – bygger på evne til samhandling.» Et historisk blikk på forholdet mellom velferdspolitik og kunnskapspraksis. I *Samhandling for helse*, redigert av Aksel Tjora og Line Melby. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Freidson, Eliot. 1965. "Disability and Social Deviance." I *Sociology and Rehabilitation*, redigert av Marvin Sussman. The American Sociological Association and the Vocational Rehabilitation Administration, U.S Department of Health, Education and Welfare.
- Gibbons, Michael, Camille Limoges, Helga Nowotny, Simon Schwartzman og Martin Trow. 1994. *The new production of knowledge: The dynamics of science and research in contemporary societies*. London: Sage.
- Goffman, Erving. 1963. *Stigma*. Hammondsworth: Penguin.
- . 1971. *The presentation of self in everyday life*. London: Allan Lane/The Penguin press.
- Hammell, Karen Whalley. 2006. *Perspectives on disability & rehabilitation: contesting assumptions; challenging practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Holst, Cathrine. 2009. "I beste mening. Opposisjonens vitenskapens fallgruver." Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi og Agenda Universitetet i Oslo.
- Illich, Ivan. 1975. *Medisinsk nemesis*. Oslo: Gyldendal.
- Imrie, R. 2004. "Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health." *Sociology of Health & Illness*, 26 (3): 287-305.
- Imrie, Rob. 1997. "Rethinking the relationships between disability, rehabilitation, and society." *Disability and Rehabilitation*, 19 (7).
- Ingstad, Benedicte og Arne Eide. 2007. "Rehabilitering i et internasjonalt perspektiv." *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127 (3): 307-308.
- Juul Jensen, Uffe. 2008. *Kapitel 4. Sygdoms- og sundhedsbegreber i rehabiliteringspraksis*. Redigert av Claus Nielsen, Vinther. Rehabilitering for sundhedsprofessionelle. København: Gads Forlag.
- Järvinen, Margaretha, Jørgen Elm Larsen og Nils Mortensen. 2002. *Det magtfulde møde mellem system*

- og klient. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Larsen, Niels Sandholm og Kristian Larsen. 2008. *Rehabilitering og 'motion på recept' -- sociologiske perspektiver*. Redigert av Anna Karin Petersen, Marianne Høyen og Staf Callewaert. At sette spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu: æresbog til Staf Callewaert. Danmark: Hexis.
- Lie, Ivar. 1989. *Rehabilitering, prinsipper og praktisk organisering*. Oslo: Gyldendal.
- MarselisborgCenteret. 2004. Rehabilitering i Danmark: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Århus: MarselisborgCenteret
- Nagi, Saad Z. 1965. "Some Conceptual Issues in Disability and Rehabilitation." I *Sociology and Rehabilitation*, redigert av Marvin Sussman. The American Sociological Association and the Vocational Rehabilitation Administration, U.S Department of Health, Education and Welfare.
- Nordenfelt, L. 2006a. "On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF." *Disability and Rehabilitation*, 28 (23): 1461-1465. doi: 10.1080/09638280600925886.
- Nordenfelt, Lennart. 2006b. "Reply to the commentaries." *Disability & Rehabilitation*, 28 (23): 1487-1489.
- Oliver, Michael. 1990. *The Politics of Disablement*. Critical texts in social work and the welfare state. Basingstoke: Macmillan.
- Oliver, Mike. 1992. "Intellectual masturbation: a rejoinder to Söder and Booth." *European Journal of Special Needs Education*, 7 (1): 20-27.
- Oliver, Mike og Colin Barnes. 2012. "Back to the future: the World Report on Disability." *Disability & Society*, 27 (4): 575-579. doi: 10.1080/09687599.2012.686781.
- Parsons, Talcott. 1951. *The Social System*. New York: The Free Press of Glencoe.
- Porter, Dorothy. 2006. "How Did Social Medicine Evolve, and Where Is It Heading?" *PLOS Medicine* 3(10): 1667-1672.
- Reinhardt, Jan. 2011. "ICF, theories, paradigms and scientific revolution. Re: Towards a unifying theory of rehabilitation, Letter to the Editor." *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43: 271-273.
- Shakespeare, Tom. 2006. *Disability rights and wrongs*. London: Routledge.
- Solvang, Per Koren. 2012. Et faglig kryssfelt. I *Rehabilitering*, redigert av Per Solvang og Åse Slettebø. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solvang, Per Koren og Åshild Slettebø, red. 2012. *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial- og helsedepartementet. 1998. St.meld. nr. 21 (1998-1999) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. redigert av Sosial- og helsedepartementet. Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet. 2003. Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse. redigert av Sosial- og helsedirektoratet. Oslo.
- Stiker, Henri-Jacques. 1999. *A History of Disability*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press.
- WHO. 2001. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva.
- WHO/World Bank. 2011. World report on disability. World Health Organization.
- Zola, Irving Kenneth. 1988. "Aging and disability: toward a unifying agenda." *Educational Gerontology*, 14: 365-387.
- . 1989. "Toward the necessary universalizing of a disability policy." *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 67 (Supplement 2): 401-428.
- . 1993. "Disability statistics, what we count and what it tells us: a personal and political analysis." *Journal of Disability Policy Studies*, 4: 9-39.