

Gunhild Tøndel

Øyeblikkbildenes autoritet

Om tall som styringsteknologi i de kommunale
helse- og sosialtjenestene

Avhandling for graden philosophiae doctor

Trondheim, januar 2014

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Doktoravhandling for graden philosophiae doctor

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

© Gunhild Tøndel

ISBN 978-82-471-4921-8 (trykt utg.)
ISBN 978-82-471-4922-5 (elektr. utg.)
ISSN 1503-8181

Doktoravhandlingar ved NTNU, 2014:7

Trykket av NTNU-trykk

Summary

This dissertation is an interactionist and constructivist, multi-site ethnography of a multi-purpose managerial statistics system for municipal health and care services in Norway. The system is called IPLOS, an acronym for “Statistics linked to individual needs for care”, and is used to measure the assistance need and “functional disability level” of citizens who applies for or receives assistance from these services. The dissertation explores how the statistical data and the statistics system, when implemented into health care and health administrative practices, function as a tool of governance in these services. The research has approached the topic top-down, bottom-up and sideways; through document studies, interviews, and participant observation; taking perspectives from state and municipal government, from service users and interest organizations, and from front-line service providers.

The dissertation consists of four published articles and an extended introduction. In the introduction I discuss the theoretical positioning of the dissertation as a whole, methodological issues that cross article boundaries and stretch article-length limitations, and overall interpretations that emerge when the articles are read together as a whole. The first article maps topics of relevance for understanding why the managerial statistics system has produced controversy, in particular among service users and interest organizations. The second article explores the development of IPLOS and social interests that interacted with this process. The third article analyzes the relation between the data reporting and the assistance needs measurement practice of front-line service providers in the municipalities. The fourth article explores the practice of municipal front-line service providers further. It analyzes how service providers make the numbers organizationally relevant, for instance to coordinate their own work processes, and how they manage the numbers when these get used both as client data and budget data in local managerial practices. Overall, the articles show that the numbers affect municipal health and care service practices from within - even in situations where the managerial statistics system gets used for descriptive purposes only. In other words, in measuring we co-construct both the descriptive numbers and the phenomena they describe. When the

measurements become high stakes numbers, for instance in budget contexts, the reconstruction of both the numbers and the world described can be even more dramatic.

Sammendrag

Denne avhandlingen er en interaksjonistisk og konstruktivistisk “multi-site” etnografi av et helseadministrativt statistikkssystem som brukes i helse- og sosialtjenestene i alle norske kommuner. Systemet kalles for IPLOS, eller Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, og brukes for å måle assistansebehovet og funksjonsnivået til borgere som søker om eller mottar assistanse fra de kommunale helse- og sosialtjenestene. Avhandlingen utforsker hvordan de statistiske dataene og statistikkssystemet fungerer som styringsteknologi i tjenestene, når det inngår i helse-, omsorgs- og helseadministrative praksiser. Den utførte forskningen har tilnærmet seg emnet ovenfra og ned, nedenfra og opp, og “på tvers”, ved hjelp av dokumentstudier, kvalitative intervju og deltakende observasjon - slik det utfolder seg fra perspektivene til statlige og kommunale myndigheter, tjenestebrukere og interesseorganisasjoner, og helse- og økonomiadministrativt personell i kommunene.

Avhandlingen består av fire publiserte artikler og en utvidet introduksjon. I introduksjonen diskuteres avhandlingens teoretiske posisjon, metodologiske tema på tvers av artiklene, og overordnede fortolkninger av tematikken som trer fram når artiklene leses som en helhet. Den første artikkelen kartlegger relevante emner for å forstå hvorfor statistikkssystemet produserte en kontrovers - særlig blant tjenestebrukere og interesseorganisasjoner som jobber for funksjonshemmedes rettigheter - som oppsto idet Sosial- og helsedirektoratet lanserte IPLOS i 2006 som obligatorisk løsning for alle kommuner. Artikkel to utforsker utviklingen av IPLOS og de sosiale interessene som var vevet inn i denne prosessen. Artikkel tre analyserer relasjonen mellom datarapporteringen og “bakkepersonellets” måling av assistansebehov i de kommunale helse- og sosialtjenestene. Artikkel fire analyserer hvordan kommunalt tjenesteansatte gjør tallene organisatorisk relevante, for eksempel for å koordinere egne arbeidsprosesser, samt hvordan de håndterer tallene når disse brukes både som klient- og budsjettdata lokalt. Samlet viser artiklene hvordan tallene virker inn på de kommunale helse- og omsorgstjenestepraktisene innenfra - selv i situasjoner hvor statistikkssystemet brukes kun for deskriptive formål. Med andre ord, under måling konstrueres både de deskriptive tallene og fenomenene de beskriver. Når mye settes på spill med målingene, for eksempel

i budsjettsammenheng, kan rekonstruksjonen av både tallene og den beskrevne verden bli enda mer dramatisk.

Forord

Mange har satt sine spor i denne avhandlingen. Siden jeg startet opp som stipendiat har jeg hovedsakelig hatt arbeidskontor ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap (ISS), ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. ISS har en stor stab av faste og midlertidig ansatte. Jeg er privilegert som har fått anledning til å være en del av instituttets fellesskap under avhandlingsarbeidet. Her har jeg også hatt Ann R. Sætнан som min uvurderlige veileder siden jeg først skrev masteroppgaven i sosiologi ved instituttet, og deretter doktorgradsavhandlingen. Kjære Ann, du er for meg en perle - en forbilledlig og kreativ fagperson med høy arbeidskapasitet. Gjennom disse årene har du ledet arbeidet mitt med en stødig hånd, alltid tilgjengelig og støttende, med riktige kommentarer til riktige tidspunkt. Tusen takk. Jeg vil samtidig benytte anledningen til å takke Aksel Tjora og Håkon Leiulfsrud ved instituttet for troen på studien, og til Berit Skog for humørfyllt og trivelig undervisningssamarbeid på nordnorsk vis. Tjora er en pådriver for å samle det norske helsesosiologiske fagmiljøet, blant annet gjennom arrangeringen av en årlig konferanse i helsesosiologi, som går av stabelen i Trondheim hver vår. Å få tilhøre dette miljøet har vært svært nyttig for meg. En særskilt takk går også til instituttets stipendiatkollektiv, for helt nødvendig selskap og kaffeprat. Takk også til alle dere i instituttets administrasjon, for hyggelige lunsjer og all god hjelp.

I tillegg til ISS har studien, som avhandlingen representerer, vært tilknyttet NTNU Samfunnsforskning, som har administrert min ansettelse. Studien har vært finansiert av Norges Forskningsråd. Den har inngått i det nå avsluttede forskerprosjektet “Health by Numbers: Statistics as a Technology of Governance in Municipal Health Services” (HbN), i samarbeid med SINTEF Helse i Trondheim. Studien er vurdert av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og godkjent av Personvernombudet. I oppstarten av mitt PhD-prosjekt var jeg også så heldig at jeg fikk samarbeide med crewet på det Storforsk-finansierte prosjektet “For Whom the Bell Curves”, som HbN springer ut fra. Samarbeidet innebar trivelig selskap på og utenfor faglige seminar. Jon Hovland og Svein Hammer, som jobbet på dette prosjektet, har lest tekst for meg i ulike sammenhenger. Crewet på HbN-prosjektet møttes også for jevnlig seminar i starten av prosjektperioden, inntil tiden ikke lenger strakk til. Jeg var blant annet så heldig at jeg fikk Kjartan Sarheim

Anthun, som jobbet på dette prosjektet, til å bidra som medforfatter på en av artiklene som inngår i avhandlingen. Jeg vil også rette en særskilt takk til alle de velvillige menneskene jeg har møtt under feltarbeidet, som bidro til at jeg fikk gjennomført datainnsamlingen til studien. Til sist, men langt fra minst, vil jeg takke mine kjære medsammensvorne tålmodighetshelter i heimen: Per Ivar, Karoline og Mari.

Den norske sosiologien preges av kravet og ønsket om å publisere internasjonalt. Mange skriver derfor på engelsk, til internasjonale tidsskrift. At jeg har valgt å skrive en større del av avhandlingen på norsk har en klar begrunnelse. Det etablerte miljøet for norsk medisinsk sosiologi eller helsesosiologi begynner å telle endel forskere som skriver for hverandre, i tillegg til et forhåpentligvis større publikum. Ikke minst er tematikken som studien berører av interesse for flere aktører i Norge utenfor den interne akademiske forskningsutvekslingen. Flere informanter fra brukerorganisasjoner og de kommunale helse- og sosialtjenestene har etterspurt avhandlingen. Det finnes ingen god nok grunn for at de skal måtte lese avhandlingen i sin helhet på engelsk.

Trondheim, november 2013

Gunhild Tøndel.

Innhold

Tabeller og utsnitt.....	XI
Avhandlingens bidrag.....	XIII
1. Introduksjon.....	1
1.1. Avhandlingens formål og struktur.....	2
1.2. IPLOS-systemet i kontekst	5
1.3. Avhandlingens blikk og bidrag.....	10
1.4. Fire empiriske analyser	13
2. Styring og statistikk, tall og teknologi.....	19
2.1. Sosiologiske innfallsvinkler til tall	21
2.2. Konstruktivistisk interaksjonisme, teknologi og styring.....	24
2.3. Teorivalg med utgangspunkt i erfaringer fra felt og analyse.....	29
3. Fra felt til rapport: Metode, empirisk materiale og analyse.....	33
3.1. Observasjon, intervju og tekst.....	33
3.1.1. IPLOS i kontroversen.....	40
3.1.2. IPLOS i historien.....	42
3.1.3. IPLOS i kommunale helse- og sosialtjenester.....	44
3.2. Analytiske strategier og opplevelser	50
3.2.1. Fra rot til systematikk?.....	51
3.2.2. Analytisk metning.....	57
3.3. Forskerrollen.....	58
3.3.1. Verdighetsbrudd.....	59
3.3.2. Bruker eller borger.....	63
3.4. Generalisering.....	66

4. Avhandlingens empiriske analyser	69
Bidrag 1: Administating disability: The case of “assistance need” registration in Norwegian health and care governance.....	71
Bidrag 2: Statistics as a Technology of Governance: The Norwegian Need for Numbers and Numbers for Need.....	103
Bidrag 3: Mellom tvil og tall: Om behovsvurderinger i helse- og omsorgstjenestene.....	123
Bidrag 4: Mening og myndighet: Produksjonen av styringstall i helse- og sosialtjenestene	149
 5. Statistikk som styringsteknologi: Administrasjon og system, intimitet og omsorg.....	177
5.1. Styringsstatistikkens produksjonsvilkår	177
5.2. Omsorgens håndtrykk.....	180
 Referanser.....	185
 Vedlegg 1. Eksempel på intervjuguide til medlemmer av brukerorganisasjoner, innledende runde.....	203
Vedlegg 2: Eksempel på intervjuguide til pleiere i kommunale helse- og sosialtjenester, her: hjemmetjenesten	205
Vedlegg 3: Eksempel på informasjonsskriv til pleiere i kommunale helse- og sosialtjenester	207

Tabeller og utsnitt

Tabell 1. Bistands-/assistansevariabler i IPLOS	8
Tabell 2. Oversikt over underproblemstillinger	12
Tabell 3. Oversikt innsamlet empirisk materiale.....	38
Tabell 4. Eksempel på koding av transkripsjoner.....	53
Tabell 5. Situasjonelt kart, tidlig arbeidsversjon	55
Utsnitt 1. Oppslag i <i>Sykepleien</i>	45
Utsnitt 2. Omsorgens håndtrykk.....	181

Avhandlingens bidrag

Bidrag 1: Tøndel, G. Administrating disability: The case of “assistance need” registration in Norwegian health and care governance.

Opprinnelig publisert som: Tøndel, G. (2009). Administrating disability: The case of "assistance need" registration in Norwegian health and care governance. *Alter - European Journal of Disability Research / Journal Europeen de Recherche Sur le Handicap*, 3(1), 45-62.

Bidrag 2: Tøndel, G. og Anthun, K. S. (2013). Statistics as a Technology of Governance: The Norwegian Need for Numbers and Numbers for Need. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 33(7/8), 474-490.

Bidrag 3: Tøndel, G. (2012). Mellom tvil og tall: Om behovsvurderinger i helse- og omsorgstjenestene. I A. Tjora (red.), *Helsesosiologi* (s. 134-156). Oslo: Gyldendal forlag.

Bidrag 4: Tøndel, G. (2013). Mening og myndighet: Produksjonen av styringstall i helse- og sosialtjenestene. *Sosiologisk Tidsskrift*, 1, 65-90.

1. Introduksjon

Se for deg et knippe mennesker i ulike aldre og livssituasjoner:

- En yrkesaktiv kvinne med brukerstyrt personlig assistanse, på vei til et ledermøte.
- En hjemmeboende pensjonist som får middagen brakt hjem til seg hver dag.
- Et barn som spiller fotball som andre barn, men som blir kjørt til trening av sin støttekontakt.
- En mann som ikke finner veien hjem, og som ikke kan gjøre rede for adressen dit.
- En kvinne, som ligger til sengs på sykehjemmet, og som aldri kommer til å stå opp igjen.

Disse menneskene møter kanskje aldri hverandre ansikt til ansikt. Like fullt kan de befinne seg ved siden av hverandre, i form av tall – i samme tabell. Alle norske statsborgere som mottar kommunale helse- og sosialtjenester registreres i dag i et statistisk informasjonssystem som heter IPLOS, eller Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. IPLOS måler tjenestesøkernes og -mottakernes assistansebehov og funksjonsnivå, etter standardiserte termer i kvantifiserte former. Å kjenne tjenestebrukernes “assistansebehov” og “funksjonsnivå” er ikke lenger forbeholdt brukerne selv, deres pårørende, de helseprofesjonelle, eller lokalsamfunnets orienterte. Dette lages nå som statistisk informasjon og styringsdata i alle kommuner. Dataene sirkulerer fra grasrotas helsefaglige situasjoner, til institusjoner som Statistisk sentralbyrå, Helsedirektoratet, og sentra for forskning og utredning.

En IPLOS-registrering kan fremstå som en lettfattet samtale mellom en tjenestesøker og en sykepleier, kanskje akkompagnert av en kopp kaffe og gjensidig latter. Men bak dette inntrykket glimter strukturelle forhold til. Forholdene fremstår gjerne som eksterne for registreringssituasjonens umiddelbare forankring i møtet mellom søker og sykepleier. Forholdene kan for eksempel representere myndighetenes måter å tenke befolkning og velferd på, helseprofesjonelle interesser, befolkningens krav og ønsker til et velfungerende og rettferdig tjenestesystem, privat konsulentvirksomhet på tvers av

kommunegrenser og statistikk-teknologiske generasjoner, og internasjonalisert management-teori. Slike forhold spinner inn i lokalsamfunnene og organiseringen av de kommunale helse og sosialtjenestenes hverdagsliv, gjennom IPLOS-registreringens karakter som institusjonell hendelse. Den konkrete tellingen og målingen av enkeltpersoners assistansebehov og de antatt eksterne forholdene kobles sammen. Dette skjer ikke ensidig, som at en part overstyrer den andre. Her, hvor styringstillene velges ut og skrives ned, får lokale aktører anledning til å forhandle, med sentrale myndigheter, økonomer og samfunnsplanleggere, om standardene som registreringssystemet fører med seg eller som systemet søker å styre. Tidvis slår de også tilbake.

1.1. Avhandlingens formål og struktur

Bruken av tall og statistikk for å styre offentlig sektor har ekspandert siden 1970-tallet (Sætnan, Lomell og Hammer, 2011). Ekspansjonen assosieres gjerne med endringer i forståelsen av hva denne sektoren er og skal gjøre. Den økte produksjonen av offentlige statistiske data kan nemlig kobles til statens økonomiske og sosiale orden (Shaw og Miles, 1979, s. 27). Hva den norske velferdsstaten angår har ekspansjonen funnet sted i takt med et voksende press utenfra og ovenfra, innenfra og nedenfra – for eksempel gjennom internasjonal standardisering og helseprofesjonenes og befolkningens økte krav til tjenestene (Fløtten, 2006). Med presset har samfunnsutviklingen generelt, og helse-, sosial- og omsorgstjenestene spesifikt, blitt en utvidet arbeidsoppgave for stat og styring. Et større omfang av praktiske problem har oppstått, i takt med en differensiering av ekspertise og kunnskap, profesjonell praksis, tjenestetilbud, teknologiske muligheter og identifiserte klientgrupper. Problemene har medført større fokus på planlegging, organisering og administrering, noe som kan implisere et økt behov for kontroll og etiske utfordringer for myndighetene (Ravetz, 1971). Parallelt har også borgernes muligheter for helsetilbud vokst.

Når institusjoner eller organisasjoner presses, er tall nyttige verktøy. Tall kartlegger terrenget de oppnevnes til å måle. De foreslår stier for handling og intervensjon, og rydder opp i administrative prosesser. De kan fremstilles som tekniske og verdifrie verktøy (Irvine, Miles og Evans, 1979), og behandles som fakta: Som “nøytrale og korrekte

opplysninger om faktiske forhold” (Lie og Roll-Hansen, 2001, s. 9). Av og til ser det også ut til at styringsaktører handler som at det finnes en sammenheng mellom statsbyråkratiets talletetthet og byråkratiets rasjonalitetsnivå, som om de byråkratiske praksisene tilegner seg samme egenskaper som vi tillegger praksisenes genererte tall. Tallenes sosiale og politiske aspekt får imidlertid liten oppmerksomhet av aktørene som bruker statistikken som offentlig sektor produserer (May, 2001), sammenlignet med oppmerksomheten som de tekniske problemene ved rapporteringen, fortolkningen og bruken av tallene får. En kan nesten få følelsen av at statsbyråkratiet, som produserte tallene i første omgang, er en nøytral sosial arena¹ (Irvine, Miles og Evans, 1979, s. 6), og hvis nøytraliteten svikter, så er det enkeltmennesker på arenaen som svikter. For å sikre de byråkratiske prosessene, og de menneskelige livssituasjonene som prosessene håndterer, blir det dermed nærliggende å innføre flere tallsystem og standarder i prosessene. Dokumentert evidens, som tall som måler en tjenestesøkers assistansebehov, knytter profesjonelt skjønn og institusjonelle regler og prosedyrer sammen. Når tallene i tillegg er transporterbare på tvers av settinger, mellom tjenester, kommuner og styringsnivå, fremstår de som desto mer praktiske verktøy for kontroll og oversikt og som intervensjonsgrunnlag. Jo mer transporterbare tallene framstår, desto tydeligere framstår de som vitnesbyrd om aktivitet og beslutninger som har funnet sted. Resultatet er at bruken av tallbasert styringsteknologi som IPLOS angår mange, samtidig som få borgere kjenner til teknologien bak tallene eller hvordan de lages. For å bruke et noe loslitt uttrykk så fungerer de som “svarte bokser” (Latour, 1987). Noe går inn i boksen, og styringstall kommer ut. Hvordan teknologiene faktisk virker, utover hva de formelt definerte rammene for teknologienes virke kan fortelle, forblir skjult.

¹ Som Personvernkommisjonen påpekte i 2009 (Fornyrings- og administrasjonsdepartementet, 2009, s. 180), syntes det for eksempel i utrednings- og utviklingsfasen av IPLOS som at arbeidsgruppen tok for gitt at mer detaljerte opplysninger gir bedre kunnskapsgrunnlag og dermed bedre tjenester, at lovhjemmel var alt som trengtes for at IPLOS kunne aksepteres som personregister, og at det eneste som trengte utredning var tekniske og formelle aspekt (så som spørsmålsformuleringer, om svaralternativ kunne deles i fire eller fem nivå, hvilke tabeller som skulle produseres), systemopplæringstiltak, samt estimerte kostnader for systemet. Arbeidsgruppen besto av representanter fra fylkeslegene, fylkesmennene, departementer, Kommunenes sentralforbund, forskere, Statistisk sentralbyrå, kommuneadministrasjoner, ansatte i eldreomsorgen og Sosial- og helsedepartementet. Jeg kommer tilbake til arbeidet med utviklingen av IPLOS senere i avhandlingen.

I denne avhandlingen utforsker jeg styringsstatistiske produksjonsprosesser, gjennomgående og spesifikt ut fra IPLOS-systemet som empirisk case. Systemet har møtt en behandling i den norske offentligheten som bryter med den sedvanlige tausheten rundt styringsteknologier flest, med følger for konstruksjonen og bruken av systemet i de kommunale helse- og sosialtjenestene. Som jeg straks kommer nærmere inn på gjør dette IPLOS til et særlig interessant case. I dette arbeidet har studien vært ledet av følgende overordnede problemstilling:

Hvordan fungerer statistikk som styringsteknologi i de kommunale helse- og sosialtjenestene?

Jeg skal si mye mer i avhandlingen om IPLOS-systemet og hva jeg legger i begrep som statistikk, styring og teknologi. Foreløpig er det nok å påpeke at jeg har forholdt meg bredt til begrepenes betydninger, for å studere hvordan statistikk realiseres som sosialt prosjekt.

Problemstillingen kan raskt oppfattes som å peke vei til en evaluering av bruken av statistikk for å styre de kommunale helse- og sosialtjenestene. For denne studien har problemstillingen istedet ført til nærempirisk analyse av tema som umiddelbart kan fremstå som uavhengige av hverandre, men som likevel har vist seg å være tett sammenkoblede. IPLOS-systemet har fungert som linse til det norske samfunn. Det har vist vei til ulike sosiale prosesser, fra sosialt ingeniørskap, statsbyråkratisk samfunnsplanlegging, og interesseorganisatorisk menneskerettighetsarbeid, til klientnære og helseadministrative praksiser i de kommunale helse- og sosialtjenestene. I dette terrenget kobler IPLOS-systemet en rekke ulike aktører sammen, selv om aktørene ikke nødvendigvis gjenkjenner forbindelsen som et bånd.

Analysen som studien har produsert er splittet opp i flere bidrag. Fire bidrag - tre artikler og et bokkapittel - er inkludert i avhandlingen. Dette innledningskapitlet tar først for seg hvordan IPLOS har trådd fram i samfunnet – fra kontrovers til teknologi. Deretter oppgir jeg underproblemstillingene som jeg behandler i de fire bidragene, og jeg beskriver kort hva bidragene går ut på. Så kommer et kort teorikapittel. Her gjennomgår jeg de mest

kjente innfallsvinklene til tall i sosiologien, og presenterer avhandlingens teoretiske tilnærming til den studerte problematikken. Denne tilnærmingen kan betegnes som konstruktivistisk og interaksjonistisk, og jeg forklarer hva dette innebærer for studien. Den teoretiske gjennomgangen etterfølges av et metodekapittel, hvor jeg gjennomgår feltarbeidet som avhandlingen bygger på. Jeg redegjør også for hvordan jeg har behandlet og analysert datamaterialet, og jeg diskuterer i korte trekk egen forskerrolle og analysens generaliserbarhet. Deretter kommer vi til avhandlingens fire empiriske analysebidrag. Jeg runder av avhandlingen med kapittel fem, som utgjør en kort diskusjon av utvalgte tendenser fra analysen.

1.2. IPLOS-systemet i kontekst

I 2007 viste TV2 en dokumentar laget av søskenparet Mari og Aksel Storstein om det de betegnet som “krenkende registrering” i de kommunale helse- og sosialtjenestene. Dagbladet.no (2007) oppsummerte dokumentaren med overskriften “Slik sorteres mennesker i Norge”. Mari Storstein har en muskelsykdom. Fordi hun mottar assistanse gjennom de kommunale helse- og sosialtjenestene, er hun registrert i det statistiske informasjonssystemet IPLOS, Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. I dokumentaren følger vi henne til bydelsdirektørens kontor på St. Hanshaugen i Oslo. Etter mange forespørsler til kontoret skal hun endelig få se hvordan sitt assistansebehov fremstilles i “IPLOS-format”. Hun åpner skjemaet, leser og gråter.

Fra 2006, året før Mari Storstein troppet opp på bydelsdirektørens kontor, hadde Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet innført IPLOS som obligatorisk registreringssystem i alle norske kommuner. IPLOS ble presentert som en teknologisk oppfordring til nasjonal standardisering og synliggjøring av kommunenes praksis. Oppfordringen var og er i tråd med en generell bekymring for sammenhengen mellom kommunenes tjenesteorganisering, framtidige finansieringsmuligheter og kvaliteten på de individuelle tjenestetilbudene.² Et system som IPLOS hadde vært etterspurt lenge,

² Denne bekymringen var ikke bare målført av myndighetene, men også av brukerorganisasjoner. Ifølge Knudsen og Grasli (1999, s. 7) hadde Norsk Forbund for Utviklingshemmede erfart at det var en nær sammenheng mellom tjenesteorganiseringen og tjenestenes kvalitet, og mange kommuner ønsket forslag

blant annet av Statistisk sentralbyrå (SSB), som ønsket statistikk “bedre tilpasset brukernes behov”: “[A]llmennheten og forvaltningen” søkte svar på spørsmål som de manglet data eller sammenstillinger av data for å gi svar på (Tønseth, 1998, s. 29). “Brukere” viser i denne sammenhengen ikke til klientenes/tjenestemottakernes/pasientenes³ behov, men til aktører som SSB selv og de sentrale myndighetene. Skyggeland eksisterte i kunnskapen om de kommunale helse- og sosialtjenestene, til hinder for styringen av tjenestene. Eller som det daværende Sosial- og helsedirektoratet (2006) uttalte, IPLOS var “nødvendig for [at] de velferdspolitiske beslutningene kan bygge på viten om utviklingen med hensyn til behov, tjenesteyting og ressursinnsats, og for å møte de store utfordringene pleie- og omsorgssektoren står overfor.” Direktoratet ble blant annet støttet av Kommunenes Sentralforbund (KS)⁴, som uttalte at IPLOS ville gi “et godt grunnlag for tildeling av tjenester via enkeltvedtak” og “for vurdering av praksis, kvalitet og effektivitet” (Andresen, 2006).

En faktor som støtter systemets potensielle suksess både som statistikkgenererende register og planleggingsverktøy, er det brede omfanget av borgere som systemet genererer og lagrer data om. *Alle* som søker om eller mottar tjenester hjemlet i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven skal registreres i IPLOS. Dette tilsvarer tjenester som praktisk bistand, dagsenter, omsorgsbolig, matombringing, trygghetsalarm og støttekontakt, habilitering og rehabilitering utenfor institusjon eller hjemmesykepleie og boform, så som opphold i institusjon eller i bolig med heldøgns omsorgstjenester, avlastning og langtidsopphold (Helsedirektoratet, 2009, s. 13-14).⁵ Ifølge tverrsnittstatistikken for pleie- og omsorgssektoren tilsvarte dette om lag 265 000 personer i 2010 (Strand, 2012a, s. 15). Samme år mottok nesten alle som hadde rukket å

til løsninger på hvordan de kunne organisere tjenestene mer hensiktsmessig. Jeg kommer tilbake til oppfatningene om behovet for et system som IPLOS i avhandlingens artikkel nummer to.

³ Jeg henviser til metodekapitlet for en videre diskusjon av skillet mellom disse helseadministrative termene for “samme” person, nemlig personen som mottar hjelp eller bistand fra de offentlige tjenestene.

⁴ KS er kommunesektorens organisasjon, og arbeider ifølge KS’ hjemmesider “for å sikre kommunesektoren best mulige rammebetingelser for å kunne virkeliggjøre (...) en selvstendig og nyskapende kommunesektor” (KS, 2012).

⁵ IPLOS-opplysninger skal *ikke* anvendes ved følgende tjenester: Barnevern, helsestasjons-/skolehelsetjenester, PP-tjenesten, legetjenester, psykologtjenester og annen behandling og terapeutisk vurdering, økonomisk veiledning/bistand, fysio- og ergoterapitjenester når det ikke er ledd i habilitering eller rehabilitering, og lavterskeltilbud/åpne kommunale tilbud der personer kan komme og gå uten avtaler, eller det ikke fattes vedtak om tjenesten (Helsedirektoratet, 2009, s. 13-14).

fylle 80 år tjenester før de døde (Strand, 2012b, s. 10). Det vil si, at over tid vil informasjon om en stor andel av den norske befolkningen på vel 5 millioner mennesker havne i IPLOS-registeret - gitt at de kommunale helse- og sosialtjenestene fortsetter å tilby tjenester på et tilsvarende grunnlag som i dag, kombinert med at befolkningens tjenestemottakende mønster opprettholdes.

En annen faktor som støtter opp om systemets innovative aspekt som nytt og potensielt produktivt styringsverktøy, er det historisk sett svært detaljerte kartleggingsnivået til de individuelle dataregistreringene. IPLOS-skjemaet eller registerkortet inkluderer for eksempel spørsmål om person- og boligopplysninger, om vedkommende er vurdert av tannhelsepersonell eller lege, om syn og hørsel, samfunnsdeltakelse, relevante diagnoser, kommunale tjenester, bruk av tvang og døgnopphold i spesialisthelsetjenesten, individuell plan og en måling av bistands-/assistansebehov (Helsedirektoratet, 2009). Variablene med beskrivelser gjengis i sin helhet i tabell 1 side 8, slik de fremkommer i den reviderte versjonen av IPLOS fra 2009 som fortsatt gjelder i 2013.

Hver variabel skaleres fra 1-5. Tallet 1 står for “utgjør ingen problem/utfordring for søker/tjenestemottaker”, altså selvhjulpen, og 5 tilsvarer et “fullt bistands-/assistansebehov” (Helsedirektoratet, 2009, s. 27). Dersom den som registrerer ikke opplever en variabel som relevant for den enkelte personen, gitt personens assistansebehov, kan pleieren registrere tallet 9, “ikke relevant”. En tjenestesøker skal ha et assistansebehov i størrelsesorden 3 eller høyere for at søkeren skal kunne motta en tjeneste på grunnlag av dette assistansebehovet (Helsedirektoratet, 2009).

Registreringene fungerer både som *individrappporter* og anonymiserte *sumrappporter*. Individrapportene bygger på kartleggingen av tjenestesøkernes og mottakernes assistansebehov, ut fra de ovenfor nevnte variablene. I tjenestevedtaksprosessen skal dette behovet sees i sammenheng med den øvrige dokumentasjonen om vedkommendes tilstand og behov (Sandvand og Vabo, 2007, s. 195).

VARIABLER	BESKRIVELSE
Alminnelig husarbeid	Har behov for bistand/assistanse til å utføre vanlig husarbeid som å gjøre rent, vaske klær, bruke husholdningsapparater, lagre matvarer og kaste avfall.
Skaffe seg varer og tjenester	Har behov for bistand/assistanse til å skaffe seg varer som mat/drikke, klær/sko, husholdningsartikler, tekniske tjenester og husholdningstjenester, som er nødvendige og relevante i dagliglivet. (Enten via internett/telefon eller direkte i butikk.)
Personlig hygiene	Har behov for bistand/assistanse til å vaske og stelle hele kroppen inkl. pusse tenner/munnhygiene.
På og avkledning	Har behov for bistand/assistanse til å ta på og av seg klær og fottøy, finne fram og velge i overensstemmelse med årstid, vær og temperatur.
Toalett	Har behov for bistand/assistanse til å utføre toalettbesøk/-funksjoner.
Lage mat	Har behov for bistand/assistanse til å planlegge, organisere og tilberede enkle og sammensatte måltider, skjære opp maten, smøre brødsriver og tilberede annen tørrmat, varme opp mat og lage kaffe og te.
Spise	Har behov for bistand/assistanse til å innta servert mat og å drikke.
Bevege seg innendørs	Har behov for bistand/assistanse til å gå, bevege eller forflytte seg på ett plan innendørs; på flatt gulv, over terskler, ut og inn av seng, opp og ned av stol. Trapper innendørs er ikke med.
Bevege seg utendørs	Har behov for bistand/assistanse til å gå, bevege eller forflytte seg utenfor egen bolig, opp og ned trapper, fortauskanter, på ujevne underlag mv. Med utenfor bolig menes her alt utenfor egen inngangsdør. Trappeoppganger og trapper ute er utendørs.
Ivareta egen helse	Har behov for bistand/assistanse til å håndtere egen sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse, til å ta kontakt med behandlingsapparatet når symptomer eller skade oppstår, følge behandlingsopplegg og håndtere egne medisiner.
Hukommelse	Har behov for bistand/assistanse til å huske nylig inntrufne hendelser, finne fram i kjente omgivelser, være orientert for tid og sted, gjenkjenne kjente personer, huske avtaler og viktige hendelser den siste uken.
Kommunikasjon	Har behov for bistand/assistanse til å kommunisere med andre personer. Med kommunikasjon menes å forstå og uttrykke seg verbalt/nonverbalt, evt. ved bruk av kommunikasjonsutstyr, tolk og teknikker.
Beslutninger i dagliglivet	Har behov for bistand/assistanse til å ta avgjørelser og organisere daglige gjøremål, gjøre valg mellom alternativer, disponere tiden gjøremålene tar og integrere uforutsette hendelser.
Sosial deltakelse	Har behov for bistand/assistanse til å styrke og opprettholde et sosialt nettverk, ha/ta kontakt med familie, venner, kolleger og personer i nærmiljøet.
Styre atferd	Har behov for bistand/assistanse til å styre egen atferd. Med dette menes å ha kontroll over impulser, verbal og fysisk aggresjon over for seg selv og andre.

Tabell 1. Bistands-/assistansevariabler i IPLoS (Helsedirektoratet, 2009, s. 28-29)

Avidentifiserte sumrapporter sendes til Statistisk Sentralbyrå (SSB) og IPLOS-registeret. IPLOS-registeret danner så grunnlaget for den nasjonale statistikken for pleie- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet, 2009; Sandvand og Vabo, 2007). Dette tilsier at IPLOS tilgjengeliggjør standardisert kunnskap om de kommunale helse- og sosialtjenestenes skiftende klientpopulasjon både for statsbyråkratiet og andre interessenter i et langt større og mer automatisert omfang enn tidligere.

Den nasjonale statistikken som produseres på grunnlag av IPLOS i kommunene skal blant annet gi grunnlag for forskning, overvåkning, kvalitetssikring, planlegging, utvikling, og overordnet styring av sosial- og helsetjenesten og sosial- og helseforvaltningen (Helsedirektoratet, 2009, s. 6). IPLOS-data inngår også i KOSTRA, det nasjonale informasjonssystemet for styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet (Kommunal- og regionaldepartementet, 2009). I tillegg bruker enkelte kommuner IPLOS som budsjettdata for utvalgte kommunale helse- og sosialtjenester.

Men det var ikke grunnet de mange styringsmuligheter som åpenbarer seg gjennom IPLOS at Mari Storstein gråt på riksdekkende tv. Det var heller ikke derfor at hendelsen gjorde inntrykk på de mange aktører som kringkastet den videre. Dokumentaren og Mari Storstens opptreden på tv spesifikt ble bredt referert til i aviser (for eks. Dagbladet, 2006; Søvdsnes, 2007; Dagsavisen, 2008) og av nettbloggere (for eks. Sparhell, 2007; Tveiten, 2007; Johansen, 2011). Organisasjoner som Helse Midt-Norge RHF (2006) og Frambu (2007) informerte også om dokumentaren i sine nyhetsbrev. Mari sto ikke alene. Kort tid etter at innføringen av IPLOS ble kjent, var en krass og organisert kamp mot IPLOS etablert. Motstanden ble frontet av organisasjoner som ULOBA, Norges Handikapforbund (NHF), Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Norges Pensjonistforbund og Fagforbundet. Sistnevntes leder i seksjon for Helse og sosial, Kjellfrid Blakstad, begrunnet forbundets engasjement i saken blant annet med at IPLOS ville true pasientenes og brukernes tillit til omsorgspersonellet (Hansen, 2008).⁶ Til

⁶ I en tidligere høringsrunde hadde også Datatilsynet (2003) reagert på detaljnivået som IPLOS var designet for å innhente informasjon på, og hadde uttalt at en registrering av så omfattende og sensitiv personinformasjon uten informert samtykke burde hjemles i lov. IPLOS ble i etterkant hjemlet i helseregisterloven og i en egen IPLOS-forskrift av 17. februar 2006 (se også Andersen, 2009).

Johansens (2011) blogginnlegg om IPLOS og Mari Storstein responderer en leser som kaller seg Eva Moen at “[d]et gjør utrolig vondt å se hvordan mennesker med funksjonsnedsettelse fortsatt blir innlosjerte i institusjoner og behandlet som “fanger””. Fange-metaforen viser til mangelen på brukermedvirkning som dokumentaren fremstilte, og som daværende helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad og Sosial- og Helsedirektoratet beklaget (Dagens Medisin, 2007; Stortinget, 2007, s. 108). En polarisert debatt oppstod, mellom IPLOS som nødvendighet eller krenkelse. Radikale kritikere dro til og med parallell til nazistenes registrering av funksjonshemmede i forbindelse med utrydningsprogrammet T4 (Flaam, 2006, Mostervik, 2008). Dette sto i sterk kontrast til fremstillingen av IPLOS som “en dør inn til en opplyst virkelighet” (Devold, 2007, s. 3). Til tross for helsemyndighetenes gode intensjoner om bedre styring av tjenestene, hadde IPLOS utløst en kjedereaksjon av svært negativ omtale og sterke følelser.

1.3. Avhandlingens blikk og bidrag

Jeg skal si mer om konflikten rundt IPLOS senere i avhandlingen, og særlig i artikkel en. Jeg begrenser meg derfor her til å påpeke at Storsteins innsats i dokumentaren også har blitt trukket fram i annet forskningsarbeid, for å kontekstualisere IPLOS som et case med større samfunnsmessig betydning (Christensen, 2012; Hovland, 2011; Sikkeland, 2008; Solvang, Bartoszko, Bergland, Hanisch og Woll; 2010). Forskerne har ikke valgt eksemplet tilfeldig. Gjennom kontroversen fremstår IPLOS som et tydelig og virksomt uttrykk for “noe mer enn seg selv” i møtet mellom menneske og system. Kritikken tilskrev på en svært synlig måte ny mening til IPLOS-systemet, ulik de norske myndighetenes oppfatning av “det samme”. Samtidig syntes kritikernes handlinger og argumenter å følge en logikk med et rasjonelt mønster (Joas og Knöbl, 2009, s. 145), sett ut fra kritikernes ideologiske standpunkt. Kanskje var det blant annet derfor de sentrale myndighetene valgte å være lydhøre for deler av kritikken? Som respons satte Sosial- og helsedirektoratet ned en bredt sammensatt arbeidsgruppe, for å bistå til en videreutvikling av IPLOS. Arbeidsgruppen inkluderte representanter fra enkelte av

interesseorganisasjonene som hadde reist sin røst om IPLOS-systemet, og de avla sin rapport i desember 2007 (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Siden kontroversen og revideringen fant sted, har IPLOS blitt transformert til en suksess, gitt at vi definerer suksesskriteriet ut fra det mål myndighetene satte seg: At alle norske kommuner skulle ta i bruk systemet. I dag har hverdagen senket seg over IPLOS-systemet og kommunenes håndtering og bruk av det. Systemet har blitt en dagligdags hendelse i de kommunale helse- og sosialtjenestenes praksiser. IPLOS-data inngår i nærmest alle pasientjournaler som skrives innenfor tjenestene. Helsefaglig ansatte utfører jevnlig kartlegginger av tjenestesøkernes og tjenestemottakernes funksjonsnivå og assistansebehov. Informasjonen registreres og rapporteres videre. Vedtak om assistanse fattes, og tjenestesøknader avslås. Ledere og økonomimedarbeidere i tjenestene kontrollerer og kalkulerer budsjett. Nye pleiere ansettes, og læres opp i kommunens uformelle tjenestekultur og formelle tjenesteregler. Klienter flytter inn i tjenestenes institusjoner, eller de mottar assistanse hjemme. Ergonomiske hjelpemidler tilbys og monteres. Andre klienter flytter ut fra tjenestene. De blir selvhjulpne, bytter tjeneste, eller de gravlegges. SSB presenterer resultater fra arbeid med IPLOS-data (for eks. Gabrielsen, Otnes, Sundby og Strand, 2010; Gabrielsen, Otnes, Sundby, Kalcic, og Strand, 2011; Otnes, 2010). Helsedirektoratet publiserer rapporter om pleie- og omsorgstjenesten, som i økende grad bygger på data fra IPLOS-registeret (for eks. Lossius, Strand, Kaurin og Hansvik, 2012; Strand og Kaurin, 2010)⁷. Forskere etterspør tilgang til dataene (Hagen, Amayu, Godager, Iversen og Øien, 2011), eller gjør analyser på grunnlag av dem (for eks. Selbæk og Høgset, 2010).

⁷ En kan kanskje spørre seg om hvorvidt noen av publikasjonene bestilt av Helsedirektoratet er et resultat av et ønske om å demonstrere IPLOS-tallenes brukbarhet, fremfor å presentere ny kunnskap. Som Lipsky (1980) påpeker er det forholdsvis vanlig fra statlig hold å bedrive slik propagandavirksomhet i kjølvannet av byråkratiske nyvinninger. Det handler ikke kun om image, men også om å informere og lære fremtidige tallbrukere om tallenes nytteverdi. For eksempel opprettet Helsedirektoratet et "Følge-med-team for pleie- og omsorg og rehabilitering" i 2010, "for å stimulere til økt bruk av statistikk/fakta grunnlag for de tjenesteområdene det dekker. Med bakgrunn i dette har teamet et mål om årlig å publisere en eller flere populærvitenskapelige artikler for å aktualisere kunnskapsgrunnlaget. (...) Helsedirektoratet håper at artiklene kan gi kommunenes administrative og politiske system inspirasjon til å finne lokal statistikk som kan belyse situasjonen i egen kommune, slik at data om brukere og tjenester kan benyttes som redskaper i kommunenes styringsdialog" (Lossius, Strand, Kaurin og Hansvik, 2012, s. 1).

Avhandlingens fire analysebidrag er kronologisk ordnet i avhandlingen fra den nevnte og kompliserte resepsjonen av IPLOS og IPLOS-systemets utvikling og historikk, til kommunal praksis, derunder behovsvurderingene og forholdet mellom praksis og IPLOS, og tallenes roller i helsefaglig og helseadministrative prosesser, så som budsjettaktivitet. Denne ordenen søker å speile at jeg har tilnærmet meg statistikken som en sosial aktivitet, som både er knyttet til fortiden som statistikken er et produkt av og fremtiden som statistikken skal bistå. På tvers av bidragene figurerer en faglig interesse for forholdet mellom lokale organiseringsprosesser, hverdagsliv og nasjonale standarder, og forhandlingene som inngår i møtet mellom dem.

Hovedproblemstillingen er operasjonalisert til følgende mer eller mindre åpne underproblemstillinger i bidragene:

Underproblemstillinger	Bidrag
Hvilke tema genererer konflikt rundt statistikk og måling i det offentlige velferdssystemet?	1
Hvordan ble IPLOS-teknologien utviklet? Hva forsøkte de norske myndighetene å oppnå med statistikkutviklingen? Hvordan var statistikken tiltenkt å bidra til å nå disse målene?	2
Hvordan inngår IPLOS i kommunalt tjenesteansattes arbeid for å oversette klienters situasjon til "fakta" under behovsvurderingen? Hvilke roller inntar IPLOS-teknologien for pleierne under vurderingsarbeidet?	3
Hvordan inngår IPLOS-tallene i koordineringen av tjenesteansattes aktivitet utover den formelle tallrapporteringen? På hvilke måter håndterer tjenesteansatte at tallene, som fungerer som klientdata, også brukes for å budsjettere tjenesten de jobber for? Hvilke konsekvenser har tallenes doble funksjon for forholdet mellom IPLOS som lokalt informasjonssystem og sentralt register, slik dette kommer til uttrykk på grasrota?	4

Tabell 2. Oversikt over underproblemstillinger dekket av avhandlingens analysebidrag

Problemstillingene besvares på grunnlag av et bredt innsamlet etnografisk datamateriale, bestående av observasjons- og intervjudata, og ulike dokumenter, som medieoppslag, stortingsmeldinger og rapporter om statistikkutviklingen. Som jeg kommer tilbake til i kapittel tre har feltarbeidet vært preget av forflytting og dynamikk (Antoft og Salomonsen, 2012; Czarniawska, 2007). Jeg har forflyttet meg fra mediedebatten, til bruker- og interesseorganisasjoner, og kommuner. I de kommunale helse- og sosialtjenestene har jeg også forflyttet meg, for eksempel mellom enheter, og da hovedsakelig mellom helse- og velferdskontor og hjemmesykepleie. Feltarbeidets

organisierungsform har med andre ord også medført forflytting mellom ulike sosiale grupper, så som politisk aktive organisasjonsmedlemmer, yngre funksjonshemmede, statistikkutviklende konsulenter, helseprofesjonelle, og mellomledere i kommunale tjenester. Jeg har også forflyttet mitt blikk i tid, fra 1970-tallet til i dag. Denne perioden er preget av en økende etterspørsel etter standardisering og statistikk i norsk helsepolicy og kommuneadministrasjon, og jeg utforsker utviklingen av pleie- og omsorgsstatistikk fra behovet tydelig lanseres til IPLOS kommer på banen.

Legg merke til at mitt blikk på statistikk begrenser seg til statens og "folkets" statistikk⁸, og ikke vitenskapens. Nå er ikke dette et absolutt skille. For eksempel analyseres statsbyråkratisk statistikk blant annet av teknikker som på et eller annet tidspunkt ble utledet på en forskers kontor. IPLOS-data skal også benyttes til forskning, som jeg har vært inne på. Men i tilfellet IPLOS har systemet og dets produkter en helt spesifikk relasjon til staten og de sosiale settingene som tallene rapporteres fra, av betydning for hva dataene forstås som i samfunnet og hva de kan utrette - for hvem.

1.4. Fire empiriske analyser

De mange stemmer som har uttalt seg *enten* negativt *eller* positivt om IPLOS, har posisjonert systemet som et objekt det er lett å ta parti med eller avfeie som et uttrykk for "omsorgens jernbur" - statsbyråkratiets dokumentvelde. I avhandlingens fire analysebidrag har jeg etterstrebet å unngå å ta standpunkt til debatten om IPLOS, nytteverdien av IPLOS som styringsteknologi og statistikkens datakvalitet. Dette er ikke en diskusjon jeg fører i denne avhandlingen. I stedet har jeg søkt en upartisk behandling av de mange fortellingene om "samme" IPLOS som likeverdige "sannheter" om

⁸ Betegnelsen "folkets statistikk" viser ikke til den empiriske oppfatningen av hvordan IPLOS fungerer og tallenes aksept og utbredelse i samfunnet, men til myndighetenes fremstilling av systemet og dets statistikk som et verktøy for samfunnets beste. Betegnelsen har også en, på vegne av myndighetene, ironisk link til Dorothy Smiths (2005) begrep om en sosiologi for folket, eller "a sociology for people". Mens Smith skaper sosiologi fra folkets standpunkt, fra hvor menneskene er i sine hverdagsliv, er det det samme myndighetene synes å anta at de gjør ved å implementere kartleggende og overvåkende datarapporteringssystem i lokale tjenestepraktiser. Problemet for sistnevnte er bare at rapportene fra grasrota fylles inn i et teknisk og standardisert vokabular som ikke er forankret i folkets eget erfaringspråk.

systemet.⁹ Det er mer interessant sosiologisk sett å studere hva fortellingene kan uttrykke om statistikkens produksjonsforhold og den sosiale og institusjonelle konteksten som produseres innenfor og formidles fra, og tallenes relasjoner til andre settinger som IPLOS-systemet kobler sammen, enn å rangere fortellingenes “sannhetsgehalt”.

Som styringsteknologier har statistikk og måling åpenbart svakheter som alle andre styringsverktøy, og slutninger i den retning kan trekkes ut fra min analyse. Jeg har heller ikke rettet studien mot å utvikle forslag til forbedringer av IPLOS eller andre mål på hjelpebehov enn de som presenteres i IPLOS. Det finnes mange måter å måle prevalensen av helsesvikt eller varians i funksjonsnivå og hjelpebehov på (som selvsagt er følsom for hvordan dette måles (Daatland, Veenstra og Lima, 2009, s. 10)). Ut fra avhandlingens empiriske materiale ser jeg at dette kan gjøres, men dette er et annet og kanskje også noen andres prosjekt.

Resultatet er at jeg først går tilbake til den allerede omtalte kontroversen i avhandlingens første bidrag. Bidraget er en eneforfattet artikkel med tittelen “Administating disability: The case of “assistance need” registration in Norwegian health and care governance”. Artikkelen var opprinnelig publisert i 2009 med samme tittel i *Alter - European Journal of Disability Research/Journal Europeen de Recherche Sur le Handicap*. Artikkelversjonen som er inkludert i avhandlingen er språkbearbeidet.¹⁰

Formålet med avhandlingens første artikkel var å kartlegge sentrale tema som ble behandlet og debattert under kontroversen, for å bruke dette som ledesnor for det videre

⁹ Viktigheten av å etterstrebe upartiskhet viser mer eller mindre løselig til det sterke programmet innenfor konstruktivistisk teknologi- og vitenskapssosiologi. Som Bloor (1991, s. 7) argumenterer, under sosiologiske utforskninger av kunnskap og kunnskapsprosesser bør forskeren være upartisk med respekt til sannhet og falskhet, rasjonalitet og irrasjonalitet, suksess og fiasko - da begge sider av dikotomiene krever forklaring. Det kan nemlig være slik at de samme årsakstyper kan forklare både “sanne” og “falske” kunnskapsantagelser, for å ta et eksempel. Dette er et poeng som det sterke programmet begrepsliggjør som symmetri-prinsippet.

¹⁰ At jeg har ført opp meg selv som eneforfatter på artikkelen er for øvrig dels misvisende. Artikkelen ble nemlig skrevet i overgangen mellom mitt første svangerskap og barselperioden, under forhandlinger med min nyfødte datter om omfanget av skrivearbeidets innsats. Jeg fikk beskjed fra tidsskriftet på terminato om at artikkelen var akseptert, med deadline for å levere finpusset versjon tretti dager etter. Mistroisk til fruktene av egen arbeidskapasitet i denne perioden leste jeg ikke det publiserte resultatet på vel to år. Jeg hadde definert artikkelen som akademisk nedfallsfrukt. Artikkelen bidrar imidlertid til avhandlingens helhet som veiviser for den videre forskningsprosessen, og jeg har derfor valgt å inkludere bidraget likevel.

og bredere felt- og analysearbeidet. Å ta utgangspunkt i kontroverser for å studere teknologi og kunnskap i produksjon har en lang historie som brukbar forskningsstrategi (Asdal, Brenna og Moser, 2001; Clarke 2005, s. 14; Collins, 1983; Latour, 1987)¹¹. Jeg opplevde strategien som nyttig også i dette prosjektet. Analysen som presenteres i denne artikkelen tydeliggjør at det var bakenforliggende årsaker til at IPLOS fikk en så konfliktutløsende effekt. IPLOS-systemet trigget spenninger som allerede eksisterte mellom funksjonshemmede som organisert og politisert gruppe, og de sentrale myndighetene og forvaltere av det norske velferdssystemet. Dette førte meg til det standpunkt at jeg skulle utforske sosiale relasjoner rundt utviklingen av IPLOS videre. I avhandlingens analysebidrag nummer to beveger vi oss derfor bakover i tid, for å utforske utviklingen av målinger og styringsstandarder for de kommunale helse- og sosialtjenestene. Teknologiutbyggingen som ledet til IPLOS representerer en av flere prosesser i denne mer overordnede utviklingen.

Artikkel nummer to, “Statistics as a Technology of Governance: The Norwegian Need for Numbers and Numbers for Need”, er forfattet av meg og prosjektkollega Kjartan Sarheim Anthun. Artikkelen ble publisert i 2013 i *International Journal of Sociology and Social Policy*.¹² I artikkelen viser vi blant annet at det å måle assistansebehov og funksjonsnivå representerte en felles interesse blant organisasjoner for funksjonshemmede og myndighetene på 80-tallet. Denne interessen differensierte seg imidlertid til mer oppsplittede fellesskap, og ble avløst av en forholdsvis lukket teknologiutvikling fra myndighetenes side - tettere koblet til privat konsulentvirksomhet enn funksjonshemmedes organisasjoner. Under denne prosessen synes tausheten å ha senket seg over utviklingsarbeidet utad. Organisasjonene falt av lasset – inntil de ble vekket igjen av IPLOS-lanseringen i 2006. Analysen kartlegger også ulike løfter knyttet

¹¹ For å trekke en tråd fra innledningskapitlets første sider, hvor jeg presenterer styringstall som svarte bokser, så er dette et metafor som viser tilbake til Latours (1987, s. 258) anbefaling om at forskeren oppsøker kunnskapen eller teknologien som studeres før fakta eller maskinen lukkes i – nettopp - svarte bokser, eller å følge kontroversene som (gjen-)åpner disse boksene.

¹² Medforfatterskapet i artikkel nummer to har fulgt Vancouver-reglene, i motsetning til i artikkel nummer en. Arbeidet har vært delt mellom oss to forfattere, hvor jeg har vært hovedforfatter. Begge forfattere har samlet data til sine bidrag. Jeg skrev alle primære deler av teksten, mens Anthun bidro med datainnsamling for deler av datagrunnlaget. I tillegg skrev Anthun deler av teksten som omhandler den historiske konteksten for reformutviklingen i de offentlige helsetjenestene. Anthun har samtykket i at artikkelen brukes i avhandlingen. Artikkelen er planlagt bearbeidet videre med flere medforfattere.

til teknologiens fremtidige virke, som de involverte “ingeniørene” (Latour, 1987, 1992) framsatte under statistikkutviklingen. Løftene viser at statistikkutviklingen hang sammen med tre sammenvevde utfordringer i styringen av de norske helse- og omsorgs/sosialtjenestene: Hvordan planlegge og styre tjenestene og deres aktiviteter, velferdsstatens voksende kompleksitet, og velferdsideologier i endring.

Bidrag nummer tre og fire hopper inn i kommunale helse- og sosialtjenestepraksiser, for å utforske hvordan IPLOS utfolder seg der. Empirisk sett henger de således tettere sammen med hverandre enn med de to første bidragene. Det tredje bidraget er et bokkapittel, som er publisert i antologien *Helsesosiologi* (Tjora, 2013), med tittelen “Mellom tvil og tall: Om behovsvurderinger i helse- og omsorgstjenestene”. I bokkapitlet utforsker jeg blant annet hvordan tjenesteansatte vurderer tjenestesøkeres og tjenestemottakeres assistansebehov, og hvilke roller IPLOS får i dette arbeidet. I vurderingsprosessen fungerer IPLOS på ulike vis, som gjenstridig samarbeidspartner, uoppdragen kollega, alliert, og som “robot” - som pleierne skrur av og på når rutinene tilsier det - for å nevne noen eksempler. IPLOS-systemet delegerer flere av hovedrollene ovenfra. Formålet med dette er blant annet å disiplinere pleiernes blikk. Samtidig tilpasser de helsefaglig ansatte systemets roller på grasrota, etter vilkårene som møter systemet der. Rollene utarbeides i samspillet mellom IPLOS som nasjonal standard og lokal praksis: Mens IPLOS skal temme pleierne, temmer de også IPLOS.

Disiplineringens dobbelthet kommer videre fram i avhandlingens fjerde bidrag, “Mening og myndighet: Produksjonen av styringstall i helse- og sosialtjenestene”, publisert i *Sosiologisk tidsskrift*. I artikkelen følger jeg IPLOS videre gjennom tjenestenes organiseringsprosesser. Jeg beveger meg fra behovsvurderingen til bruken av IPLOS-tallene som (tentativt) ferdige produkt i arbeidsprosesser som saksbehandling og mellomledelse. Artikkelen retter blant annet oppmerksomhet mot hvordan lokalt tjenesteansatte håndterer og bruker IPLOS-systemet når tallene er koblet til kommunale budsjettprosesser i tjenestene de jobber i. Denne virksomheten transformerer systemet for de ansatte fra å fremstå som et nasjonalt klient-statistikk-datasystem, til primært å fungere som et lokalt klient-budsjett-datasystem.

At det skjer omforhandlinger idet tallene kobles til budsjettprosesser er ikke særlig overraskende. Med pengeverdiens aktive inntekt i tallpraksis transformeres tallene til *a high stakes matter* for langt flere aktører enn den enkelte klient som registreres i IPLOS, som for eksempel datarapportørene selv, de helsefaglig ansatte og tjenestenes ledere. Min interesse i tallenes økonomiske rolle i denne artikkelen er ikke rettet mot å “avdekke” svikt i bruken av IPLOS-data som budsjettgrunnlag. I stedet er jeg interessert i hvordan tall, penger og praksis veves sammen. Som tema handler tall og statistikk under produksjon nemlig ikke nødvendigvis om å måle gevinsten av å delegerer statistikken styringsfunksjoner, men om hverdagslivets konstruksjon i møte med standarder og teknologi. Under disse møtene oppstår ambivalenser og dilemma som blir viktige å utforske i seg selv - særlig når tallene knyttes til styring av et ressursforvaltende felt.

Når jeg har valgt å avslutte avhandlingen med denne artikkelen, kan dette sees som et uttrykk for Callons (1998, s. 22) poeng om at penger gjerne kommer inn sist i prosesser rettet mot kvantifisering og produksjon av figurer og målinger, så som statistikk. Dette kan tilsa at kommuners adopsjon og adaptasjon av IPLOS som budsjettgrunnlag sier noe om den enkelte kommunens behov for kvantifiserende standarder for å organisere tjenestenes virksomhet, og kommunens tradisjon for å bruke statistikk som styringsteknologi. Ikke alle norske kommuner bruker IPLOS-data som budsjettdata. Noen få større kommuner har nyttiggjort seg data fra IPLOS som budsjettdata relativt lenge. I alle fall én kommune har benyttet denne metodikken siden 90-tallet, tett inspirert av reformeringen av offentlig sektor som vi ofte kjenner som New Public Management (NPM). Små kommuner kan knapt tenkes å ha nytte av å bruke IPLOS i budsjettsammenheng, blant annet grunnet anonymitetsproblematikk og det begrensede antallet registreringer som en liten populasjon genererer. Systemet er like fullt konstruert for å kunne brukes som et finansielt stykkprissystem. Det er derfor ingen løsrevet hypotese at flere kommuner over middels størrelse kan komme til å benytte seg av denne muligheten, enn de som allerede bruker IPLOS-data i budsjetteringsøymed. Jeg opplevde da også under forskningsarbeidet at informanter og sporingen av tallene ledet meg til økonomiske prosesser i de kommunale helse- og sosialtjenestene. En videre studie av hvordan tall- og måleteknologier for styring entrer tjenestenes sosiale grupper (Maines og Morrione, 1991), kan derfor med fordel antas å benytte tjenestenes

budsjetteringsmodeller som inntak, for å studere de sosiale relasjonene som realiserer det norske velferdssystemet innenfra.

2. Styring og statistikk, tall og teknologi

At en vestlig stat som Norge lanserer nok et register, informasjonssystem eller en statistikk i styringsøyemed, representerer “intet nytt under solen”¹³. Innenfor “statens vitenskap” er det vanlig praksis å blande fakta, vitenskapelige metoder og politikk (Fourcade-Gourinchas, 2001, s. 404), i et forsøk på å forklare de sosiale fenomen som myndighetene søker kartlagt, for å styre. Statsbyråkratiet har benyttet tall og statistikk for standardisering, kartlegging og kunnskapsgenerering like lenge som “staten” har eksistert som fenomen. Går vi tilbake til 1700-tallet ble statistikkbegrepet oppfattet som synonymt med “studiet av staten” på kontinentet (Headrick, 2000). Gjennom 1900-tallet fortsatte statistikk i hovedsak å være en byråkratisk aktivitet, og de fleste folketellinger og surveyer som ble utført var knyttet til myndighetenes ønsker om å håndtere spesifikke populasjoner i nasjonen (Porter, 1995a, s. 16). I dag fremstår statistikkbegrepet som mer frikoblet fra staten, selv når vi konsentrerer oss om statistikk som lages og brukes innenfor statsbyråkratiske kontekster. For det første viser statistikkbegrepet til et kunnskapsfelt og en egen vitenskapelig disiplin (Starr, 1987), til “vitenskapen om belysning av masseforeteelser i samfunnet bygd på tallmessige oppgaver”. For det andre viser statistikkbegrepet til statistikkproduksjon som en praktisk aktivitet, hvor målet er en “systematisk innsamling og oppstilling i tabeller av tallmessige forhold”.¹⁴

Statsbyråkratiske statistiske informasjonssystem som IPLOS, er gode eksempler på infrastrukturelle nettverk for informasjon og styring som er typiske for vår tid (Czarniawska, 2007; Jacobsen og Jensen, 2012). Til tross for den tilsynelatende frikoblingen som statistikkbegrepets etymologi antyder, bruker offentlige myndigheter i økende grad systematisk generert informasjon for å innføre og få kontroll over sine tjenester, så som helseomsorgen (Campbell, 2001). Dette innebærer også en utvikling og innføring av flere standarder, teknologier og infrastrukturelle konvensjoner i de samme settingene (Star og Lampland, 2009), for å få tallproduksjonen på plass. Og som et ledd i denne prosessen har statistikk i tillegg blitt business (Rose, 1991), for eksempel som et

¹³ At intet er nytt under solen er en gammel frase, som blant andre Castells (1998, s. 367, fotnote) bruker for å poengtere at fenomen som kan oppfattes som nye, likevel er koblet til tradisjonelle praksiser.

¹⁴ Hva begge sitatene angår viser jeg til søk på “statistikk” i norske ordbøker og fremmedordbøker på www.ordnett.no (16.01.13).

tilbud fra private konsulentfirmaer som selger sine tjenester, og da gjerne til offentlig sektor. Statistikkaktiviteten har nærmest fått en industriell dimensjon, med en samtidig twist av formell kategoriproduserende kreativitet og statsbyråkratisk regelfølgning. I skyggen av rapportene, standardene, målingene, tabellene og tallene, som lages og transporteres på statistikkens produksjonslinje, finner vi en rekke mennesker i tilsynelatende maskindrevet arbeidsmodus, med et overvåket, påkrevd og kontrollert produkt: Tall som objektive fakta.

Selv om statistikken som samles inn fra statsbyråkratiet representerer en tradisjonell relasjon til staten, makten og samfunnsmedlemmenes hverdagsliv, så har det vært en viss treghet over sosiologiens oppdagelse av viktigheten av å utforske statistikk og tall som empiriske fenomen. Vi finner en vel etablert vitenskapssosiologisk forskningstradisjon om statistikkens historie (for eks. Desrosières, 1998; Hacking, 1991; Porter, 1995a og 1995b), og en tallenes antropologi (for eks. Crump, 1990; Urton og Primitivo, 1997). I filosofien sirkulerer mange viktige verker rundt tall som tema, med Wittgensteins (1997) arbeider om tall og matematikk som språkspill som klassisk eksempel. Sosiologer derimot, har vært flittigere til å bruke tallene som data enn som et empirisk gjenstandsfelt (May, 2001; Starr, 1987). Det ville for eksempel være nærliggende å anta at utforskninger av statistikk som styringsteknologi etablerte seg tidlig som forskningsfelt innenfor sosiologisk forskning om ledelse og organisasjoner særlig. Thomas (1984, s. 86) hevder imidlertid at denne forskningen i liten grad drøftet statistikk eksplisitt i så måte før 1980-tallet.¹⁵ Som Hacking (1991) illustrativt påpeker, var ingen mer ivrige til å bruke fakta samlet av fabrikkinspektører enn Karl Marx – uten at han oppfattet hvordan det statistiske byråkratiet endret staten.

¹⁵ Thomas (1984, s. 86) påpeker likefullt at tema knyttet til statistikkens styringsfunksjon bobler *implisitt* under overflaten i litteraturen som blant annet stammer fra den tayloristiske “scientific management”-tradisjonen. Starr (1987) er forøvrig uenig i Thomas påstand om manglende forskning, og påstår at det er skrevet “mye” om bruken av statistikk i organisasjoner - uten at han i samme åndedrett oppgir noen referanser. Kanskje tenker Starr på de klassiske symbolske interaksjonistiske inspirerte studiene av hvordan kunnskapsformer som fakta og standarder organiseres sosialt, som jeg straks kommer nærmere inn på.

2.1. Sosiologiske innfallsvinkler til tall

Å benytte tall som data utgjør utvilsomt den mest utbredte tallpraksisen i sosiologien. Denne innfallsvinkelen har vært og er svært viktig for sosiologiens utvikling og kunnskapsproduksjon, fra Durkheims selvmordstudier til dagens kvantitative forskning.¹⁶ Ifølge May (2001, s. 81) kan denne innfallsvinkelen identifiseres som tilhørende en realistskole (som ikke er ensbetydende med en *realisme*-skole, les: positivistisk skole). Innenfor denne skolen håndterer forskerne statistikken som objektive indikatorer på de fenomen som statistikk viser til, selv om de ikke tar relasjonen mellom indikatorene og fenomenene for gitt. Alternativt søker forskerne å avdekke “forstyrrelser” eller “feil” i statistikkproduksjonen for å utlede forbedringstiltak (Starr, 1987), som kvalitetssikrer statistikken.¹⁷

Innfallsvinkel nummer to kan betegnes som utført innenfor en radikal skole, hvor forskerne lokaliserer statistiske praksiser innenfor bredere teorier om samfunnets dynamikk og struktur (May, 2001, s. 81). Flere kjente navn figurerer innenfor denne tradisjonen, som blant andre Michel Foucault (1980) og Nikolas Rose (1991). Sistnevnte representerer en retning av mer poststrukturalistiske studier, som gjerne summeres under termene “governance by numbers”- eller “governmentality”-studier (for eks. Miller og Rose, 1995; Miller og Rose, 2008; Rose, 1991; Rose, 1996; Rose og Miller, 1992; Rose, O’Malley og Valverde, 2006). Roses og Millers (1992, s. 174) bruk av governmentality-begrepet er tett forankret til et foucauldiansk perspektiv på styring, som søker å studerer tanke- og handlingsmåtene som bygges inn i statens forsøk på å kartlegge og styre populasjonens velferd, helse og lykke. De bygger i tillegg på Latours og Callons analyser av teknologier som muliggjør handling på avstand, eller “action at a distance” (for eks. Callon, 2001; Callon og Latour, 1981; Latour, 1987).¹⁸

¹⁶ Enkelte samfunnsvitenskapelige disipliner og forskningsfelt bygger jo til og med på statistikkens muligheter som et hovedpremiss for sitt virke, som epidemiologi og demografi, og sosial ulikhet i helse.

¹⁷ Tanken om at det finnes “forstyrrelser” i statistikkproduksjonen peker tilbake til en grunnidé om at det er mulig å designe “riktige” eller “riktige nok” produksjonsprosesser for tallene. “Uriktige” tall blir forstått som resultater av faktorer i statistikkens produksjonskontekst som kan kontrolleres og eventuelt elimineres. Ved å identifisere slike faktorer vil man kunne intervenere i statistiske produksjonsprosesser, for å få rapportørene til å registrere “riktigere” tall.

¹⁸ Den ivarettatte muligheten til å handle på avstand identifiserer Rose og Miller (1992) som et av de grunnleggende kjennetegnene ved moderne styring. Dette øker den praktiske verdien til transporterbare tall og dokumenter, for, som Smith (1984, s. 60) sier, så snakker tekster i talers fravær.

For det tredje finner vi en innfallsvinkel til tall i sosiologien, som ifølge May (2001) ikke passer innenfor mer generelle teorier om sosial og politisk organisering, slik som den radikale skolen. Istedet utforskes tall og statistikk som sosialt organiserte fenomen, praksiser og prosesser, gjerne før statistikken foreligger som produkt og i organisatoriske kontekster. May (2001) betegner denne innfallsvinkelen som tilhørende en institusjonalistisk skole. Vi finner en rekke klassiske referanser som kan knyttes til denne tilnærmingen, som Cicourel's (1968) studie av den sosiale organiseringen av ungdomskriminalitet og rett, Atkinsons (1978) studie av selvmordets sosiale organisering, og Sudnows (1967) tilsvarende studie av døden. Dette er eksempler på symbolsk interaksjonistiske studier, som i tillegg gir en etnometodologisk gjenklang¹⁹, for eksempel når Atkinson (1978, s. 7) spør: "Hvordan kategoriseres dødsfall som selvmord?"

Forskere som arbeider ut fra en institusjonalistisk skoletilnærming til offisielle kategorier som statistiske indikatorer, beveger seg med andre ord fra realitenes fakta, til konstruksjonsprosessene som fakta oppstår gjennom (May 2001). I tråd med Hughes' (1984) bilde av institusjoner som "going concerns" ser de for seg at bak faktaprodukter, så finnes det en rekke utførte arbeidsprosesser, forhandlinger og justeringer for å få produksjonsaktiviteten til å "gå i hop". Tanken er for eksempel at teknisk rapportering til formelle, standardiserende og kvantifiserende informasjonssystem representerer praksiser med et skjult element, som Buckholdt og Gubrium (1983, s. 265) kaller for "an underlife". Elementene er ikke skjult der de utføres, men denne verdenen trer ikke fram i informasjonssystemets produserte rapporter. Likefullt gjør den rapporteringen mulig, og for å forstå hvordan det skjulte elementet bidrar til produktet så må man utforske de ferdige faktaenes produksjonsprosess.

¹⁹ Som Asdal, Brenna og Moser (2001, s. 79, fn.) påpeker er det en sentral forskjell mellom klassisk interaksjonisme og etnometodologi: Førstnevnte søker å beskrive det sosiale og de reelle samhandlingene som foreligger "i" det sosiale, mens sistnevnte vil si at det sosiale ikke foreligger forut for samhandlingene, men blir skapt og opprettholdt gjennom lag på lag av sosiale samspill. Det sosiale foreligger altså ikke som noe gitt, på forhånd, men som noe som alltid er under konstruksjon. Garfinkel (1967) regnes som opphavsmann til den etnometodologiske retningen, som også har vært en stor inspirasjonskilde for STS-feltet og det som etter hvert har blitt hetende "konstruktivisme". Jeg kommer straks nærmere inn på disse to betegnelsene.

May (2001, s. 81) påstår at utøvere av den institusjonalistiske skoletilnærmingen avviser ideen om at statistikk kan representere objektive, valide eller reliable indikatorer på de sosiale fenomenene som tallene søker å beskrive. I ytterste konsekvens betyr dette at forskerne anser statistikk som villedende, unyttig, ja, til og med som et potensielt sett farlig verktøy i beslutningstaking om politiske, samfunnsøkonomiske, og offentlige forhold. Dette er en noe bombastisk påstand fra May. Det finnes slike antagelser, som begrunnes ut fra forskning på statistiske praksiser. Irvine, Miles og Evans (1979, s. 2) opererer for eksempel med en fjerde innfallsvinkel til tall i sosiologien, eller en egen skole om du vil, hvor statistikk nærmest a priori oppfattes som en uunngåelig suspekt, endimensjonal og ukritisk praksis. Garfinkel (1967) insisterer at organisatoriske rapporter og journaler ikke kan forstås som objektive beskrivelser, som kan behandles som uavhengige av den organisatoriske bruken av dem og konteksten for deres produksjon og fortolkning, men dette innebærer ikke en avvisning av at rapportene kan representere nyttige fakta. I videre kontrast til innrammingen av statistikk som suspekt påpeker for eksempel Buckholdt og Gubrium (1983, s. 268) at deres formål er å rette blikket mot de konkrete “organisatoriske og sosiale kontekstene” som formelle rapporter lages og brukes innenfor, med “human service” institusjoner som empirisk setting. Et av deres sentrale funn er at rapportering involverer organisatoriske og sosiale prosesser som formelle, tekniske modeller av rapporteringen ikke tar i betraktning, utover spørsmålet om presis eller objektiv representasjon av fenomenene som skal lokaliseres, måles og rapporteres. Forskernes formål er verken å besvare hva som er riktig eller feil rapporteringspraksis, eller å demonstrere formelle kategoriers endimensjonalitet. Istedet kan deres forskningsinteresse sies å berøre det som betegnes som “Ravetz’ paradoks” innenfor konstruktivistisk teknologi- og vitenskapssosiologi, nemlig: Hvordan transformeres aktørers erfaringer og fortolkninger til det vi betegner som objektiv, personuavhengig kunnskap (Krohn, 1981, Ravetz, 1971)²⁰? Samtidig minner slike studier oss om viktigheten av varsomhet i tolkningen av organisatorisk produserte og formaliserte data,

²⁰selv om Ravetz selv arbeidet ut fra en annen retning enn de symbolske interaksjonistene i dette tilfellet, og da hovedsakelig ut fra Michael Polanyi sitt arbeid om vitenskap som håndverk. Jeg har tillatt meg å omskrive paradokset noe til å passe til avsnittets poeng. Den opprinnelige formuleringen som Ravetz (1971) selv ga, med gjenklang i Polanyi, lyder som følger: “...the paradox of the radical difference between the subjective, intensely personal activity of creative science, and the objective, impersonal knowledge which results from it.”

idet de viser hvordan rapporteringsprosessene kan produsere data som langt fra representerer det eller dem de skal presentere. For eksempel viser Prior (1985) i en studie av innsamlingen og prosesseringen av styringsstatistikk for dødelighet og de organisatoriske og teoretiske kontekstene som statistikken ble satt sammen i, at transformasjonene som dødelighetsdataene gjennomgår under koding fører til forstyrrelser i bildene av dødeligheten og dens sosiale base. Prior argumenterer for at disse forstyrrelsene er et resultat både av tekniske og organisatoriske mangler og svakheter i det teoretiske rammeverket som data siles gjennom. Dermed viser han også til *forbedringsmuligheter* for innsamlingen av dødelighetsstatistikken - som realistskolens utøvere ikke hadde kunnet identifisere ut fra sin tilnærming til kvalitetssikring av statistikkinnsamlingen.

Ingen av de nevnte innfallsvinklene kan sies å være “bedre” verktøy for sosiologien enn de andre. Spørsmålet er hva de skal brukes til. Innfallsvinklene leder til ulike prosjektdesign, som kan besvare ulike spørsmål.

2.2. Konstruktivistisk interaksjonisme, teknologi og styring

Avhandlingens teoretiske inspirasjon trekker veksler både på den radikale og institusjonalistiske skolen, slik May opererer med begrepene. Vi kan alternativt, og kanskje mer dekkende, betegne avhandlingens teoretiske ramme for konstruktivistisk og interaksjonistisk. Innenfor en sosiologisk teorikontekst gir betegnelsen “konstruktivistisk interaksjonisme” kjente assosiasjoner. Her representerer betegnelsen “interaksjonisme” og “konstruktivisme” etablerte begrep, fra blant andre Berger og Luckmann til konstruktivistisk teknologi- og vitenskapssosiologi, og den klassiske symbolske interaksjonismen som utsprang fra Chicago-skolen. Mik-Meyer og Järvinen (2005, s. 9) bruker betegnelsen nettopp for å signalisere en posisjonering innenfor konstruktivistisk og interaksjonistisk forskning med poststrukturalistisk tilsnitt. For ytterligere å markere den produktive koblingen mellom den konstruktivistiske og interaksjonistiske tilnærmingen knytter de begrepene sammen med bindestrek. Som Mik-Meyer og Järvinen (2005, s. 9) påpeker, mener de ikke med dette at konstruktivisme kan skilles fra for eksempel fenomenologi og hermeneutikk på en absolutt måte, men at det finnes en sentral

forskjell mellom fenomenologi/hermeneutikk og konstruktivisme/poststrukturalisme i metodologisk sammenheng, som knytter seg til oppfattelsen av selve analyseobjektet. I førstnevnte tradisjon behandles dette som en mer eller mindre stabil størrelse, og i sistnevnte som et mer flytende, ustabilt og flertydig fenomen, som formes i møtet med forskeren (Mik-Meyer og Järvinen, 2005, s. 9). Dette vil nødvendigvis ha konsekvenser for de funn som forskningen kan produsere.

I avhandlingsarbeidet forsøker jeg i tråd med den institusjonalistiske skolens prosessuelle fokus å sette tallenes praktiske og situasjonsdefinerende virke i fokus,²¹ men uten å redusere dette til kun mikrointeraksjonistiske hendelser. Grunnet tallenes roller som verktøy for koordinering av aktivitet på tvers av institusjoner og deres formelle tilknytning til myndighet, må tallenes virke også sees i sammenheng med styringsrelasjonene (Smith, 2005), som det statistiske informasjonssystemet inkorporerer. I denne sammenhengen oppfatter jeg skolebetegnelse som noe stramme i markeringen av grenseoppganger mellom dem. Det er for eksempel ikke utelukkende slik, som May hevder, at studier som utgår fra det han betegner som den institusjonalistiske skolen, ikke kan plasseres innenfor eller ikke bryr seg om generelle teorier om sosial og politisk organisering. I løpet av de siste tiårene har vi sett en rekke studier av kunnskapsproduksjon, rapporteringspraksis, teknologi og fakta, som kobler et

²¹ Idet jeg fullførte setningen tok jeg meg selv i å ha skrevet "tallenes praktiske og *diskursive* virke". Dette rettet jeg til "situasjonsdefinerende", selv om jeg vet at jeg har brukt diskursbegrepet i tilsvarende sammenhenger annetsteds i avhandlingen. Diskursbegrepet fremstår ved første øyekast som svært relevant for avhandlingens tematikk. Det sniker seg inn selv. Studiene som inngår i avhandlingen retter seg direkte mot statsbyråkratiske, helseprofesjonelle og politiske prosedyrer for kontroll, sortering, organisering og fordeling av samfunnets ressurser og befolkningskategorier, og den vilje til viten (Foucault, 1999[1971]), som leder statens aktører til statistikkutvikling for styringsformål, samt koordineringen av helsefaglige og administrative praksiser i tjenestene – hvor en rekke ulike diskurser inngår (Smith, 2005). Når jeg aktivt har valgt vekk Foucault, må dette sees i lys av en noe unødvendig anstrengelse for å rendyrke det analytiske nedenfra og opp-blikket som jeg først opplevde at mine empiriske data snakket til. I etterkant ser jeg at jeg kunne tjent på å være løser i snippen med bruken av diskursbegrepet – særlig ettersom jeg endte opp med å integrere ovenfra og ned-blikket i artikkel to, som hovedsakelig er teoretisk forankret i det poststrukturalistiske perspektivet til Miller og Rose, som igjen bygger på Foucault. Og som Schanning (1999) påpeker, så innebærer ikke valget av genealogiens eller den kritiske analysens muligheter nødvendigvis en atskillelse fra praksis. At Foucault snakker om diskursens orden – i betydningen diskursens "nivå" – betyr på ingen måte at diskursen skal studeres som noe uavhengig av samfunnsmessige praksiser og institusjoner. Språk og samfunn, diskurs og praksis, kan ikke løsrives fra hverandre; å føre en diskurs er å utøve en praksis, som i sin tur er sammenvevd med andre praksiser (Schanning 1999, s. 61). Innenfor kvalitativ metodologi anbefales det da også stadig oftere å kombinere foucauldianske diskursstudier med etnometodologiske, symbolsk interaksjonistiske eller andre relasjonelle tilnærminger (Clarke, 2005; Miller og Fox, 2004; Smith, 2005). Det er en tid for alt.

mikrointeraksjonistisk fokus på empiriske gjenstanders prosessuelle og organisatoriske aspekt, med makrostrukturelle fenomen. Den konstruktivistiske vitenskaps- og teknologisosiologien, som gjerne betegnes som "Science and Technology Studies" (STS), er et godt eksempel på en produktiv retning i den forbindelse. Retningen har blant annet utviklet seg fra "The Strong Programme" innenfor vitenskapssosiologien (se fn. 9, s. 12) (eller SSK, the sociology of scientific knowledge), industrisosiologien, og i nyere tid fra aktør-nettverksteori (ANT) (Asdal, Brenna og Moser, 2001). Som Asdal, Brenna og Moser (2001, s. 15) så oversiktlig redegjør, ble det fra midten av 1970-tallet utviklet en retning innenfor SSK som la vekt på å få tak i uferdig kunnskap, "science in the making", ved hjelp av observasjon og etnografiske studier i laboratorier. Denne retningen er etnometodologisk orientert, og sentrale personer i STS-feltet var tidlige representanter, som Mikael Lynch, Karin-Knorr Cetina, Bruno Latour og Steve Woolgar (se for eks. Knorr, 1981; Latour, 1987; Lynch og Woolgar, 1988; Woolgar, 1982). Representantenes ambisjon var i tråd med vridningen fra fakta til faktas produksjonsprosess, som også de tidlige symbolske interaksjonistene med etnometodologisk interesse som nevnt utforsket på sine premisser.

Ambisjonen førte til en rekke detaljerte mikrostudier av sosial aktivitet og sosialt samspill, av produksjon og fortolkning av mening, i de hverdaglige og lokale praksisene som konstituerer eller konstruerer vitenskapelig kunnskap (Asdal, Brenna og Moser, 2001, s. 15). Som Asdal, Brenna og Moser (2001, s. 16) påpeker, så fant forskerne en rekke mekanismer, prosesser, praksiser og valg som viste seg å være svært verdslige og lokale, og som verken representerte en særegen form for rasjonalitet eller en spesifikk vitenskapelig prosedyre og logikk: Kunnskapsproduksjon består i intrikat arbeid som konstruerer fakta som sikre og objekter som solide. I den grad fakta, objekter, sannheter og løsninger forflytter seg mellom forskjellige kontekster, til å overføres og bli mer enn lokale, innebærer det at metoder, teknikker, instrumenter og apparatur også forflyttes - samtidig som det skjer små "oversettelser", forandringer og tilpasninger til den nye konteksten (Asdal, Brenna og Moser, 2001, s. 16). Oversettelsesbegrepet - i ulike forståelser og varianter - har blitt sentralt i STS, og brukes også av forskere med forbindelser til andre tradisjoner (Håland, 2008, s. 12). Et godt eksempel i så måte er

Czarniawska (2007, 2009), som i utstrakt grad har overført oversettelsens sosiologi (for eks. Callon, 2001) og ANT til organisasjonssosiologien.²²

Det tydeligste dryppet av vitenskaps- og teknologisosologi i denne avhandlingen fremkommer kanskje gjennom bruken av begrepet tall og statistikk “som styringsteknologi” (selv om jeg ikke har gjort en *teknologianalyse* av IPLOS i den forstand). I utgangspunktet kan styringsteknologibegrepet fremstå noe ullent og uklart, særlig når det kobles til statistikk, som ikke gir umiddelbare commonsensiske assosiasjoner verken til styring eller teknologi. En klassisk definisjon av teknologi viser til midler for å oppnå ønskede utfall, inkludert fysiske objekter eller artefakter, aktiviteter eller prosesser som utgjør ulike produksjonsformer, og kunnskapen som kreves for å lage og nyttiggjøre artefaktene og aktivitetene for å produsere det ønskede utfallet.²³ Denne definisjonen er bredt akseptert innenfor vitenskaps- og teknologistudier, hvor mange også håndterer definisjonsproblemet aktivt ved ikke å gi noen definisjon (Pinch, Ashmore og Mulkay, 1992, s. 265). For eksempel skriver Bijker, Hughes og Pinch (1987, s. 3) at “teknologi” er et glatt, unnvikende ord, og i tillegg bærer begrep som “teknologisk endring” eller “teknologisk utvikling” ofte med seg en tung fortolkningsbagasje. Å gi en presis definisjon kan i slike tilfeller fremstå uhensiktsmessig.

I avhandlingen bruker jeg teknologimetajoren bredt, for å signalisere at tallene og statistikken er tett sammenvevde med praksis i de sosiale settingene jeg studerer, som en del av aktørenes sosiale ordener, meningsdannelser og rutiner (Asdal, Brenna og Moser, 2001; Star, 2001). Når jeg i tillegg kobler sammen “styring” og “teknologi” integrerer jeg en henvisning til *formelle og formaliserende aspekt* ved de praksiser og aktiviteter jeg har studert. “Styringsteknologi” viser således alltid til en relasjon til styrende aktører og

²² I Callons (2001, s. 117) univers viser “oversettelse” til mekanismen som sosiale og naturlige verdener fortløpende tar form gjennom, ofte med en situasjon hvor noen kontrollerer andre som et resultat. Han bruker begrepet både til å gi en symmetrisk og tolerant beskrivelse av komplekse prosesser, som kontinuerlig blander en rekke sosiale og naturlige størrelser, og for å forklare hvordan noen få kan skaffe seg retten til å snakke om og representere tause aktører fra sosiale og naturlige verdener, som de selv har mobilisert. Oversettelsesbegrepet kan også brukes mer løselig, for eksempel for å betegne den kunnskapsmessige formendringen som finner sted under formelle rapporteringsprosesser, fra observasjon til kode.

²³ Se for eksempel rett og slett <http://www.thefreedictionary.com/technology>, som jeg gjorde den 17.4.13.

deres prosedyrer, om det så er stat, spesifikke myndigheter, profesjoner eller lovverk. Som Smith (1984, s. 61) påpeker, inngår de organisatoriske prosessene som utfører, kontrollerer, regulerer, informerer og ordner de ulike settinger for styring, ledelse, administrasjon, profesjonell organisering og så videre, i et løst koordinert apparat som vi kan kalle for et styringsapparat. IPLOS er skrevet rett inn i disse prosessene, og gjennom denne innskrivingen får det statistiske informasjonssystemet status som styringsteknologi i praksis.

Det finnes selvsagt mange andre måter å tenke om statistikk og tall på, enn som styringsteknologi. Når teknologimetaforen fremstår nyttig og treffende i denne sammenhengen, er det blant annet grunnet de kulturelt sett tette assosiasjoner den vekker til kunnskap, makt, planlegging og struktur, innenfor institusjonelle arenaer. Sammenkoblingen med “styring” fremhever statistikkens institusjonelle forankring og formelle funksjonstilskrivning ytterligere. Men også her skjer fremhevelsen på bakgrunn av en definitorisk tvetydighet (Hood, 2005). Styring kan i utgangspunktet sies å handle om beherskelse og kontroll, herredømme og regulering, eller om navigering mot et mer eller mindre klart mål. Den intuitive forståelsen av styringsbegrepet kompliseres om vi går til ulike tradisjoner for studiet av stat, styring eller statsbyråkratiet. I for eksempel studier av offentlig administrasjon defineres “governance” ofte som de “regimer, lover, regler, rettsavgjørelser og administrative praksiser som begrenser, fastsetter og muliggjør tilbudet av offentlig støttede mål og tjenester” (Lynn, Heinrich og Hill, 2001, s. 7, min oversettelse). Like fullt brukes styringsbegrepet innenfor disse studiene ofte forskjellig, og gjerne på en eller flere av følgende måter, ifølge Frederickson (2005, s. 283): Så som synonymt med allerede etablerte perspektiv på offentlig administrasjon, men i et annet vokabular, om studiet av den kontekstuelle innflytelse som former offentlige administrasjonspraksiser, heller enn studiet av offentlig administrasjon, om studiet av relasjoner innenfor jurisdiksjon og tredjeparts-implementering av policy i offentlig administrasjon, og om studiet av innflytelsen eller makten til ikke-statlige og ikke-jurisdiksjonelle offentlige kollektiver.

Frederickson (2005, s. 285) påpeker også at begrepet “governance” tidvis behandles som synonymt med for eksempel New Public Management eller managerialisme (Kernaghan, 28

Marson og Borins, 2000), eller globalisering og rasjonalisering (Pierre, 2000).²⁴ Den samme kritikken av diffus begrepsbruk rettes mot Miller og Rose sin nevnte tilnærming til “governmentality” og studier av “government” i ulike settinger, som politisk makt og stat, regnskapsføring og organisasjonsledelse, og den mer overordnede styringen av det økonomiske liv (for eks. Miller og Rose, 1995; Miller og Rose, 2008; Rose, 1991; Rose, 1996; Rose og Miller, 1992; Rose, O’Malley og Valverde, 2006).

Å akseptere en så bred og diffus forståelse av statistikk som styringsteknologi som jeg risser opp ovenfor, innebærer med andre ord at jeg ikke bare tenker på tallene i seg selv som artefakter, men også på dataproduksjons- og analyseprosessene, prosessene for å nyttiggjøre dataene i forhandlinger, beslutningstaking og overvåking av de kommunale helse- og sosialtjenestenes aktiviteter og så videre, samt kunnskapen om hvordan produsere og bruke statistikken i en helsetjeneste-administrativ kontekst. Det åpner også for å se på teknologier som bærere av inskripsjoner og som inskripsjonsverktøy: Det vil si, verktøy som produserer, reproducerer og sprer “inskripsjoner”; tegn, symboler, tegninger eller andre grafiske representasjoner (Bloomfield, 1991), som tall, tabeller, frekvensfordelinger, og så videre. I styringsteknologi-begrepet søker jeg i tillegg å kombinere et ovenfra og ned-perspektiv og et nedenfra og opp-perspektiv på tall i praksis. Førstnevnte perspektiv tar i denne sammenheng betydningen teknologiingeniører, politikk-implementører, bedriftsledelse, og så videre. Sistnevnte perspektiv viser til aktørene på grasrota som tar i bruk tallene, med eller mot egen vilje, så som helseprofesjonelle, tjenestemottakere og eventuelt deres pårørende, og lokal ledelse.

2.3. Teorivalg med utgangspunkt i erfaringer fra felt og analyse

Som det fremgår av teoriredegjørelsen til nå støttes mitt forskningsarbeid opp av en spredt bruk av teoretiske perspektiv. Perspektivene trer heller ikke tydelig fram i de empiriske analysebidragene, men figurerer mer i bakgrunnen for det empiriske materialet og mine

²⁴ Medisinen som Frederickson (2005, s. 293) foreslår er en utarbeidelse av en konsensuell definisjon som er bred nok til å innbefatte alle krefter begrepet vil forklare, men uten at begrepet påstår at det kan forklare alt – som om en slik formalisering vil kontrollere den analytiske anvendelsen av begrepet i møte med empiriske fortolkningsprosesser.

tolkninger av dette, som praktiske verktøy eller samtalepartnere for å skape sammenheng i materialet. Den teoretiske rammen som avhandlingsarbeidet endte opp med å samarbeide med, er således primært et resultat av tidlige erfaringer jeg gjorde under feltarbeidet og håndteringen av det empiriske materialet som samlet seg opp. For eksempel opplevde jeg i møte med den helseadministrative statistikkens settinger – som kontroversen rundt IPLOS, det statistiske informasjonssystemets historikk, og i de kommunale helse- og sosialtjenestene – at tall handlet om “nesten alt annet” enn tall. Hva innebar dette? Studerte jeg ikke hva jeg hadde planlagt å studere? Snakket jeg og mine informanter forbi hverandre? Oppsøkte jeg feil settinger for IPLOS sitt virke? Eller hadde jeg ikke utrustet mitt blikk ennå med de “riktige” teoretiske begrepene?

Som jeg har vært inne på er det mer vanlig å tenke om tall som ferdige produkter, enn som situerte former for praktisk arbeid (Buckholdt og Gubrium, 1983). I tråd med dette forventet jeg å høre informanter fortelle om tall, tabeller og prosenter. I stedet overvar jeg fortellinger om sosiale og organisatoriske elementer som papir og pc, følelser, hardt arbeid og dårlig tid, urin, diagnoser, verdighet og krenkelse, rasjonalisering og ressurser, sorg og glede, muligheter og makt. Dette handler om at IPLOS er et statistisk informasjonssystem som prosessuelt interagerer med en hel rekke komplekse praktiske aktiviteter, som ikke umiddelbart anses å være *i* tallene, men som bidrar til å utgjøre systemets produksjonskontekst. Prosessene dreier for eksempel rundt standardisering og kvantifisering (Hovland, 2011, s. 24), formalisering av administrative beslutninger (Lampland, 2010), og kategoriseringen av klienters organisatoriske identitet i helsetjenestene (Mik-Meyer, 2004).

Jeg kommer nærmere inn på tallsystemets integrering i praksis og “samfunnets tanke” i de empiriske analysebidragene, og redegjør ikke mer for disse forholdene her. Poenget er at en konstruktivistisk og/eller interaksjonistisk tilnærming til denne problematikken, eller en kobling mellom den institusjonalistiske og radikale skolen om du vil, utstyrrer forskeren med verktøy for å utforske slike sosialt organiserte og relasjonelle forhold, og deres kobling til institusjonelle settinger utenfor tallenes umiddelbare tilstedeværelse – fra det lokale til aktører og institusjoner utenfor – og tilbake igjen. Satt på spissen, istedet for å lete etter den norske populasjonen av kommunale tjenestemottakere

gjennomsnittlige funksjonsnivå, blir det relevant å stille spørsmål som: Hvordan skaper helsepersonellet mening til IPLOS-skjemaets standardiserte, offisielle kategorier for funksjonsnivå? Hvordan kategoriserer de klientene etter standardene som skjemaet presenterer og krever? Hvordan veves tallene inn i det helsefaglige arbeidet, som utgjør den sosiale konteksten for statistikkens produksjon? Hvordan organiseres tallproduksjonen, og hvilke effekter har prosessene relatert til kategoriseringen, meningsskapelsen, standardiseringen, og så videre, på praksisene som tallene uttaler seg om? Hvilke relasjoner oppstår gjennom det statistiske informasjonssystemets fungering, for eksempel mellom aktørene som teller og dem som telles? Hvilke sosiale grupper har satt avtrykk i utviklingen av IPLOS som tallteknologi, og hvordan kommer disse avtrykkene til syne i dagens tallpraksis og samfunnets resepsjon av teknologien? Som den årvåkne leser ser, tangerer flere av eksemplene i denne spørsmålsrekken problemstillingene som de empiriske analysebidragene søker å utforske. La oss gå over til neste steg, til den metodiske håndteringen av dem, som neste kapittel beskriver.

3. Fra felt til rapport: Metode, empirisk materiale og analyse

Forskningsprosessen som denne avhandlingen representerer bygger på et lengre feltarbeid, fra 2007 til 2011. Feltarbeidet var periodisk organisert. Jeg hadde flere opphold i felten, atskilt av lengre pauser. Feltarbeidets samlede produkt er et bredt empirisk datamateriale, hentet fra i all hovedsak tre settinger av relevans for å kontekstualisere IPLOS som praksis og teknologi:

- kontroversen om IPLOS
- pleie- og omsorgstatistikkens historiske utvikling
- de kommunale helse- og sosialtjenestene

Settingene er representert i studien i form av kvalitative intervjudata, observasjonsdata og ulike institusjonelle tekster, så som organisatoriske arbeidsdokumenter fra kommuner, offentlige og historiske intensjons- og policydokument, og oppslag i media.

Kapitlet starter med en nærmere beskrivelse av datamaterialet. Deretter redegjør jeg for forskningsprosessen, fra tilgang til felten og valget om å avslutte datainnsamlingen. Jeg har valgt å integrere gjennomgangen av min analytiske tilnærming til datamaterialet i denne redegjørelsen, grunnet min veksling mellom analyse og feltopphold. Jeg har også valgt ikke å skille tydelig mellom den deskriptive og refleksive gjennomgangen av forskningsprosessen, ettersom prosessens forløp preges eksplisitt av mine forskererfaringer i felten. Jeg avslutter kapitlet med en kort diskusjon av analysens generaliseringspotensial.

3.1. Observasjon, intervju og tekst

Forskere som jobber ut fra poststrukturalistiske, konstruktivistiske eller interaksjonistiske tilnærminger anser ofte det studerte fenomenet som kontekstuelle hendelser (Gubrium og Holstein, 1987; Silverman, 1993), med en relasjonell karakter (Mik-Meyer og Järvinen, 2005). Dette innebærer blant annet at man opplever fenomenet som sosialt distribuert

(Måseide, 2008), på tvers av (u-)synlige sperrelinjer og sosiale grupper. Studerer man organisasjoner eller teknologier i praksis vil det for eksempel være liten nytte i å avgrense dem som fenomen ut fra deres formelt opptrukne grenser (Antoft og Salomonsen, 2012), eller etter deres hierarkiske eller tekniske konstruksjon på papir. Hvorvidt slike formaliteter demmer studieobjektene opp blir istedet et empirisk spørsmål. I overgangen fra modell til praksis skjer det tilpasninger, små justeringer eller oversettelser (Asdal, Brenna og Moser, 2001), som kan være av stor betydning for hvordan modellen og dens regler fremstår empirisk. Eller som Smith (2005, s. 68) påpeker, sosiale relasjoner som er signifikante for organiseringen av folks hverdagsliv konformerer ikke til hva som kan representeres institusjonelt, for eksempel gjennom kategorier og standarder.²⁵ Dette blir særlig tydelig om man følger kunnskaps- og teknologiprosesser, som i denne studien.

Forskningsprosessen har fra start til slutt vært veiledet av en overgripende metodologisk strategi: At jeg skulle følge IPLOS som teknologi under produksjon, gjennom kommunale helse- og sosialtjenester, gjennom samfunnet. Jeg operasjonaliserte prinsippet videre til å innebære at jeg skulle følge systemets, statistikkens, tallenes, IPLOS-veiledernes eller kartleggingsskjemaenes bevegelser fra praktisk-politiske debatter, til kommunene og dataenes vei *ut* fra det statistiske registreringsøyeblikket, som til budsjetterings- og statistikkpraksiser i kommunene. Dette inkluderer både den hverdaglige rapporteringen og bruken av IPLOS-dataene i tjenestene, samt den historiske konstruksjonen av IPLOS som statistisk informasjonssystem, fra tanke, ønske og behov til hard materialitet. Jeg har beveget meg mellom institusjoner, så som rettighetsforkjempende organisasjoner og kommunale tjenester. Strategien ledet meg også til ulike vokabular, så som omsorgens, kroppens, økonomiens, helseprofesjonens, politikken og statistikkens. Mitt formål var

²⁵ Jeg bruker begrepet “institusjon” eller “institusjonelt” ganske så løselig gjennom hele avhandlingen. For eksempel foreslår Smith (2005, s. 68) at vi gjenkjenner institusjoner som “funksjonelle komplekser” som befinner seg “innenfor” styringsrelasjoner. Med “funksjonelle komplekser” mener hun ingenting mer enn det som er observerbart ved organisasjoner og diskurser som fokuserer på funksjoner så som utdanning, vitenskap, helse, styring, og så videre. I den generelle sosiologien forstår man gjerne med institusjonsbegrepet en organisert og etablert prosedyre, som representerer samfunnets regler eller “spillets regler” (Jepperson 1991, s. 143). Selv om jeg ikke knytter min bruk av institusjonsbegrepet til en spesifikk definisjon av “institusjon” (selv om enkelte, som Jepperson (1991), synes en slik begrepsbruk er problematisk), så innebærer min bruk av begrepet alltid en henvisning til formelle strukturer eller relasjoner, som kontekstuellt veves inn i aktiviteten eller praksisen jeg har studert.

aldri å rekke over så mange settinger som mulig, men å følge teknologien inntil kollektive aspekt ved teknologiens sosiale liv trådte frem.

Prinsippet om “å følge IPLOS” må forstås bredt, og det kommer ikke fra intet. Følge-strategier, eller “tracking” strategies, assosieres gjerne med såkalt “multi-sited” forskning eller etnografi. Dette er et begrep som viser til feltarbeid hvor forskeren ikke begrenser sitt opphold til én spesifikk lokalitet under feltarbeidet, men reiser på tvers av lokaliteter (Clarke, 2005; Marcus, 1995). Dette er for eksempel gunstig når fenomenet man studerer har en infrastrukturell karakter, i de tilfeller man inkluderer dette aspektet som relevant for sin studie. Multi-site-begrepet brukes blant annet innenfor de tidligere omtalte vitenskaps- og teknologistudiene. Her er det å nyttiggjøre muligheten til å følge ikke-levende objekter og levende aktører i felten en kjent og utviklet strategi, og da særlig innenfor aktørnettverksteori (ANT). Blant teknologistudiene som betegnes som SCOT, eller “the Social Construction of Technology”, anbefales sosiologen *å følge teknologien* for å studere de ulike teknologiske former og “relevante sosiale grupper” som viser seg å ha noe med teknologiutviklingen å gjøre (Bijker, Hughes og Pinch, 1987; Pinch og Bijker, 1984). ANT anbefaler sosiologen *å følge aktøren* - ingeniøren eller artefakten - idet de produserer det forskeren studerer, fremfor å analysere ferdige produkt – for å se hva som går inn i produktene før de lukkes eller “blackboxes” (Callon, 2001; Latour, 1987). En tredje strategi betegnes som *skygging* av objekter eller aktører. Skygging ser særlig ut til å etablere terreng innenfor organisasjons- og ledelsesstudier inspirert av ANT (Czarniawska, 2007; McDonald, 2005).²⁶

²⁶ “Følge-strategien” er vel egnet for studier av infrastrukturelle fenomen som IPLOS. Slike fenomen er koblet til mange settinger, sosiale grupper og ulike aktiviteter på samme tid. Således viser bruken av denne strategien til en forskerholdning innrettet mot å fange opp fenomenets virksomhet og dynamikk i og på tvers av settinger. Strategien uttrykker også et forsøk på å tilpasse feltarbeidet til de formelle organiseringsformer vi finner i samfunnet i dag (Czarniawska, 2007; Jacobsen og Jensen, 2012), som i utstrakt grad benytter infrastrukturelle teknologier for koordinering og kontroll. Nå skal det sies at det er ikke noe nytt ved det å følge mennesker eller ting i felten. Like fullt, store infrastrukturer for informasjon, kommunikasjon og styring som IPLOS kan sies å representere historisk sett relativt nye fenomen. Det nye ligger ikke nødvendigvis i at slike system eksisterer, men måtene de kan nyttiggjøres på, bruksomfanget, og effektiviteten de kan utsondre, grunnet den teknologiske utviklingen av software for datainnsamling og –behandling og så videre.

En konsekvens av å følge en teknologi fra setting til setting er at man ledes til ulike representasjonsformer av “samme” system i felten. Strategien må ikke misforstås som at forskeren kan bevege seg hvor som helst i samfunnet under feltarbeidet i den tro at dette vil generere nyttige data. Det var selvsagt ikke helt tilfeldig hvor jeg kunne lokalisere IPLOS i samfunnet, og hvordan IPLOS fungerer i en gitt lokalitet er heller ikke et tilfeldighetens spill. Samtidig kunne jeg ikke på forhånd avfeie at IPLOS også gjør arbeid der systemet ikke nødvendigvis er synlig tilstede. At IPLOS-systemet brukes som et verktøy ved enhetslederens kalkulerer av tjenestemottakeres assistanseomfang, eller at systemet behandles og snakkes om på brukerorganisasjoners interne møter (i alle fall i 2007), er lett tilgjengelig å observere for en forsker. Samtidig er IPLOS i form av sine konsekvenser også tilstede i settinger hvor IPLOS ikke kan observeres direkte, som på kjøkkenet til en registrert tjenestemottaker. Selv når vedkommende sitter der alene, er ikke vedkommende nødvendigvis isolert fra de institusjonelle relasjoner som vever seg inn i hennes eller hans hverdagsliv.

Jeg oppdaget raskt at IPLOS-systemet og IPLOS-tallene framstår og er virksomme på forskjellige måter i settingene som jeg samlet data fra. For interesseorganisasjoner kunne IPLOS for eksempel først og fremst være et debattert objekt på papir. For yngre funksjonshemmede representerte IPLOS en personlig opplevelse. For pleiere i de kommunale tjenestene representerte IPLOS et verktøy for hånd og tanke under saksbehandling og møter med klientene. Følge-strategien åpnet slik sett opp for muligheten til å samle et variert datamateriale raskt, og det et datamateriale som åpnet for at jeg kunne studere mange interaksjonelle hendelser og prosesser innenfor IPLOS-systemets territoriale nedslagsfelt på relativt kort tid. Jeg har derfor endt opp med å samle inn både observasjonsdata, intervjudata og institusjonelle tekster under feltarbeidet.²⁷

²⁷ At jeg har kombinert ulike typer data må ikke leses som et forsøk på triangulering. Triangulering vil si at man bruker mange datainnsamlingsmetoder for å underbygge ens hypoteser eller funn (Eisenhardt, 2002, s. 14). Hvis forskeren ser på forskningsobjektet fra mer enn et standpunkt så vil forskeren dermed oppnå mer ustrakt og omfattende kunnskap om objektet (Miller og Fox, 2004, s. 36). I kontrast til dette handler min bruk av flere datatyper om å nå et empirisk fenomen slik det framstår på ulike vis i ulike sosiale settinger. Jeg oppnår ikke med dette mer omfattende kunnskap om IPLOS i praksis, men en *annen* kunnskap om IPLOS, sett fra et *annet* teoretisk ståsted.

Uavhengig av hvilke inkluderte data jeg sikter til så har datainnsamlingen vært veiledet av et ønske om å samle “rike data”. Dette definerer Charmaz (2006, s. 14) som detaljerte og samtidig fokuserte data, som fremviser informantenes perspektiv, følelser, intensjoner og handlinger, i tillegg til kontekster og strukturer som er aktive i deres liv. Jeg har imidlertid ikke kun fokusert på element som åpenbart framstår som aktive i informantenes liv, men også tilsynelatende passive element. Element som framstår som ubetydelige, stille eller døde, kan like fullt være *virksomme* – og kanskje oppnår de også virksomhetskraft gjennom sin passive selvpresentasjon.

For å samle rike data har jeg vært særlig oppmerksom på konteksten for tallenes virke, situasjonene de bidrar til å skape og som de produseres gjennom, interaksjonen mellom aktører på ulike sider av IPLOS-skjemaet, og relasjonen mellom historien som skrives inn i IPLOS og framtidens visjoner. Resultatet av feltarbeidets organiseringsform er dermed et bredt datamateriale, som gjengis “omstendelig systematisk” i tabell 3 på neste side.

Bidrag	IPLOS som:	Kvalitative intervju	Observasjoner	Dokumenter (eks.)
1	Kontrovers og generator av følelser og politikk	Ansatte i bruker-/fag-/interesseorganisasjoner, ulike stillingsnivå	Ingen systematisk observasjon Aktivt oppmerksom på informanternes responser på tema og intervju	Medieoppslag Pressemeldinger Brev Offentlige dokument om IPLOS utgitt av departement og direktorat, og SSB Foredrag
2	Langvarig teknologisk prosess i samfunnet	Konsulenter involvert i utviklingen av IPLOS og lignende tidligere statistikkssystem Organisasjonsmedlemmer som har fulgt statistikkutviklingen over lang tid	Ingen systematisk observasjon Aktivt oppmerksom på informanternes responser på tema og intervju	Stortingsmeldinger Utredningsrapporter, bl.a. bestilt av direktorat og departement Konsulentrapporter og én konsulents private arkiv
NB inkl. det empiriske materialet til medforfatter Anthun fra artikkel II				
3	Organiserings-verktøy i de kommunale helse- og sosialtjenestene	Profesjonelle saksbehandlere Økonomiansvarlig/IPLOS-instruktør Distriktsleder og enhetsledere, (hjemmetjeneste, sykehjem, dagsenter, aktivitetssenter) Helsefaglig utdannede pleiere med IPLOS-relaterte oppgaver	Kommune A: Vedtaksmøter, behovskartlegging, registrering og bruk av IPLOS-data, "hverdagsprat" på jobb, faste møter, som morgenmøtet Kommune B: Fulgt vurderings- og vedtaksprosesser fra telefonmottak til sykehus og vedtak, revisormøte, faste møter på Helse- og velferdskontor, og registrering og bruk av IPLOS-data under disse prosessene	IPLOS-veiledere og instruksjoner, lokalt opplæringsmaterieil IPLOS-skjema for registrering Skjema for tilstandsvurdering Oppsett for budsjettdata Skjema for søknad om kommunale tjenester Møteplaner Skjema for samtykkeerklæring Tilsendte beretninger om IPLOS i praksis fra helsepersonell i kommuner
4	Produsent av lokale budsjettdata og klientdata, og sentral statistikk	Fagkoordinator/IPLOS- autorisert pleier Sykepleier, sykehus	Observasjon av IPLOS-opplæring, kurs i regi av kommunen	

Tabell 3. Oversikt innsamlet empirisk materiale

Jeg har gjort kvalitative intervju av så ulike aktører som yngre funksjonshemmede med BPA-assistanse²⁸; ansatte i bruker-, fag- og interesseorganisasjoner som jobber for klienters rettigheter; kommunalt ansatte økonomimedarbeidere, profesjonelle saksbehandlere i kommuner og helsefaglig personell fra ulike offentlige tjenester. Intervjuene handler hovedsakelig om informantenes opplevelser av forholdet mellom IPLOS og institusjonen de representerer, eller deres opplevelse av det å bli oversatt til tall, å oversette andre til tall, eller bruken av disse oversettelsene i andre sammenhenger enn den individuelle kvantifiseringen av assistansebehov, som ved budsjettering.

Studiens observasjonsdata fyller ut deler av intervjumaterialet. Observasjonsmaterialet inneholder rapporter om IPLOS-systemets bevegelser i de kommunale helse- og sosialtjenestene, om møter mellom system og mennesker, og tjenestepersonellens måter å gjøre IPLOS-tall relevante på i sine arbeidsprosesser.

Studiens portefølje av tekster inkluderer hovedsakelig:

- dokumenter som er mer eller mindre løst koblet til utviklingen av den norske pleie- og omsorgsstatistikken
- dokumenter som har ”reprodusert” IPLOS som styringsteknologi fram til jeg avsluttet datainnsamlingen
- medieoppslag i forbindelse med kontroversen
- dokumenter produsert for eller av kommunalt helsefaglig personell, så som IPLOS-skjema/-brosjyrer, IPLOS-veiledere, og lokalt utviklede instruksjoner

²⁸ Som Helse- og omsorgsdepartementet (2000) informerer, står BPA for brukerstyrt personlig assistanse, og er en alternativ organisering av praktisk og personlig hjelp for sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Fra 2000 ble BPA tatt inn i sosialtjenesteloven. Kommunen har plikt til å ha et tilbud om tjenesten. Brukeren, eller klienten, har rollen som arbeidsleder og påtar seg et større ansvar for organisering og innhold i forhold til sine behov. Innen timerammene som kommunens vedtak om praktisk bistand angir, kan brukeren/klienten i prinsippet styre hvem han/hun vil ha som hjelper, hva assistenten skal gjøre, hvor og til hvilke tider hjelpen skal gis, osv. Målet er å bidra til å brukeren/klienten får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for sterk funksjonshemming. Tjenesten skal være en del av de samlede kommunale omsorgstjenester og knyttes til personen - ikke til boligen.

3.1.1. IPLOS i kontroversen

Studien startet i 2007, idet kampen om definisjonen av IPLOS sto mellom stat og de aktivt indignerte, overraskede, beskyttende, ivrige, sinte og skuffede. Grunnet timingen startet jeg feltarbeidet med flere dokumentsøk for effektivt å skaffe meg en oversikt over forhandlingstema og konfliktens problematikk. Jeg søkte først opp offentlig publiserte tekster om IPLOS fra sentrale myndigheter, så som departement og direktorat. Formålet med dette var å få kjennskap til myndighetenes forståelse og framstilling av IPLOS utad. Jeg brukte tekstene dels som “vindu til verden”, selv om jeg ikke antok at dette ville føre meg nærmere en “riktigere” forståelse av IPLOS som sosialt fenomen (Mik-Meyer, 2005, s. 194-195). Samtidig gjorde jeg søk i medieoppslag fra riksdekkende, regionale og lokale aviser hvor kontroversen ble dekket, enten gjennom journalistiske saker eller leserinnlegg. Jeg fortsatte regelmessig å samle tekst ut hele datainnsamlingsperioden.

Medieoppslagene sorterte jeg først kronologisk etter når de hadde blitt publisert. Deretter gikk jeg gjennom dem og merket meg hvilke som fremsto mer meningstette enn andre, hvilke aktører som forfattet dem, hvilke aktører som ble omtalt i dem, om oppslagene representerte motstand, forsvar eller dialog, etc. Mange medieoppslag reflekterte motstand mot IPLOS eller en mer overordnet uvilje mot statens overvåking av tjenestesøkere og tjenestemottakere, NPM eller kvantifisering generelt. Samtidig uttrykte oppslagene løse tråder i fortellingene om motstanden mot systemet. Hvorfor var kritikernes følelser så sterke? Hvor kom avmektigheten mot “systemet” fra? Jeg anså det derfor som nødvendig å intervju representanter fra de aktive organisasjonene om deres opplevelser av IPLOS, systemutviklingen, dets samsvar med dagens helse- og omsorgspolitik, og forholdet mellom organisasjonene og myndighetene, som oppfattet av representantene. Jeg tok kontakt med organisasjonene som på det tidspunktet fremsto tydeligst i media i forbindelse med kontroversen, som ULOBA (samvirket for brukerstyrt personlig assistanse (BPA)) og Norges Handikapforbund (NHF). Disse ledet meg videre til andre organisasjoner involvert i arbeidet for å få endret IPLOS, som Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO). Én representant fra Norges Pensjonistforbund tok selv kontakt med meg etter å ha hørt om studien. Kontakten med

organisasjonene ledet meg også til informanter med funksjonsnedsettelse selv, som hadde opplevd IPLOS “på kroppen”, noe som beriket datamaterialet ytterligere.

Ettersom organisasjonene er synlige på internett, brukte jeg kontaktinformasjonen de selv hadde lagt ut for å komme i kontakt med relevante representanter. Oppga organisasjonene én kontaktperson, sendte jeg informasjonsbrev om studien til vedkommende per e-post, med formidlet ønske om videre distribusjon “til den det angår” i organisasjonen. Noen tok jeg direkte kontakt med per telefon eller e-post, om mer utfyllende kontaktinformasjon var tilgjengelig på organisasjonenes nettsider. Andre tok selv kontakt med meg idet de fikk informasjon om mitt ærend.

Ikke alle jeg kontaktet ønsket å stille opp på et kvalitativt intervju, blant annet grunnet overbelastet arbeidskapasitet eller en opplevelse av å ha bidratt nok til IPLOS-tematikken. Én organisasjon, som i utgangspunktet sa nei til intervju på vegne av sine representanter, tilbød seg å oversende noe av organisasjonens skriftlige materiell produsert i forbindelse med IPLOS-arbeidet, som brev til Datatilsynet og daværende Helse- og omsorgsdepartement, og støttebrev fra en annen organisasjon. En representant fra organisasjonen meldte seg senere som interessert i å stille til intervju på eget initiativ og rekrutterte samtidig en av organisasjonens ledere til samme ærend, noe jeg takket ja til. Noen informanter var mer enn velvillige til å formidle sine synspunkt, og satte av god tid til intervjusituasjonen. Enkelte var så velvillige at jeg har lest og tolket transkripsjonene med det forbehold at beretningene like gjerne kan representere organisatoriske fortellinger eller propaganda, som deres individuelle fortellinger - men dette gjaldt langt fra alle. Informantene fra organisasjonen gjorde seg også tilgjengelig for oppfølgende kontakt senere ved et eventuelt behov fra min side.

Til sammen intervjuet jeg ti organisasjonsrepresentanter. Intervjuene varte fra 1-3 timer, og utgjør rundt 180 transkriberte sider (skriftstørrelse 12, linjeavstand 1,5). De fleste av intervjuene ble utført på informantens kontor eller i organisasjonens møtelokaler. Ett intervju ble utført på kafé, ett annet hjemme hos informanten, og ett tredje på mitt kontor. Intervjuenes lokalitet ble bestemt av informantene selv. Alle intervju med organisasjonsrepresentantene ble utført i perioden fra desember 2007 til ut mai 2008 (se

vedlegg 1 for eksempel på intervjuguide). Jeg reviderte intervjuguiden i takt med informasjonen som kom fram under intervjuene og informantenes responser på spørsmålene inkludert i guiden.

I avhandlingens empiriske analyser skiller jeg av anonymitetshensyn ikke mellom hvilke organisasjoner informantene representerer. Enkelte navn har gått oftere igjen enn andre i IPLOS-sammenheng. Det kan derfor tenkes at informasjon om organisasjonstilhørighet kan avdekke personens identitet. Jeg anser denne informasjonen heller ikke som umiddelbart relevant for studiens problemstillinger.

Intervjuene med organisasjonsrepresentantene og ulike tekster produsert under kontroversen har hovedsakelig blitt benyttet som empirisk materiale i artikkel nummer en og to.

3.1.2. IPLOS i historien

Erfaringene jeg gjorde tidlig i forskningsprosessen og da særskilt i forbindelse med innledende analyse av det empiriske materialet om IPLOS som kontrovers, tydet på at sporer til konflikt var forankret i et tidligere samspill mellom organisasjonene og myndighetene. Samtidig uttrykte medierapporter om ulik bruk av IPLOS-systemet i kommunene at det fantes en lengre historie knyttet til IPLOS enn den som ble behandlet under kontroversen. Det fremsto derfor som svært interessant for meg å utforske “hvor og hvem” IPLOS kom fra, i den grad en teknologis opprinnelse kan dateres. I tillegg til medieoppslag og statlige presentasjoner av IPLOS fra “nåtiden” og den nære fortid startet jeg derfor med å samle andre, eldre dokument, så som stortingsmeldinger og offentlige og statistiske rapporter om helse- og sosialtjenestene/omsorgstjenestene. Formålet med dette var å spore opp kilder som på ulike vis drøftet statistikk som styringsteknologi innenfor denne sektoren. Som Sætnan, Lomell og Hammer (2011) har påpekt, og som jeg har nevnt tidligere, representerer 70-tallet et politisk vendepunkt av betydning for forståelsen av statistikk. Jeg konsentrerte meg derfor om å lete opp dokument fra 70-tallet, og da hovedsakelig stortingsmeldinger. Jeg leste også gjennom dokumenter publisert på

60-tallet, for å sjekke hvorvidt jeg opplevde noe skifte i oppmerksomhet formidlet mot styringsteknologi.

Jeg har valgt å benevne dette arbeidet som en “historisering” av IPLOS. Som Clarke (2005) redegjør, er ikke det å historisere synonymt med å skrive objektenes historie. Det betyr istedet at man tar det historiske aspektet til objektet man studerer mer alvorlig enn at man bare gir en kort innføring i dets historikk, da dette aspektet kan være sosiologisk viktig for å forstå objektets fungering i dag. Som Mauss (2004, s. 89) enkelt poengterer, “de tingene vi holder for å være fullstendig naturlige for oss, har en historie”. Å anta at lite av analytisk relevans og interesse har foregått før studiet startet opp, innebærer derfor ifølge Clarke (2005) en utilstrekkelig refleksivitet om det eller dem man studerer.

Historiske dokumentasjoner av for eksempel teknologiutviklingsprosesser henger tett i hop med mer generelle institusjonelle forhold og spesifikke kontekstuelle forhold (Mik-Meyer, 2005, s. 194). Som Smith (1984, s. 65) sier, tekster er “beholdere” av sosiale relasjoner og sosiale handlingskurser. De er også forhandlingsprodukter, som produseres i sosialt organiserte kontekster (Prior, 2004). Å studere dokumenter kan således si noe om disse relasjonene og kontekstene, selv om de har utfoldet seg på et tidligere tidspunkt enn nå og kanskje også er begravd i dag – i samfunnets sedimentære sosiale lag. Samtidig er det på det historiske stadiet av teknologutviklingsprosessen at teknologien først og fremst er tilgjengelig gjennom tekst (Pinch, Ashmore og Mulkay, 1992), og løfter og visjoner skrives inn i teknologien på dette tidspunktet. Innskrevne løfter og visjoner kan således forfølge teknologien til praksis. Dokumenter må derfor forstås som relasjonelt oppkoblede til den virkelighet teknologiene bidrar til å skape, ved å være aktive i å produsere institusjonen de skal brukes innenfor (Mik-Meyer, 2005; Smith, 2005).

Jeg har særlig benyttet de historiske dokumentene som empirisk materiale i avhandlingens artikkel nummer to.

3.1.3. IPLOS i kommunale helse- og sosialtjenester

Å studere historien og konflikten om IPLOS-systemet belyser sider ved teknologiutviklingen og –forståelsen av IPLOS, knyttet til faktorer som helsepolitikk, relasjoner mellom organisasjoner og myndigheter, og det opplevde krenkelseselementet i å bli kvantifisert og registrert. Kontroversen antydte også at bruken av IPLOS i kommunene varierende, og at kommunene ikke alltid fulgte de standardiserte bruksinstruksene de hadde fått fra de sentrale myndighetene. Spesifikke kommuner og bydeler ble navngitt og kritisert for å håndtere IPLOS på uverdige måter i møte med de registrerte. Jeg antok at tjenesteansatte i kommunene hadde fått med seg noe av denne negative oppmerksomheten, og at det kunne være en mulighet for at dette hadde medført en viss frykt i kommunene for å håndtere IPLOS utenfor fasit.

Nå var ikke jeg spesifikt interessert i å spore opp “feil” tallpraksis i kommunene, og ønsket å få kontakt med kommuner som ikke nødvendigvis hadde vært omtalt i media. Å gjøre feltarbeid i kommunale helse- og sosialtjenester var dessuten planlagt inn i studiens forskningsdesign på forhånd, som den mest sentrale settingen for å besvare studiens hovedproblemstilling.

Det innledende arbeidet med å etablere tilgang til kommunale helse- og sosialtjenester fikk en kjapp start ved hjelp av tidsskriftet *Sykepleien*. I tidsskriftets utgave nr. 18, 2007 (utsnitt 1), fikk jeg et kort oppslag om studien på trykk. Formålet var å få spredt informasjon om studien, og eventuelt rekruttere informanter. Ifølge daværende redaksjonssjef Tholens er tidsskriftet bredt distribuert og går ut til nesten 200 000 lesere. Sammenlignet med tjenesteansatte med annen helsefaglig utdanning, kan vi gå ut fra at sykepleiere er i overvekt blant personell som regelmessig registrerer og bruker IPLOS. Utover dette var valget av *Sykepleien*, i stedet for andre helsefaglige tidsskrifter, tilfeldig. Oppslaget (Østby, 2007) beskrev ikke studien i sin helhet, men var rettet mot sykepleiernes arbeidshverdag og deres erfaringer med IPLOS.

Iplos-forsker søker sykepleiere

Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (Iplos) skal sikre god kvalitet på pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Nå vil doktorgradskandidat vite hva sykepleierne mener om systemet.

Fra mars 2006 ble det obligatorisk å registrere Iplos-data på hver av de rundt 200 000 pasientene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i landet. Dette for å gi kommuner og sentrale myndigheter bedre kunnskap om søkere og mottakere av helse- og sosialtje-

nester, og for å styrke brukernes rettigheter.

Dine erfaringer

Hva sykepleiere som deltar i datainnsamlingen mener om Iplos, er noe av det Gunhild Tøndel ved NTNU Samfunnsforskning i Trondheim ønsker å få svar på i sin doktorgradsstudie. Studiet inngår som en del av et større prosjekt, «Health by Numbers», sammen med Kjartan Anthun Sarheim, Linda Midtun, og Tone Mo ved Sintef Helse.

I forbindelse med doktorgradsarbeidet etterlyser Gunhild Tøndel tilbakemeldinger fra sykepleiere i forhold til blant annet følgende problemstillinger:

- Hvordan opplever du som sykepleier Iplos?
- Hvordan fungerer systemet for deg i praksis?
- Hvordan opplever du som sykepleier det å registrere Iplos-informasjon?
- Hvordan tror du Iplos påvirker hverdagen til de som blir registrert?
- Hvordan ble systemet innført på din arbeidsplass?
- Hvordan oppfatter du at systemet legger føringer på de kommunale helse- og sosialtjenestene?
- Har Iplos tatt over andre informasjonsrapporteringsrutiner sykepleiere har med andre helseprofesjoner, og den lokale administrasjonen i kommunen?

Ønsker du å delta?

– Jeg håper sykepleiere som føler dette angår dem tar kontakt, så jeg kommer i kontakt med sykepleiere som ønsker å samtale om Iplos. Videre ønsker jeg å få oversendt eventuelt skriftlig materiale om Iplos som sykepleiere har kommet over eller vært med på å produsere. Det kan for eksempel være organiserte mail-utvekslinger på grasrotnivå om/for/imot Iplos, sier Tøndel.

Interesserte kan ta kontakt med Gunhild Tøndel på telefon 97 76 41 97 eller e-post: gunhild.tondel@svt.ntnu.no

Mer informasjon om Iplos fins på www.shdir.no.

Utsnitt 1. Oppslag i Sykepleien

Oppslaget vekket oppmerksomhet både blant individuelle sykepleiere og Norsk Sykepleierforbund, i et langt større omfang enn jeg antok på forhånd. Tjenesteansatte og enhetsledere fra flere kommuner tok kontakt med meg per e-post for å gi støtte til prosjektet eller å tilby seg som informanter til kvalitative intervju. Noen korresponderte jeg med via e-post over en lengre periode, opptil fire måneder. Andre sendte meg spontant skrevne svar på spørsmålene som var ramset opp i teksten i oppslaget. Jeg gjorde to e-postintervju med sykepleiere fra ulike kommuner. Grunnet kommunikasjonsformen var materialet som fremkom gjennom disse intervjuene knapp i formen. Jeg har derfor hovedsakelig benyttet disse intervjuene som en “relevanstest” for videre utforming av intervjuguide og dens spørsmål. Norsk Sykepleierforbund, representert ved Fagpolitisk avdeling, oppfordret en faggruppe for geriatri og demens til å samle informasjon om IPLOS i praksis for meg. Faggruppen sendte meg dette materialet skriftlig per e-post. Forbundets agenda, slik denne fremkom eksplisitt i e-postkorrespondansen, var å få med sykepleiefaget inn i den nye versjonen av IPLOS, som var under revidering i denne perioden.

Responsen på oppslaget i *Sykepleien* var interessant i seg selv. Det vil aldri være helt tilfeldig hvem som tar kontakt på grunnlag av en slik forespørsel. Noen av de tjenesteansatte som tok kontakt syntes å være drevet av et oppriktig ønske om å bidra til studien. De anså studien som samfunnsrelevant og dagsaktuell, og relevant for egen jobbpraksis. For eksempel ble jeg kontaktet av en enhetsleder i en kommunal psykiatrisk sykepleietjeneste, som ba meg se nærmere på forholdet mellom denne klientgruppen og IPLOS. Jeg gjorde ett gruppeintervju med henne og to av hennes kolleger om IPLOS i den kommunale psykiatriske sykepleietjenesten. Jeg intervjuet også en sykepleier som jobbet som saksbehandler i en annen kommune, som tok kontakt med meg for å overbringe sine erfaringer på generelt grunnlag. Andre var frustrerte over møtet med IPLOS og kommunens håndtering av systemet. Noen var positive til IPLOS. Én pleier tok kontakt fordi hun ikke hadde fått informasjon om IPLOS av sin egen kommune. Vedkommende var interessert i å vite hva IPLOS betød, “ettersom jeg opplever at jeg ikke har fått informasjon på jobben i det hele tatt”. En sykepleier som jobbet på sykehus tok kontakt med meg for å si at sykehusperspektivet var viktig i IPLOS-sammenheng, og jeg intervjuet også henne.

Til sist, men ikke minst, ble jeg på grunnlag av oppslaget i *Sykepleien* kontaktet av en distriktsleder for blant annet hjemmesykepleie, sykehjem, omsorgsboliger og dagsenter i én bygdekommune. Hennes motivasjon for å kontakte meg var et ønske om å hjelpe til, samt kanskje lære noe tilbake fra meg. Dette er en bygdekommune som ikke “rennes ned” av forespørsler om tilgang til feltarbeid, grunnet geografisk beliggenhet. Som lederen sa, “det er hyggelig med besøk”. Lederen inviterte meg til kommunen, og vi avtalte muligheten for et lengre feltarbeid der. Feltarbeidet ble gjennomført i løpet av en konsentrert og hektisk ukes opphold i 2008, med deltakende observasjon av arbeidsprosesser relatert til IPLOS, som behovskartlegging, registrering og bruk av IPLOS-data og vedtaksmøter. Jeg deltok også i det hverdaglige samværet på jobben og de faste rutineene der, som morgenmøter. Jeg fikk tillatelse til å komme og gå som jeg ville i forbindelse med den deltakende observasjonen. Min kontaktperson hadde heller ingen restriksjoner i forhold til hvem jeg kunne intervju. I stedet oppfordret hun meg til å intervju så mange som mulig.

De ansatte i denne bygdekommunen ga uttrykk for at de syntes det var en positiv opplevelse å ha besøk av meg. Noen benyttet anledningen til å drøfte IPLOS med meg på eget initiativ. De ga uttrykk for at dette var et tema som ikke ble tilstrekkelig diskutert i arbeidshverdagen ellers, og at de brant inne med spørsmål om systemet og styringslogikken det representerer i et større perspektiv. Dette var spørsmål til diskusjon som de måtte nedprioritere i en ellers klientnær arbeidshverdag.

I tillegg til observasjon gjorde jeg åtte kvalitative, mer strukturerte intervju om IPLOS i praksis av helsefaglig ansatte i kommunens tjenester, så som hjelpepleier, distriktslederen, saksbehandler, fysioterapeut og sykepleiere i hjemmesykepleien, på sykehjem og omsorgsboliger. Intervjuene varte fra 0,5 til 1,5 time. De ble utført på informantenes kontorer om de hadde et eget, eller tjenestenes atskilte møterom. Intervjuet med distriktslederen ble utført dels på hennes kontor, dels i bilen på vei ut til et hjemmebesøk og tilbake, og avsluttet da vi var tilbake på hennes kontor igjen.

Jeg opplevde oppholdet i denne kommunen som svært nyttig for planleggingen av mitt videre feltarbeid. Jeg hadde fått bekreftet at mine spørsmål var relevante for praksisfeltet. Jeg hadde også fått samlet rike data av stor nytte for analysearbeidet. Dessuten åpnet både informantenes fortellinger og observasjonene som jeg gjorde opp blikket mitt for nye spørsmål å forfølge videre i felten. På grunnlag av disse erfaringene besluttet jeg å ta kontakt med en større bykommune, for å få gjøre et tilsvarende feltarbeid der. Jeg valgte ut én spesifikk bykommune grunnet bykommunens aktive bruk av IPLOS for egen styring av tjenestene, blant annet i forbindelse med budsjettering. Kommunen har også en lang historie med bruk av IPLOS sammenlignet med de fleste andre kommuner. Administrasjonen i denne kommunen har benyttet IPLOS-lignende system i budsjetteringssammenheng i flere år før innføringen i 2006 av IPLOS som obligatorisk registreringssystem i alle norske kommuner.

Gjennom kontakter i prosjektgruppen jeg var tilknyttet ble jeg tipset om en kontaktperson for tilgang til tjenestene. Personen hadde tidligere jobbet som sykepleier og enhetsleder, men hadde for noen år siden gått over til en økonomiadministrativ mellomlederstilling i en av byens soner. Stillingen var koblet til opplæringen og oppfølgingen av IPLOS i

kommunen. Dette ansvaret hadde vedkommende hatt siden kommunen tok i bruk IPLOS. Hun kjente således godt til historikken rundt det statistiske informasjonssystemet. I tillegg kjente hun selvsagt meget godt til IPLOS-praksis i kommunen – fra et ledelses- og overvåkningsperspektiv. Kontaktpersonen var svært engasjert i IPLOS-tematikken, og anså forskning om IPLOS som nyttig både for eget arbeid og nasjonalt. Hun ordnet raskt tilgang for meg til å gjøre feltarbeid på et helse- og velferdskontor, og i hjemmesykepleien. Jeg fikk også delta på et opplæringskurs i bruken av IPLOS for helsefaglig ansatte i kommunen. Jeg fikk tillatelse til å kontakte hvem jeg ville for å avtale intervju, og jeg fikk frie tøyler til å følge IPLOS-relaterte arbeidsprosesser på helse- og velferdskontoret innenfor avtalte perioder. Kontaktpersonen stilte selv som informant i et kvalitativt intervju, som varte i 3 timer.

Jeg endte opp med å ha periodevis kontakt med kommunen fra våren 2010 til høsten 2011. Jeg observerte blant annet profesjonelle saksbehandlere på kartleggingsoppdrag, som involverer IPLOS-registrering. Kartleggingsprosessene som jeg fulgte var hovedsakelig i forbindelse med utskriving av sykehuspasienter for overføring til kommunetjenestene. Jeg observerte også administrasjonen av IPLOS-registrering av nye klienter, fra telefonmottaket på helse- og velferdskontoret til saksbehandlingsprosessen ble avsluttet med et vedtak. Noe observasjon ble rett og slett utført foran en pc, mens saksbehandlere jobbet med dokumentasjonsarbeidet rundt sine saker. Det er også her at de tar mange av de endelige beslutningene vedrørende hvordan de skal IPLOS-registrere en klient. I denne situasjonen fikk jeg dem til å beskrive hvordan de registrerte IPLOS-tall, og hvorfor de valgte akkurat de IPLOS-tallene som de gjorde. Jeg fikk dem i samme situasjon også til å reflektere over hvordan de brukte eller ikke brukte IPLOS-data for å koordinere arbeidet sitt videre. I tillegg deltok jeg på et revisormøte, hvor min kontaktperson og revisor fra kommunen gjennomgikk den nylig registrerte aktiviteten ved helse- og velferdskontoret. Her viste IPLOS-tallene seg å være svært sentrale i samtalen mellom dem. Noen klienter motsetter seg registrering. Noen tjenesteansatte følger ikke de formelle retningslinjene for registrering nøye. Denne tematikken ble utførlig drøftet mellom partene som var tilstede, og de var meget frustrert over den passive eller aktive motstanden mot registrering som tidvis dukket opp i kommunens helse- og sosialtjenester.

Da jeg opplevde datainnsamlingen som mettet ved helse- og velferdskontoret, gikk jeg over til hjemmesykepleien. Med metning mener jeg her at jeg ikke opplevde at nye data ga nye teoretiske innsikter eller beriket mitt datamateriale ytterligere (Charmaz, 2006). Jeg avtalte datainnsamling i hjemmesykepleien med en leder ved en hjemmesykepleieenhet i en sone. I denne kommunen finansieres hjemmesykepleien 100 % på bakgrunn av IPLOS-data, og registreringen og bruken av IPLOS her er derfor gjenstand for kontinuerlig overvåkning fra kommunens økonomimedarbeidere. Dette inngikk blant annet i stillingsinstruksen til min kontaktperson på helse- og velferdskontoret. Jeg fikk gjennomføre flere kvalitative intervju av ansatte, som lederen tok kontakt med for meg (se vedlegg 2 og 3 for eksempel på intervjuguide til pleiere i hjemmetjenesten, samt informasjonsskriv om studien). Jeg utførte et intervju av lederen selv, en "IPLOS-autorisert" sykepleier og en hjelpepleier. IPLOS-autoriserte sykepleiere i denne tjenesten oversetter pleiernes behovskartlegginger til IPLOS-tall, og har således en standardiserings- og kontrollfunksjon i forhold til kvalitetssikringen av registreringen. Pleierne har stort sett ikke formelt sett anledning til å registrere IPLOS-tall selv, men utfører hjemmebesøkene til klientene og rapporterer observasjoner av relevans for IPLOS til den IPLOS-autoriserte sykepleieren. Intervjuene i bykommunens hjemmesykepleie varte fra 40 minutt til 1,5 time. Jeg utførte dem i tjenestens lokaler. Intervjuene handlet om hvordan IPLOS ble brukt i hjemmesykepleien, og om koblingen mellom IPLOS som budsjettdata og klientdata.

Feltarbeidet hadde nå begynt å strekke seg over et langt tidsrom. Ettersom jeg allerede hadde utført en god del analyse av mitt allerede foreliggende empiriske materiale, besluttet jeg å avslutte datainnsamlingen med disse intervjuene. En annen medvirkende faktor til at jeg avsluttet datainnsamlingen med så få intervju i bykommunens hjemmesykepleie, var at jeg opplevde det som noe mer omstendelig å få tilgang til å gjøre datainnsamling i denne tjenesten. Før jeg fikk et positivt ja fra lederen som åpnet for at jeg fikk utføre de intervjuene jeg gjorde, hadde jeg allerede vært i forhandlinger om tilgang til samme tjeneste i en annen bydel, med negativt resultat. Jeg antok at dette kunne ha sammenheng med hvilken kontaktperson jeg hadde benyttet for å etablere dialog med lederne ved hjemmesykepleien. Kanskje ble jeg oppfattet som økonomi-mellomlederens utsendte? Eller var det uavhengig av denne personens stilling i kommunen, men grunnet

tallenes “high stakes” rolle i tjenesten at lederne ikke åpnet tjenestenes dører på like umiddelbart vidt gap, som på helse- og velferdskontoret og i bygdekommunen? Eller kanskje dette ikke handler om annet enn at denne tjenesten i bykommunen kan være særs presset i forhold til arbeidsbyrde?

Uansett hvilket svar vi velger, sier responsen til lederne oss noe om tjenestene som organiseringsprosess og hvordan tjenestene opplever seg selv. *Om* det er så at forhandlingene om tilgang til hjemmesykepleien i bykommunen ble mer omfattende grunnet tallenes økonomiske rolle, kan koblingen mellom budsjettprosesser og IPLOS som registrerings- og statistikkssystem sies å ha en paradoksal effekt på praksis: Mens systemet skal gjøre de kommunale helse- og sosialtjenestene mer åpne og gjennomsiktede, medfører budsjettkoblingen det motsatte. Tjenestene lukker seg. Jeg har ingen grunn til å mene at IPLOS-registreringene i denne kommunen utføres systematisk strategisk for å øke de økonomiske overføringene til sonen. Jeg har blitt det fortalt at det tidvis har skjedd (jfr. artikkel 4). Men jeg har verken observert eller blitt fortalt av pleiere som registrerer IPLOS at de jukser med tallene. Likevel virker det som organisasjonen blir på vakt, og at ansatte forventer å bli mistenkeliggjort og skyldlagt ved uforklarlige avvik i registreringene.

Datamaterialet som jeg samlet inn fra kommunene ligger til grunn for analysene i bokkapitlet og artikkel nummer fire.

3.2. Analytiske strategier og opplevelser

Under studiens forskningsprosess har jeg vekslet mellom datainnsamling og analyse. Jeg har ikke operert med et tydelig skille mellom disse prosessene, som atskilte stadier i en fastsatt kronologi. Med dette mener jeg ikke at forskningsprosessen har vært sømløs - som om prosessen verken har hatt tydelig begynnelse eller slutt (Mann, 1981, s. 546) - men at jeg har behandlet datainnsamling, teorivalg og analyse som samavhengige beslutninger. Gjennom dialog mellom disse underprosessene legger forskeren til rette for dynamikk i forskningsdesignet, slik at designet kan justeres etter hvert som for eksempel

nye data anbefaler dette (Antoft og Salomonsen, 2012). Den periodiske organiseringen av feltarbeidet la godt til rette for en slik langsgående dialog.

I det følgende går jeg nærmere inn på hvordan jeg analyserte data. Jeg gir konkrete eksempler på hvordan jeg utførte analysearbeidet, av relevans for å forstå det vi kan kalle for “vendepunkt” i analysen - slik jeg opplevde prosessen. Dette innebærer blant annet en veksling mellom ulike analytiske tilnærminger til kvalitative data. Som Coffey og Atkinson (1996) påpeker så finnes det ingen fasit på hvordan kvalitative data skal analyseres, og forskeren kan tjene på å utforske data fra ulike perspektiv. Jeg forsøkte å følge denne utfordringen under analyseprosessen, og oppsøkte ulike metodologiske prosjekt, så som grounded theory (GT), situasjonell analyse (SA) og institusjonell analyse (IA). Felles for disse prosjektene er at de bygger på konstruktivistisk og interaksjonistisk tankegods, som presentert i kapittel to. Jeg har likefullt ikke rendyrket noen av prosjektenes foreskrevne analyseteknikker, men søkt å utforske data på tvers av perspektiv som har vist seg relevante for studien. Retrospektivt ser jeg at vekslingen mellom ulike analytiske tilnærminger stort sett bidro til å drive analysen framover. Tidvis bidro vekslingen også til at analyseprosessen stoppet opp. Jeg gir eksempler på dette underveis, da slike stopp bidro til å forme analyseprosessens kurs.

3.2.1. Fra rot til systematikk?

Jeg startet analysearbeidet straks data begynte å foreligge høsten 2007. Som beskrevet besto bunken av data først av ulike institusjonelle tekster, så som medieoppslag og offentlige dokument. Deretter ble bunken gradvis komplementert med intervju- og observasjonsdata, i tillegg til ytterligere flere tekster. Jeg har allerede sagt en del om hvordan jeg tilnærmet meg tekster under studien, og lar denne tematikken ligge for nå. Det som er viktig å få fram her er at jeg opplevde den studerte problematikken som *rotete* i den innledende analysefasen. Derfor gikk jeg også så tett inn på kontroversen om IPLOS, fremfor å gå rett til kommunene for å gjøre feltarbeid der.

I begynnelsen fremsto det for meg som en utfordrende oppgave å skaffe oversikt over de mange aktører som syntes å være koblet til IPLOS som problematikk. Og utfordringen syntes å vokse etter hvert som jeg etablerte kontakt med organisasjonene som var

involvert i IPLOS, som stadig sendte meg videre til andre, flere organisasjoner og nye navn. Nettverket av relasjoner, institusjoner og kontekster som var koblet til IPLOS som tematikk este ut rett foran meg, på skrivepulten og under samtaler med informantene. Jeg tok da et standpunkt om at jeg måtte håndtere, kontrollere og temme dette “rotet” for å komme meg videre i analyseprosessen. Jeg måtte omforme rot til orden.

For å komme fram til en orden vurderte jeg det som nødvendig med en ekstensiv koding av datamaterialet. Koding av data innebærer å sortere og forenkle datamaterialets kompleksitet, ved å redusere materialet ved hjelp av koder og kategorier. Forskere må uansett forenkle transkripsjonenes kompleksitet, for å gjøre transkripsjonene om til sosiologi. Dette trenger ikke å innebære koding, men grundig koding regnes ofte for å være et nødvendig grunnlag for systematisk induktiv analyse. Standpunktet ledet til en nysgjerrighet for klassisk grounded theory (GT).

GT er et uvanlig tydelig eksempel på en empirinær metode, med koding som en sentral grunnaktivitet (Alvesson og Skoldberg, 1994, s. 63). Klassisk GT kjennetegnes i tillegg av konstant komparativ analyse av studerte enheter og prosesser, teoristyrte utvalg, teoretisk metning og en leting etter egenskapsorienterte begrep og kategorier (Glaser og Strauss, (2009[1967])), og representerer generelt sett høyt formalisert kvalitativ analyse. For å håndtere egen usikkerhet over feltets “rot” var det nettopp formalisering av teknikk som dro meg til GT. I flere omganger kodet jeg transkriberte intervjuopptak, observasjonsrapporter og dokumenter. Utdraget på neste side gir et eksempel på koding av et intervju med en sykepleier i hjemmesykepleien fra feltarbeidet i bygdekommunen i 2008.

Utdrag, transkripsjon <i>Intervju med sykepleier om behovsvurdering og IPLOS-registrering</i>	Koding
<p>Sykepleier: “Det er ikke alltid at de forstår helt, eller..selv om du forteller til dem og..det er ikke sikkert de husker det til neste gang og alt det der. I alle fall fortelle litt om IPLOS. Hun beskriver sin verden som at hun har det bra, hun bestemmer selv og har det godt, med de tjenester hun får fra kommunen. Men det som jeg... Jeg må jo bare høre på henne, men det jeg gjør samtidig er at jeg gir henne tilbud om at hun kan ha mitt mobilnummer, så hun kan ringe meg når som helst. Og helst spørre henne om hun er fornøyd med tjenesten fra kommunen, og det er hun i dag. Så kan det hende at når hun har tenkt gjennom og sett hvordan livet er så.., du så hun ble litt betutta da hun snakket om familien, ble litt sånn..i ansiktet. Jeg har laga til en IPLOS tror jeg sjøl ut fra at hun er fornøyd med tjenestene, hun er fornøyd med mestringsen av sitt liv, men samtidig har jeg gitt henne..., det er jo et fremmed menneske dette her, men samtidig har jeg gitt henne muligheten til å ta kontakt med meg og eventuelt endre på den IPLOS-scoren etterpå.”</p>	<p>Fange opp informasjon, klient Gi informasjon, pleier Huske informasjon over tid Informasjonsflyt + “litt” (kontroll) Klientens verden Selvbestemmelse Tjenestemottaker Lytte til klienten Aktiv lytting med respons, pleier På tilbudssida, pleier Tilgjengelighet for klient, pleier Kartlegge klients fornøydhet med tjeneste Fornøyd klient Refleksjon, klient Livet og hverdagen Klient, forhold til familie Kroppsspråk IPLOS-registrering Vurdering bak registrering, pleier Vurdering, forbehold Fremmedhet, forholdet pleier-klient</p> <p>Tilgjengelighet for klient, pleier Muligheter for revidering av IPLOS-score, i tråd med klientens selvpoppfattelse</p>

Tabell 4. Eksempel på koding av transkripsjoner

Jeg opplevde åpen koding av datamaterialet som nyttig for å skaffe oversikt over datamaterialet og å komme et steg videre i analysen. Man trenger imidlertid ikke å gjøre GT for å gjøre koding av datamaterialet. Dessuten bygger klassisk GT på vitenskapsteoretiske antagelser som jeg opplevde som vanskelige å gjøre kompromiss med under arbeidet. Glaser og Strauss sitt klassiske verk *The Discovery of Grounded Theory* var i utgangspunktet et forsøk på å krympe gapet mellom data og teori (Glaser og Strauss, 2009[1967], s. 4). Prosjektet, slik det formidles i originalen, tjener på å leses som et produkt for sin tid, med steile fronter mellom logisk-deduktiv og induktiv teoretisering. Prosjektet har da også blitt omfattende kritisert. Kritikken kommer fra mange

forskningsleire. Ifølge Mjøset (2005, s. 380) ser for eksempel Goldthorpe og Burawoy på GT som en aktivitet som må bekjempes - men hvor Goldthorpe betegner grounded theory som et uttrykk for et anti-positivistisk angrep på "riktig sosialvitenskap", anser Burawoy GT for å representere et positivistisk overgrep som man må motstå om man vil utøve refleksiv og kritisk sosialvitenskap. Uenigheten om hva GT er, finner vi også igjen hos Glaser og Strauss selv, som skilte vei vitenskapsteoretisk sett i videre arbeid. Uenighetene mellom dem kommer særlig til syne gjennom diskusjoner av prinsippet om *tilsynekomst*, eller *emergence*, det vil si hvorvidt analysen, via begreper, sammenligninger, koder, kategorier og teori kan og skal komme *til syne fra data* (Vassenden, 2008). At Harald Grimen en gang benevnet GT som et vepsebol²⁹, er således lett forståelig. Kritikken har imidlertid også ført til videreutviklinger av metodologien. Charmaz (2006) har forsøkt å tilpasse GT til en konstruktivistisk forståelse av data og analyse, mens Clarke (2005) har utviklet det hun betegner som situasjonell analyse (SA). Clarke forkaster det hun betegner som modernistisk positivistisk tankegods i tradisjonell GT, og presenterer SA som GT tilpasset den postmodernistiske utviklingen innenfor vitenskapsteori og kvalitativ metodologi.

SA kjennetegnes av kompleksitetens vokabular. Dette finner vi igjen i en rekke konstruktivistiske og interaksjonistiske tilnærminger, hvor forskeren anbefales å fokusere på flertydighet, kontekstavhengighet og produktivitet i det empiriske materialet (Mik-Meyer og Järvinen, 2005, s. 14). Et av Clarkes hovedpoeng er nettopp at forskeren må ivareta disse egenskapene i datamaterialet. En implikasjon av dette er at hva klassisk GT ville betegnet som "rot", ikke er et problem, ifølge Clarke. I stedet er Clarke (2005) bekymret for hva som stenges ute fra datamaterialet gjennom forskerblikk som definerer "rot" som noe uønsket eller avvikende.³⁰ Jeg besluttet således å omdefinere det jeg

²⁹ Personlig meddelelse.

³⁰ For å illustrere det vi kan betegne som normalvitenskapens forskningsfokus, anvender Clarke (2005) kurven for normalfordeling eller målet på sentraltendens som metafor. I utviklingen av metaforen støtter Clarke (2005) seg blant annet til symbolsk interaksjonisme. Vi trenger ikke å gå lenger enn til tittelen til Beckers berømte studie *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* fra 1963, for å fange opp det symbolsk interaksjonistisk forankrede poenget om at det og dem som befinner seg i normalitetens ytterkanter, de som regnes som unormale og avvikende, bidrar til å skape det ikke-avvikende. Clarke (2005, s. 24) mener at normalfordelingskurven dominerer i samfunnets kulturelle oppfatning av seg selv; som hun skriver, "imagine a drawing of the normal curve here [it won't be hard]". Og kanskje illustreres viktigheten

opplevde som rot i møte med IPLOS som problematikk til empiriske egenskaper ved mitt case³¹ – som jeg substansielt og grundig burde gi oppmerksomhet til på dets egne premisser. Dette vil for eksempel si at detaljer rundt statistikkens produksjonslinje - som i utgangspunktet kan virke forvirrende, rare eller “i veien” - kan være helt sentrale for konstruksjonen av den statistiske produksjonslinjen, dens virksomhet og bruken av dens produkter.

For å kartlegge kompleksitet anbefaler Clarke (2005) forskeren å lage situasjonelle kart. I Clarkes (2005, s. 85-86) sjargong viser et situasjonelt kart til strategier for å artikulere elementene i en spesifikk situasjon, for å utforske relasjonene mellom dem. Slike kart er ikke ferdige analytiske produkt, men verktøy for å åpne opp data. Jeg laget flere slike kart ut fra eget datamateriale. Figuren under viser en tidlig arbeidsversjon av et kart som i hovedsak er basert på deler av studiens observasjonsmateriale. Dette kartet skulle bistå meg i å starte analysen av sosial interaksjon i settinger hvor statistikken produseres i kommunen. Kartet er ikke mettet.

Helseprofesjoner		Sykehus	Kommunale utøvende enheter	
Kommunal administrasjon		Innsparing	Brukermedvirkning	
“Primary Nursing”	Det unike vs standardiserte individet			Arbeidsrutiner
Samarbeid	Rutiner	Bruker	Pasient	Software-utviklere
Kommunalt telefonmottak		Skjema	Elektronisk pasientjournal	Omsorg
Kalibrering	Rasjonalisering	Fordeling	Likhet	Revisor
Helse- og sosialdirektoratet		Kommunelege		Økonomi
Stykkprisfinansiering	Tall	Hjemmetjeneste		Assistanse
Selvrepresentasjonsforhandlinger		Behovsmåling, tradisjoner for		
Sykepleiefaget	Diagnoser	Fastlege	IPLOS-kurs (opplæring i registrering)	
Pårørende og familie		Skolevesenet	Produktivitets- og effektivitetspress	
Omorganisering	Verdighet	Kjærlighet	Informasjon	
Fakta	Dødsannonser	Moralisering	Kommando	Ontologiske forhandlinger
Statistiske indikatorer		Hjelpemidler	Vedtak	(U)rettferdighet

Tabell 5. Situasjonelt kart, tidlig arbeidsversjon: Statistikkproduksjonen i de kommunale helse- og sosialtjenestene

av å studere det flertydige, komplekse, og det ignorerte - det som ofte befinner seg i grenseland - enda tydeligere om vi snur normalkurven på hodet?

³¹ Med begrepet “case” mener jeg ikke annet enn at studiens design innebærer å studere IPLOS i den kontekst systemet opptrer som empirisk fenomen (Jacobsen og Jensen, 2012, s. 135), og at jeg søker å besvare problemstillingene som relatert til større prosesser i samfunnet.

Situasjonelle kart krever koding av datamaterialet i et omfang som tilsvarer retningslinjene for koding i klassisk GT. Clarke (2005) selv har ikke mange henvisninger til hvordan man faktisk koder data, men støtter seg her til tidligere arbeid innen GT (for eks. Charmaz, 2006; Glaser og Strauss, 2009[1967]; Strauss og Corbin, 1998).³² Clarke (2005) presiserer at oversettelsen av data til koder ikke utgjør et korresponderende representasjonsforhold mellom det forskeren ser og det forskeren kaller dette som. Det finnes ikke én riktig lesning av data.³³ Dermed finnes det heller ikke én riktig kode. Kodingen forplikter ikke, inntil de viser seg å holde stand og tettes inn i mer varige og analytisk ambisiøse “kategorier”, som integreres i den endelige analysen av det substansielle området som forskeren studerer (Clarke, 2005, s. xxxi).

Til tross for kodingens tentative, uforpliktende karakter, ble jeg stadig mer frustrert under kodearbeidet. I møte med deler av datamaterialet følte jeg rett og slett et ubehag overfor kodehandlingen, som ikke veide opp for kodenenes nytteverdi. Ubegrepet oppsto idet jeg skulle kode transkriberte intervju med representanter fra interesseorganisasjonene som også mottok kommunale helse- og sosialtjenester. Informantene hadde eksplisitt annonsert at elementer av krenkelsen de opplevde med IPLOS-registreringen handlet om det å bli oversatt til ett tall, en kode, hvis oversettelse de ikke kunne kontrollere selv. De ville ikke sorteres. Binær logikk, som i at de ble registrert med et assistansebehov eller ikke, eller at de ikke kunne være en “4’er” og en “2’er” samtidig, fremhevet krenkelsen. Og enda sterkere opplevde de nedverdigheten idet de oppdaget at disse kodene lagres “for alltid” i deres pasientjournal og i IPLOS-registeret. For flere av informantene speilet kodene dem selv og hva de antok at det norske samfunnet identifiserte dem som: Funksjonshemmede, som om det var deres eneste identitet, og funksjonsnedsettelse da forstått som noe negativt, som en svakhet. Hvordan kunne jeg prinsipielt sett gjøre “det samme” overfor dem? Gå ut og snakke med dem om de statistiske kodene og kategoriene

³² Innenfor grounded theory beskrives flere faser av koding – åpen koding, fokusert koding, og teoretisk koding (Charmaz, 2006). Clarke (2005) ser først og fremst ut til å identifisere den *åpne kodingen* som relevant for situasjonell analyse. Det er den åpne kodingen som representerer det postmodernistiske tilsnittet hun følger opp, hvor kodene ikke representerer noen essens, men en midlertidig og delvis lesning, som er historisk og geografisk situert (Clarke, 2005, s. 7-8).

³³ Dette er i tråd med prinsippet om underdetermineringen av teori fra data, som sier at det i prinsippet finnes et uendelig antall teoretiske antagelser som man kan sortere om for å gjøre rede for en mengde data (Knorr-Cetina, 1982).

som de hadde motsatt seg, for deretter å gå tilbake til mitt eget kontor og kategorisere dem på nytt ved hjelp av koder?

Koding handlet i utgangspunktet for meg om praktiske og strategiske måter å ordne data på. Plutselig handlet koding om etikk og ivaretagelse av informanternes ideologiske standpunkt, emosjonelle arbeid for å håndtere sin livssituasjon og deres opplevelser av samfunnets forventninger til dem, samt deres biografiske opplevelser i møte med de kommunale helse- og sosialtjenestene. Deres fortolkninger av IPLOS må sees på bakgrunn av disse erfaringene. Jeg utviklet rett og slett en skamfølelse under kodingen. Kodeprosessen fremsto som en abstrahering og displasering av informantens utsagn, som Smith (2002, s. 27) betegner som “å pakke utsagn inn i en kodeboks”. Jeg besluttet derfor å avslutte kodingen, og heller finne andre måter å åpne opp resterende data på.

3.2.2. Analytisk metning

Det er jo ikke så at alle kvalitative forskere koder datamaterialet sitt. Å jobbe induktivt med datamaterialet er like fullt mulig via andre tilnærminger enn koding alla GT eller SA (og verken GT eller SA kan reduseres til kodepraksis). Om man ikke koder data kan man også “fordøye” data, som Clarke (2005) skriver, gjennom nitidig detaljert, grundig og repetert lesning av materialet.

På dette tidspunktet hadde jeg gjort en del feltarbeid i de kommunale helse- og sosialtjenestene, og oppdaget studiens organisasjonssosiologiske relevans. Slik blant andre Czarniawska (2007, s. 16, min oversettelse) beskriver moderne organisering, finner dette sted “i et nett av fragmenterte, multiple kontekster, gjennom en myriade av kaleidoskopiske bevegelser. Organisering skjer på mange steder samtidig, og organisatorer reiser rundt raskt og ofte.” I møte med egen empiri kjente jeg ikke igjen karakteristikken av organisasjonsarbeidet som så flyktig, skiftende eller kaleidoskopisk innrettet, som Czarniawska skal ha det til. Hvor vi kan forvente å entre en jungel av mangfoldighet, oppsplittelse og ustabilitet, må vi også være forberedt på at det som venter oss i felten og datamaterialet kan ha stillhetens og endimensjonalitetens karakteristikker. Mine observasjonsrapporter fra kommunene er fylt med beskrivelser av struktur, regler,

formelle rollebeskrivelser, juss, repetisjon, og aktører i definerte stillingsinstrukser. De fleste av tallene reiste utstrakt rundt, men ikke nødvendigvis menneskene. Jeg savnet analytisk symmetri. Selv om man spiller på lag med kompleksitetens vokabular, og ser variasjon, bevegelse og heterogenitet i felten, bør man også fokusere på det *regulære, stabile og ubevegelige* ved det studerte fenomenet. Som Silverman (2004, s. 351) påpeker, så finner vi sosial orden selv i de minste aktiviteter. Avhengig av metodeteknikk og analysenivå kan én empirisk verden - som i forskerens transkripsjoner trer fram som omskiftelig og i stadig endring - også observeres som fullt strukturert, nærmest på det regelryttende plan, fra en annen metodologisk utkikkspost.

Smith (1984, s. 65) gir det stabile og rigide en større plass i sine analytiske råd, blant annet gjennom et fokus på institusjonelle tekster som “beholdere” av sosiale relasjoner og sosiale handlingskurser (Smith, 1984, s. 65). I hva Smith betegner som institusjonell etnografi (IE) bør forskeren analysere fortolkningspraksiser som inkluderes i sosiale handlingssekvenser relatert til forholdet mellom dokumenter og aktøren som leser dem. Slike analyser må vise hvordan teksten som forsteinet mening strukturerer leserens fortolkning og hvordan dens mening går inn i relasjonens faser (Smith, 2005). Jeg har ikke fulgt IA som metodologisk program og det i like liten grad som jeg har fulgt GT eller SA. Men jeg har nyttiggjort meg Smiths (2005) fokus på tekst-leser-relasjoner og de tilknyttede fortolkningspraksisene i avhandlingens artikkel nummer fire, hvor jeg undersøker vekselvirkningen mellom tall, tjenesteansattes lesninger av tallene og hvordan de koordinerer deres handlinger og arbeidsprosesser.

3.3. Forskerrollen

Som Kvale og Brinkmann (2009) påpeker, er forskerens rolle som person, forskerens integritet, avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutninger som treffes i kvalitativ forskning. I dette ligger en etisk nødvendighet av å kanalisere en viss sensitivitet i spørsmål og handling som angår ens informanter - både i felten og i presentasjonen av informantene og deres virke i analysene som forskeren produserer. I det følgende gir jeg to eksempler på hvordan jeg har søkt å ivareta et

anstendig sensitivetsnivå i den sammenheng, fra henholdsvis felt- og presentasjonsarbeidet.

3.3.1. Verdighetsbrudd

Under feltarbeidet har jeg ofte entret situasjoner hvor involverte aktører kan oppleve seg selv som i en sårbar stilling. Helse- og sosialtjenestene er “menneske-prosesserende” organisasjoner (Hasenfeld, 1972). De former de fra- og oppkoblede menneskenes liv, blant annet gjennom reguleringen av tilgangen til omsorg, medisinsk behandling og assistanse og trygderettigheter. Samtidig kan tjenestenes aktivitet sies å fremme en utstrakt fasadevirksomhet (tilsvarende Goffmans (1992) “frontstage”), med bruk av regler, prosedyrer og formelt språk, for å håndtere dette high-stakes-aspektet. Justeringen av atferd som oppstår i dette spillet er ikke alltid særlig framtrædende, og som forsker kan man spørre seg på hvilke måter en skal ta hensyn til at man har entret et sårbarhetens felt. Underveis i datainnsamlingen erfarte jeg flere situasjoner som jeg opplevde at var i grenseland for hvorvidt jeg skulle delta i dem videre, selv om jeg ble invitert inn av informanter og kontaktpersoner i felten. Jeg valgte å betegne enkelte av disse situasjonene som karakterisert av “verdighetsbrudd”.

Med “verdighetsbrudd” tenker jeg på institusjonelt innrammede situasjoner i organisatoriske sammenhenger, hvor en aktør forsøker å skjule en *potensiell* skade for vedkommendes selvpresentasjon. Verdighetsbrudd foregår innenfor avgrensede kontekster. For å definere kontekst kan vi for eksempel ty til Mik-Meyer (2005, s. 196) sin definisjon av begrepet, hvor en kontekst fanger inn den helt spesifikke situasjonen som rammer inn aktørenes handlinger. Justeringen av egen framreden eller handling som aktøren gjør for å hindre eller skjule skaden er knapt synlig. Aktøren ønsker heller ikke å gjøre noe nummer ut av situasjonen. I denne sammenhengen snakker vi ofte om disiplinerte og deltakende pasienter (Tjora og Tøndel, 2012), som forsøker å tilpasse seg institusjonens rammer. Institusjonen eller organisasjonen gjenkjenner ikke nødvendigvis skaden som en skade idet den skjer, blant annet fordi den kan anses som “uunngåelig” eller “vanlig” av aktørene som formelt representerer organisasjonen.

Med verdighet tenker vi ofte på ivaretagelse av følelser og selvpresentasjonens integritet og fasade, men et verdighetsbrudd er ikke nødvendigvis emosjonelt ladet. Verdighetsbrudd kan for eksempel representere rutiniserte hendelser som er funksjonelle i organisasjonen for å få alle “løse tråder” til å gå i hop – men som vi i en ideell verden hadde sett ugjort. En beboer på et sykehjem kan for eksempel være vant til å erfare øyeblikk hvor hennes eller hans verdighet “rammes”, sett gjennom en ytre observatørs blikk, men uten at beboeren opplever dette som sårende. Om bemanningen er lav og vedkommende legges tidlig grunnet kveldens vaktskifte, så opplever ikke beboeren dette nødvendigvis som vanskelig å akseptere – gitt at beboeren har blitt kjent med sykehjemmets rutiner og aktivitetsbetingelser. Men idet beboeren ligger våken og alene i mørket på sitt eget rom og venter på å sovne, kan situasjonen fremme et behov hos vedkommende for å rettfærdiggjøre egen aksept av hendelsen – som om en ekstern samtalepartner hadde entret rommet.

Et annet eksempel på et verdighetsbrudd kan skje idet en eldre sykehjemsbeboer oppdager en matfleck på flanellskjorta under legevisitten, og vedkommende forsøker å skjule denne uten at noen får med seg forsøket. Det er ikke flekken i seg selv som former situasjonen til et potensielt verdighetsbrudd for beboeren. Det er heller ikke nødvendigvis slik at beboeren ikke oppdaget dette før legen ankom og at det er den eventuelle skammen over flekken som representerer verdighetsbruddet. Isteden kan bruddet oppstå idet beboeren blir klar over at *andre* kan oppdage *at* han forsøker å skjule flekken. Det er da selve handlingen som beboeren opplever som vanskelig. Koblet til handlingen kan matflekken komme til å symbolisere så mangt for beboeren. Beboeren kan for eksempel oppleve den som et uttrykk for vedkommendes diagnose, sykehjemsopphold eller funksjonsnedsettelse. Alternativt kan flekken bli et symbol for pleiernes travelhet, og for at de ikke har tid til å hjelpe klienten på med ny skjorte før legevisitten, men heller må prioritere andre oppgaver. Ved å dekke over flekken dekker beboeren over pleiernes hektiske arbeidshverdag og over konsekvensene dette har for beboeren selv, som beboeren opplever seg som maktesløs ovenfor. Ut fra den lille handlingen som det å skjule over flekken innebærer, kan en erkjent maktesløshet ovenfor omverden oppstå, som lar beboerens følelser, klientstatus, og pleiernes måte å imøtekomme han på renne uhildet ut fra vedkommendes kropp, til utsiden og framsiden. Verdighet fremstår dermed som noe

aktøren bærer i seg, som noe bak et “hudlukket rom”, som renner ut fra hudens eventuelle flenger.

Selv om begrepet verdighetsbrudd gir assosiasjoner til noe dramatisk, trenger det med andre ord ikke å fremstå som noe særlig synlig eller oppsiktsvekkende i en menneskeprossesserende organisatorisk kontekst. Jeg valgte å benytte erfaringer av slike situasjoner i felten som nyttige markører for situasjoner som jeg av hensyn til tjenestemottakerne skulle forsøke å unngå å skape. Jeg startet for eksempel studien med en vag plan om å observere samhandlingen mellom ansatte og tjenestesøker/tjenestemottaker under registrering, i møte med IPLOS-skjemaet og dets enkeltvise indikatorer. Dette kunne foranlediget en etnometodologisk eller konversasjonsanalytisk inspirert tilnærming til den institusjonelle “mikrokoordineringen” av spørsmål og svar som finner sted mellom partene under behovskartleggingen.³⁴ Hadde jeg ikke først støtt på fortellingene til yngre funksjonshemmede om den krenkende opplevelsen av det å bli IPLOS-registrert, kombinert med pleieres argument mot IPLOS-registrering, hadde jeg tilstrebet tilgang til flere kartleggingssamtaler mellom klient og pleier enn jeg gjorde. I bygdekommunen som jeg først gjorde feltarbeid i deltok jeg på slike samtaler ved hjemmebesøk, mens jeg i bykommunen deltok under møter mellom saksbehandler og klient på sykehus – ved overføring av klienten fra sykehus til kommune. Et møte som særlig gjorde inntrykk på meg skjedde i forbindelse med et hjemmebesøk til en eldre kvinne i bygdekommunen. Pleieren kjente henne fra før og skulle følge henne opp ved å gjøre en kartlegging av hennes nåværende behov og situasjon, for å avklare hvorvidt kvinnen trengte mer hjemmesykepleie. Jeg fikk pleieren til å ta kontakt med henne på forhånd før samtalen og avklare hvorvidt vedkommende samtykket til at jeg kunne delta på møtet mellom dem. Pleieren informerte om min studies tematikk og formålet med min eventuelle deltakelse. Kvinnen responderte positivt. Da jeg møtte vedkommende, gjentok jeg informasjonen og hun inviterte meg fortsatt inn. Til tross for det informerte samtykket ble jeg i etterkant

³⁴ Konversasjonsanalytiske studier av institusjonelle samtaler utforsker hvordan institusjonelle virkeligheter vekkes, manipuleres og transformeres under interaksjon (Heritage, 2004, s. 223). I tilfellet IPLOS er det klientens assistansebehov og funksjonsnivå som konstrueres som institusjonell virkelighet, slik den kan skrives inn i IPLOS-skjemaet. Jeg skriver noe om prosesseringen av “administrative klientbilder” relatert til IPLOS i artikkel 3 og 4.

usikker på om vedkommende hadde svart det samme *under andre betingelser*. Samtidig følte jeg meg sikker på at kvinnen forsøkte å dekke over sin usikkerhet over situasjonen og behovskartleggingen ved “å dekke seg til”. Det virket for eksempel som at hun tonet ned sitt assistansebehov, og at hun lot som at hun visste hva IPLOS var.

Under en behovskartlegging har klienten alt fra noen få minutt til kanskje opptil en time å presentere seg og sitt behov på. Dette innebærer at hun eller han må blottlegge seg selv i et forholdsvis effektivt omfang, om vedkommende ønsker en tjeneste. Nå er ikke det alltid tilfellet. Det kan være at pårørende eller verge har meldt inn at vedkommendes assistansebehov må vurderes. Vet vedkommende dette, samtidig som hun eller han ikke oppfatter sitt assistansebehov som i en slik størrelsesorden at det er et offentlig anliggende, kan kartleggingssituasjonen oppfattes a priori krenkende for denne personen. Et visst intimitetsnivå med en skjør balanse er dermed til stede uansett om personen avgir private helseopplysninger eller ikke. Følelsen av at jeg ikke burde ha deltatt på behovskartleggingen av den ovenfor omtalte kvinnen var blant annet forankret i en følelse av at jeg/pleieren grunnet tilstedeværelsen *så* for mye av hennes forsøk på å skjule et eventuelt assistansebehov - kanskje fordi hun ikke ville være til bry for kommunen - og hennes uvitenhet om dette “IPLOS”. Jeg kunne på ethvert tidspunkt ha gått ut fra rommet som samtalen mellom dem foregikk i, men valgte å bli. Jeg hadde allerede overværet mesteparten av samtalen, og mitt oppbrudd kunne ha virket mer forstyrrende og merkelig enn min fortsatte tilstedeværelse. Jeg registrerte ikke informasjon om kvinnens assistansebehov i mine feltnotater, og har ikke benyttet direkte sitater fra møtet i analysene.

Selv om jeg nevner dette besøket spesielt, opplevde jeg et visst ubehag ved å være tilstede under slike samtaler generelt. Pleiere forsikret meg om at særlig eldre klienter ikke opplevde IPLOS-registreringen som negativt, slik de yngre funksjonshemmede kritikerne av IPLOS hadde gjort. Sjelden opplevde de at folk reagerte på IPLOS-skjemaet, så de. Dette begrunnet de blant annet med at eldre ikke kjente til IPLOS eller at de ikke var mer interessert i IPLOS-skjemaene enn andre dokumenter som sirkulerte i forbindelse med vedtaksprosesser og så videre. En tilsynelatende mangel på interesse for et spesifikt

skjema som man registreres i, innebærer imidlertid ikke nødvendigvis at man som medmenneske ikke krenkes av handlingen.³⁵

Med denne lille talen om verdighetsbrudd skal jeg selvsagt ikke fram til at man ikke skal forske på slike situasjoner. De er høyst interessante inntak til å studere sentrale institusjonelle og organisatoriske prosesser og prosessenenes produkter, så som ydmykelse i seg selv (Czarniawska, 2008). Det korte poenget mitt er at i *min* studie var det overflødig å oppsøke slike situasjoner for å besvare min overordnede problemstilling - selv om det hadde vært nærliggende å videreutvikle studien til å integrere “de normale” klienter i større grad.

3.3.2. Bruker eller borger

Hva presentasjonen av mine informanter i analysetekst angår, kan jeg gi et eksempel på refleksjoner i den forbindelse, som har preget min rapportering nærmest gjennom hele avhandlingsarbeidet. Innledningsvis presiserte jeg at jeg har etterstrebet en symmetrisk håndtering av de i caset involverte sosiale grupperes tilnærminger til IPLOS som teknologisk styringssystem, statistikk og virke. I denne sammenhengen handlet symmetri for meg om ikke å ta et aktivt standpunkt til disse tilnærmingene, om de så representerte sosialingeniørers, brukerorganisasjoners, stats eller profesjons. Med dette mener jeg at ingen tilnærminger representerer en eller annen slags form for sannhet i større eller mindre grad. Dette innebærer at alle tilnærminger kan håndteres som likeverdige.

I den forbindelse støtte jeg på en utfordring knyttet til et klassisk problem i samfunnsvitenskapen, nemlig hvordan vi skal beskrive sosiale fenomen og aktører uten å bruke fenomenenes og aktørenes egne termer med de konnotasjoner termene bærer med seg. Å velge ord fra ett vokabular framfor ett annet forplikter oss til perspektivene som er

³⁵ Som mine informanter med funksjonsnedsettelse begrunnet sin kritiske holdning til IPLOS og det noen av dem kalte for “omsorgsparadigmet” i de offentlige tjenestene, så former ens institusjonelle tilhørighet ens tanker om seg selv. Samtidig kan denne institusjonelle formingen, som på sett og vis kan sies å være konserverende, også ha en forløsende radikal effekt: Den kan tvinge fram en refleksiv endring hos institusjonsmedlemmer (Tjora og Tøndel, 2012), dersom de ser seg selv “utenfra”, ikke liker det de ser, og vet om alternativ til denne livssituasjonen eller innrammingen av seg selv som de foretrekker.

i bruk blant den sosiale gruppen eller institusjonen som befinner seg i felten (Becker, 2003, s. 661). Ett konkret eksempel på ord jeg derfor stoppet opp ved, er “bruker”, som betegner personen som søker om eller mottar kommunale helse- og sosialtjenester. For å opprettholde en symmetrisk tilgang til tilnærmingene til IPLOS kunne jeg ikke akseptere bruker-begrepet som nøytral betegnelse. Dette er et av flere begrep for tjenestenes arbeidsmateriale, altså klientene, som deltar i å skape en virkelighet om personene begrepet representerer. I helse- og sosialtjenestene finner vi en rekke profesjonaliserte og formaliserte termer for “den samme” personen, så som “tjenestesøkere”, “tjenestemottakere”, “klienter”, “pasienter”, “brukere” og “borgere”. Alle termene søker å beskrive en person som undergår en institusjonell prosessering i det offentlige tjenestesystemet, ved hjelp av sosialpolitiske, helsefaglige og helseadministrative kategorier (om møtet mellom person eller “klient” og kategori, se for eks., Buckholdt og Gubrium, 1983; Campbell, 2001; Mik-Meyer, 2004). Selv om termene kan brukes om hverandre innenfor tjenestene, bærer de på ulike forutsetninger for vedkommende de beskriver og fanger inn, for eksempel fordi enkelte representerer kontesterte perspektiv på hvordan vedkommende skal forstås. Det tydeligste eksempelet på dette i det norske vokabularet er kanskje skillet mellom pasient, bruker og borger. “Bruker” kan sies å være den vanligste betegnelsen på personen som søker om eller mottar offentlig assistanse fra de kommunale helse- og sosialtjenestene i dag. Brukeren byttet ut pasienten, og skulle være et diskursivt generert frigjøringsiltak, med virkelighetsforstående konsekvenser i tjenestene. Pasienten skulle forstås som mer aktiv i eget liv, i møte med tjenestene og profesjonene. Herav følger også faneordet “brukermedvirkning”. At det er en grunnleggende forskjell mellom begrepene bruker og borger markeres videre blant annet i Sosial- og helsedepartementets stortingsmelding med tittel *Fra bruker til borger: En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer* (Sosial- og helsedepartementet, 2001).

Bruker-begrepet blir forstått som et instrumentalistisk og nedverdiggende verktøy blant flere norske organisasjoner som arbeider for funksjonshemmedes rettigheter og interesser. Bruker-begrepet er tydelig forankret i myndighetenes og tidvis også

helseprofesjonenes vokabular³⁶ – men ikke yngre funksjonshemmedes. Dette kom tydelig fram i intervjuene med organisasjonsrepresentanter, hvor en av mine informanter, som også mottok tjenester fra kommunen selv, begrunnet dette slik:

“Vi kaller dem ikke for brukere, vi kaller dem for borgere, ikke sant. Ikke bruker. Det er jo et forsøk nettopp på å si noe om det samme. Har man tilnærming til en person som bruker, skaper det noen skylapper. Har man tilnærming til dem som borgere, må man da se at du er fullverdig borger. ... Jeg traff en helse- og sosialsjef for noen år siden som ble så forbanna. “Ja, skal brukerne bestemme da”, sa hun. Nei, det skal de vel ikke sa jeg, borgerne skal bestemme. Det er det demokratiet vårt er tuftet på. Det finnes ikke brukere. Altså, vi er borgere alle sammen.”

På lik linje med “borger” kan “bruker” sies å være et kategorisk produkt i en større diskurs som tilskriver personene som mottar offentlige tjenester visse egenskaper. Det som skiller begrepene er hvilke tilskrivelser de vekker assosiasjoner om. For min informant fremstår det som uverdighet satt i system at personene som mottar kommunale tjenester skal skilles ut som en egen populasjon i populasjonen, bare fordi personene mottar offentlig assistanse. Kort sagt, for informanten viser “borger” til en person som bestemmer mer over eget liv enn “bruker”.

Fordi brukerbegrepet blir tatt til inntekt for en praksis med diskursivt innebygde vurderinger (Becker, 2003), som diskvalifiserer en symmetrisk ivaretagelse av yngre funksjonshemmedes forståelse av seg selv, måtte jeg innta et standpunkt til hvordan jeg skulle forholde meg til dette begrepet. Jeg har valgt å tilnærme meg “bruker” som en

³⁶ Det er ikke konsensus blant helseprofesjonelle om hvilken betegnelse som egner seg best på tjenestemottakere. Et søk på “pasient eller bruker” på www.google.no leder deg for eksempel til en diskusjon blant sykepleiere og sykepleiestudenter på <http://sykepleiediskusjon.net>, som innledes av følgende spørsmål av en forumbruker (<http://sykepleiediskusjon.net/index.php?showtopic=7147>, 09.04.13.): “På et sykehjem vil jeg mene og påstå det er pasienter. Hvorfor kan man ikke kalle dem pasienter, men må kalle dem brukere? Et menneske som ligger inne til palliativ behandling er jo en pasient? Eller? jeg har aldri skjont den greia der.” Forumbrukere svarer blant annet at: “Jeg kaller de for pasienter, de som er hjemme og mottar tjenester kaller jeg brukere”, og “Her går det mye i “tjenestemottaker”, og på sykehjemmet jeg jobbet på tidligere, ble samtlige beboere kalt “pasienter””. Tråden punkteres med et innlegg fra en forumbruker som viser til pasient- og brukerrettighetslovens definisjoner av blant annet “pasient” og “bruker” - som om de formelle definisjonene er de korrekte.

institusjonell kategori med større forskningsmessig verdi som inntak for å studere forhandlinger mellom involverte sosiale grupper i caset og organisatorisk praksis, enn som en ureflektert kode i transkripsjonene. Jeg har ikke gjort et stort nummer ut av denne tilnærmingen i artiklene, da kategorien ikke figurerer som en primær analyseenhet. Jeg har tidvis benyttet bruker-begrepet i tekstene, fordi det har syntes mest praktisk der og da. I bakhodet har jeg likefullt hatt begrepets signalisering om medlemskap til sosiale grupper og tilknytning til spesifikke institusjonelle rammer, så som statsbyråkratiets eller helseprofesjoners. Som oftest har jeg endt opp med “klient” - selv om også dette begrepet kan ha en negativ klang. Men ved å parkere bruker-begrepet har jeg forhåpentligvis unngått å ta parti med én konfliktpart i kontroversen på det terminologiske plan, slik informantene som protesterer mot begrepet, ville ha oppfattet dette.

3.4. Generalisering

Moderne empirisk vitenskap har inngått det kompromiss at forskeren velger bort noe kompleksitet til fordel for regularitet i det komplekse og noe ustabilitet og fragmentasjon til fordel for noe stabilt og vedvarende i det fragmenterte. Dermed blir generalisering mulig, og abstrahering fra den empiriske konteksten et mål. For å oppnå dette må forskeren gå gjennom begreper. Begrep er, som Blumer (1954, s. 5) påpeker, porten til den empiriske verdenen. Hvilke begrep forskeren mobiliserer under oversettelsen av empiri til sosiologi, kan avhenge av situasjonen forskeren befinner seg i under mobiliseringen. For i denne situasjonen befinner forskerens aspirasjoner seg. Samtidig er det ikke nødvendigvis så at forskeren gjør *bevisste* valg om abstraksjonsnivå og funnenes overføringsverdi under analyseprosessen. Kanskje kan vi snakke om en akkumulativ form for generalisering under analysen, hvor enkeltvalg av begrep for å begrepsliggjøre empirien betinger senere begrepsvalg – selv om de framstår som om de kan gjøres alene, uavhengig av tidligere analyse. Under analysearbeidet har jeg derfor forholdt meg noe avventende til *funnenes* generaliseringsnivå, da jeg anser dette nivået som et produkt av en samlet innsats. Min strategi har istedet vært først og fremst å forsøke å forholde meg konsistent til *generalitetsnivå* under analysearbeidet, idet dette har direkte konsekvenser for begrepsliggjøringen av analysen (Coffey og Atkinson, 1996, s. 116). Som Glaser og Strauss, (2009[1967]) påpeker, kan det prege ens kodings- og kategoriseringsarbeid og

dertil tilhørende valg om man i utgangspunktet har et generaliserende siktemål: Man vil da kunne komme til å lete etter det regulære, overse variasjon, og begrepsliggjøre fenomener på et generaliserende nivå som abstraherer begrepene *vekk* fra fenomenene.

Et annet argument mot generalisering ser ut til å fremmes av Clarke (2005, s. 25), som virker å avvise generalisering ut fra en frykt for at dette uunngåelig innebærer en tilbaketrekking til modernistiske teoretiske antagelser om sentraltendens. I stedet søker hun med SA å forstå, gjøre kjent og å representere de studerte fenomenene i situasjonen de befinner seg i, og eventuelt også innenfor de gitte diskurser som befinner seg i situasjonen. Smith (2005, s. 42) derimot, framhever generalisering som et av forskerens selvsagte mål, selv når man eventuelt tar utgangspunkt i én informants erfaring. Studerer man hvordan det lokale penetreres med relasjoner som beveger seg på tvers av spesifikke settinger, vil det også ligge en nærmest usynlig generaliserbarhet i selve forskningen. I lys av dette poenget kan min “følge-strategi” antas å ha lagt til rette for at mine analyser av de behandlede sosiale settingene og aktivitetene har komparativ overføringsverdi til andre lignende settinger og aktiviteter. Jeg inkluderer her både settinger og aktiviteter som er koblet til nettverket av relasjoner som IPLOS produserer og former, men som jeg ikke har oppsøkt i egen person, og settinger og aktiviteter som representerer andre formelle styringsteknologier av lignende format og formål. For eksempel har jeg tidligere studert produksjonen av statistiske styringsdata ved norske somatiske sykehus (Tøndel, 2007; 2011), og jeg ser mange likheter mellom disse to casene, så som at statistikkrapportering kan endre helsepersonellens oppfatninger av pasientene/klientene som de lager, rapporterer og leser data om. At koding og rapportering medfører slike endringer innad i organisasjoner, og at dette er et generelt trekk ved slike bestemmelsesprosesser på tvers av praksisfelt, er også hyppig påpekt annetsteds (se for eks. Berg, 1996; Campbell, 2001; Smith, 2005). Kort og diplomatisk sagt: Som styringsteknologi har statistikk flere ikke-intenderte funksjoner og konsekvenser for settingene som de innføres og brukes i, enn intenderte.

4. Avhandlingens empiriske analyser

**Bidrag 1: Administrating disability: The case of “assistance need”
registration in Norwegian health and care governance**

Administrating Disability: The Case of “Assistance Need” Registration in Norwegian Health and Care Governance

Administrer le handicap: le cas de la mesure du "besoin d'assistance" dans la politique Norvégienne du handicap

Abstract

The use of quantitative measurement is a widespread method in public management to govern at distance. However, this governance may clash due to the statistics itself. In Norway, measuring disability for governance purposes has created a controversy about the status of disability in health and care administration. The debated object is a concrete form of Norwegian health and care policy, a registration system called IPLOS. It measures assistance needs based on, among other criteria, functional disability levels. Authorities deem it a necessity for future planning and organization of municipal health and care services, while organizations of and for the disabled hold that IPLOS communicates a discriminatory view on disability. They have used the controversy to confront authorities' practical politics of disability, and to promote their own.

In this article I explore the controversy surrounding IPLOS. I focus on the relationship between number and person that IPLOS requests and the organizational and symbolic aspects of the number production. Due to the importance such measurement tools are given, we need a further understanding of what the concrete use of such statistics implies both for the counted disabled and for the public authorities' way of managing disability.

Résumé

Les statistiques sont aujourd'hui communément utilisées en gestion publique comme moyen de gouverner à distance. Cependant, il apparaît qu'elles peuvent aussi être la cause de l'échec de la gouvernance qu'elles rendent possible. En Norvège, leur introduction à la gestion des handicaps par le biais d'un nouveau système de registre appelé IPLOS créa notamment une controverse à propos du statut de ceux-ci dans l'administration des soins et de la santé. Pendant que ce système, qui mesure le besoin d'assistance selon différents critères, est considéré par les autorités comme un outil nécessaire à la planification et à l'organisation future des services municipaux de soins et de santé, des associations d'handicapés le perçoivent quant-à-eux comme le véhicule de vues discriminatoires à l'égard de ces derniers.

Dans cet article, j'explore la controverse qui se développa autour d'IPLOS, en me concentrant particulièrement sur la relation entre personne et nombre que ce système demande, et les aspects symboliques et organisationnels de sa production. L'importance donnée à ce système semble en effet appeler à une meilleure compréhension des implications que l'utilisation concrète de ces statistiques peut avoir, tant pour les handicapés comptés, que pour la manière dont les autorités publiques gèrent les handicaps.

Key words: Disability, statistics, measurement, management, controversy

Mots-clés: Handicap, statistiques, mesure, gestion, controverse

1. Background – A Norwegian conflict in a global context

“..in the quantification oriented society of today it seems a good citizen is a citizen who can be well counted, along numerous dimensions on demand..” (Bowker & Star 2001: 423).

The use of large data sets and quantitative measurement is a widespread method to facilitate governance at a distance in public management. Statistics make it possible to gain an overview of the governed fields, monitor production levels and quality, assess and plan budgets, support decision-making amongst service providers, politicians, and the public, orient the public on available services; and report and archive service history. This way of knowing and performing governance generates a multiple repertoire of tools to achieve the data collection, such as statistical registers, classification systems and software programmes. Often, the work of these tools seems to take place behind the scenes of the fields that are measured. For instance, in Norway, statistical registers are treated as ordinary technologies which the general public seldom questions, even actively accepts – if they see them in action at all. The registers’ employees are often proud of the statistics and the knowledge they produce, and seem to trust the numbers. The tools are treated as something natural, as furniture that happens to be in the community.

In 2006 the Norwegian Ministry of Health did as is common in these days: It launched a national statistical information system to collect data about the users of municipal health and care services. With the implementation of IPLOS, health personnel with documentation duties became obliged to report what central authorities term “assistance needs” and “functional disability levels” of every person who applies for or receives assistance from these services. IPLOS is an acronym for “Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk”, or “Statistics linked to individual needs for care”. The register is managed by the Norwegian Directorate of Health (2008: 1), which characterizes the significance of IPLOS as follows:

“The register shall constitute the basis for national and local statistics, research and analysis of the health and care service sector. (...) Better knowledge will be important to make correct welfare political decisions, and to meet the great challenges which the health and care sector confronts. IPLOS will therefore be an

important tool in the planning and further development of the health and care sector both for the municipalities and the central authorities”¹.

However, in the Norwegian public sphere there is no consensus about this characterization. An intense controversy has developed surrounding the data register. The controversy has mainly been led by organized representatives of the disabled. In addition, individuals with function reduction(s) have coloured the debate in personalized ways. Activists have refused to be counted and registered, and hence acted as “not so good citizens”. Yet, IPLOS concerns every Norwegian citizen, regardless of whether they have a current assistance need or not. We are all likely to need public care services at some time in our lives. Each person who applies for or receives assistance from municipal health and care services is to be registered in the IPLOS data base. In the municipality the IPLOS score of every registered individual shall reflect what health and care services (s)he needs and receives. This makes IPLOS into a potential validating device (Stone, 1984), which can legitimate or restrict citizens’ access to services and influence service providers’ budget composites. The Norwegian Directorate of Health (2008: 7) has also planned that the IPLOS register shall give a basis for surveillance, quality assurance and research, in addition to supporting the management and planning of the health and care sector.

An important situation which affects the validity of such statistics and hence the validity of the practical politics based on upon the numbers, is the registration moment. In theory, the quantified data about the counted ones’ assistance needs are produced through a cooperative and interactive consensus-making communication between the local IPLOS data reporter and the one to be reported. Among other core themes, participants in the controversy have addressed whether the promised cooperativeness and informed consent has been fulfilled related to the IPLOS registration which has taken place since 2006. This scepticism is reflected in mass media where IPLOS has been attacked under headlines such as “Registered against her will” (*Bladet Tromsø*, 2007), “Feels insulted by handicap-statistics” (Bakke, 2008), “Intimate details in care register” (Bore, 2007) and “What number for soul pain?” (*Harstad Tidende*, 2007)².

¹ Any translation errors in this article are my sole responsibility.

² The resistance has been well coordinated. Simultaneously as the Directorate of Health published the first IPLOS statistics in 2008, several prominent organizations working for the disabled rejected its legitimacy, even though some of them had been involved in the technical development of IPLOS carried out on assignment from

This controversy illustrates some challenges related to the counting of disability for governance objectives. Organizationally produced official statistics gain autonomy and credibility through their alliances to science and its ideals of realism, objectivity and neutrality. If IPLOS statistics had not only been presented as such, but also convinced its audience and receivers about its' objective and neutral appearance, the controversy might never have emerged. Instead, critics emphasized that:

- IPLOS does not validly measure “assistance needs” of applicants for and receivers of municipal health and care services (due to inherent difficulties in measuring abstract “abilities” and “distortions” inevitable to “high stakes” registrations);
- IPLOS registration is demeaning to those counted, robbing them of dignity and the right to control their self-definition and self-presentation;
- IPLOS is therefore not a serviceable tool for planning and further development of the health and care sector.

In this article I map the controversy surrounding IPLOS. The tension level of the controversy signals that behind its local and particular surface, there are aspects of general interest. What generates conflicts about statistics and measurement in the public welfare system? In this case I find that the conflict surrounding IPLOS statistics may be analytically divided into three thematic fields; the translation of person to number, the organization of the local setting which conditions the numbers produced within, and the symbolic aspect of what it means to be counted as related to the right to one's own identity. In the analysis these fields seem intertwined, illustrating the context dependency of numbers. However, the authorities' use of statistics to govern does not necessarily imply that they reject this characteristic.

The IPLOS controversy illustrates the interaction between two ways of knowing disability: One held by central authorities and one by representatives for disabled in Norway. IPLOS is an expression of what Walker (2007) denotes the evidence-for-policy wave, or in the words of

the Directorate. Following the publication the Collaborative Forum of Organizations for the Disabled (SAFO), the Norwegian Association of Pensioners (Pensjonistforbundet), the Norwegian Federation of Organisations of Disabled People (FFO), and the Norwegian Union of Municipal and General Employees (FAFO) delivered a collaborative press release. They informed that they declined to participate in a meeting with the Directorate to receive an orientation about the publication due to “IPLOS’ humiliating content and design” (SAFO, 2008: 1). However, other organizations have also been active in the controversy, such as The Norwegian Association of Disabled (NHF) and ULOBA. The latter organization is a cooperative owned and run by disabled people according to the philosophy of Independent Living (ULOBA, 2008).

Gray & Hood (2007: 89) “a visible tip of the formidable iceberg of quantitative performance measurement that has grown over the past quarter of a century and which is now a dominant feature of the seascape of public services management”. The analysis shows how differently this iceberg can be experienced, from the standpoint of those who place the order and those who hand over the requested information. Because the numbers are so important for health and care governance, it is crucial that researchers working with themes such as disability, age, health and welfare have an understanding of the production context of data such as IPLOS,³ both for what it can tell us about the situation of the counted ones and for how it can illuminate the processes by which governments utilize so-called objective evidence (Abberley, 2008: 4, see also Albrecht, Devlieger & Hove, 2007 on the importance of context), to organize the service apparatus.

2. Method

This article is based on in-depth qualitative interviews with representatives from organizations working for human rights, full citizenship and social participation for the disabled, who have been active in the controversy surrounding IPLOS. Some of the informants had a functional reduction themselves and a personal rationale for their activism. My data also include written contributions to the debate from critics of IPLOS in mass media and open meetings, and central authorities’ formal IPLOS documents, such as instruction guides and incentive and development reports. I have used a purposive snowball sampling strategy in the organizations to insure that the informants have had key positions in the interface between the organizations, the controversy and the central authorities. This strategy was initiated by contacting persons presented as key communication representatives for the organizations on their public web site. The interviewed disabled persons were also working in the organizations, and were suggested by either key representatives or other informants. They were first and foremost interviewed due to their position in the organization, and not because of their disability. From a health administrative point of view the disabled informants were defined as disabled and received

³ The term production context is used broadly and refers not only to the physical acts included in the everyday reporting of the data in the services, but also the actors’ understandings and interpretations of the data system – which may affect the production process. As I discovered when I did fieldwork in municipal health and care services, health professionals sometimes turned to the controversy to explain experiences with IPLOS in their work, even though the controversy was closed at that point. This implies that the controversy interacted with informants’ way of knowing IPLOS, perhaps shaping their responses to IPLOS. More analysis is forthcoming which addresses this question, which will be included in my dissertation.

formal assistance. Yet, even though their respective disabilities were related to impairment and associated with function limitations, they did not conform to the “disability role” which they interpreted as given to them by the bureaucratic and professional apparatus.

Different organizations have entered the controversy at different times, and have been involved in IPLOS as a debate and an object in different ways. Some have left the controversy for a while to enter it again at some later point. Some have participated in the development of IPLOS while others have not. My informants represent multiple organizations, not all of which are otherwise mentioned in this article, nor are all organizations mentioned as parties to the conflict represented here with quotes from my interviews. I have chosen not to identify the organizations the better to maintain the anonymity of my informants.

Obviously, the data I build my analysis on represent *a* finite set of points of view. The data or my interpretations of the data do not portray what IPLOS *is* in some objective sense, but how IPLOS is perceived by key actors (individuals and organizations) representing those who are IPLOS registered. Official documents about IPLOS give another point of view. I use both sources – interviews and documents – not to triangulate my way to an objective view, but to show that multiple views are possible.

3. First conflict: Translating assistance need into numbers

Disability is a difficult social status to manage in an administrative system. All of us could be considered as disabled to some extent, depending on the disability definitions invoked. Categorizing someone as disabled involves deciding how far ability has to be impaired to constitute a disability (Lancet, 1999). Such decisions are not purely medical, but equally questions about politics, values and welfare systems.

Through the controversy surrounding IPLOS the disabled got the opportunity to put several important themes concerning their everyday life situation on the public agenda. What kind of (in)dependence do disabled people experience? How are their lives affected by welfare bureaucracy gate-keeping practices? What characterizes the relations between individuals with a function reduction, professional service providers and the welfare bureaucracy (a question also discussed by Helgøy, Ravneberg & Solvang (2003))? Do we need another

society to meet disabled as equal citizens, or can we build our society further upon the structure of the present welfare system? Through what mechanisms are persons disabled? Is IPLOS, and what it represents, such a mechanism? And what does IPLOS represent: power, politics, knowledge? From the central authorities' perspective such questions seem vital, but necessarily secondary to IPLOS' main tasks: to solve challenges and problems of coordination and cooperation between the municipalities' differentiated health and care services and between the local services and the central authorities' political decision making. The importance of the citizens' willingness to give individual information to IPLOS is neatly captured in a headline of the Norwegian Directorate of Health's (2008) IPLOS instruction guide: "Common understanding – Individual registration". But, how can we create good welfare political decisions that contribute to the development of equal and effective services and simultaneously utilize the available resources well (Norwegian Directorate of Health 2008: 5) - within a sector that must manage individual needs with standardized tools built for making a just distribution of scarce resources? How can we adjust public services to satisfy individual needs and yet secure individual assistance solutions that are universally independent of their geographical localization and formal decision makers? How can we integrate the sake of specific needs within a regime of equality? Each of these questions is important in its own right. However, one question seems to summarize them all since our point of departure is a statistical tool, namely the question of validity: How can we translate a personal and individual-dependent situation of lived disability into numbers?

3.1. Person-number: technical matters

Creating administrative categories that capture the complexity of lived experience into simple numbers is a pragmatic challenge. The categories shall function as neutral technical tools, but they also ascribe identity characteristics to the categorized ones. The designers must balance the question of representation with the need for information that the multiple system users request, and relate the categories to each other in a flexible network that satisfies every task the category system is delegated.

An outcome of this balancing act related to IPLOS is the basic registration form. When filled out, most often by a nurse, it becomes part of the patient record of each registered individual. The main IPLOS categories are (Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, 2005)⁴:

- Personal information and housing conditions
- Assessment by the relevant health professionals
- Functional disability level
- Diagnoses
- Health and social services received from local authorities
- 24-hour care from non-local authority sources

Of these, it was the measurement of “functional disability level” which generated the first wave of anger from the critics. They focused on what indicators the Directorate found relevant to map the degree of functional disability level, how the indicator definitions were formulated, and how the measurement scale in itself portrayed disability. As of 2005, the two most controversial indicators in this section seemed to concern eating and personal hygiene. After revision in 2007, the controversy appeared to move towards issues of measurement more generally, with the old debates serving as rhetorical examples. The following bullet list presents four examples of indicators and their definitions from the revised list of 17 indicators totally (Norwegian Directorate of Health, 2007: 16-17):

- “Social participation”: In need of assistance to strengthen and maintain a social network, have/take contact with family, friends, colleagues and persons in local environment.
- “Decisions in daily life”: In need of assistance to make decisions and organize daily tasks, make choices between alternatives, plan the timing of tasks and integrate unexpected events.
- “Maintain own health”: In need of assistance to manage own disease, injury or functional impairment, to take contact with treatment apparatus when symptoms or injury occurs, follow treatment schedule and manage own medication.

⁴ The reader must appreciate that the system is under revision. A debate concerns for instance whether IPLOS shall contain information on diagnosis or not. Some indicator definition formulations are also under revision, yet the same main indicator categories, for instance illustrated by the examples above (“social participation”, “decisions in everyday life”, “maintain own health” and “move outdoors”, are taken to represent disability.

- “Move outdoors”: In need of assistance to move outside own residence, up and down stairs, curb stones, on uneven ground, etc. Outside own residence encompasses everything outside own entrance door, including outdoor stairways and thresholds.

These are four of 17 categories assumed and expected to indicate every person’s function level and assistance need status. Hence, they are treated as reference categories for disability. For every registered individual the seventeen reported outcomes are summarized in an average IPLOS score. The outcomes vary on a discrete measurement scale from 1 to 5 – ranging from “no assistance need” (1) to “total assistance need” (5). Values 1-2 are defined as not restricted in such a way that they can reflect a legitimate claim for public assistance. This implies that IPLOS employs three levels of administratively acknowledged disability (see the Norwegian Directorate of Health, 2007: 16, my translations):

3. Medium need of assistance: Manages partly by oneself, but needs assistance to the remaining parts of the activity. Intermittent assistance may be adequate.
4. Large need of assistance: Manages partly by oneself, but with assistant present throughout the activity. Assistant is present for guidance/adjustment/assistance.
5. Total need of assistance.

But, what is a functional disability level number 3? 4? 5? Where do these categories come from? In the IPLOS guide which health personnel currently receives as registration support the Norwegian Directorate of Health does not explain their stories. Rather, they are presented as natural categories⁵. Health personnel who undertake the registration work must to a large degree ascribe meaning themselves to the different disability levels. Regardless of the organizations’ questioning of the validity of the IPLOS statistics, tests have shown that IPLOS makes it *easy* to ascertain an applicant’s disability level and provide adequate personal records, according to the Norwegian Directorate for Health and Social Affairs (2005).

⁵ According to the Norwegian Ministry of Social and Health Affairs (2000), during the initial design phase the technical engineers of the functional disability categories and variables for assistance need were inspired from international systems as RAI (an information system which maps medical data, information about physical and psychological functional abilities and cognitive and social aspects of elderly patients or clients), ADL (“Activities of daily living”), and IADL (“Instrumental activities of daily living”). This design phase was carried out by a group working for the then Ministry of Social and Health Affairs. The working group consisted of representatives for the Ministry and other state agencies, municipal authorities, medical authorities, researchers...but not yet organizations of and for the disabled.

Statistics Norway (Gabrielsen, Otnes & Sundby, 2008) claims that IPLOS promotes the opportunity to quantify the number of receivers of one or several health and care services, measure the number of hours individual users of home services receive every week, and compare this in relation to variations in users' assistance needs and household situations. These beliefs imply the assertion that the quantifying work undertaken by the data reporters produces standardized measured outcomes. In contrast, an organization representative and IPLOS registered informant reflects:

“How can you fill out an IPLOS form? *What is a 4* [emphasis added]? A 5? ... What picture of the clients do the readers and users of the statistics read out of the scores and variables? (...) We are humans, not packages.”

The filled-out IPLOS form presents a measure of the client's assistance need based upon a summarization of the mentioned indicator outcomes included in IPLOS. Persons who get to read these forms get to know the individual client as (s)he is presented through the scores. In theory, IPLOS statistics get disconnected from the individual through aggregation and pseudonymization processes⁶. Yet, at a local level these forms circulate within the municipal's health and care services and management. Even though the numbers have been aggregated registered persons have recognized themselves in the supposedly anonymous data due to their having rare combinations of physical reduction and social characteristics in their area. They have not always identified themselves with their formal quantitative representations, and have thereby questioned the relationship between number and person. In the above quote the informant questions the standardization logic behind the belief in the numbers' ability to accurately represent the health and care service applicants' and receivers' assistance needs. She points to a fascinating aspect of numbers; that they present themselves as objective and natural while simultaneously opening up for what Becker (2007) terms data reporters' and readers' “interpretive possibilities”. According to the informant, packages could have been counted in this way, humans cannot. Implicit in this statement we find the belief that central authorities view disability as a physical terrain that can be easily mapped, given the right tool – and numbers as apparently functioning as self-explanatory objects, becoming key elements of such a tool: If only health professionals' estimates are seen as valid,

⁶ In fact, the entire register is pseudonymized, since names and public register numbers (the Norwegian equivalent of US Social Security numbers) are replaced by an automatically generated random code.

the numbers produced by them will be good enough to be used as facts. We just have to find a way to count - IPLOS - which realistically rewrites disability into numbers for administrative purposes.

The authorities and the IPLOS critics look at the numbers from different points of departure. This difference shapes the agents' way of reporting about IPLOS in opposite directions. Consider organizations of and for the disabled and the central authorities looking at some IPLOS statistics tables. They both see the same objects in the world and direct their attention and remarks at the same things (Bloor, 1991: 173, see his discussions of "facts"). But the Norwegian Directorate of Health (2008: 2) says: the numbers show that "disabled who only receive practical assistance have in average the lowest assistance need", and the organizations say: "the numbers tell nothing, yet."⁷ Following the Directorate's view the numbers can consequently and un-problematically be given a prominent role to "provide a basis for inter-service-coordination on providing services at an individual level, and give a fuller picture of the overall demand for services on which better planning decisions could be made" (Directorate for Health and Social Affairs, 2005). But, also the organizations' view represents an underlying kind of representational realism in that they suggest that numbers might be developed that *could* describe assistance need - if only the social dimension were inscribed into IPLOS. Since this dimension is put aside in the current IPLOS version, at least according to the critics' point of view, they do not interpret the numbers as valid.

3.2. Telling about disability

The different framings of IPLOS which the authorities and the IPLOS critics present seems to be based upon different underlying conceptualizations of the "functionally-below-average" Man and how you get to know him⁸. As one organization representative reflected:

⁷ The Directorate's statement is taken from its first publication of IPLOS statistics which I referred to in the introduction of this article. Similarly, the second statement reflects some organizations' view on the IPLOS statistics in general. In a newspaper the day after the Directorate's release a representative for one of the involved organizations that refused to accept the legitimacy of this publication expressed (Bakke, 2008): "The statistics only concentrate on registered diagnoses and keep areas such as social participation outside the mapping. In many cases a nurse has filled out the IPLOS scheme in a hurry without even talking with the applicant. Therefore the statistics are useless."

⁸ A parallel to the French statistician Quetelet's concept of "l'homme moyen" or the average man (Davis, 1997).

“[T]hey [Directorate of Health] are busy measuring people’s bodies ... from an understanding that ... with the underlying assumption, implicitly, that people cannot judge themselves. (...) they think disability is a body phenomenon. We think it is a social phenomenon.”

The representative repeats a basic thesis in disability studies and activism - that disability is a consequence of particular social systems rather than essentially a property of individuals (Abberley, 2008). According to Albrecht et al. (2007) these practice fields have been paralyzed by disability model battles, with the medical and the social model representing perhaps the best-known opponents. Other examples are the rehabilitation model and the social barriers model of disability. We also find different definitions of disability underlying the different modelled disability understandings, e.g. the functional, relative, administrative, subjective (Grönvik, 2007; Finkelstein, 1993; Loeb, Eide, & Mont, 2007) and so on. Apparently, IPLOS shares the dominant feature of seeing disability as residing in the individual, with the implication that when administrating disability services, disability gets defined in functional terms (Abberley, 2008: 4). This is relatively clearly expressed in the IPLOS indicator definitions mentioned above. Take for instance the variable “move outdoors”. It promotes the individual as the one in need of assistance to adjust when moving outside own residence, not the outdoor surroundings in need of assistance to adjust to meet the disabled. This focus on the individual implies measuring the interaction between individual and environment with a focus on the individual. The material world is seen as a solid and ready-made surrounding while it is the individual who physically moves and adapts.

The two ways of claiming a relationship between number and person or number and disability seem to affect the criteria for causality employed when assessing the utility of IPLOS. An organization representative explained:

“A colleague of mine said... IPLOS, it is as if you wanted to explore whether primary school filled its purpose and you asked questions about what every pupil weighed. And then you would have found out a lot about average weight and perhaps something about height and distribution of gender...”

But you would not have found anything about how weight corresponded to learning. Or how an assistance need corresponds to the overall situation of the disabled person. But, who is right? Becker (2007: 285) says there is no best way to tell a story about society. Instead of ideal ways to do it, the world gives us possibilities among which we choose; every way of telling about society does some of the job superbly but other parts not so well. The question of how we can translate a personal and individual-dependent situation of lived disability into numbers depends on our purpose (Grönvik 2007, see also Loeb et al., 2007 and their discussion of how reported disability prevalence rates are dependent both on the definition or aspect of disability being targeted and on the intended purpose for collecting disability statistics). The choice of disability definition has direct implications for how the quantification can be practiced; how the overall question of how one manage the translation of one social category into another. While central authorities claim that IPLOS gives fruitful information suited for their governance purposes, critics among the disabled refuse to see any value in the IPLOS measurements, or they support the more moderate critique that IPLOS asks the wrong questions. Is there then any “true story” about IPLOS? The system clashes into a public form based upon their dispute, where the numbers, depending on context, have come to mean both neutral tools for administratively understanding match and movement between person and surroundings *and* tools for individualizing disability in less constructive ways. In the next sections I elaborate on first, the question of the organizational context’s importance for the shaping of the relation between numbers and person in IPLOS and second, the symbolic aspect of disability (re-)presented in numbers.

4. Second conflict: Collecting numbers from an organizational context

The context-specificity of numbers in health and care management seems to be impossible to separate from their purpose: to distinguish between those who legitimately can claim assistance and those who do not. In the division of labour and social policy the simple distinction between those unable and those unwilling to work, the deserving and the undeserving poor, has with increased sophistication become more refined, with new definitions - based on clinical or functional criteria (Stone, 1984; see also Abberley, 2008: 4). IPLOS is not only an expression of a development in the health and care management specific, but of a more general way of sorting people for statistical and governance aims. Yet, the practical act of deciding how numbers can represent individuals entails different views on

ability, disability and inability. It also involves different approaches to what questions statistical data such as IPLOS may cover and promote useful answers to.

According to Abberley (2008) and Bowker and Star (1999), categorizations are not banal matters, but highly political, at least in their implications. If it is not a conscious political decision to define and demarcate groups of people into such categories, it does at least have organizational consequences. Simultaneously, the refinement practice and its categorizations, which IPLOS makes visible, may well have been tacitly at work all along. Or, as an interviewed IPLOS registered organization representative uttered, “[i]s this the way they look at us, the disabled?” The answer depends on who we listen to.

4.1. Disability rendered visible through budget related strategies

IPLOS data are collected in an organizational context which can be assumed to condition the number production in ways central authorities cannot control directly, neither through IPLOS’ design nor through the numbers themselves. In traditional ethnomethodology and social phenomenology it has been held that official statistics are assembled by bureaucratic apparatuses which process the initial observers’ reports through a whole series of modifications and transformations to produce the final tabulated results (Hindess, 1973: 10-11). Transformations that take place during these series, which affect the ascription of number to person, are often hidden behind the numbers themselves. As one kind of report on society, numbers are, in Becker’s (2007) terms, “frozen remains of collective action”. The remains may have direct consequences for the counted ones, if they are used in calculations of assistance volume. But the remains may also have consequences for the numbers produced after them, depending on how these remains are used in feedback processes to communicate with the local authorities and services which produced them in the first place.

In the IPLOS case, expressions of such transformations became visible through disabled refusing to subjectively accept the functional disability levels they were ascribed. Krokan (2008: 1), a woman with a function reduction, described her personal experience of IPLOS registration to the Norwegian Privacy Protection Commission (PVK) in a lecture about IPLOS 19 May 2008:

“I had planned to show you my own IPLOS registration, but I did not find it. There it says – I had not participated in the registration, and I did not know that it was done before I called the municipality and asked – there it says that I had scored a bit low on “indoors movement” – something I had absolutely no problem with – but “outdoors” went ok: I had an electric wheelchair, it said. I have used a manual wheelchair for forty years, but I have never owned a motorized one. I also had a low score on “takes care of own health”, that I am totally unfamiliar with, and I don’t know who else takes care of my health.”

Why would someone register this woman with a lower level of functional disability in IPLOS than she experienced herself? And why did they combine this low score on “takes care of own health” and “indoors movement” with wrong information about wheelchair type? It could have been a coincidence or a mistake. Many municipalities did not follow central authorities’ instructions for how they should collect, register and report IPLOS data. Data reporters are instructed to register the applicant/receiver on the basis of a face-to-face conversation, where the reporter maps the functional disability level of the applicant/receiver in accordance with the IPLOS indicators. That some municipalities neglected to follow this specific instruction frustrated and provoked the organizations for disabled people.

“You cannot map someone’s assistance need without actually asking them! Today one maps people’s assistance needs without *seeing* them!” (Informant, organization representative).

While some municipalities did correctly follow the instructions for IPLOS registration, others ignored them as in the case mentioned above. They apparently viewed IPLOS as not concerning the registered individual at all. This may also represent a way municipalities perform opposition to IPLOS, – i.e. by not obeying their “users”, be they the State or the municipal service clients. Some municipal service providers may have transformed the registration opportunity into practical politics. Krokan (2008: 1), the woman who spoke to PVK, uttered the following hypothesis:

“I suspect it is a general phenomenon that the receiver of services has a greater assistance need in the register than what one actually receives services according

to! Funny: When I apply for a service I have to blow up my problems and mostly magnify them, to get the services I need. Because none get what they apply for – that is common knowledge. This is a part of the game. And through IPLOS one has set up to the same kind of game between municipality and state: Exaggerate your needs to get what you require.”

Another IPLOS registered organization representative reflected upon the same drama:

“Measurement of services is not a new phenomenon, or the struggle to receive what you need. I remember a girl who absolutely wanted me to admit that I could butter my slice of bread by myself. And I gave a flat refusal, because I knew that then I would lose at least five hours of personal assistance at once. (...) I know how the system works so I knew why she pestered me for that. But others have probably been caught in that trap, and receive less assistance than they need because of that.”

There is a budget-generated game at below⁹ in the health and care services. Beneath the surface of documentation we find a network of actors working to find a best way to present disability and assistance need in each case. What is “best” may differ from situation to situation due to local conditions, and from recorder to recorder due to values. Service providers, such as home help nurses who often register IPLOS, play a gate-keeping role in the welfare system (Helgøy et al., 2003: 482). In Krokan’s and the other informant’s view this strategic negotiation with providers is well known among disabled people enrolled in the health and care service apparatus. They present it as a necessary (if absurd) ploy for the disabled to receive needed assistance.

Ironically, critics of this aspect of IPLOS – the “inaccuracies” created through a context of exaggeration for negotiation purposes – regard it as something both worthy of criticism and at the same time ordinary and acceptable, even necessary or useful. They wave a rhetorical fist against being portrayed as more helpless than they actually are; yet, by their own admission, it is not only a disadvantage for the counted ones or the local health personnel. It *may* create a

⁹ "At below" is a neologism. It is meant to include both "from below", as when grassroots level actors exercise agency, and "bottom down", as when control is exercised from above and its effects are experienced at the grassroots level.

situation where service users are described more systematically in ways that do not correspond well with their situation. At the same time this situation may become easier for them to manage since it gets documented in (exaggerated) detail. Achieving a lower function disability score in IPLOS than needed makes it “objectively” necessary for the local officials in charge to provide more assistance to the disabled person than they otherwise might have done.

What is at stake may be covered by two questions: How much dignity resides in the numbers, and to what degree must users of public services give up control of their self presentation in health and care documentation to get assistance? First, if IPLOS continues the budget related battle at below, IPLOS may be experienced as a public enactment of negative tensions and episodes the disabled have experienced before - when confronted with organizational health assistance measurement practices. As one interviewed IPLOS registered representative uttered, “IPLOS was the final straw”. Second, both disabled and service provider might gain power in the relationship between the disabled and his or her ascribed numbers; yet this relationship is most likely weakest for the disabled that need it the most (Helgøy et al. 2003: 482). The service provider controls and registers the final numbers that get reported into the formal documentation system, while it is the disabled who relies on the assistance provision outcome based on those numbers.

IPLOS implies that the registered numbers are stored with an unlimited time aspect. Since they are used in official publications of the status of the health and care sector they never cease to exist; once frozen, they remain always outside the disabled person’s reach, ready to be redefined to fit new purposes in the public sphere without the consent of the counted one. They are no longer the sole property of the disabled but have become public property through IPLOS statistics publications and numbers in easily accessible forums such as mass media. When published, the statistics are to be rendered anonymous, but they may not always be experienced as such by the counted one since (s)he knows that the numbers presented are in some way still connected to her/his being. Furthermore, breakdowns of aggregated data into small geographical sectors may expose individuals to identification through rare category values, e.g. rare diagnoses, disabilities, service provisions, or combinations of such categories.

Third conflict: Stigmatizing disability with numbers?

We are surrounded by numbers. We take them with us into our most private sphere. According to Davis (1997) there is probably no area of contemporary life in which some idea of a norm, mean, or average has not been calculated. At a general level, citizens are used to thinking about themselves as one waiting in a line, or as one citizen among millions, or as one citizen – one vote. However, we seldom think of ourselves as numerical objects, and we are more sensitive about accepting the intrusion of numbers into some areas of daily life than others. Our reactions to being enumerated are situationally conditioned since measurement means different things dependent on context.

As we have seen, central authorities presented and defended the relationship between number and person as neutral, natural and objective – in marked contrast to how disabled experienced the situation of being registered and their numbers. Perhaps it was this contrast that strengthened their feeling of being humiliated through the numbers? Perhaps numbers are less concrete symbols than what the authorities expect them to be? The question is – as Abberley (2008) points out as often begged in discussions of data – should they be gathered at all? Principally, what does it mean to be counted, when others are not? When is quantification a common good and when does it become stigmatizing in its effects?

Interpreting numbers' source

The combination of numbers, registration and disability gives an aftertaste due to the social history of disability. It partly pre-arranges for a critical interpretation of IPLOS as a straightjacket which mercilessly strips one of equal citizenship:

“[I]t is crystal clear. It would have been very practical for Hitler to have such a system when he picked out the disabled in Germany during Second World War” (IPLOS registered organization representative).

“Hadamar [German Nazi concentration camp] ...they came in with urinary infection and then they were killed. It was said that they died of the infection. But they were killed because of ... bodily aberrations from the strong ... posters hang around there with propaganda ... if you get one like that it will cost so and so

much for you, right, then you had to pay for a child to ... he couldn't work right and was dependent upon the public. IPLOS is not there, but it deals with ... when calculations and punctuations of that and that ... really we are too expensive to live at all" (IPLOS registered organization representative).

The gathering of data on disabled people in Nazi Germany was inextricably connected with the state's project of genocide; today, registration of groups of citizens is undertaken at a regularly basis in less extreme situations in Western countries (Abberley, 2008). The relevance of this comparison can be questioned because of the two totally different objectives. Through comparisons like this the activists demarcate themselves from non-disabled, as "others". Rather, they might have used the situation to promote an understanding of themselves being as average as non-disabled citizens and as natural allies with citizens in general on equal terms. Instead they rhetorically marked themselves as a marginalized group. "Non-disabled" citizens may also be registered in IPLOS, if they for instance apply for a safety alarm - a requisite which hardly qualifies for the common-sense term "disabled".

The informant's reference to Holocaust can be seen as a rhetorical strategy in the debate. The point is not that disabled necessarily experience their situation as oppressed to the point of being life-threatened. Perhaps some individuals do, and of course their opinion matters too, but it cannot be generalized to the whole population. The point is that this reference illustrates that the problem with a registration being undertaken depends upon the registered one's interpretation of its source - in this case the informant got associations to disadvantages, stigmas, and the pointlessness to her/himself of being registered, when drawing upon history as context – as also underscored by Abberley (2008: 5) in the case of the 1978 Disabled Person's Employment Register in Britain. It is the agent behind the numbers and the functions they fulfil which affect our experience of being counted. In the case of IPLOS we find an (at least in theory) powerful agent – the Norwegian state – with the opportunity to directly affect your daily life. Just by being registered – independent of which registration system we refer to – the registering agent has made a difference in the registered one's everyday life, regardless of whether the registered person is aware of the registration or not. The person becomes a counted person. Numbers are not the straightforward objects central authorities presume, and they never get de-connected from the counted individual.

5.2. Dependence through silence

Numbers symbolize and may enforce identities and group affiliations upon the counted ones. Being ascribed a 3 means, in any formal case, something very different than a 4. When different numbers qualify for different rights simultaneously as you must accept characteristics of you which the numbers bring with them to get the rights you need, the numbers may in their nature seem incapable of neutrality. This incapability is not necessarily a negative one. It depends upon what other population groups you are categorized with, and whether you experience this categorization as beneficial in some way; a personal evaluation that may seem cynical on behalf of those one marks distance from. An informant reflected upon what target group the IPLOS indicator formulations seemed to be defined for:

”I think ... without knowing for sure ... that they have thought about strongly intellectual function reductions, or mentally retarded as they were named earlier, or the dement. I think they have had that group in mind. And that this is a group who lives inside their four house walls, and is by definition patients. That’s what the questions look like. And I don't think one should evaluate someone with dementia or mental retardation like that either. And how comatose are you if you think it doesn't create reactions?” (IPLOS registered organization representative).

Why should it create reactions? The informant interpreted IPLOS as an identification marker that grouped her into the same category as individuals she interpret as patients – a term she resists using to refer to herself. But, what is problematic about being in the same referential room as someone with dementia? The social democratic model of the Norwegian welfare state is characterized by a comprehensive state, strong citizens’ rights and universal welfare arrangements (Helgøy et al., 2003). A significant amount of the costs generated by the health system are shared by society through individually based public tax payments. The system is decentralized and recognized as a significant important part of a totality meant to level Norwegians’ playing field. Every citizen is to meet the same demands and share the same rights. On this background the expectation of the Norwegian authorities, that IPLOS would unproblematically glide into the municipal health and care services practice, can be assumed to reflect the silent contract between state, society and individual citizens that we shall not receive special treatment compared to others in the same situation. In this way, IPLOS numbers might be seen as symbolizing equality, among the group of service receivers. Yet,

the informant's resistance reflects a wish of being seen and treated as an independent citizen even though she receives public assistance to function in every day life. The numbers become symbols for dependence. According to Helgøy et al. (2003: 483) independence is an underlying ideal among disabled people, a logical consequence being that the best way of living for disabled people is to manage with as little practical help as possible. The informant's identification of IPLOS as representing patients rather than citizens implies the presumption that patients and citizens invoke different associations. When a "citizen" receives practical assistance it represents a kind of social assistance and the invocation of a universally shared right. When a "patient" receives assistance it represents a medically oriented assistance given on unequal terms – unequal because the patient is restricted in her or his way of living which the assistance cannot equate. In spite of assistance, a dement person will not function as she or he did before the dementia due to memory loss, while ideally, assistance should render a physically function-reduced person able to function as "the average man".

Another experience the critics made, which seems to condition their reaction to IPLOS, was that the system was surrounded by an overall *silence*:

"I discovered IPLOS last year by a coincidence [see * below]. A colleague mentioned it. Suddenly someone dropped by with the IPLOS manual. And we read it and we were totally shocked about the questions. (...) In the beginning I didn't react for myself, I just reacted to the questions. I thought, poor people, they cannot treat people that way. Right? And after a while, what?? Me, registered?? I sent some e-mails to my officer in charge in the municipality and did not hear back from her ... I wondered whether I was IPLOS-registered. Usually she is quick to answer. That smelled like bad conscience. I understood that she wouldn't answer my question [see ** below]" (IPLOS registered organization representative).

Silence can fill different functions. In this case the first phase of silence (*) can be assumed to be a bi-product of the authorities' presumption that the relationship between person and number was unilateral and unproblematic. Hence, they acted as if IPLOS was just one of many other accepted statistical technologies. We seldom care about

these technologies; they just exist and we meet them in certain occasions. The second phase of silence (**) is a bit more complicated. It is both a product of the authorities' way of knowing the relation between person and number and the municipalities' way of organizing IPLOS registration, and also the municipal representative's individual ways of managing face to face – or in this case, mail to mail – interaction. Taken together, these two kinds of silences interacted to create the sense of an iron cage, robbing the individual of control and enforcing an unwanted dependence. Another organization representative gave the following situation description:

“In one municipality I know for instance, they summoned everyone, their whole staff, and they sat during one day ... and they probably ate cookies ... and they IPLOS registered everyone during that day.”

Silences “speak”. Those who notice them and feel affected by them, fill them with meanings, such as in this case; oppression, guilt, and exclusion. Disabled experienced the uninformed registration as humiliating, de-humanizing and disenfranchising, and the experience got worse when then got to know details of the municipalities' ways of managing the registration requirement. For them the absence of information and participation symbolized a devaluation of them as a population group and a public statement of them being dependent beings ready to be managed by the remaining population's independent beings. As Finkelstein (1993: 34) writes, there may be something profoundly undemocratic about able-bodied people constructing and systematically counting, scoring, and registering “not so able-bodied” people, even though the objective is good. For the informant, the contrast becomes too sharp, between officials in charge peacefully eating cosy cookies - while performing a ritual that for him represents a devaluation of the disabled as citizens, as an evaluation of them as packages of meat to be managed independent of their free will and subjective life situation. The described situation also underscores a fascinating contrast between IPLOS statistics being given an important role for the future health and care policy and at the same time being manufactured during a deafening silence from the administrative apparatus' side. Following the informant's version of the story, what does this symbolize for the disabled if not the kind of everyday discrimination which, through it being performed in naturalized and unspectacular ways, repeats the stigma of disability understood for them as undesirable otherness? If we take the disabled people's side, we can see that it is reasonable to assume that the described silence

expresses this kind of everyday discrimination. Yet, at the same time the silences and stories about registration as coffee parties in the municipalities also symbolize the unimportance of the registration. If the representatives had experienced themselves as equal citizens, perhaps they could have come to support this latter side of the story instead?

6. Conclusions

The underlying way of knowing disability in Norwegian health and care governance, to the extent the IPLOS case can be generalized, reflects the seemingly strong position of the administrative bureaucracy. This is not unique for the Norwegian welfare system. For instance, recent politics in UK has been a simultaneous call for citizenship and participation and a strengthening of administrative power; on the one hand, attention to the individual and his or her needs, beliefs and desires, and on the other for decision-making over individuals by experts (Walker, 2007), e.g. by statisticians, economists and political scientists. This description also pertains to Norway. And, as Gray & Hood (2007: 89) write, "huge amounts of public service activity and expenditure require for effective governance a valid, reliable and timely method of measurement." That is, statistics. IPLOS sounds nearly as a technological crystallization of this call.

The IPLOS controversy displayed the Norwegian organizations' problem with the interface between political will and bureaucratic outcome (Walker, 2007), as well as which themes they are oriented towards in their disability politics. According to Oliver (1987: 46), this Western emerging politics has been based upon three distinct elements; a critique of existing services, a re-definition of the problem and an attempt to create alternative service structures controlled by disabled people themselves. The involved Norwegian organizations working for the disabled people's rights brought at least the first two of these themes into the controversy surrounding IPLOS, at least in its back rooms, through:

- criticising the existent Norwegian health care system for being controlled by administrative and professional power dependent upon displaying disability as residing in the individual;

- attempts to reformulate the administrative and functional view of disability presented by IPLOS, through turning the problem focus away from what is “wrong” with the individual to what the individual needs assistance with.

However, the resistance against IPLOS by the disabled can be assumed to in some manner work against their banner. The critique of the existing services embedded in the newly emerging politics of disability concerns for instance the lack of uniformity in levels and standards of provision at both a local and a national level: Services vary from one geographical area to another, access to financial benefits can often vary as well, and the structure of services is so complicated that it is difficult for individuals (including service administrators) to know precisely what their entitlements are and to understand the service apparatus in its totality (Oliver, 1987: 46). One of the central objectives with IPLOS is to correct this situation; set standards for provision of services both in and between the municipalities and clean up the decision processes related to the services’ management of service applications. Receivers of municipal health and care services may use the IPLOS numbers to represent their case in situations where they cannot physically be present or able to raise their voice themselves. Yet, first they must find out and acknowledge how IPLOS numbers can be used as spokespersons in ways which benefit their case and which they experience as controllable. In other words, IPLOS could also be seen and used as an ally for disabled in need of public assistance. The organizations also found a common reason to collaborate in promoting their perspectives on disability to each other, the public and the authorities. In some ways IPLOS does represent power, politics and knowledge, but the tables may yet be turned as to whose power, politics and knowledge that are represented and strengthened through the numbers. As political instruments this kind of statistics gives internalist accounts of what and who it counts and measures, and as a political instrument it imposes this interpretation on the social world (Bowker, 1992: 53). It is not the registered persons’ way of knowing disability that IPLOS works according to, yet that the numbers mean what the authorities deem them to in practice is not a given.

Perhaps the numbers’ symbolic aspect is what represents the greatest barrier for the disabled to achieve a feeling of ownership to their numbers. Perhaps such ownership is a feeling not to be longed for? Disabled people are increasingly conceptualizing their lives in political terms and in this context no conceptualization of disability can be seen as “neutral” (Abberley, 2008:

19). By maintaining IPLOS as a controversial object they have a tool through which to promote their politics. At the same time, the state – seemingly unperturbed by the controversy – produces the decision-making material it wants and needs to plan and further develop the Norwegian health and care sector. It seems an uncomfortable detente, ripe for change one way or another.

References

- Abberley, P. (2008). Counting Us Out: A discussion of the OPCS disability surveys. In N. Watson (Ed.), *Disability. Major Themes in Health and Social Welfare*. Vol. II, 3-21. London & New York: Routledge.
- Albrecht, G. L., Devlieger, P. & Hove, G. van (2007). The experience of disability in plural societies. *Alter – European Journal of Disability Research*. 2(1), 1-13.
- Bakke, J. (2008, 18.01). Føler seg krenket av handikap-statistikk. *Dagsavisen*. Retrieved June 2008, from <https://web.retriever-info.com/services/archive.html>
- Becker, H. S. (2007). *Telling About Society*. The University of Chicago Press: Chicago & London.
- Bladet Tromsø (2007, 15.10). Registrert mot sin vilje. Retrieved June 2008, from <https://web.retriever-info.com/services/archive.html>
- Bore, M. R. (2007, 12.09). Intime detaljer i omsorgsregister. *Stavanger Aftenblad*. Retrieved June 2008, from <https://web.retriever-info.com/services/archive.html>
- Bowker, G. (1992). What's in a Patent? In W. E. Bijker & J. Law (Eds.), *Shaping Technology/Building Society: Studies in sociotechnical change*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Bowker, G. & Star, S. L. (1999). *Sorting things out: Classification and its consequences*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Bowker, G. & Star, S. L. (2001). Pure, Real and Rational Numbers: The American Imaginary of Countability. *Social Studies of Science*, 31(3), 422-425.
- Bloor, D. (1991). *Knowledge and Social Imagery*. The University of Chicago Press: Chicago & London.

Davis, L. J. (1997). Constructing normalcy: the bell curve, the novel and the invention of the disabled body in the nineteenth century. In L. J. Davis (Ed.), *The disability studies reader* (pp. 9-28). New York & London: Routledge.

Finkelstein, V. (1993) Disability: a social challenge or an administrative responsibility? In J. Swain, V. Finkelstein, S. French & M. Oliver (Eds.) *Disabling Barriers – Enabling Environments*. London: Sage Publications; in association with the Open University.

Gabrielsen, B., Otnes, B. & Sundby, B. (2008). *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS)*. Statistics Norway. Retrieved July 2008, from http://www.ssb.no/emner/03/03/20/notat_200803/notat_200803.pdf

Gray, A. & Hood, C. (2007). Editorial: Public Management by Numbers. *Public Money & Management*, 27(2), 89.

Grönvik, L. (2007). *Definitions of Disability in Social Sciences: Methodological Perspectives*. Acta Universitatis Upsalensis. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences. Retrieved June 2008, from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-7803>

Harstad Tidende (2007, 05.07). Hvilket tall skal sjelelig smerte ha? Retrieved June 2008, from <https://web.retriever-info.com/services/archive.html>

Helgøy, I., Ravneberg, B. & Solvang, P. (2003). Service Provision for an Independent Life. *Disability & Society*, 18(4), 471-487.

Hindess, B. (1973). *The Use of Official Statistics in Sociology*. Maxmillian: London.

Krokan, A. K. (2008). IPLOS – rå kynisme fra politikere og byråkrater. Foredrag for Personvernkommisjonen 19.05.08. To be available at <http://magasinet-selvsagt.no/>

Lancet (1999). The spectrum of disability. Editorial. *The Lancet*, 354(9180), 693.

Loeb, M. E., Eide, A. H. & Mont, D. (2007). Approaching the measurement of disability prevalence: The case of Zambia. *Alter – European Journal of Disability Research*, 2(1), 32-43.

Norwegian Directorate for Health and Social Affairs (2005). *The Content*. Retrieved June 2008, from <http://www.shdir.no/selectedtopics/iplos>

Norwegian Directorate of Health. (2007). *Felles forståelse – individuell registrering. Veileder, registrering av IPLOS-opplysninger, januar 2007*. Retrieved May 2008, from http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00014/IPLOS_veileder_for_r_14697a.pdf

Norwegian Directorate of Health. (2008). *IPLOS – bedre muligheter for analyse av pleie- og omsorgssektoren*. Retrieved July 2008, from http://www.shdir.no/iplos/unge_f_r_omfattende_bistand_hjemme_102974

Norwegian Ministry of Health and Social Affairs (2000). Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) i KOSTRA (kommune stat rapporteringen). Forslag til informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten. Retrieved October 2008 from <http://shdir.no/iplos/publikasjoner/>

Oliver, M. J. (1987). Mixing the Messages: Disabled People and the Community. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 107(2), 46-48.

SAFO (16.01.2008). IPLOS – pressemelding. Retrieved July 2008, from http://www.fagforbundet.no/forsida/seksjonene/shs/Nettsteder/kreativomsorg.no/index.php?arkiv=1&article_id=20628

Stone, D. A. (1984). *The Disabled State*. Philadelphia: Temple University Press.

ULOBA. (2008). About ULOBA. Retrieved July 2008, from <http://www.uloba.no/templates/Page.aspx?id=223>

Walker, D. (2007). Is Evidence for Policy Good for Democracy? *Public Money & Management*, 27(4), 235-237.

**Bidrag 2: Statistics as a Technology of Governance: The Norwegian Need
for Numbers and Numbers for Need**



Statistics as a technology of governance: the Norwegian need for numbers & numbers for need

Gunhild Tøndel

*Department of Sociology and Political Science,
Norwegian University of Technology & Science, Trondheim, Norway, and*

Kjartan Sarheim Anthun

*Department of Public Health and General Practice,
Norwegian University of Technology & Science, Trondheim, Norway*

Abstract

Purpose – This study aims to explore the development in Norway from an awareness of the need for numbers to govern in the 70s to a statistical information system launched in 2006, called IPLOS, to respond to this need. The article seeks to discuss how this system was developed, what the Norwegian authorities attempted to achieve with the development, which goals they desired and how the statistics were intended to contribute to reach them.

Design/methodology/approach – This study has a multisite approach inspired by situational analysis, and draws on “governing by numbers” among other theoretical debates. It is based on original data (qualitative interviews) and secondary sources (policy and statistics development documents). The sources represent both top down and bottom up perspectives: authorities, municipalities, expertise involved in the development and disability activists.

Findings – The statistics development expresses three challenges in Norwegian health and care service policy: planning and governance, the growing complexity of the welfare state and changing welfare ideologies.

Research limitations/implications – The study is limited to a Norwegian context and does not provide generalized conclusions about the sociohistorical context for developing statistics as technologies for governance purposes.

Originality/value – Statistics and numbers for governance purposes are most often talked about as ready-made facts. This study explores a quantifying tool and its numbers in the making, with a methodological approach that extends the governing by numbers tradition.

Keywords Norway, Governance technology, Planning, Welfare ideologies, Statistics, Municipal health and care services, Assistance need

Paper type Research paper



1. Introduction

In 1919 the chief of Vital Statistics in Michigan, Petrie (1919, p. 71), spoke as follows to the American Public Health Association:

Vital statistics and public health administration may be termed a business proposition [...] Statistics, in brief, is a system of accounting [...] [and form] an indispensable part of the public health administration of all progressive cities, states and countries at the present.

Today, Petries' call for acknowledging the usefulness of numbers for government has come to constitute a truism in two respects.

First, Western states have a long history of collecting and utilizing numbers for government purposes (Hacking, 1990). Numbers equip the modern state with intellectual machinery and "know-how" (Rose and Miller, 1992)[1], and make it possible for government to act at a distance (Bloomfield, 1991; Latour, 1987). Yet, since the 1970s important changes have taken place in all Western nations, known as the modernization of public sector and the rise of new public management (NPM) (Hunter, 1996; Hood, 1991). Or, as a former Auditor General of Norway described the changes; from 1970 to 1990:

[...] [a] transition similar to an experiment occurred from a fine-tuned focus on details to top-down spending limits, towards a lesser degree of state initiated governing of resources and organization to governing by results (Mørk-Eidem, 1999, p. 11)[2].

The situation is now characterized by among other traits an increased use of formal accounts in public services (Lee and Cassell, 2011), supported by an extended and professionalized number-producing industry for the public government. Briefly put, more numbers circulate in Western state bureaucratic processes than just some decades ago.

Second, the use of numbers in public sector is often characterized by a lack of knowledge about social processes and actors involved in the development of the quantifying tool and organizationally produced numbers. They are blackboxed; treated as if they work "outside social order" (Star and Lampland, 2009, p. 9), as if it does not matter whose they are, who has made them, or who knows them (Code, 1995). But often, it does matter. When used as organizing devices in welfare services, standards, such as accounting numbers and statistical categories, can rule people in or out (i.e. when used to measure individual needs for assistance). They codify, embody and prescribe ethics and values (Star and Lampland, 2009). As an old phrase says, "what's counted counts". Further, calculative practices that build upon the numbers (re-)shape social and economic relations (Miller, 2001), even as they to some extent reflect past policy. Standards and statistical categories, which are mobilized through quantifying tools, were formally defined through the technology development. In some cases this process take place over several decades with changing policy inspirations.

An implication of the truism as approached through these observations is that there is little control of which and whose ideas, desires and visions that are attempted transformed to public service practice through the quantifying technologies. This article aims to open up the black box of statistics as a technology of government to explore the background of its development – which is not visible in the official presentation of the technology. The article draws on a case study of a statistical information technology, which has been obligatory used in every Norwegian municipality since 2006, to measure "levels of functioning in daily living and assistance needs of every citizen who applies for or receives help from the municipality's health and care services" (Directorate of Health, 2009). The technology is called IPLOS, or "Individual-based health and care statistics", and constitutes the national nursing and care statistics in Norway. IPLOS is meant to be used both in planning of the health and care services and in research, and is also used in

budgeting by some larger municipalities. The article starts with a modest question: how was the IPLOS technology developed? It then follows the methodological advice formulated and advanced both within sociology of science and technology and recent debates about “governing by numbers”: to use technologies as lenses to explore society in the making (Callon, 1987), or “problematics of government” (Rose and Miller, 1992; Miller and Rose, 2008). As Rose and Miller (1992, pp. 183, 175) argue in a Foucauldian frame, it is through governmental technologies, such as statistics, forms, and procedures, which the authorities seek to embody and give effect to governmental ambitions. This means, through our exploration of the development of the given statistics, we are led to:

[...] the historically constituted matrix within which are articulated all those dreams, schemes, strategies and manoeuvres of authorities that seek to shape the beliefs and conduct of others in desired directions by acting upon their will, their circumstances or their environment (Rose and Miller, 1992, p. 175).

What have the Norwegian authorities attempted to achieve with the development of IPLOS? Which goals did they desire and how were the statistics intended to contribute to reaching them?

Since quantifying tools and numbers are seldom acknowledged as sociocultural projects, official versions of when public technology development processes started should seldom be taken for granted (Star and Lampland, 2009), or listened to from only a bottom up or a top down perspective. This analysis explores both these perspectives to the development of the statistics. It starts with the dreams and fears of Norwegian authorities; their health and care policy visions, that called for a standardization and formalization of the municipal health and care services from the 1970s, as documented in reform work. The article argues that the development – from awareness of a need for numbers to govern, to IPLOS as a technological achievement – expresses three interrelated and processual challenges in Norwegian health and care service policy:

- (1) planning and governance;
- (2) the growing complexity of the Norwegian welfare state; and
- (3) changing welfare ideologies.

2. Research methods and data material

When the Ministry of Health and Care Services (2006) announced the implementation of IPLOS in 2006, the Ministry described it as “an important tool for mapping local and national needs for nursing- and care services”, it would increase the knowledge about the services, and it “had been demanded by the municipalities for a long period”. The immediate impression of the importance of the system was rapidly counteracted by harsh criticism from interest organizations working for disabled people and service users’ rights. For instance, Flaaum (2006), a disability activist, addressing a demonstration in front of the parliament, proclaimed that the system was a product of “a view of human life” which normalized the acceptance of sorting people out on the basis of their deviations from the norm; therefore, “IPLOS must die!”

According to Clarke (2005), the missing dimension to understanding such situations is often history, “the raw material” out of which we construct the here and now (Jones, 2005, p. 165). This implies that something interesting could have taken place before the launch of IPLOS in 2006, something of importance for the statistics’ development. To gain insight into the assemblage of diverse “forces” that more or less actively could have been involved

in the construction of the statistical technology, we adopted a multisite approach inspired by situational analysis (SA) during data collection and analysing. SA is developed by Clarke (2005), and is an attempt to revise classic grounded theory toward new approaches to grounded theorizing that are adjusted for the postmodern turns in social theory and qualitative research. Among other tools, SA addresses the increasing need for multisite research – projects that examine multiple kinds of data from a particular situation of inquiry, as opposed to single-site, intensive, immersed ethnographies or interview studies of the past (Clarke, 2005, p. 165). Within a situational analytic frame, the basis for multisite research is to empirically follow the thread of cultural process itself (Marcus, 1995, p. 97). Knowledge is not seen as buried, waiting to be uncovered by the researcher. Rather, the researcher is a traveler, who enters conversations, notices sites along the way, and gathers stories and other available “collectibles” (Kvale and Brinkmann, 2009, p. 67). This has some implications for research practice and the content of the analytic accounts. For instance, the researcher needs a “tracking strategy” during data collection (Marcus, 1995), analyses will often be based upon a broad data material, and the produced account will contain a high level of details.

As Clarke (2005) recommends, this study of the Norwegian statistics builds on qualitative interview data and archival materials and documents, strategically gathered from theoretically sampled sites, with a focus on depth and variation. Data collection was guided by the principle of saturation: we collected data until we could not see that anything more could add something useful to the analysis (Clarke, 2005). Our tracking strategy has been to follow numbers and relevant words – such as assistance need, function level, statistics, care, planning and municipal services – instead of actors. This strategy led us to different authors, related through the discursive or structural conditions which tied them together in the first place. The result is data material gathered from the following broadly defined “sites”:

- (1) central authorities;
- (2) municipal health and care services, as represented by politicians, front-line care providers, middle management and municipal management;
- (3) expertise hired by the authorities during the statistics development, such as private consultants, researchers and statisticians; and
- (4) disability activists involved in health care policy work.

In all we have conducted 55 interviews with informants representing sites 2, 3 and 4. Documents are also gathered from these sites. One consultant, representing site 3, made his personal archive of documentations from the development process available for the second author. The material from site 1 consists entirely of documents.

The interviews were mainly semi-structured, with the exception of interviews conducted by the first author during a more explorative fieldwork in municipal health and care services. The semi-structured interviews lasted from 30 minutes to 3 hours and were audiotaped and transcribed. Most of the analysis here, however, is based on documents, e.g. White Papers and contract research reports. All collected documents describe technical design processes related to the statistics or were written in response to the situation in the health and care services and published by institutions related to the statistics and policy field, as represented by authorities or experts. Grounded in arguments of the 1970s representing a turning point for political climate in ways that are relevant to public

statistics practices (Sætnan *et al.*, 2011, p. 5), we strategically selected documents produced from this period and forward. A large amount of documents were read, but sorted out, either because they did not show clear relevance to our analysis or due to saturation. Documents explicitly used as data in this analysis are published by SINTEF (a contract research institute), Statistics Norway, Aftenposten (a national broadsheet newspaper), and the Norwegian Ministry of Health and Care Services (formerly known as the Norwegian Ministry of Health and Social Affairs (1993-2001) and the Norwegian Ministry of Social Affairs (-1993)). Complete publication details are given in the reference list.

We carefully read the documents with an open mind to what they could tell for a “historicizing” purpose (Clarke, 2005, p. 264). We approached the documents as “containers of content” (Prior, 2004), but with awareness of them being produced in institutional settings for specific purposes. During analysis we have avoided making early analytic commitments and attempted to specify difference and variation of all kinds within the complete data material (Clarke, 2005). One of the strengths of this as a multi-site study is that we had access both to historical texts and living persons with pertinent knowledge and experiences (Clarke, 2005, p. 267) about the inquired statistics development. This gave us the opportunity to gather several views on “the same” problematics and use them to dig more into the variation of their stories, than we could have done with a single data source from a single point in time. We were also in general aware of the potential bias for interpretation and inference which the order of the reading of texts and transcripts represents. Whose perspective the researcher are introduced to first, may affect which documents or transcripts the researcher chooses to read next and how competing perspectives are interpreted. This challenge confronts all kinds of inference, but in multisite approaches it becomes especially prominent due to the many actors and sites that are represented in the material. To conclude, we do not argue that the “bigger picture” presented in this article is the only possible account of the statistics development and its sociohistorical matrix, but due to our focus on variation, multiple voices and systematic data collection we do claim that this account is to be trusted as one valid possibility.

3. The need for “chains” to govern life

Over the past decades the art of planning and governing Norwegian health and care services seems to have become more complex practices, both due to sophisticated transformations of the welfare state itself and ideological influences, related to management models and human rights. Norway has been called a reluctant reformist regarding NPM-inspired reforms (Christensen and Lægreid, 2007). However, both the central and local government has gone through numerous small and large changes and reforms, which has led to an increase in elements such as competition, management, market and public choice (Jacobsen and Mekki, 2012; Christensen and Lægreid, 2007; Johnsen, 1999). A brief map of reforms undertaken from the late 1960s/1970s to the launch of IPLOS in 2006 illustrates the intensity of the authorities’ work to both respond to challenges confronting their government and to engineer the services in desired directions.

The wave of reforms started with a situation characterized by mainly institutional care. The services functioned as “storing places with a certain primitive hotel-like impression, where care personnel mainly performed ordinary housewifely functions” (NOU, 1972, p. 49). An existing Law of Social Care of 1964 gave certain rights to service users who could not support themselves, but did not go far in terms of what we consider “patient rights” today. The municipalities had the responsibility for homes for the

elderly but home-based care was primarily considered a family task. In 1970 a Hospital Law delegated the administrative and financial ownership of the hospitals to the counties. More formal structure was added in 1984, when the Law of Health Care was implemented. This law regulates which services the municipalities are required to offer, including general practitioners, physiotherapy, community nursing, home nursing care, midwife services, nursing homes, and emergency services. Some of these services were already offered, but until then not regulated by law. The counties offered most of the institutional services. In 1988 responsibility for nursing homes was transferred from the counties to the municipalities. The responsibility for service users with mental disabilities followed the same way in 1991. In 1998, the Ministry of Health and Social Affairs (1997a) implemented an action plan for elderly care, which increased the number of employees in home care, sheltered housing and the number of single-bed rooms in nursing homes over four years. It also prepared for stronger state control with an emphasis on financial and legal instruments (Ministry of Health and Social Affairs, 1997a, p. 5). The action plan was not a reform of law, but a political priority, strengthened through earmarked grants transferred to the municipalities and counties through the central government budgets.

The reforms all point in the same direction: a decentralization of formal responsibility for the service users, including a dismantling of centralized institutions, an increasing demand for health professional knowledge in the municipalities, and a strengthening and sophistication of users' rights. Early in the wave the authorities' overarching arguments on the need for reforms were among other tools based upon quantitative and "objective facts" about the development of society in general and the welfare state specifically along with qualitative interpretations of challenges which society and the services confronted due to this development. Demographic numbers and the population's rising income level (NOU, 1972, p. 44) suggested future capacity problems and resource scarcity due to a larger population and higher demands for and on medical services. Also, experts and authorities documented already existing organizational problems in the services, which biased the future planning. For instance, in 1978 the Ministry of Social Affairs (NOU, 1982, p. 2) reported that confusion about the distribution of responsibility for tasks and funding arrangements for services outside institutions between state, county and municipality created problems for planning and further development of the sector. At a more general level, authorities presented the need for governmental action as a product of the emergent society, diagnosed as follows:

More than any other individual factor, this century's knowledge explosion has been significant for developments also in the health and social sector. One consequence of the increased knowledge is that conditions, phenomena and terms which earlier were recognized as simple and uncomplicated, have been provided with new content and new nuances, split into components, revealing differences where before there was apparently uniformity. This differentiation is one of the most pronounced characteristics of the development in present society [...]. Together with and partly also as a consequence of the scientific and technological development, radical changes have taken place in the society's social and economic structures (NOU, 1972, p. 42).

The authorities perceived society as rapidly changing, difficult to control, knowledge- and technology-driven, and moving towards an untamed and fragmented state. The differentiation process outdated the current organization of sector. External challenges came from abroad and from other institutions, such as science and industry.

Internal challenges arose due to the confrontation with the new opportunities and the willingness to respond – without a clear stance formulated for what the response should be. Known categories for services, people, knowledge and tools, diffused into many, with unclear boundaries.

The differentiation could among other sites be traced in the treatment of service users. The Ministry of Social Affairs (NOU, 1972, p. 49) reported that different administration arrangements had led to differentiated institutions and different criteria for treatment, such as age or disease symptoms – despite the fact that the institutions had approximately the same categories of patients. The authorities stressed the importance of a more open treatment model. New medical knowledge had to be embodied into the basis for governmental and health administrative action:

Today, most of us recognize that disease and distress can only relatively rarely be addressed through one single cause, but that in most of the cases a *chain of causes* [emphasis added] can be found which partly resides in the individual and his or her local environment, partly caused by social conditions (NOU, 1972, p. 42).

Since experts analytically “drew” the chains, the reforms had to work – as the naturalness of the authorities’ way of presenting the chain metaphor suggests. The newly discovered (some might say “invented”) connections between the individual service user and his or her environment gave grounds for new approaches to public assistance and care practices. The chain metaphor was also adopted as an organizational dream for future health and care services. The Norwegian Director General of Health (cited in NOU, 1972, p. 43) described this as expressed through reform suggestions:

[...] partly already carried out, partly future-oriented – developed by experts in this area. [It] builds on the principle known as “treatment chain”, drawn from preventive, domiciliary activities, through different types of outpatient and institutional kinds of treatment to supportive therapy and follow-up-care.

Hence, the chain could be used as a unifying principle across differentiated services, differentiated service user groups, and differentiated disease symptoms. Fragmented collectives of people and activities would be re-connected, and the services – seen as islands in society – would be bridged. From being islands, the services could be pictured as networked. Then, the service user could be managed as a traveler, within a territory consisting of sites and treatments possible to link in different ways. And, as we will see, to exercise health and care for such a user demands user representations that can travel as well, between geographical localizations, services and professional practices: data, documents, numbers.

4. Call for solidity: tuning in on statistics

Chains create order. And sometimes, they order orders. Both the differentiation process itself and its remedy, the chain, required a more detailed and broader overview of the services and users. After all, the chain was supposed to intervene in user’ lives, through the connections between their bodies, well-being and environment. Yet, in the early 1970s there seemed to be little consciousness about planning in the municipalities, making it difficult to reorganize the services in accordance with the chain principle. The Law of Social Care did pay some attention to what was termed “social planning”, implying that the consideration of each individual’s health and welfare should get top priority (NOU, 1972, p. 49), but locally it did not hold a strong position:

When it comes to those elected by the people, it is often emphasized that they spend most of their time and commitment on individual client cases, while they offer little time to general debate on the objectives of social work in the community. When it comes to the employees in the social sector most of them have a stressful work load and they have more than enough with getting the daily work tasks done. This leads to disregard of long-term work. [...] [E]mployees in social services and other social institutions have neither the capacity nor often the qualifications to systematize or process the information the institution possesses so that they can form a basis for new social political initiatives (NOU, 1972, pp. 49-58).

Local politicians focused on details rather than the total picture, ignoring the potential implications of systematization for resource use and needs covering. Service employees did not have time to bother. They were neither in a position to initiate the construction of these required “devices” to cover the needs, nor did they have the competence to manage them. According to the Ministry of Social Affairs (NOU, 1972, pp. 49-58) this resulted in a situation where information had:

[...] less impact on other sectors and in the work with the general plans [...] for the use of the municipalities’ resources and for problem solving in relation to the construction of devices to cover common needs in the municipality. [...] Planning and administration become increasingly recognized as tasks which demand a special insight.

The processing of organizational data for governance purposes had to be delegated to someone or something other than the ordinary employee. And it was best undertaken by a few – not the many, implying a more specified division of labour related to planning and data production work. The municipalities could not be totally blamed. The current situation did not offer them the right tool for the job. Therefore, the Ministry required:

[...] necessary data about needs, about the use of existing resources, about access to personnel and so on, through utilizing the possibilities opened by the EDP technique, which will make it reasonably easy to quickly collect such information in the future (NOU, 1972, p. 53).

EDP specialists could then take responsibility for data production, regardless of the municipalities’ local competences and efforts.

4.1 From local initiatives to a national technology

The tradition for little attention to social planning at the national level and a lack of standards for administrative practice in municipalities led to locally adapted data management traditions. In the early 1980s these were mainly of two types: a more or less *ad hoc* use of numbers to satisfy obligatory reporting requirements to the government and the development of local tools for producing and utilizing data for administrative purposes. The first must have been annoying – if the central authorities discovered it all. The municipalities were annually obliged to submit social services statistics to Statistics Norway. The aggregated statistics contained, among other information, the number of users in home care and homes for the elderly and total costs in social care (Statistics Norway, 1986). According to one informant:

[...] the head of services adjusted the statistics. The number of clients reported was adjusted to the budget in retrospect [...] there was no clear overview of how the care resources were used.

The numbers were used as provisional substitutes to link budget and resource use; typically for planning and strategizing where administrative groups set the parameters for tasks at hand (Lampland, 2010). Whether they were correct was not important.

Larger municipalities' initiatives to develop local data systems did not pass the eye of the central authorities unnoticed. Their initiatives were taken to express a need for a system on behalf of other municipalities, and local systems could be used as models for a national system. Also, initiatives documented that local data production, more specifically data about service users' function level and level of service, could be connected to budgeting. According to a consultant involved in developing the emerging nursing and care statistics, "clients' function level became more important as a predictor of utilization and costs than for instance age when they connected the data to finances". The budget could then be linked to the number of users and their individual needs. At least one of the municipalities mentioned in a Norwegian study (Nygård and Hansvik, 1986) tried to view these separate data sources as related, resourcing municipalities with a "new" method for budgeting and individual service allocation. Results were increases in productivity and expenditure cuts, as documented by the numbers.

In 1990 the Ministry facilitated the development of an information system available to all municipalities. The project was in collaboration with Statistics Norway, Ministry of Health and Social Affairs, Norwegian Ministry of Local Government and Labour, selected municipalities and the Norwegian Association of Local and Regional Authorities. The system, called Gerix, was inspired by the afore-mentioned Nygård and Hansvik (1986) and related studies, recent development in municipal ICT systems, and the development of international classification systems, especially the *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* published by WHO. In other words, sources of inspiration constituted a complex of international health and disability politics, municipal managerial technologies, and national expert knowledge, melted together and translated into one standard.

The scope of this technology signals an ambitious attempt to effectuate governmental plans for the municipalities' management of the services and their way of knowing their service users. Gerix was framed as a lock, to create a statistical realm across the geographical, social, managerial and medical and nursing boundaries of the municipalities, services and service users. Additionally, it was framed as a multi-tool. For instance, during the technical development consultants had many suggestions to which administrative functions the system could be delegated, from being a tool for client assessments, a basis for developing weekly plans for home visits for individual care workers, to collecting user co-payments "and so on" (Holmøy and Heldal, 1994, p. 15). At some point the Ministry of Local Government and Labour also considered using Gerix data as the allocative key related to the governmental transfer to the municipalities (Kitterød, 1995). But to analyze resource use in the nursing and care sector, "data about all users were required" (Kalseth and Magnussen, 1995, p. 13), "from all the various types of municipalities" (Kitterød, 1995, p. 6) – requiring a common level of standardization.

4.2 Control health professionals and spread target oriented management

Statistics as a standardization tool was an appealing argument that attracted more stakeholders than management, statisticians and politicians, but related to another challenge: the problem of securing individual users' rights in the services. The committee that evaluated health care for the mentally disabled had depressingly concluded that "there is no automatic control mechanism" for service allocation (NOU, 1985, p. 27). At another site, yet echoing the same observation, consultants noted that the different ideologies of professional gatekeepers opposed the standardization of

allocation practice – which was a barrier to the statistics and its potential budget function. However, the professionals' ideologies were seen as malleable. A working group involved in the development of Gerix organized what they called “expert panel analyses” to test health professionals' “prioritization behavior and care ideology related to costs” (Devold *et al.*, 1991, p. 5):

Through expert panel analyses participants must consciously evaluate and if necessary revise their own care ideology. The analyses represent a consensus process that aims at a unified ideology and prioritization behavior. The analyses have an individually oriented starting point where needs, measures and economy are viewed as related, i.e. the analyses bring together the three main elements of the Gerix project. Thus, the analyses are used to build up behavior and ideology dependent cost functions (Devold *et al.*, 1991, p. 1).

The working group aimed for a machine that could mirror society and shape it as well: clean up professional practice, produce a robust relation between service users and budgets, and at a certain level construct one behavior in the municipalities – one ideology. Panel analyses showed there was cause for optimism about the machine's ability to intervene and initiate such processes: “Participants were very engaged in this process and felt that they benefited from making an evaluation of their own prioritizations and resource dispersal” (Devold *et al.*, 1991, p. 8). They concluded that expert panel analyses should be used as a natural part of a running evaluation of care ideology and prioritization in the municipalities and that this could “give the concept of a target oriented management an operative meaning” (Devold *et al.*, 1991, p. 6). The suggestion was followed by an enlarged panel seminar in 1992, which confirmed that the participants were “very united” about how different users should be positioned on a care burden scale (Rømo, 1992, p. 3).

Later, the impression of unity was questioned. A larger test of Gerix in a bigger sample of municipalities showed variable data quality (Kitterød, 1995, p. 8), suggesting that the expert panels' samples of participants differed somewhat from the municipalities “everyday health care worker”. Another working group suggested that it was a complex business to explore causes for resource use since this required a model of behavior, but access to a better and broader data source could contribute (Kalseth and Magnussen, 1995) to solving the matter. The standardization requirement was also counteracted by the argument that quality differences – in contrast to efficiency differences – could be the result of differences in municipal prioritization which the governmental authorities had to accept as long as the services were a municipal responsibility, making it not necessarily a goal in itself to remove all differences (Kalseth and Magnussen, 1995, p. 55). Standardization was framed as a choice the authorities could take or not.

5. Screwing the statistics tighter

As the authorities knew that the overall structure of the local health and care services had changed radically during few years, they wanted to explore the changes' impact upon life in the services. How did the transfer of responsibility for the services for users with mental disabilities affect the municipalities' nursing and care services? To what extent did users receive the needed services? Was it true that the average institutional resident was in greater need of care than in previous years? What were the needs of residents in eldercare homes compared to those in qualified nursing facilities (Ministry of Health and Social Affairs, 2000, p. 16)? The interest in pursuing such questions revealed another problem. The Ministry of Health and Social Affairs (1997a, p. 47)

announced that it had “not been easy to follow up the changes [in the nursing and care sector] in the statistics while at the same time assuring comparability” and one should consider “collect[ing] more data than what is presently done”. Aftenposten, a national newspaper, framed Gerix as a “failed computer project in elderly care” (Johansen, 1997). The Ministry of Health and Social Affairs (1997b) speedily answered the newspaper with a press release the same day, defending Gerix as a system which:

[...] is well suited as an information and decision support system for municipal nursing and care services. A [new] system will build on technical solutions developed in the Gerix project, but the information about the individual will be concentrated in few details.

5.1 The solution and the promises

The “new” system was IPLOS – a project so similar to Gerix that a consultant said, “one agreed to change name, so that this [Gerix] was called Individual based nursing and care statistics”. The Ministry of Health and Social Affairs formed IPLOS’ working group in 1998, with the mandate to decide which information the State should instruct the municipalities to collect and formulate unambiguous definitions of the data set – in “close contact with Statistics Norway” (Ministry of Health and Social Affairs, 2000, p. 5). The group included representatives from the Gerix project, a county medical officer, county governor, the Ministry of Local Government and Regional Development, the Norwegian Association of Local and Regional Authorities, Norwegian Social Research, Statistics Norway, one municipality, the Ministry of Health and Social Affairs, and members of interest groups representing the elderly and the disabled (Ministry of Health and Social Affairs, 2000).

The Ministry of Health and Social Affairs (2000, pp. 20-26) had many ambitions with IPLOS. The new system would raise the information value and quality of other statistical data that interacted with the system. It would reduce the need for reports related to the central government’s earmarked grants to the municipalities and perhaps even erase the need for earmarked grants. It would cover the public inspection authorities’ needs for statistical information as a basis for inspection at the county level. It would contribute to better administrative routines in municipalities, and strengthen users’ legal protection connected with the administration of their cases. And according to the Ministry of Health and Social Affairs (2000, p. 33), it would not be particularly problematic to implement the new system into the municipalities, since they already had a manual or electronic “register” of the service users, which “they necessarily needed to manage the services”.

The many promises set tight design parameters. Since it was to be a national system, it had to be useable in every municipality. Also, the data set had to be flexible enough to capture changes in the nursing and care sector: adaptable to future needs and possible to extend with special registrations and surveys if needed. And it had to be possible to group individuals in similar cost groups, in order to ease the introduction of future case-based funding (Ministry of Health and Social Affairs, 2000, pp. 26-27). The design had also to be seen in relation to possibilities which Gerix and other existing systems gave and be coordinated with this work (Ministry of Health and Social Affairs, 1997a, p. 47). The authorities had also in advance decided that the new system should be a mandatory register. The working group ended up discussing especially four questions that were not settled beforehand: should the data be reported individually or aggregated, person-identifiable or anonymized? Should the system measure “function level” or “need for assistance”? Should it register diagnosis,

decided by physicians, or just a tick-list of conditions, which could be done by nurses in the nursing and care services (Ministry of Health and Social Affairs, 2000, p. 7)? According to an informant involved in the Gerix project, the working group had to go a “penalty loop” with the first question:

The question came once more [...] Some advocated that we should again return to aggregated statistics. At this point the representative from Statistics Norway said as I recall that [if so] Statistics Norway will pull out of the project, as it has no purpose. [...] The Norwegian Association of Local and Regional Authorities was quite unenthusiastic for a while, they thought this was too much to require from the municipalities.

The association’s response reflected its’ interpretation of the value of the data for care work. The working group highlighted that IPLOS data would:

[...] not be sufficient as a tool in the municipalities’ daily, professional decisions about services [...] nor give sufficient information for municipal administrative procedures and decisions about nursing and care services (Ministry of Health and Social Affairs, 2000, p. 18).

The statistical purpose seemed to take precedence over the municipalities’ interests. This discussion was important, as it would settle the detail level of analyses to be done based on the data and hence their managerial and statistical usefulness.

5.2 *Negotiations, provocations*

The detail level that the technology would be allowed to operate on was also relevant for service users and their organizations, and for national privacy rules. Too much scope for action for the municipalities could imply that they would use the tool and the numbers for their own purposes as before, potentially creating ambivalences in the relation between service users and the services’ administration. When the system was tested, this happened. An informant from an interest organization, who observed the working group from the sideline and met IPLOS in action through her own job, recalled that:

[...] it was said very clearly that this was not meant to be used at the individual level. It was going to be used as a plan and mapping system for budgeting and [...] further development of the fields at the national and municipal levels. I remember specifically that some municipalities did not understand that [...] [Some] started using this new tool related to service applications. I contacted [one of the persons from the working group] and got confirmed that this was not the way the system should be used. I went out and started a dialogue with the chief administrative officer and head of the local social services about them being on the wrong track.

Dissonance suddenly appeared between system definition and use, and between interest organizations and the working group, related to the statistical categories’ ideological framing. The organizations had experienced their voice and message as included in the authorities’ governmental ambitions, as expressed in the national health and care policy, earlier reform work, and communication density in general. They had assumed that their ideological influence was maintained in the construction of the national nursing and care statistics. After all, the authorities and the organizations had shared a common interest: measurement of assistance needs, as for instance requested by the working group that evaluated care for the mentally disabled in the 1980s. According to an organization representative these reform preparations had created a close link between human rights thinking and the central authorities’ work:

At the time when we had the reform [...] a very close and productive cooperation developed between the interest organizations, Ministries, and political life. [...] Already then we understood that there is a need for plan- and steering instruments. [...] [But] it went from a process that was relatively inclusive, where they who managed the process and the system were people who also had been involved in the mentality around the reform [of care for mentally disabled]. [...] And then it came: The reorganization of the Ministries and the establishment of the Directorate, and the field was handed over to others.

As the informant experienced the development, the reorganization led to an erosion of the cooperation between the organization and authorities, with the consequence that the link between the organization's disability ideology and the authorities' engineering of their government technology crumbled as well. Neither the authorities nor organizations seem to have recognized the implications of their changed relationship – until the Ministry officially launched IPLOS in 2006 in all the municipalities. As an organization representative reported:

[...] something happened. It was quiet for a long time. Or perhaps I didn't follow up. Until I got this request from an executive officer in the county [...] who was totally shocked over the use of words, the content, that IPLOS was to be used at the individual level and the scope it got. [...] [T]he basic thoughts [as she interpreted them] weren't followed up in what became the result.

While the authorities and the IPLOS working group dated the birth of IPLOS to when the working group settled down, the organizations obviously dated the birth of the statistics to an earlier moment, when they still had a close cooperation with the authorities – early in the reform wave.

Another factor that provoked the organizations was that the authorities fronted them as allied with IPLOS. Another organization representative reported that:

[...] [another] association came to us and said, "do you know that the Ministry says you support what is done with IPLOS?" And we answered: "No, we don't and we are not!"

The authorities seemed to underestimate the ideological diversity in the health and care policy field. As experienced by the organizations, IPLOS demonstrated the political limits of whose visions and values (Star and Lampland, 2009) that the authorities attempted to give effect to through the government technology – and the organizations' ideological thoughts were not included in this effort. Rather than accepting IPLOS as the groundbreaking tool for planning and governance of the services, the system turned into a contestation of social values with a gust of distrust.

6. Conclusion

When we opened the black box of the Norwegian nursing and care statistics from the 1970s, we did not find a streamlined technical innovation process, with a self-evident direction towards IPLOS as the particular end product in 2006. Rather, we found a generation of statistics, and a sociocultural landscape of governmental worries and ambitions, organizational challenges in the municipalities, expert influences upon policy and statistics development, changing knowledge processes, and an assemblage of people from different institutions, related through a common concern for the need for numbers to govern.

The analysis shows that the governmental ideas of using numbers, or at least data and documents, to improve management, budgeting and efficiency were already present in the early preparations for reform of the services from the 1970s.

The ideological concerns, which drove the request for numbers, came from within the state bureaucracy itself (Krause, 2010). It was fuelled by fears of differentiation processes in society in general, reports of violations of human rights and dignity in the services specifically and dreams for what the welfare state could achieve for its citizens if society and technological development were tamed.

A key step towards establishing an infrastructure in the health and care services, a step necessary to start thinking about statistics as a feasible project in the first place, was the adoption of the chain metaphor. The services were no longer seen as islands where service users were kept, but as a network with the users traveling along their connections in accordance with their assistance and treatment needs. The idea of the chain seems to have focused the authorities on social planning in the municipalities and on asking what materialities for planning existed at the time. What they found was mess and variation in service administrative practices both between and within the municipalities. The authorities required more systematization and more data, since this diversity biased the systematization of available data about the service users and the municipalities' resource needs and use. It was suggested, not least by consultants who offered to do the job, that devices had to be constructed to solve this situation, as well as an extraction of the responsibility for the local data production and management to specific formal positions, reserved for people or tools with special insights in this work. The authorities asked for a materialization of communication lines along the connections between municipalities, services, people and budgets, through technology and standardizing of administrative practice and planning in the local health and care services. These efforts implied making the diversity manageable, to make the service users and the municipalities resources more "thinkable" for the authorities (Rose and Miller, 1992). Through "thinkability", as offered through statistical categories, the local calculations of public expenditure and national planning of the services could be rationalized. Central authorities also felt a need for numbers aimed towards controlling the health professionals, their assistants and local administrators who turned claims of assistance needs into budgets. But the authorities also wanted a tool to control their own actions, to screen out feelings of insecurity about whether they took the right decisions on the basis of the right information.

The diversity of municipal practices related to local production and use of data from and about the services was also expressed through a few municipalities' efforts to construct local technologies for managing the data and utilizing them for budgeting – in contrast to other municipalities' that ignored the data. Within the former, assemblages of techniques, experiences (Rose and Miller, 1992), theories of management and test results emerged, which convinced the central authorities of the potential for using local systems as models for a national information system – first Gerix, then IPLOS. Gerix gave direction for the further development of the nursing and care statistics into IPLOS. It locked up the subsequent development process. What Callon (1991, p. 149) terms irreversibility emerged. It became impossible to go back to a point where this kind of quantitative tool to govern the services was only one amongst others. The many promises that the authorities launched on behalf of the technology strengthened the irreversibility. Since these numbers could do nearly everything the authorities could ask for, from controlling allocation to calculating budgets and standardizing services, was there any point in looking back?

The composition of interests represented in the IPLOS working group had same effect, which leads us to the close relation between the technology development and changing

welfare ideologies. As the analysis has shown, hired consultants attempted to give target-oriented municipal management meaning and form in the early 1990s through the technology under construction. Here, the Trojan horse works as a metaphor for how they perceived that this could be effectively done, through writing management ideas into the seemingly neutral statistical categories and rules of use. Yet, when organizations working for the rights of the service users and the disabled confronted the seemingly a historical tool which the authorities "suddenly" launched, they acted against it with their own history in mind. The organizations saw IPLOS as a horse which no longer contained the planning and governance ideas of the welfare state from the 1970s and 1980s – ideas that were woven together with the fight for the rights of the disabled and the normalization of the service users. The numbers visualized a social order in Norwegian health and care policy which the organizations could not recognize as including their ideological project for the welfare state anymore – a project which they had perceived as the welfare state's own.

Notes

1. With "know-how" Rose and Miller (1992, pp. 177-178) points not simply to "ideas", but to the vast assemblage of persons, theories, projects, experiments and techniques that has become such a central component of government, including technologies and practices such as book-keeping and calculations, and knowledgeable persons from generals to accountants.
2. All citations from Norwegian documents and texts are translated by the authors. Any grammatical errors in the translations are our responsibility.

References

- Bloomfield, B.P. (1991), "The role of information systems in the UK national health service: action at a distance and the fetish of calculation", *Social Studies of Science*, Vol. 21 No. 4, pp. 701-734.
- Callon, M. (1987), "Society in the making: the study of technology as a tool for sociological analysis", in Bijker, W.E., Hughes, T.P. and Pinch, T. (Eds), *The Social Construction of Technological Systems*, The MIT Press, Cambridge.
- Callon, M. (1991), "Techno-economic networks and irreversibility", in Law, J. (Ed.), *A Sociology of Monster: Essays on Power, Technology and Domination*, Routledge, London.
- Christensen, T. and Lægreid, P. (2007), "NPM and beyond – leadership, culture and demography", Working Paper 3, Stein Rokkan Centre for Social Studies, Bergen.
- Clarke, A. (2005), *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- Code, L. (1995), "How do we know? Questions of method in feminist practice", in Burt, S. and Code, L. (Eds), *Changing Methods: Feminist Transforming Practice*, Broadview Press, Peterborough, pp. 13-44.
- Devold, R., Hellenes, H., Nilssen, I. and Rømo, F. (1991), *Gerix – et informasjons- og beslutningsstøttesystem for kommunale omsorgstjenester. Forstudie – fagpanelanalyser*, SINTEF, Trondheim.
- Directorate of Health (2009), *IPLOS. Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester*, Norwegian Directorate of Health, Oslo.
- Flaaum, K. (2006), "Appell", unpublished, 20 August.
- Hacking, I. (1990), *The Taming of Chance*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Holmøy, J. and Heldal, J. (1994), *Gerix testprogram: dokumentasjon*, Statistics Norway, Oslo.

- Hood, C. (1991), "A public management for all seasons?", *Public Administration*, Vol. 69, pp. 3-19.
- Hunter, D.J. (1996), "The changing roles of health care personnel in health and health care management", *Social Science & Medicine*, Vol. 43 No. 5, pp. 799-808.
- Jacobsen, F.F. and Mekki, T.E. (2012), "Health and the changing welfare state in Norway: a focus on municipal health care for elderly sick", *Ageing International*, Vol. 37 No. 2, pp. 125-142.
- Johansen, P.A. (1997), "Feilslått datasatsing for eldreomsorg", *Aftenposten*, 15 May.
- Johnsen, Å. (1999), "Implementation mode and local government performance measurement: a Norwegian experience", *Financial Accountability & Management*, Vol. 15 No. 1, pp. 0267-4424.
- Jones, I.R. (2005), "Power, present and past: for a historical sociology of health & illness", *Social Theory & Health*, Vol. 1 No. 2, pp. 130-148.
- Kalseth, J. and Magnussen, J. (1995), *Gerix – Styringsdata for pleie- og omsorgssektoren*, SINTEF NIS, Trondheim.
- Kitterød, R.H. (1995), *Funksjonsnivå og hjelpebehov blant brukere og ikke-brukere av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene*, Statistics Norway, Oslo.
- Krause, M. (2010), "Accounting for state intervention: the social histories of 'beneficiaries'", *Qualitative Sociology*, Vol. 33, pp. 533-547.
- Kvale, S. and Brinkmann, S. (2009), *Det kvalitative forskningsintervju*, Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Lampland, M. (2010), "False numbers as formalizing practices", *Social Studies of Science*, Vol. 40 No. 3, pp. 377-404.
- Latour, B. (1987), *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*, Harvard University Press, Cambridge.
- Lee, B. and Cassell, C. (2011), "Learning to count: a challenge facing trade unions in their educational role", *International Journal of Sociology & Social Policy*, Vol. 31 Nos 5/6, pp. 287-301.
- Marcus, G.E. (1995), "Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography", *Annual Review of Anthropology*, Vol. 23, pp. 95-117.
- Miller, P. (2001), "Governing by numbers: why calculative practices matter", *Social Research*, Vol. 68 No. 2, pp. 379-396.
- Miller, P. and Rose, N. (2008), *Governing the Present: Administering Economic, Social and Personal Life*, Polity Press, Cambridge.
- Ministry of Health and Care Services (2006), "Nytt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS)", Press Release, No. 7, 17 February, available at: www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2006/nytt-register-for-individbasert-pleie-o.html?id=103858 (accessed 16 July 2012).
- Ministry of Health and Social Affairs (1997a), "Handlingsplan for eldreomsorgen: Trygghet – respekt – kvalitet", White Paper, No. 50 (1996-97), Ministry of Health and Social Affairs, Oslo.
- Ministry of Health and Social Affairs (1997b), "Mislykket dataprojekt i eldreomsorgen?", Press Release, No. 33, 15 May, available at: www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Jagland/shd/Nyheter-og-pressemeldinger/1997/misslykket_dataprojekt_i_eldreomsorgen.html?id=237744 (accessed 16 July 2012).
- Mørk-Eidem, B. (1999), *Handlingsplaner som statlig styringsvirkemiddel*, Riksrevisjonen, Oslo.
- NOU (1972), "Utdanning av sosial- og helsepersonell. Del 1 av utredning om Den framtidige utdanning av sosial- og helsepersonell", White Paper, No. 23 (1971), The Norwegian Ministry of Social Affairs, Oslo.

- NOU (1982), "Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.", White Paper, No. 10 (1982), The Norwegian Ministry of Social Affairs, Oslo.
- NOU (1985), "Levekår for psykisk utviklingshemmede", White Paper, No. 34 (1985), The Norwegian Ministry of Social Affairs, Oslo.
- Nygård, L. and Hansvik, H.P. (1986), *Korleis brukar kommunane omsorgsressursane sine?*, SINTEF NIS, Trondheim.
- Petrie, W.F. (1919), "Relation of vital statistics to public health administration", *The American Journal of Public Health*, Vol. 9 No. 1, pp. 71-74.
- Prior, L. (2004), "Doing things with documents", in Silverman, D. (Ed.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, Sage, London, pp. 76-94.
- Rømo, F. (1992), *Fagpanel i Gerix: Analyse av prioriteringsatferd i omsorgssektoren*, SINTEF Anvendt økonomi, Trondheim.
- Rose, N. and Miller, P. (1992), "Political power beyond the state: problematics of government", *The British Journal of Sociology*, Vol. 43 No. 2, pp. 173-205.
- Star, S.L. and Lampland, M. (2009), "Reckoning with standards", in Lampland, M. and Star, S.L. (Eds), *Standards and Their Stories: How Quantifying, Classifying, and Formalizing Practices Shape Everyday Life*, Cornell University Press, Ithaca, NY.
- Statistics Norway (1986), *Sosialstatistikk 1984*, Statistics Norway, Oslo.
- Sætnan, A.R., Lomell, H.M. and Hammer, S. (2011), *The Mutual Construction of Statistics and Society*, Routledge, New York, NY.

Corresponding author

Gunhild Tøndel can be contacted at: gunhild.tondel@svt.ntnu.no

Bidrag 3: Mellom tvil og tall: Om behovsvurderinger i helse- og omsorgstjenestene

KAPITTEL 7

Mellom tvil og tall: Behovsvurderinger i helse- og omsorgstjenestene

Gunhild Tøndel

Dette kapitlet handler om hvordan behovsvurderinger utføres i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tjenestesøkernes og tjenestemottakernes situasjon ser nødvendigvis radikalt annerledes ut i dokumentert form enn ansikt til ansikt. Hva snakker pleierne om, med hvem, og hva gjør de under vurderingen, for å oversette klientens situasjon til «fakta»? Jeg drøfter også hvordan det statistiske informasjonssystemet IPLOS, som måler klientenes hjelpebehov og funksjonsnivå, inngår i dette arbeidet, og hvilke roller teknologien får for pleierne under vurderingen. Hvordan fungerer dette i praksis?

For vel tretti år siden påpekte Smith (1980:1) at begrepet «behov» framsto merkelig uklart og forvirrende, tatt i betraktning hvor viktig begrepet er i politikk, i de offentlige tjenestene og i forskning. I dag preges den offentlige debatten fortsatt av uenighet om hvordan behov skal defineres (Sørgaard og Øiesvold 2002; Lian 2000). Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom konflikter om hvilke behovsindikatorer kommunene støtter seg på ved tildeling av tjenester, som alder, legeerklæringer (Aftenposten 22.8.2011), økonomi, politiske hensyn, eller sosiale kriterier (Adresseavisen 7.9.2011). Konfliktene framstiller «behov» som en svart boks (Latour 1987), med uklare forbindelser mellom det som går inn i vurderingene, og det som kommer ut. Dette skaper usikkerhet om hvorvidt kommunene gjør jobben riktig og rettferdig.

Vurderingspraksisen skal reguleres av de lover og forskrifter som til enhver tid gjelder, samt pleiernes helsefaglige kunnskap, forpliktelser og standarder. Selve vurderingene skal fattes på grunnlag av formelle behovsmålinger (Vabø 2011). Ett målesystem som alle norske kommuner er pålagt å bruke i den forbindelse, er det statistiske informasjonssystemet Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, IPLOS. IPLOS måler tjenestemottakernes og -søkernes «funksjonsnivå» og «hjelpebehov», og skal fungere som «en del av den relevante og nødvendige dokumentasjon for saksbehandling og utøvelse av tjenestene» (Helsedirektoratet 2009:6–8). I tillegg aggregere systemet data til et sentralt register, som skal brukes til overvåkning og styring av tjenestene og forvaltningen, forskning, utarbeiding av pleie- og omsorgsstatistikk, og god ressursutnyttelse (Helsedirektoratet 2009). Ut fra dette skal det Helsedirektoratet (2009:8) betegne som «likeverdige og virkningsfulle tjenester», oppstå. IPLOS skal med andre ord ikke bare «samle data», men målrettet bidra til en standardisering av praksis.

I dette kapitlet drøfter jeg behovsvurderingspraksisen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og forholdet mellom lokal praksis og IPLOS. Hvordan oversetter pleiere sine fortolkninger av klientenes behov til stabile data; vedtak og IPLOS-registreringer? Først sier jeg noe mer om drøftingens metodiske grunnlag. Deretter beskriver jeg behovsvurderingens formelle rammer i tjenestene, og drøfter behovsvurderingspraksisen. Hva snakker pleierne om, med hvem? Hva gjør de under vurderingen? Og hvilke roller får IPLOS for pleierne under dette arbeidet?

I kapitlet benytter jeg flere sentrale begrep, som *institusjon*. Med institusjon tenker jeg først og fremst på det sett av handlinger knyttet til roller, normer, regler og byråkratiske system (Måseide 1991:89), som regulerer tjenestenes praksis. Institusjonene er koblet til relasjoner som standardiserer og generaliserer deres virksomheter, på tvers av det spesifikke lokale (Smith 2005:206). IPLOS er et konkret eksempel på en teknologi som slik forbinder de kommunale tjenestene og styringsmakten. Videre betegnes helsesektorens medlemmer forskjellig avhengig av hvem som snakker om dem. Innenfor de kommunale tjenestene kalles tjenestemottakerne ofte for brukere. Samtidig er brukeren pasient så lenge han eller hun mottar sykehustjenester. I dette kapitlet har jeg valgt å betegne rollen som individet inntreier i som tjenestesøker eller mottaker, som *klient*. Begrepsmangfoldet gjelder også for mine informanter, som representerer ulike helseutdanninger og stillinger innad i tjenestene. Jeg betegner alle som *pleiere*. Selv om noen av informantene for eksempel kun arbeider som saksbehandlere i kommunen, har de en helsefaglig pleierutdanning i bunn, og det er i kraft av denne de besitter stillingen.

Metode og materiale

Forskningsmaterialet som kapitlets analyse bygger på, er samlet inn gjennom et lengre feltarbeid. Jeg har strategisk fulgt produksjonen av IPLOS-data gjennom de tjenesteansattes arbeidsdag. Målet har blant annet vært å utforske hvordan IPLOS interagerer med tjenestenes aktivitet. Derfor har jeg forflyttet meg mellom tjenester, profesjoner og klientgrupper. Jeg har «skygget» IPLOS (Czarniawska 2007) gjennom behovsvurderingsprosessen, fra mottak av individuelle søknader til vedtak, studert registreringsøyeblikket og sett på bruken av IPLOS-dokumentasjon i tjenestene.

Feltarbeidet har hovedsakelig vært forankret i to kommuner. Den ene kommunen er en liten bygdekommune, med i overkant av tre tusen innbyggere. Den andre er en stor bykommune, med et kommunalt helse- og tjenesteapparat inndelt i soner. Administrasjonen av bygdekommunens tjenester er lagt til ett og samme bygg, som også inneholder sykehjem og hjemmetjeneste, og har gangavstand til omsorgsboliger. Administrasjonen i bykommunen er spredt over sonene, med ett administrasjonssenter i hver. Noe av formålet med denne organiseringen er å profesjonalisere saksbehandlingspraksisen, via en bestiller/utfører-modell. Dette innebærer at bestillere, altså saksbehandlere, utfører individuelle behovsvurderinger og fatter vedtak. Deretter overfører de oppdragene til utførere, altså tjenestene (HOD 2005:114). Pleiere ute i tjenestene, som i hjemmetjenesten, gjorde imidlertid også behovsvurderinger fortløpende.¹

Feltarbeidet i bygdekommunen foregikk konsentrert over en uke i 2008, med deltakende observasjon og kvalitative intervju av pleiere på sykehjem og i hjemmetjeneste, enhetsleder og saksbehandler i administrasjonen. I bykommunen pågikk feltarbeidet over lengre tid. Her observerte jeg blant annet saksbehandlere på kartleggingsoppdrag, og intervjuet saksbehandlere og ansatte i hjemmetjenesten. Jeg hadde tilgang til å komme og gå gjennom flere perioder fra våren 2010 til høsten 2011. Feltarbeidet tilknyttet det administrative kontoret pågikk over to måneder i 2010. Intervjuene med personalet fra hjemmetjenesten ble gjennomført høsten 2011. I tillegg har jeg gjort kvalitative intervju med pleiere i samme stillinger innad i helse- og omsorgstjenestene, men i andre kommuner.

¹ I bykommunen innebar dette å rapportere vurderingen til en fagkoordinator, som fylte ut IPLOS-skjemaet elektronisk.

Behovsvurderinger og tallsettinger

Formelle behovsvurderinger initieres i forbindelse med søknader om nye eller endrede tjenester. Uformelle vurderinger utføres mer eller mindre jevnlig av pleiere under samhandling med klienter,² når pleiere evaluerer forholdet mellom klientenes helsetilstand og mottatte tjenester. Formelle behovsmålinger integreres i den formelle behovsvurderingen. En behovsmåling innebærer at én eller flere pleiere kartlegger en klients hjelpebehov. Målingen utføres ved hjelp av innførte standarder, som IPLOS, og pleiernes faglige kompetanse, erfaringer og skjønn,³ innenfor institusjonens rammer for handling.

Målingen innebærer en kvantifisering av behovets omfang, og en klassifisering av klientenes behovstype. I denne prosessen er IPLOS formelt sett innstiftet som et obligatorisk passasjepunkt (Callon 2001; Latour 1987:245) for pleierne, i arbeidet med behovsvurderingene. Om klientens situasjon tilsier at pleierne ikke kan bruke tid på kartlegging, må de gjennomføre målingen på et senere tidspunkt, når hjelpen er satt inn. De kan i praksis gjennomføre en vurdering uten å måle behov. Men en formelt initiert behovsvurdering regnes ikke som avsluttet før de har levert fra seg behovsmålerapporten, hvor klienten oversettes til «fakta»; tall og bokstaver på standardiserte skjema.

I tillegg til IPLOS styrer myndighetene kommunenes tjenesteytende ansvar gjennom flere formelle prinsipper som kommunene plikter å følge, som krav om opplysning, fortrolighet, brukermedvirkning og å vurdere klientens rett til individuell plan (Helsedirektoratet 2009:45–46). Slike krav, formulert som nødvendigheter, fungerer som kriterier for korrekt atferd i møtepunktet mellom søker og tjeneste (Måseide 2008:373). De delegerer kommunen omsorgsansvar for søkeren, fra søkeren leverer inn en tjenestesøknad, til søknaden eventuelt avslås. Samtidig må søkeren følge visse regler for å få sitt hjelpebehov vurdert:

[D]et er ditt behov som avgjør om du vil kunne motta en tjeneste, og hvilket omfang tjenestene skal ha. Det er kommunen som vurderer ditt behov og beslutter (ved såkalt enkeltvedtak) om du skal motta tjenester eller ei, og i hvilket omfang. Dette skal skje i samråd med deg. Hvis du ønsker å få ditt behov for tjenester vurdert, må du ta kontakt med den kommunen du bor i eller midlertidig oppholder deg i.

2 Slike uformelle vurderinger bidrar også til å styre klientene inn eller ut av tjenestene, eller mellom tjenester. Hughes og Griffith (1997) kaller dette for mikrorasjonering.

3 Profesjonelt arbeid beskrives ofte som skjønnbasert, men hva skjønn er, berøres knapt, ikke engang i profesjonslitteraturen (Grimen og Molander 2008). «Skjønn» er, som «behov», et utydelig og tvetydig begrep. Jeg gir det derfor ikke så stor plass i dette kapitlet, selv om behovsvurderingen integrerer og avhenger av skjønn.

Mange kommuner ønsker at du fyller ut et søknadsskjema. [...] I mange tilfeller har kommunen behov for å hente inn opplysninger om din helse, for eksempel fra din fastlege. Dette kan kommunen gjøre bare hvis du gir ditt samtykke. [...] Når kommunen har mottatt en søknad fra deg, skal saken belyses så godt som mulig. Mange kommuner ønsker en nærmere samtale med deg, slik at de best mulig kan finne fram til gode og tilrettelagte tjenester. En slik samtale kan skje ved hjemmebesøk eller pr. telefon. I forbindelse med at du søker om tjenester, er det nødvendig å kartlegge ditt behov. Noen av opplysningene kommunen ber om, blir sendt til et sentralt register kalt IPLOS. [...] Din søknad om tjenester kan enten bli innvilget eller avslått, helt eller delvis. Hvis du får innvilget søknaden, er det opp til kommunen å bestemme omfanget av tjenestene (Helsedirektoratet 2009:45–46).

Instruksjonen innleder med å framheve viktigheten av søkerens medbestemmelse og at søkerens behov står sentralt. Deretter går den over til å påpeke søkerens plikter. Søkeren må ta kontakt med kommunen. Fyller ut et søknadsskjema. Gi tillatelse til innhenting av pasientopplysninger på tvers av tjenestene. Godta at vurderingen som gjøres, er den beste vurderingen. Inngå i nær dialog med saksbehandler, og godta hjemmebesøk og behovskartlegging. I tillegg må søkeren akseptere at opplysninger sendes inn til «IPLOS-registeret», som de fleste antakelig ikke har hørt om.

Uansett hvilken «IPLOS-data-bruker» vi snakker om, som Statistisk sentralbyrå, kommunen, eller den enkelte tjenesteytende enhet, stammer alle data fra de samme situasjonene: Lokale kartlegginger, utført av pleiere, ideelt sett ansikt til ansikt med klientene som skal registreres. Til dette arbeidet har pleierne fått et forhåndsdefinert registerskjema som de skal følge. Skjemaet inneholder blant annet femten indikatorer for hjelpebehov, som «Alminnelig husarbeid» og «Ivareta egen helse». Kort oppsummert skal pleierne først definere klientenes hjelpebehov, før de oversetter behovet til IPLOS. Når den påkrevde informasjonen mates inn i et elektronisk pasientjournalssystem som understøtter IPLOS, oppsummeres klientens behov i en gjennomsnittlig ADL-score.⁴ Dette vil si at klientens situasjon, slik den kontekstuellt framstår for pleieren, oversettes til ett tall med desimaler. IPLOS brukes imidlertid ikke av *alle* pleiere som pasientinformasjon. Noen lager og bruker IPLOS-data aktivt, andre ikke.

4 Indikatorer i IPLOS kalles ADL («Activities of Daily Living»). ADL regnes for å være en standardisert måte å beskrive funksjonstap og hjelpebehov på (Romøren 2008).

Hva er et behov?

Gjennom søknaden om kommunale tjenester legger klienten fram en hypotese om at han eller hun har et legitimt krav om assistanse. Pleiernes oppgave er å teste eller utforske hvorvidt dette stemmer, og foreslå hvordan kravet skal følges opp. Deretter initierer de kontraktskrivingen mellom klienten og kommunen, i form av et avslag eller vedtak. For pleiernes del innebærer behovsvurderingen å oversette klientopplysninger fra individets livsverden til de administrative prosessene som håndterer klientens krav (Måseide 2008). De må konstruere «dokumentariske virkeligheter» (Smith 1974) som representerer klienten i institusjonens perspektiv.

Institusjonen har et eget ordforråd, en blanding av helseprofesjonelle og forvaltningsmessige kategorier, satt i system. Dette gjør pleierne i stand til å organisere observasjoner, tanker, og erfaringer (Måseide 1991; Smith 1974), og å skille mellom hendelser som «stort hjelpebehov» og «lite hjelpebehov». Systemene innbefatter alt fra ikke-formaliserte kulturelle klassifiseringssystem til teknologiske system, som tilbyr pleierne løsninger for hvordan arbeidet kan eller bør organiseres. IPLOS tilbyr for eksempel pleierne forhåndsdefinerte kategorier og bruksregler for hvordan en kan konstruere og presentere klientenes karakteristika. De ikke-formaliserte systemene kan være vanskeligere å observere enn intuitivt å oppleve. De holdes i hevd gjennom det kollegiale fellesskapets mer eller mindre implisitt avtalte måter å utføre arbeidet og vurdere god/dårlig arbeidspraksis på.

Tilfanget av løsninger som finnes side ved side i vurderingssituasjonen, gjenspeiler seg i måtene pleierne snakker om behov på. Felles for mine informanter er at de snakket lite om behov ved hjelp av begrepet «behov». Når jeg spurte dem om hvordan de kartla klienters hjelpebehov, fikk jeg ulike svar. Én pleier sa som følger: «[Behovet] kommer på lovtolkning, juss, det der med nødvendig helsehjelp, hva som er nødvendig. Ikke det ideelle nivået, men det nødvendige [...] [Rettferdighet] er et tema, men det er vanskelig å håndtere.» Ifølge en annen pleier handlet behov derimot om «observasjon av funksjonsevne, klarer den [klienten] det og det? Hvordan er hørselen? Hører han godt eller dårlig, høreapparat?...». Pleierne antyder, som Robertson (1998) bekrefter, at behov ofte ses ut fra et rettighets- eller terapiperspektiv. Førstnevnte pleier redegjør først og fremst for behovsbegrepet som rettighetsforankret, og koblet til spørsmål om rettferdighet. Sistnevnte pleier framstiller derimot behov som en fagadministrativ kategori, rammet inn av institusjonaliserte medisinske og sosiale kriterier for tjenestetildeling. Merk også at pleieren betegner klienten som «den»; som i større grad et arbeidsmateriale enn en privatperson. Som vi skal se, skifter pleierne mellom disse tilnærmingene under behovsvurderingen.

Dette skaper arbeid for pleierne. Men muligheten for å veksle mellom tilnærminger tilrettelegger også for at pleierne får gjort det de skal, samtidig som de tilfredsstiller så mange krav som mulig til prosessen.

Rutiner og skjema

I sitatet under beskriver en pleier prosessen som behovsmålingen er integrert i, fra et teknisk perspektiv. Mens vi kunne forvente at pleieren dvelte ved selve behovsfortolkningen, gir hun denne en veldig liten plass blant rutinene som ellers forgrener seg i prosessen:

For det første kommer det inn en søknad om en tjeneste, og så går sykepleieren ut og gjør et kartleggingsbesøk, et hjemmebesøk. Aller helst har vi jo med oss de skjemaene [IPLOS] ... [V]i tar med oss den «informasjonen til deg som trenger pleie- og omsorgstjenester» [viser til informasjonsbrosjyre fra Sosial- og helsedirektoratet], hva er IPLOS, hva er det vi registrerer ... Det er mer for å se hvilke behov har du, og krysser av funksjonsnivået. Til pasienten. Så blir skjemaet tatt med inn hit. Enten så fyller vi ut et slikt skjema, og så er det hun merkantile som legger inn opplysningene etter hva vi har skrevet på søknaden og i skjemaet.

Pleieren framstiller vurderingen som en stegvis prosess, rutinemessig utført. Produksjonen av behovsdataene er distribuert over flere arenaer, fra klientens hjem til pleierens kontor, til administrasjonen. Som Måseide (2008:377) skriver, kjennetegnes helsefaglig problemløsning av at prosessen distribueres over tid og rom. Men i pleierens framstilling står ikke aktørenes faglige problemløsning i sentrum. I stedet framstår den beskrevne prosessen nesten som uavhengig av fag, skjønn og hvilke pleiere som utfører den. IPLOS beskrives som en *robot*, som pleierne tar med rundt og skruer på og av etter hvert som rutinene tilsier det. Men pleierne er ikke nikkedokker. De følger ikke handlingsmønsteret som prosessen fabrikerer, uten selvstendig agentskap. Som pleieren sier, det er *pleierne* som bruker de strukturerende verktøyene, som skjemaene. *Pleierne* iverksetter de institusjonelle hendelsene, som kartleggingsbesøket. *Pleierne* krysser av funksjonsnivået og dokumenterer oppfatningen av klientens behov i skjematisk form, til distribusjon til «merkantile». Samtidig framstiller pleieren klientens behov som noe passivt blottlagt, som kan *ses* og *overføres* til avkrysningsskjemaet. Klienten selv tar ikke stor plass i pleierens fortelling. Det er rutinene og skjemaene som fungerer som fortellingens drivhjul. De tilskrives rollen som «objektiverende knagger» (Cussins 1998), som gir prosessen identitet som en administrativ og entydig hendelse, mer

eller mindre friksjonsfri. Men hva skjer når pleierne omrokerer på situasjonens rollebesetning, og gir klienten og seg selv hovedrollene, mens rutinene og skjemaene skyves til bakgrunnen?

Klienten

Omdirigerer vi blikket fra de standardiserte prosedyrene til en mer detaljert skalering av kartleggingssituasjonen, framstår ikke prosedyrene like framtreddende. I stedet trer karakteristika som usikkerhet, tvil, ryggsmarter, hygiene og medisinbruk fram. Hva som i utgangspunktet virket konkret, dreier seg ikke lenger om å følge prosedyrer. Nedenfor gjengir en pleier en vurderingssituasjon som hjemmetjenesten i hennes kommune typisk støter på, ifølge pleieren:

En mann som ville ha hjemmehjelp som jeg skulle vurdere. Han hadde så vondt for å gå, mente at om et halvt år ville han ikke få til å gå. Jeg vurderte til slutt den dagen at ja, kanskje han burde få hjelp til å vaske hjemme. Men neste dag kjørte jeg forbi huset hans, og da satt han oppe i et to meters høyt stillas og snekret. Han var gammel enkemann, og mente at han måtte få hjelp til å vaske når ingen andre gjorde det lenger. Det ble ikke gjort, som han sa. Skal han få hjemmehjelp?

Pleieren forteller om vurderingssituasjonen fra en posisjon hvor hun samhandler med klienten ansikt til ansikt. I denne fortellingen framstår rutinene og skjemaene ennå som usynlige. I stedet trer dilemmaet ved det å ta en beslutning fram. Klienten er ifølge pleieren et «tvilstilfelle». Problemet er bare at mange av klientene som søker om denne tjenesten, *er* tvilstilfeller for pleierne. Som pleieren sier, «[d]et er vanskelige situasjoner, for vi kjenner dem ikke så godt når vi skal vurdere om de kvalifiserer til å få hjemmehjelpsassistanse. Likevel må vi ta en beslutning».

Ved et hjemmebesøk til en søker som pleieren ikke kjenner fra før, vil søkeren tidvis forsøke å framstille seg selv og sitt hjem på en måte som er hensiktsmessig i forhold til hva søkeren ønsker å få ut av besøket.⁵ Som Goffman (1992) skriver, har aktører mange grunner for å forsøke å kontrollere hverandres inntrykk av en gitt

5 Et klassisk eksempel, som kan virke motstridende i denne sammenhengen, er den pensjonerte husmoren som vasker og steker vafler til hjemmetjenesten kommer på besøk – selv om hun søker om assistanse til å stelle huset. Man kunne tenke seg at kvinnen ikke er oppmerksom på hvordan hun framstiller seg til pleieren som skal vurdere hennes behov. En annen tolkning er at assistansesøknaden oppleves nedverdiggende, og at hun vil kompensere for det selvopplevde tapet av verdighet ved å vise at hun *kan*, selv om hun i søknaden har erklært at hun ikke klarer husstellet: Selv om hun vinker med det hvite flagget, har hun ikke kapitulert.

situasjon. I denne situasjonen kan søkeren ha sett fram til besøket over lang tid, og utfallet kan bety mye for søkeren. Såframt søkeren ikke har en funksjonsnedsettelse som hindrer søkeren i å ta kontroll over informasjonen om seg selv, har søkeren mulighet til å være ganske konkret når det gjelder hvilke opplysninger og inntrykk søkeren gir til pleieren. Det er pleieren som kommer til søkeren, på en arena som søkeren har hatt kontroll over inntil pleieren trer inn. I situasjonen fra sitatet over presses pleieren inn i en koreografi (Cussins 1998) som hun skulle ønske hun slapp. I løpet av kartleggingsbesøket skaper hun seg *ett* inntrykk av mannen, som takket være kommunens tilgjengelige ressurser sorterer mannen *inn* i tjenestene – om enn under tvil. Noen timer senere kommer hun tilfeldigvis over mannen i en aktivitet som motsier pleierens tidligere beslutning om å se mannen som en klient med assistansebehov. Hvordan kan hun rettferdiggjøre at mannen skal få hjelp til å vaske huset, når han kan bevege seg oppe i et stillas? En tilsvarende situasjon under tvil belyser dilemmaet ytterligere:

Han mente at om et halvt år ville han ikke klare å gå mer, for han har så vondt i beinet. Og han viste meg (pleieren illustrerer ved å gå haltende med krum rygg, mens hun støtter seg til en benk). Og nedenfor huset sto en elektrisk bil fra hjelpemiddelsentralen parkert. Han hadde fått den innvilget da, tenkte jeg, da trenger han kanskje assistanse inne også?

Når tvilen manifesterer seg for pleieren i denne størrelsesorden, er det et befriende tegn for pleieren å oppdage den elektriske bilen. Om han har fått den innvilget tidligere, har det måttet skje på grunnlag av kollegaers tidligere vurderinger av mannen. Dette tipper pleierens vektskål i retning av at mannen tilhører gruppen med legitime behov for hjemmetjeneste, uten at hun kjenner til grunnlaget for innvilgningen. Alle slike objektiverende knagger som pleierne kommer over eller tar i bruk under vurderingen, hjelper dem til å komme seg videre i beslutningen (Måseide 2008). Det framstår nærmest som en tilfeldighet at pleieren observerer den elektriske bilen. Hva hadde utfallet av vurderingen vært om hun ikke hadde sett den? Pleiere støter ofte på slike klassifiseringsproblem under helsefaglig klientkategorisering (Hughes 1977). De kontekstuelle forankrede erfaringene pleierne gjør i samspill med klientene, blir derfor sentrale for kategoriseringen. Pleierne vet imidlertid at slike erfaringer er høyst variabelt tilgjengelige for pleierne som skal gjøre vurderingen.

Emosjonelle erfaringer

Erfaringene som pleierne genererer i samspill med klienten, har en emosjonell komponent. Denne komponenten betinger pleiernes opplevelse av klienten og vurderingsprosessen, og er integrert i pleiernes faglige skjønn. I sitatet under beskriver pleieren en vurdering hun opplevde som vanskelig:

Jeg var på besøk til ei som hadde veldig sterke smerter, og mente hun måtte ha hjemmehjelp. [...] Samtidig kjørte hun på dagtid beboere fra sykehjemmet rundt i rullestol. Så de skulle få frisk luft og selskap. Under samtalen kom det fram at hun brukte Paralgin forte [smertestillende legemiddel, med risiko for avhengighet og toleranseutvikling] for å gjøre det. Men, hvorfor brukte hun ikke Paralgin forte for å få til å vaske hjemme? Vanskelig. Skal vi si at hun skal ta Paralgin forte for å spise i stedet? Og velge mellom å være sosial eller ikke? Eller ende opp med å spise forte dagen lang?

Hvorfor opplever pleieren vurderingen som vanskelig? Aktører får emosjonelle erfaringer ut fra sine respektive strukturelle kontekster (Strauss 1993:134). Emosjonelle erfaringers uttrykk kan således si mye om aktiviteten innenfor konteksten som genererer dem. I dette tilfellet blir vurderingen vanskelig av særlig én årsak. I stedet for å framstille behovsvurderingen som om den hviler på rutiner, skjema eller lover, framstiller pleieren situasjonen som om vurderingen hviler på hennes skuldre alene. Pleieren opplever dermed at hun ikke kan være kvinnens talsperson innad i tjenestene – før hun har tatt stilling til om det er riktig at kvinnen skal få innvilget en tjeneste som hun kunne ha utført selv, ved hjelp av en omdirigert selvmedisinering. Kan pleieren kreve at kvinnen omprioriterer sin bruk av smertestillende legemidler? Slik at hun fysisk kan bli i stand til å realisere primære husholdningsbehov, framfor det sosiale, omsorgsyttende? Skal kvinnens hverdaglige «feilprioriteringer», sett fra et helseadministrativt ståsted, betinge den formelle vurderingen av søkerens assistansebehov? Konteksten posisjonerer pleieren i en moralsk ladet stilling. For å ta en beslutning opplever hun at hun ikke har andre hjelpemidler tilgjengelige enn sine verdirelaterte refleksjoner av, og prinsipper for, hvor grensen skal gå for omfanget av kommunens krav til søkeren.

Emosjonelt forankrede allianser

Når pleierne posisjoneres i moralsk ladede stillinger, er det godt å være flere til stede. Posisjonen som pleieren fra sitatet over opplever at hun har, er et resultat av den

institusjonaliserte innrammingen av arbeidet som pleieren skal utføre. Samtidig som dette skaper frustrasjon hos pleieren, åpner interaksjonens emosjonelle komponent opp for en viktig funksjon: Komponenten bidrar til at pleierne og de andre impliserte kollegaene i vedtaksprosessen får et bredere grunnlag å bygge allianser på, for å fremme individuelle klienters sak i systemet. Samtalereferatet under er hentet fra et inntaksmøte i bygdekommunen. Møtedeltakerne, en lege, enhetsleder, pleiere og saksbehandler, drøfter situasjonen til en mann som har hatt et korttidsopphold på sykehjem, og som skal hjem igjen:

Pleier: Kan ikke sende han ut dit igjen. Jeg traff noen i familien, og de sa at nå drev de og pusset opp badet. De hadde revet ut alt på badet. Men som han sa, så sto det bare igjen et hull i murgulvet, der toalettet hadde stått. Jeg ser ikke for meg, med deres økonomi, at de har penger til å kjøpe og sette inn et nytt toalett der.

Pleier: Nei, der blir det nok værende et hull.

Lege: Han går ned i vekt straks han er hjemme igjen. Det skjer hver gang. 3–4 kg. Og med det forferdelige ekteskapet ...

Pleier: Ja, de har det ikke godt sammen. Han tjener på å være her, det er det ingen tvil om.

Lege: [nikker iherdig] Mm.

Pleier: Han er til og med interessert i oss! Når vi spør han om hvordan han har det, så spør han tilbake, «hvordan har du det?». Han spør om diverse og er veldig takknemlig for hjelpen han får. Med bedre ernæring så er det kanskje ikke så rart.

Samtalen mellom aktørene preges av at alle kjenner mannen, og at de lever seg inn i hans situasjon. Han har en historie innad i tjenesten, med flere korttidsopphold. De ønsker alle at mannen skal bli værende på sykehjemmet, grunnet hans hjemmesituasjon. Alle fremmer argument for at dette er den riktige beslutningen. Mannen er imidlertid i tilstrekkelig god nok form i nåværende øyeblikk til at han skal kunne klare seg selv. Derfor fokuserer de på det som venter ham hjemme. Replikkene dreier seg om hans livssituasjons fattigslige og omsorgsløse trekk, slik de oppfatter den. Vekttapet settes i forbindelse med mannens «forferdelige» ekteskap. De har ingen tiltro til at hans familie forbedrer hjemmets materielle standard. Ved å forklare mannens varierende funksjonsnivå med disse faktorene etablerer de forbindelser mellom årsaker til mannens funksjonsnedsettelse og hjelpebehov. Alliansebyggingen avhenger imidlertid av at alle som snakker, gjør det ut fra emo-

sjonelle erfaringer med mannen de drøfter. Møtet kan nærmest virke følelsesstyrt. Det er det ikke. Bakenfor samtalen ligger forvaltningens regler. Men de kunne like gjerne ha bestemt at mannen skulle hjem igjen, og stilt ytterligere krav til familien om bedre omsorg for den gamle. I stedet bruker medlemmene sine emosjonelle erfaringer strategisk: De konstruerer ett homogent bilde av klienten, én unison stemme (Callon 2001:116), som samstemmig konkluderer tiltak. I dette tilfellet rettfærdiggjør samstemmigheten og det konstruerte bildet av klienten effektivt for dem at klientens sykehjemsopphold forlenges.

Mange stemmer trer fram

Ethvert arbeid som utføres innenfor en organisasjon, er en koordinert kollektiv handling (Blumer 1948). Under denne koordineringen er det ikke bare handlingene til de formelle organisasjonsmedlemmene som skaper organisasjonens kollektive uttrykk. Også involverte aktører som spiller mer eller mindre sentrale roller for organisasjonsmedlemmene, er viktige. Ettersom det er mange som kan ha interesse av individuelle behovsvurderingers utfall, er det ikke overraskende at mange stemmer manifesterer seg i prosessen. Myndighetenes stemme er bygd inn i vurderingen i utgangspunktet, gjennom situasjonens formelle reguleringer. I tillegg kommer de pårørende, som bruker ulike ressurser for å vinne gjennom med *sin* definisjon av søkerens tilhørighet til tjenestene. Tidvis tvinges pleierne til å forhandle med dem, på tvers av pleiernes ønsker for klienten. Disse forhandlingene forskyver aktørenes stillinger⁶ (Strauss 1993) i forhold til hverandre:

Nå snakker jeg med henne som pasient selv, hører om hvordan hun har det, og hennes behov. Om jeg nå hadde spurt en pårørende om å være med ... Det bruker jeg å poengtere overfor de som søker om tjenester, at ok, du har vært med din syke mor om å søke om en tjeneste hos oss, men det er ikke sikkert det blir sånn. [De pårørende] har ikke samme opplevelsen som [søkerne] har. [Pårørende har en] mer negativ holdning. [Men] hvis hun vil ha det sånn ... Det er hennes liv, autonomi, selvbestemmelse, selvrespekt. Slik vil *hun* ha det.

Mens pårørende finner verdighet og sikkerhet i at deres foreldre får det de anser som et omfattende nok tjenestetilbud, forankrer pleieren klientenes verdighet i større grad i deres selvbestemmelsesrett, slik pleieren opplever det. På bakgrunn av denne

6 «Stilling» viser til posisjonen som deltakerne i samhandlingsprosesser inntar, ut fra den oppfattede kontrollen de har over prosessen (Strauss 1993:88).

opplevelsen velger pleieren ikke alltid å spørre pårørende om å være med under vurderingen. Hun vil unngå å havne i en meklerposisjon mellom pårørende og søker. Dette er ikke alltid pleierens valg alene. Av og til har søkerne fått oppnevnt verge. Det er heller ikke gitt at alle pårørende har «en mer negativ holdning» enn søkeren. Men pleierne, søkerne og deres pårørende må inngå i de forholdsvis faste rollene som vurderingen tilbyr, institusjonalisert som «pleier», «søker» og «pårørende». Gjennom disse rollene, og de ulike relasjonene de har til klienten, tilskrives og tilegner aktørene seg spesifikke egenskaper og innfallsvinkler i møte med hverandre. Pårørende vil som oftest ha flere muligheter for å teste sine teorier om behovets type og omfang, i og med at de samhandler med søkeren over lengre tid. De har for eksempel ofte mulighet til å sammenligne personen i dag med hvordan de husker at personen var før. Pleieren har som oftest bare mulighet til å snakke med og observere klienten over kort tid. Samtidig er det kun pleieren som kan sørge for at behovsvurderingen formaliseres til en beslutning om vedtak.

Selv om pleieren legger opp til en samtale med søkeren alene, er det ikke gitt at dette går som planlagt. Pleierne ønsker å ivareta klientens stemme i arbeidsutførelsen, men klientene har ikke alltid tillit til at pleierne kan representere dem og deres ønsker slik de mener det er mest hensiktsmessig. Klientene kan velge å alliere seg med andre institusjoner enn familien, for å legge mer press bak sine krav. En pleier fra bykommunen forteller:

I går var det en advokat her med en bruker, og i dag var det en advokat med en bruker. Vi er jo ikke rusta. Det er jo folk som har studert juss i seks-sju år, og som har erfaring, og så kommer vi da ... hva har vi som helsepersonell, en stak-kars treårig utdanning? Kanskje plussset på litt her og litt der i etterkant? Men hva kan vi gjøre mot jussen?

Pleieren er tydelig frustrert overfor klienters bruk av advokat. Pleierne er pålagt å følge lovverkene som regulerer de behovsprøvde tjenestene. De følger lovverket gjennom rutinene rundt behovsvurderingen, som organisasjonen har satt opp som tilstrekkelige for å kunne gjøre behovsvurderingene riktige nok. Pleierne er avhengige av lovverket, og bruker dem for å gjøre arbeidet sitt. Men når klientene hyrer inn advokater for å etterprøve og eventuelt overprøve pleiernes vurderinger, blir prosessen vanskeligere å kontrollere for pleierne. De fratas definisjonsmakt. Klientenes advokatallianse forskyver aktørenes stillinger til hverandre i prosessen. En konsekvens av forskyvningen, tilsiktet sådan av klienten, er at pleiernes rang i denne triangulære relasjonen underordnes advokatens. Og siden advokaten er

klientens allierte, trer klienten ut fra replikkutvekslingens sentrum. Det er fortsatt pleierne som oftest besitter mest helsefaglig kunnskap om behovsvurderingene i denne relasjonen. Likevel erfarer pleieren situasjonen som at advokaten legger ned veto. Advokatens tilstedeværelse blir dermed for dem veldig tydelig, lite diskret, og bastant, i pleiernes arbeid med å regulere ressurstilgangen.

I tillegg til at pleierne må håndtere utfordringer som klientene inviterer inn i vurderingen, som advokatens faglige «pondus», må pleierne også håndtere det de anser å være «seg selv». Pleierne gjør faglige vurderinger innenfor et delegert handlingsrom, men har samtidig personlige oppfatninger om hvordan liv skal leves. Oppfatningene kan være utelukkende personlige, eller de kan uttrykke personifiserte kollektive oppfatninger innad i organisasjonen. Uansett inngår de i pleiernes opparbeiding av en kasusorientert arbeidskompetanse. Pleierne ser dem ikke nødvendigvis som aktivt til stede i sine handlinger før de konfronteres med dem:

Du er jo i et voldsomt dilemma. [...] [A]lle mennesker har jo fortjent å ha et godt liv. Selvfølgelig! Men, hva er det gode liv, og hva er det som? ... altså forventningene er ofte ... Jeg husker det var en gammel mann som sa: «Jeg vil ikke på dagsenter, for jeg vil sitte hjemme. Jeg har vært nok ute, jeg vil sitte hjemme. Jeg har det godt når jeg ser på TV-en min.» Altså, vi legger noen sånne premisser og føringer som handler om *mine* behov. Det er ikke sikkert at du har det store behovet for å springe ute når du er noen og nitti år.

Hvem sine behov skal kartleggingen dekke? Hvem sine behov skal kartleggingen avdekke? Tilbudet om dagsenter, som mannen får fra pleieren, er for ham et tungt inngrep i hverdagslivet. Han synes det er et fullverdig liv å sitte hjemme og se på TV, og ønsker ingen større intervensjon. Pleierens oppfatning av hva det gode liv vil være for mannen, hans funksjonsnivå og alder tatt i betraktning, vinner ikke gjenklang hos mannen selv. Ifølge pleieren er dette et eksempel på at hun projiserer *sine* forventninger om det gode liv over på klienten. Hun *overraskes* over at institusjonens definisjon av det gode liv ikke passer mannen, og skyldlegger seg selv: Ettersom han ikke anerkjenner hennes tilbud, må det være hennes vurdering det er noe galt med. Men hva pleieren oppfatter som *sine* behov, er ikke hennes behov alene. Så lenge pleieren jobber for institusjonen, er institusjonen i pleierens handlinger. Hennes vurdering reflekterer institusjonens sedvaner og repertoar av på forhånd produserte «typiske» forbindelser mellom klient og tjeneste. Institusjonen er aldri bare en maskin. Den avhenger av og får kontekst

gjennom personene som representerer den. Samtidig gir opplevelser hvor pleiere konfronteres med det de anser som «egne behov og forventninger», en mulighet for dem til å videreutvikle sin kasusorienterte kompetanse. Denne kompetansen betinger pleiernes oversettelsespraksis og løsningene de anser som relevante for klassifiseringen av klientens behov og funksjonsnivå. La oss derfor se noe nærmere på hvordan pleierne kan bruke kategorier som verktøy, for å få avsluttet vurderingen av klienten.

Kategorisering som verktøy

Pleierne møter mange individuelle klienter som mottar samme tjenester, tidvis på samme grunnlag, tidvis på ulike grunnlag. Samme nivå av angst oversettes ikke nødvendigvis likt fra klientens personlige sfære til institusjonens ramme, for eksempel på grunn av ulike ressurser i klientens nettverk. Samtidig kan pleiere gjøre prioriteringer under vurderingen som medfører at individuelle klienter får svært gode tjenestetilbud, mens andre klienter med samme tilstand ikke gjør det. Komparativt framstår dette som urettferdig. Likevel kan tjenestetilbudene regnes for å være helsefaglig og forvaltningsmessig riktige, individuelt vurdert. Som en pleier sier, «saken er jo at vi har en standard, men den er aldri absolutt. Det er bestandig lov å gjøre avvik fra standarden. Hver person skal jo ha en individuell vurdering».

Klientene som pleierne klassifiserer hjelpebehovet og funksjonsnivået til, er aldri helt like mennesker i like situasjoner. Likevel kan de kategoriseres innad i institusjonen som like, fordi de opptrer med en viss *kontinuitet* (Garfinkel 2006:119). Dette forløper seg konfliktfritt inntil pleierne møter en ny vurdering, et nytt menneske, et nytt sår, som bryter med deres tidligere erfaringer, som i eksemplet med mannen som ikke ville på dagsenter. I møte med de mange stemmene som vil gjøre seg som talspersoner for klienten, egne forventninger til hva klienten ønsker, institusjonens løsninger, kategoriseringer som ikke alltid passer, og den emosjonelle komponentens tidvis intense tilstedeværelse, utvikler pleierne uskrevede teknikker eller hverdagspraksiser for å komme seg videre i arbeidet:

For å være helt ærlig, så er det noen ting med at når du har vært her lenge nok, du lager noen sanne nisjer, ikke sant ... du trekker ned noen rullegardiner, rett og slett. For det handler jo om at når du har jobba lenge nok i dette gamet, så har du lært deg å sortere og legge ting litt sånn her og der, i ulike bokser.

Pleierne utvikler kompetanse og kapasitet til å systematisere sine erfaringer i mer eller mindre robuste «bokser». De lærer seg hvor de skal se, hva de ikke skal se, og hva de skal identifisere «ting» som. Denne læringsprosessen er på sett og vis frigjørende. Den gir pleierne større avstand til klienten, selv om klienten befinner seg rett foran en. «Boksene» får arbeidet gjort. Samtidig er læringsprosessen og kategoriseringen en kilde til frustrasjon for pleieren:

Hvordan tenker man mennesker? Det er så veldig konkret, og knytta til mye ... [...] Det er vel sånn at alt er vanskelig med å beskrive mennesker, enten med tallkoder eller diagnoser eller ... Det å klassifisere folk, hele tida kategorisere konstant. Det er ikke noe artig å kategorisere folk. Men, jeg vet ikke hvordan vi kan klare å komme unna det heller.

Pleieren opplever det som en ambivalent oppgave å benytte seg av den kategoriserende kompetansen hun har lært seg. Kategoriseringsarbeidet framstår som en uunngåelig side ved jobben, som hun opplever seg avhengig av for å kunne gjøre arbeidet. Samtidig går ikke kategoriseringen og klassifiseringen, slik hun per i dag opplever det, overens med hennes måte å tenke menneske på. Mennesket er en konkret skapning, men samtidig ikke lett definerbar. Hun opplever det konkrete ved mennesket som ukonkret forbundet med «det mye» rundt.

Men er det kategoriseringen i seg selv eller relasjonen mellom kategoriseringen og pleierens posisjon, som skaper ubehag for pleieren? Pleieren har en trygg posisjon sammenlignet med klienten. Pleieren vil fortsatt være ansatt i kommunen etter at vurderingen er gjennomført. Klienten derimot kan bli skrevet ut og overlatt til seg selv. Pleieren er delegert arbeidet med å definere klientens identitet, men det er ikke alltid overensstemmelse mellom pleierens og klientens oppfatninger og ønsker. Når en pleier omdefinerer en klients oppfatning av seg selv for administrative formål, kan det oppleves som en intervensjon, avsløring eller devaluering av klientens selvpresentasjon. Under kategoriseringen er pleieren som sagt forpliktet til å bruke institusjonens kategorier, heller enn klientens. At hun opplever kategoriseringen som vanskelig, kan dermed antyde at pleieren har en tvetydig lojalitet til forvaltningen. Hun aksepterer kategoriseringen som uunngåelig, men samtidig ikke som en perfekt løsning. Til det opplever hun bruddet mellom institusjonens kategorier og individene hun interagerer med, som for stort. I praksis er det en viss korrespondanse, i og med at pleieren – med noe individuell tilpasning – får til å bruke de tilgjengelige kategoriene på klientene. Ubehaget oppstår idet institusjo-

nens formelle kategorier *sliper* klientbildene som pleierne ønsker å formidle, i et for markant omfang til at pleieren ikke kan unngå å observere det.

Så lenge pleieren får styre rullegardinene selv, er ubehaget til å leve med. Ja, det kan også rasjonaliseres eller fortrenkes helt fra den hverdagslige arbeidsflyten. Men når pleieren konfronteres med kategorier som befinner seg i standardiserte skjema, vokser det potensielle friksjonsnivået. Da blir boksene til noe annet. På papiret bindes de opp til forpliktelser, og brukes til formål utenfor pleierens horisont. Dette kommer tydelig til uttrykk når vurderingsprosessen kommer til det punkt at pleieren skal overføre sine tanker om klienten til IPLOS-skjemaet. La oss se nærmere på denne overføringen.

Om å representere klienten i «IPLOS-format»

Med unntak av den innledende beskrivelsen av behovsvurderingen fra et teknisk perspektiv har IPLOS spilt en mindre rolle i fortellingene om behov til nå. Det er litt av poenget med systemet. IPLOS skal representere et tverrsnitt av klientens situasjon, og skal ikke overstyre eller dominere behovsvurderingen. Likevel ligger IPLOS-informasjon tidvis til grunn for vedtak som gjøres, og uansett om pleierne leser informasjonen senere eller ikke, så går utfylte IPLOS-registreringer inn i institusjonens dokumentasjonshjul. Som tidligere nevnt er IPLOS delegert flere hovedroller ovenfra. IPLOS skal disiplinere pleiernes blikk under innsamlingen av relevant informasjon om klienten, for standardiserte målinger av klientens assistansebehov og funksjonsnivå. IPLOS skal også fungere som en «sekretær» for pleierne, som fører referat av pleiernes vurderinger av klientene. I tillegg skal IPLOS fungere som en registreringsmaskin. Maskinen skal lagre og distribuere informasjon, og den skaper et nettverk av spesifikke aktørroller knyttet til maskinens virke. I bykommunen har for eksempel flere stillinger blitt opprettet eller fått tilpasset sin stillingsinstruks som en konsekvens av IPLOS.

Før en behovsvurdering innledes, framstår oppgaven som oversiktlig og ryddig. Pleierne har en mal de kan følge for hva han eller hun skal gjøre når, og et sett indikatorer for vurdering av klientens situasjon. Når pleierne kommer til det punkt at IPLOS-skjemaet skal fylles ut, er situasjonen tidvis mer kompleks. Variasjon preger bildet; forskjellige emosjonelle erfaringer, ulikt oppmøte av forskjellige alliansepartnere, klientenes situasjoner og ønsker, og en skiftende korrespondanse mellom institusjonens tilgjengelige kategorier og klientene de skal beskrive. Ut fra denne variasjonen trer IPLOS fram på ulike måter overfor pleierne. IPLOS fungerer for eksempel som en gjenstridig samarbeidspartner under målingen. Pleierne er

pålagt å samarbeide med IPLOS, og tidvis går dette greit. Men alle observasjoner og alle klienter passer ikke inn i de formelle boksene i IPLOS:

[Det går] veldig mye i fysisk evne, mestring, mens det er biter som ... du klarer ikke å få det inn og vise at dette er et menneske som kanskje fysisk og sett utenfra fungerer godt, men så er det mye på utrygghet. Mennesker med psykiske lidelser, rusproblematikk, det er vanskelig å få fram [i IPLOS] ...⁷

IPLOS fanger ikke opp alle aspekt som pleierne oppfatter som relevante for klientene. Likevel må systemet forhåndsavgrense klientens univers, for å fungere som en faktaproduserende maskin. Slike systemer *skal* nødvendigvis inneha bestemte deskriptive kategorier og begrepsliggjørende strukturer (Smith 1974). Ellers kan de ikke gjøre jobben de er satt til å gjøre. Systemet *skal* måle klientenes «funksjonsnivå» og «hjelpebehov» ut fra myndighetenes definisjoner. Gjenstridigheten ligger i at systemet per definisjon ikke skal jenke på kravene til pleiernes oppfølging av registreringen, selv når systemets kategorier ikke passer. Pleierne må få dem til å passe. Dermed posisjoneres IPLOS som en regelrytter. Problemet for pleierne med den IPLOS-initierte kategoriseringen er ikke nødvendigvis at systemet framtvinger at klienten representeres på et skjema. Pleierne ønsker selv å representere klienten i ordets rette forstand. De ønsker å gjøre en god jobb. Dette innebærer å gjenskape klienten på en relevant måte for dem som ikke kan treffe klienten selv, men som skal delta i beslutningene om klientens framtid innad i tjenestene. Men IPLOS forteller pleierne på hvilke måter klientene *kan* ha funksjonsnedsettelse og i hvor stor grad. Dette innebærer en innramming av klientgruppen, og en ekskludering av klientkjennetegn som ikke har en boks i IPLOS. Som en pleier sier, «man kan jo ha en 20-åring sittende foran seg full av angst, som ikke scorer noe på de parametrene som er, og dermed vil man jo ikke kunne vise det sykdomsbildet eller lidelsesuttrykk som mennesket står oppi».

Selv om IPLOS forteller pleierne hva som indikerer at en person kan bli en klient i de kommunale helse- og sosialtjenestene, lytter ikke pleierne nødvendigvis. En pleier forteller hvordan hun håndterer situasjonen når hun opplever IPLOS som for gjenstridig til at hun får beskrevet klienten på en god måte:

⁷ Se Tjora og Tøndel (2012) for en diskusjon av samme poeng, relatert til marginaliseringsprosesser blant pasienter.

[J]eg gjør det i hvert fall sånn at når jeg, vi, har en vurderingssamtale, altså den første samtalen, en kartlegging etter at man har fått en henvendelse, så har vi jo med IPLOS-skjemaet. Og da unnskylder jeg det veldig før jeg setter i gang, og så hopper jeg over de aller fleste av dem, og skriver bare en 1-er [1 betyr i IPLOS at klienten ikke har et assistansebehov]. [...] Jeg synes ikke det er etisk riktig. Det er flaut!

Pleieren føler ikke lojalitet til IPLOS. Hun skjemmes. Under kartleggingen viser hun avstand til systemet overfor klienten ved eksplisitt å påpeke at det hun nå må gjøre, er ikke en hyggelig affære. Pleieren framstiller IPLOS som en uoppdragen kollega som trækker feil sosialt, og som hun må beklage væremåten til. Pleieren forsøker å åpne og opprettholde kommunikasjonen med klienten, uten å la systemets tilstedeværelse spolere vurderingssamtalen. Hun definerer IPLOS som noen andres påfunn, og vil ha seg fraskrevet myndighetenes oppfinnelse og vokabular. I tillegg bøter hun på det hun på forhånd går ut fra at er en uunngåelig forstyrrelse, allerede før klienten har opplevd den som så, med en unnskyldning.

Ikke alle pleiere, i alle tjenester, opplever IPLOS som like problematisk. Tidvis bruker pleiere systemet som en *alliert*, selv om de samtidig kan oppleve IPLOS som gjenstridig eller uhøflig:

Jeg har jo egentlig vært litt sånn motstander av systemet ... [...] [Men] de fleste [klienter] synes det er helt ok å bruke det. Jeg har ofte med meg ADL-n [det vil si registerskjemaet]. De synes det er litt artig. [...] Eldre mennesker, de har ikke noe i mot å bli skåra. «Oj, får jeg en 3-er der. Hva betyr det?» Og så er det litt sånn å holde det frem: «Se, her står det at du ikke trenger hjelp til daglige gjøremål, i forhold til husvask.» «Jo, jo, jo, jo – jo, jeg trenger det.» Ikke sant. «Ja, da blir du en 3-er.» «Ja, ja, ja.» Og da vet du, da involverer du dem også.

Pleieren bruker IPLOS som et alliert sannhetsvitne som forteller klienten hva klienten trenger hjelp til og ikke. Hun lukker forhandlingene med klienten om klientens behov ved å bruke indikatorene og tallene som kunnskap hevet over tvil. Slik hun beskriver klientene hun bruker strategien overfor, leser også de av tallene som objektive mål på egen situasjon. Dette oppnår hun blant annet ved å aktivisere skjemaet som *tolk*, som oversetter klientens mer eller mindre uuttalte opplevelser av eget funksjonsnivå til verbale utsagn og til slutt et tall, til «3». Tallet 3 betyr i IPLOS «middels behov for bistand/assistanse», og personen anses å ha et behov for personbistand som de kommunale tjenestene skal bistå med (Helsedirektoratet

2009:27). Den samtidige aktiviseringen av skjemaet og klienten forsterker omrisset av enighet mellom aktørene. Samtidig overfører pleieren deler av ansvaret for utfallet av vurderingen til IPLOS. IPLOS blir som et skjold for pleieren, som avvæpner eventuelle argument om å anerkjenne større eller mindre hjelpebehov enn det pleieren oppfatter på tvers av hennes beslutninger. Systemet gir dermed pleieren ryggdekning i denne situasjonen – både for hvorfor hun stiller de spørsmål hun gjør, og for hvorfor hun vurderer klienten som hun gjør.

Diskusjon

Et vurdert behov er resultatet av en lengre institusjonell prosess, og oppsummerer et omfattende sett av koordinerte handlinger, samtaler og erfaringer. Myndighetene har gitt prosessen en formell ramme, med standardiserende og rettighetssikrende siktemål. Det teknologiske klassifiseringssystemet som myndighetene har innført i prosessen, IPLOS, er nødvendigvis mindre komplekst enn den lokale og situasjonelle konteksten klassifiseringen foregår innenfor. Samtidig er IPLOS bare ett av flere element blant allerede eksisterende interesser, assosiasjoner og praksiser innenfor samme scene: Disse betinger hvordan IPLOS kan samle data og standardisere behovsvurderingen, eller «heve verden» (Timmermans og Berg 1997:274), sett fra myndighetenes perspektiv.

At IPLOS inngår i pleiernes arbeid på så forskjellige måter, kunne vært tolket dit hen at systemet er et fleksibelt bruksverktøy. Imidlertid framstår det sosiale spillet som iverksettes rundt IPLOS heller som en konsekvens av systemets rigide regelkompleks, i møte med den heterogene behovsvurderingspraksisen. Pleierne jeg intervjuet, oppfattet IPLOS som en tidvis påtvunget forhandlingspart, med en sterk vilje. Men selv om IPLOS skal temme dem, temmer de også IPLOS. Spørsmålet om når hvem temmer hvem, har ikke et selvsagt svar. Til det er klientene som systemet og pleierne skal samarbeide om, så forskjellig til stede for dem. Dette vedvarer også etter at beslutningen er tatt. Under standardenes glatte overflater er klientenes situasjoner fortsatt spesifikke og skiftende.

Dette kompliseres av at IPLOS fungerer som en «fartshump», som gjør det umulig for aktørene ikke «å senke farten» (Latour 1992:244). Dette tvinger fram refleksjon hos pleierne over den institusjonelle oversettelsen fra «person» til «klient». Oversettelsesproblemet som pleierne støter på, ligger a priori i organisasjonen,⁸ men å reflektere over dette forholdet er i utgangspunktet ikke nødvendigvis en

8 Håkon Leiulfsrud, samtale.

forutsetning for pleiernes arbeid. I situasjoner hvor registreringen genererer refleksjon som senker pleiernes fart i vurderingsarbeidet (men ikke deres arbeidstempo), tydeliggjøres den lokale behovsfortolkningens teknikk og moral. Tydeliggjøringen overfører moralske problemstillinger fra behovsvurderingspraksisen til IPLOS, og omvendt. Men selv om det å håndtere systemet kan fremme ubehag for pleierne, og systemet synliggjør ubehag som befinner seg i arbeidet forut for systemet, befrir det dem også fra ubehag. Det sosiale spillet som bygger seg opp i opptakten til registreringen, for eksempel gjennom pleiernes ulike måter å introdusere systemet for klientene på, skaper frihet til å skrive definisjonsmakten over situasjonen til systemet. Dermed kan pleierne, for noen øyeblikk, frigjøre seg fra klientens oppmerksomhet. Kanskje kan de også opprettholde klientens sympati selv om resultatet av registreringen ikke blir hyggelig sammenlignet med klientens ønsker.

Under det sosiale spillet koordineres tilgangen til rettigheter og ressurser som en anerkjent klientstatus iverksetter. Mens IPLOS er en forholdsvis ny bestanddel i behovsvurderingen, har denne koordineringen en lengre historie. Hvordan interaksjonen mellom IPLOS og lokal praksis kommer til uttrykk avhenger således av hvordan praksis og teknologi stabiliseres og endres, i møte mellom det som har vært, det som er nå, og visjonene om det som kommer. Samtidig kan skillet mellom systemet og praksis sies å være kunstig. Teknologien og aktørene befinner seg tross alt i samme lokalitet, selv når de ikke samarbeider. Men når noe telles og annet ikke, etableres og repeteres skillet i praksis, inntil klienten preserves og presenteres i faktaform, og skillet viskes vekk igjen.

Om kapitlet

Kapitlet er basert på mitt PhD-prosjekt ved NTNU om statistikk som styringsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Takk til alle kontaktpersoner og informanter som velvillig har bidratt på ulike måter i mitt feltarbeid, og som gjør studien mulig. Takk også til redaktør Aksel Tjora, Anne-Grete Sandaunet, Ann R. Sætнан, ISS, NTNU og Per Ivar Chutko, for konstruktive kommentarer og råd i forbindelse med skriveprosessen.

Referanser

- Blumer, H. (1948) 'Sociological Theory in Industrial Relations', *American Sociological Review*, 12:271–278.
- Callon, M. (2001) 'Elementer til en oversettelsessosiologi: kamskjell, fiskere og forskere', i Asdal, K., Brenna, B. og Moser, I. (red.) *Teknovitenskapelige kulturer* (s. 91–124). Oslo: Spartacus.

- Cussins, C.M. (1998) 'Ontological Choreography: Agency for Women Patients in an Infertility Clinic', i Berg, M. og Mol, A. (red.) *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies* (s. 166–225). Durham: Duke University Press.
- Czarniawska, B. (2007) *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Malmö: Liber Universitetsforlag.
- Garfinkel, H. (2006) *Seeing Sociologically: The Routine Grounds of Social Action*. Boulder: Paradigm Publishers.
- Goffman, E. (1992) *Vårt rollespill til daglig*. Oslo: Pax Forlag.
- Grimen, H. og Molander, A. (2008) 'Profesjon og skjønn', i Molander, A. og Terum, L.I. (red.) *Profesjonsstudier* (s. 179–196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Latour, B. (1987) *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Cambridge: Harvard University Press.
- Latour, B. (1992) 'Where are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artifacts', i Bijker, W., og Law, J. (red.) *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change* (s. 225–258). Cambridge: MA: Harvard University Press.
- Lian, O. (2000) 'Behovet for helsetjenester – naturgitt eller sosialt bestemt?', *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120:111–114.
- Helsedirektoratet (2009) 'IPLOS: Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester', Oslo: Helsedirektoratet, http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00129/IPLOS__Veileder_fo_129299a.pdf (lesedato 30.5.2011).
- Helsedirektoratet (2010) 'Veileder for innsendingssystemet IPIS. Versjon 1.9/07.12.2010/TJ'. Oslo: Helsedirektoratet, <http://ssb.no/iplos/> (lesedato 10.11.2011).
- Hughes, D. (1977) 'Everyday and medical knowledge in categorising patients', i Dingwall R., Heath, C., Reid, M. og Stacey, M. (red.) *Health Care and Health Knowledge* (s. 128–140). London: Croom Helm.
- Hughes, D. og Griffiths, L. (1997) '«Ruling in» and «ruling out»: two approaches to the micro-rationing of health care', *Social Science & Medicine*, 44: 589–599.
- HOD (2005) *Fra stykkevis til helt: En sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005: 3. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Måseide, P. (1991) 'Normale og unormale gale: Sosial organisering av tenking og avgjerdstaking i psykiatrien', i Album, D. og Midré, G. (red.) *Mellom idealer og realiteter: Studier i medisinsk sosiologi* (s. 85–114). Oslo: Ad Notam.
- Måseide, P. (2008) 'Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv', i Molander, A. og Terum, L.I. (red.) *Profesjonsstudier* (s. 367–385). Oslo: Universitetsforlaget.
- Robertson, A. (1998) 'Critical Reflections on the Politics of Need: Implications for Public Health', *Social Science & Medicine*, 47: 1419–1430.
- Romøren, T.I. (2008) 'Eldre, helse og hjelpebehov', i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie* (s. 29–37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smith, G. (1980) *Social need: Policy, practice and research*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Smith, D. (2005) *Institutional Ethnography: A Sociology for People*. Lanham: Altamira Press.
- Smith, D. (1974) 'The Social Construction of Documentary Reality', *Sociological Inquiry*, 44: 257–268.
- Strauss, A.L. (1993) *Continual Permutations of Action*. New York: Aldine de Gruyter.

- Sørgaard, K.W. og Øiesvold, T. (2002) 'Behovsutredning og kontakt med hjelpeapparatet hos personer med langvarige psykiske lidelser', *Norsk epidemiologi*, 12: 333–338.
- Timmermans, S. og Berg, M. (1997) 'Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols', *Social Studies of Science*, 27: 273–305.
- Tjora, A. og Tøndel, G. (2012) 'Framtidens pasient', i Melberg, H.O. og Kjekshus, L.E. (red.) *Fremtidens Helse-Norge* (s. 105–127). Bergen: Fagbokforlaget.
- Vabø, M. (2011) 'Changing governance, changing needs interpretation', *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31: 197–208.

Bidrag 4: Mening og myndighet: Produksjonen av styringstall i helse- og sosialtjenestene

Mening og myndighet: Produksjonen av styringstall i helse- og sosialtjenesten

Gunhild Tøndel

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Artikkelen utforsker integrasjonen av styringstall i klient- og økonomisk-administrativt sentrerte praksiser i kommunale helse- og sosialtjenester, og forholdet mellom lokal tallpraksis og nasjonal statistikk som uttrykt på grasrota. Analysen bygger på intervju- og observasjonsdata om Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) i praksis. IPLOS-data dokumenterer tjenesteklientenes assistansebehov og funksjonsnivå, og kan brukes både som budsjett- og klientdata. Analysen viser blant annet at budsjettoppkoblingen forandrer tjenesteansattes oppfatninger av hva IPLOS er og hvordan systemet skal håndteres. Organisasjonen og de vilkår den tilbyr informasjons-systemet destabiliserer tallene, samtidig som tallene ser ut til å stabilisere andre prosesser i organisasjonen, som saksbehandlingen.

Nøkkelord: Registerstatistikk, budsjettdata, kommunale helse- og sosialtjenester, styring, koordinering

Meanings and authorities: The production of numbers for governance in the health and care services

The article explores the integration of governance numbers in client-centred and administrative/budgeting practices in municipal health and care services, and the relationship between local registering practices and the national statistics to which these same numbers are aggregated. IPLOS documents clients' needs of assistance and level of function, and are used as budget and client data. The analysis demonstrates how number-budget connections change service employees' understandings of IPLOS and how this influences their practice. While the organizational practice destabilises the numbers, the numbers seem to stabilise other processes in the organization, such as client case-handling.

Key words: Register statistics, budget data, municipal health and care services, governance, co-ordination

**Forfatteren (som nå er redaksjonssekretær for Sosiologisk tidsskrift) var ikke involvert i redaksjonelt arbeid i perioden artikkelen var til vurdering.*

Alle som søker om eller mottar kommunale helse- og sosialtjenester gjennomgår standardiserte beslutningsprosesser, som innebærer kartlegging av assistansebehov og funksjonsnivå. Kartleggingsresultatene kommer blant annet i form av tall. Tallene lagres i klientens/pasientens/brukerens elektroniske pasientjournal, og kan brukes som pasientdokumentasjon under pleiearbeid og saksbehandling. Noen kommuner bruker også tallene i forbindelse med budsjettering og ressursfordeling i tjenestene. De lokale dataene sendes deretter inn til et sentralt register, og raffineres til nasjonal pleie- og omsorgsstatistikk. I aggregert form skal de blant annet brukes i statens overordnede planlegging av tjenestene og som forskningsdata. Alle kommuner har pliktet å følge opp tallproduksjonen siden 2006, da

Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet innførte informasjonssystemet «Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk» (IPLOS).

Tallene er sosiologisk interessante av flere grunner. IPLOS iverksetter et komplekst og infrastrukturelt feedback-system mellom stat, forvaltning, de helsefaglig ansatte i kommunen og klientene. Tallene er «kapslet inn» (McCoy, 1998) i sin produksjonskontekst, i møtet mellom klient og tjeneste. Samtidig er tallene knyttet til et mangfoldig sett av aktiviteter utenfor dette møtet (Smith, 2005). De transporteres og aktiveres på tvers av institusjonelle grenser og formelle praksiser innad i tjenesteapparatet, og det er ikke entydig hvilke aktører som kontrollerer hvem i denne infrastrukturen (Tøndel, 2012). Feedback-systemet utvikler lokalt organiserte og uformelle «fistler», som preger tallenes kapasitet for kommunikasjon og koordinering av aktivitet mellom nære og fjerne kolleger. Dette gjør tallene til noe langt mer enn mikrosituasjonelle verktøy for kommunepersonellets hånd – selv når de brukes i høyst lokalt forankrede og tidsmessig sett avgrensede arbeidsoppgaver.

Aktiviteten som foregår rundt tallenes produksjonslinje sier noe om hvordan tjenestene (som organisasjon) forstår sin rolle i samfunnet, og hvordan samfunnet ønsker og krever at tjenestene skal fremstå; hvordan staten *ser* tjenestene, klientene og de helseprofesjonelle, og hvordan tjenesteansatte i kommunene opplever dette blikket. Aktiviteten sier også noe om tallenes produksjonsforhold, av relevans for å forstå styringsinformasjonens fortellinger om kommunenes helse- og sosialtjenester. Organisatoriske rapporter, slik som IPLOS-tallene, er produkter av lokale historiske settinger (Garfinkel, 1967), hvor aktørene handler og rapporterer under differensierte, spesifikke vilkår. Hvordan rapportene inngår i settingenes relasjoner og organiserer aktørenes handlinger, vil kunne variere fra setting til setting (Smith, 2005; Berg, 1996). Ved å følge tallene gjennom organisasjonen (Czarniawska, 2008; Prior, 2003; Latour, 1987), kan man både utforske variasjonen i praksis og se hvordan møtet mellom klient og tjeneste bygges inn i eller «transformeres» (Smith, 2005) til kommunens klientdokumentasjon og statens statistikk.

I denne artikkelen tar jeg utgangspunkt i klient- og økonomisk-administrativt sentrerte praksiser i de kommunale helse- og sosialtjenestene, og utforsker integrasjonen av tallene i tjenesteansattes arbeid, samt forholdet mellom lokal tallpraksis og nasjonalt statistikkssystem. Hvordan inngår tallene i koordineringen av tjenesteansattes aktivitet utover den formelle tallrapporteringen? På hvilke måter håndterer tjenesteansatte at tallene, som fungerer som klientdata, også brukes for å budsjettere tjenesten de jobber for? Og har tallenes doble funksjon konsekvenser for forholdet mellom IPLOS som lokalt informasjonssystem og sentralt register, slik dette kommer til uttrykk på grasrota?

Før jeg følger IPLOS gjennom ulike settinger og tallpraksiser i tjenestene, vil jeg kort forklare visse begrep jeg benytter i artikkelen. Deretter redegjør jeg for statistikk som bruksteknikk og empirisk fenomen i styringssammenheng, min tilnærming til statistikk som objekt og praksis for analyse, og datamaterialet analysen bygger på. Artikkelen avsluttes med en kort refleksjon over analysens empiriske funn og erfaringen med å utøve organisasjonsetnografi på denne måten.

Presisering av begrep

I artikkelen dukker flere tekniske begrep opp, som «Geric» og «ADL». Geric er et elektronisk pasientjournalssystem for kommunal pleie og omsorg, som gir tilgang til individuell informasjon om klientene. I tillegg er systemet integrert i kommunens fakturasystem (Tietio, udat.). ADL står for «Activities in daily living»; et samlende faguttrykk for en rekke hverdagslige, praktiske oppgaver, som «egenomsorg», «mobilitet» og «husholdning», og viser slik til et arbeidsområde for ulike helseprofesjoner (Tuntland, 2006: 18). I IPLOS viser ADL til klientens assistansebehov, slik dette måles på en skala fra 1 til 5 (eller 9 for «ikke relevant») på 15 variabler, som for eksempel «toalett» og «lage mat» (Helsedirektoratet, 2009: 28).

En annen betegnelse som kan fremstå upresis i artikkelen, er «tjenesteansatte». Dette utgjør en heterogen gruppe i de kommunale helse- og sosialtjenestene hva stilling, ansvarsområde, arbeidsoppgaver og helsefaglig bakgrunn angår. Når jeg likevel bruker denne betegnelsen, reflekterer dette IPLOS-systemets infrastrukturelle organiseringsform – fra kommunale helse- og velferdskontor og saksbehandlere på kartleggingsoppdrag til tjenesteytende enheter, administrasjon og rådmannens fagstab. Fra kommunen går denne linjen videre til SSB og Helsedirektoratet. I kommunen finner vi flere yrkesgrupper langs denne linjen, som hjelpepleiere, sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, profesjonelle saksbehandlere, økonomimedarbeidere, enhetsledere og IPLOS-kontrollører. Når jeg i artikkelen skriver «tjenesteansatte», bruker jeg derfor dette som en samlebetegnelse på kommunalt ansatt, helsefaglig utdannet personell med arbeidsoppgaver tilknyttet IPLOS. Et tydeligere skille mellom pleiere i klientrettet arbeid i nært samspill med klienter og profesjonelle saksbehandlere som administrerer vedtak på avstand fra klienten selv, kompliseres av at det eksisterer flere dobbeltroller relatert til IPLOS-oppfølgning blant tjenesteansatte. Det kan for eksempel være like vanlig at en sykepleier utfører både pleieoppgaver, saksbehandling og IPLOS-registrering som at en sykepleier utfører kun pleieoppgaver og likevel har et registreringsansvar. Jeg spesifiserer

rer hvilken stilling informantene jeg henviser til innehar, når dette er relevant for mine empiriske tolkninger.

IPLOS i samfunnet, samfunnet i IPLOS

Økonomi og statistikk er bygget inn i rammeverket som vi kan kalle «statens vitenskap» (Fourcade-Gourinchas, 2001: 404). I løpet av de siste tiårene har denne vitenskapen gått i retning av mer evidensbasert styringsmetodikk i offentlig sektor. Med reformer i retning «New Public Management» (NPM) har representasjonsstrategier som måling og kvantifisering økt sin valuta (Porter, 1992). Strategiene oversetter lokal praksis til standardiserte, kalkulerbare, transporterbare og sammenlignbare enheter, på tvers av geografi og aktivitet (McCoy, 1998), og bygger formelle broer mellom samfunnets differensierte institusjoner.

IPLOS kan sies å være en praktisk konkretisering av enkelte kommuners og statens ønske om forbedret horisontal og vertikal koordinering av tjenestene (Christensen og Lægreid, 2007), med et snev av NPM. Systemets overordnede historie innehar både en fortelling om konstruksjonen av overgripende, nasjonal styringsstatistikk og om tall for rasjonalisering av kommunenes drift. Den første fortellingen reflekterer statens egeninteresse i planleggingsstatistikk som går langt forut for NPM. Velferdsstater arbeider med populasjoner; kategoriserer, organiserer, regulerer og styrer dem (Clarke, 2008: 3). Til slike formål er statistikk vitalt. Den andre fortellingen illustrerer etterspørselen av målinger som arbeidsmateriale og verktøy for ledelsen, hvor organisasjonsprinsipper som «bestiller-utførermodell» og «balansert målstyring» trenger tall for å virke.

Weber (1968: 107) presiserte viktigheten av å skille mellom «statistikk» og «bedriftsregnskap», fordi han mente at disse praksisene bygger på fundamentalt forskjellige motiv og funksjoner slik «byråkraten skiller seg ad entreprenøren». IPLOS opphever dette skillet ved å tilby statistikk og bedriftsregnskap i ett. Når statistikken og ledelsens apparater investeres i én form (Thévenot, 1984), ett tallsystem, blir det nærliggende å spørre om fusjonen av motiver og funksjoner kommer til uttrykk i relasjonen mellom statistikkrapporteringen og organisasjonen. IPLOS er allerede merket av kritikk fra blant annet brukerorganisasjoner, særlig i perioden rundt implementeringen i kommunene (Solvang m.fl., 2010; Tøndel, 2009). Norges Handikapforbund, NHF (2006), var for eksempel uenig i at standardiserte verktøy med økonomisk verdi skal innføres på «normative og svært sensitive forhold som så sterkt berører individets integritet». I offentlig sammenheng fremstår styringsstatistikk ofte som byråkratisk, kjedelig (Bowker og Star, 2000),

selvforklarende og «kald» (Callon, 1998: 26). Kritikken viste at IPLOS-tallene også handler om ideologiske og følelsesmessige prosesser, og at relasjonen mellom det telte og tallet betinges av forhold som er eksterne for tallsystemets bruksregler. Organisasjonenes bekymring for ikke-intenderte konsekvenser av IPLOS i styrings- og vedtakspraksis er ikke rotfestet i fantasi. Vi vet at formelle rapporteringsprosesser kan forandre det som rapporteres, selv når rapporteringen utføres uten slike intensjoner, blant annet grunnet økonomiske eller statistiske hensyn (Tøndel, 2011; Frandsen, 2009; Tøndel, 2007; Bogdan og Ksander, 1980: 304). Formell rapportering kan til og med endre profesjonelles oppfatning av klientene de rapporterer data om (Buckholdt og Gubrium, 1983: 266). Måling kan også medføre at noen aktiviteter blir viktigere å følge opp for organisasjonens medlemmer enn andre (Jerak-Zuiderent og Bal, 2011; Lipsky, 1980). Empiriske studier av tallpraksiser som oppstår rundt statistiske verktøy er således viktige for å belyse deres *etnostatistiske* og *enumerologiske* aspekt,¹ særlig når verktøyene skal forene mange hensyn og verdier.

Tilnærming, feltarbeid og empirisk materiale

Det er ettertrykkelig påvist at teknologier som er tiltenkt å ordne eller assistere organisasjoner, ikke evner å representere dem til fulle (Hovland, 2010: 5; Buckholdt og Gubrium, 1983). Likevel synes diskusjoner av måling ofte å dreie seg om treffsikkerhet og korrespondanse mellom kart og terreng, og kontrasten mellom «rotete» praksis og systemers tekniske ordener (Lynch, 2002). «Gapet» mellom måleteknologi og praksis kan sies å være *a priori* innebygd i enhver organisatorisk kontekst. Teknologien skal «fryse» (Becker, 2007) samfunnets operative drift, dets «going concern» (Hughes, 1984). Men representasjonsproblemet er ikke nødvendigvis et større problem enn at ulike nivå sammenlignes som om de er like. Et organisasjonskart er åpenbart forenklet og underteoretisert sammenlignet med organisasjonens økologi. Det samme gjelder styringsstatistiske modeller, hvor kartleggingsbehovet også kan være underordnet bestillerens tallbehov. Arbeidet med å navngi fenomenene som statistikkens bestillere og designere mener eller ønsker befinner seg innenfor aktiviteten som skal måles, kan sies å være et kreativt arbeid som ikke belager seg på en begrepsmessig gjenklang hos aktørene i det tilsiktede aktivitetsfeltet. Uavhengig av gjenklang blir de navngitte fenomenene behandlet som om de eksisterte innad i feltet forut for statistikksystemets ankomst, idet eierne iverksetter rapporteringen og tar i bruk tallene til sine formål. Indikatorene vil fungere som en basis som aktiviteten

kartlegges og vurderes ut fra. Bak basis kan det i prinsippet være ingenting (James, 1995: 34). Likevel kan tallene være nyttige nok for å få arbeid gjort og opprettholde praksisene som strukturerer organisasjonens hverdagsrelasjoner (Lampland, 2010; Smith, 2005).

I stedet for å kartlegge «gapet» mellom statistikkssystemets kategorier og aktiviteten og menneskene tallene rapporterer om, har jeg hovedsakelig tatt utgangspunkt i hvordan aktører gjør tallene *organisatorisk relevante*. Dette krever nærstudier av tallbruken og de sosiale handlinger tallene inngår i, og en sensitiv tilnærming (Blumer, 1954) til «statistikk»-begrepet. På grasrota løses statistikkens robuste «jeg» opp i det Hammer (2008: 77) betegner som en «omskiftelig og tvetydig mengde av begrep, praksiser og teknikker». I begrepet inkluderer jeg derfor bredt både rapporterte rådata og aggregerte tabeller basert på tallene, rapporteringsskjemaer og veiledere, statistikkssystemets elektroniske infrastruktur, aktørenes tallbruk i arbeidsprosesser og meningen de legger dem og tallene i seg selv. I det hverdagslige vil «mening» gjerne bare bestå av at aktørene forholder seg til tallene som at de betyr noe.

Feltarbeidet som analysen bygger på, startet i 2007 og ble utført gjennom flere perioder med datainnsamling fram til høsten 2011. I felten forsøkte jeg å følge IPLOS under produksjon (Czarniawska, 2008; Prior, 2003; Latour, 1987), gjennom tjenestene som organisasjon og samfunnet for øvrig hvor IPLOS ble behandlet som et objekt. Jeg har hovedsakelig utført datainnsamlingen i en liten bygdekommune med i overkant av tre tusen innbyggere og én stor bykommune. I tillegg har jeg gjort kvalitative intervju med pleiere i samme stillinger innad i helse- og sosialtjenestene, men i andre kommuner. Datamaterialet spesifikt benyttet i denne analysen er samlet inn gjennom deltakende observasjon av IPLOS-rapportering og bruk av IPLOS-data i kommunale helse- og sosialtjenester, samt kvalitative intervju (N = 17) med pleiere i klientrettet arbeid og helsefaglig utdannet personell i økonomisk-administrative stillinger. Observasjonen ble hovedsakelig utført på utøverenheter og saksbehandlingskontor. Gruppen av intervjuede informanter inkluderer både hjelpepleiere, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter, med ulikt formelt ansvar lokalt for IPLOS. Jeg har for eksempel både intervjuet pleiere som mente de ikke brukte IPLOS-data aktivt i eget arbeid, sykepleiere med autorisert ansvar for IPLOS-registrering på utøverenhetene, pleiere som kun jobbet med kartlegging av klienter og saksbehandling knyttet til vedtak, og sykepleiere som hadde gått over i mellomlederstillinger med administrativt-økonomiske arbeidsoppgaver, som enhetsleder og økonomimedarbeider.

Felt- og analysearbeidet har vært veiledet av et konstruktivistisk-interaksjonistisk perspektiv (Mik-Meyer og Järvinen, 2005) på egen og informantenes kunn-

skapsproduksjon. Jeg oppfatter produktene av IPLOS som relasjonelle, og knyttet til en kontekst som er rikholdig på strukturerende elementer og hyppige koordineringsforsøk på tvers av lokale settinger (Smith, 2005). Perspektivet innebærer blant annet at jeg med ord som «datainnsamling», «data», «rapport» eller «observasjon» ikke mener som de konnotativt antyder, at data ligger der ute for uforstyrret innsamling gjennom riktig metodeteknikk (Alvesson og Kärreman, 2005). Forskere kan påvirke aktiviteten som observeres og aktørene som intervjues ved bare å være til stede (Dingwall, 1997), da dette forandrer konteksten for informantenes handlinger, uttalelser og fortolkninger. At jeg har «samlet data om data» spisset denne utfordringen under feltarbeidet. Jeg skulle sikre en pålitelig og etisk akseptabel innsamling av eget empirisk materiale. Samtidig måtte jeg forsikre meg om at min innvirkning på informantenes arbeid og dataproduksjon ikke medførte negative konsekvenser for klientene som skulle motta hjelpen som informantene målte opp eller koordinerte.

Hva informanter fortalte eksplisitt, uavhengig av stilling i tjenestene, var at min tilstedeværelse medførte større oppmerksomhet mot å bruke IPLOS «riktigere» og gjøre grundigere behovskartlegginger. Jeg forklarte dem at jeg ikke var interessert i «riktig» og «feil» praksis, slik dette er definert av myndighetene og eventuelt tilpasset den enkelte kommune. Under kartleggingssamtaler kunne jeg likevel merke at pleiere eller saksbehandlere tidvis anstrengte seg for å informere om IPLOS til klienten – noe de er pålagt å gjøre, men ikke alltid følger opp (om pleieres begrunnelser for dette, se Tøndel, 2012). Slik sett reagerte enkelte informanter som om jeg kontrollerte praksis, selv om de ikke behandlet meg som statens eller kommunens utsendte. Spørsmålet om min tilstedeværelse har hatt konsekvenser for klientene kan således sies å handle om innflytelsen IPLOS har på pleiernes praksis i møte med klientene, enten direkte, gjennom å påvirke deres oppfatninger av klienten eller vedtakene, eller indirekte, gjennom planleggingen og budsjettene som lages på grunnlag av IPLOS-tall produsert i mitt nærvær. Innflytelsen reguleres noe av at IPLOS ikke skal overstyre vedtaksprosesser, men brukes i tillegg til annen klientdokumentasjon. I tillegg produserer og prosesserer de ansatte *mange* tall. Om min tilstedeværelse har påvirket én tallsetting, forandrer det for eksempel ikke nødvendigvis gjennomsnittstallet som summeres til slutt, som brukes i budsjettene.

Statistikk, organisasjon, hverdagsliv

De kommunale tjenestene kan sies å fungere som den nasjonale helse- og sosialpolitiske styringsstatistikkens forværelse. Her venter tallene på tur for å rapportere

om grasrota til sine formelle raffinører og bestillere.² Samtidig representerer de kommunale tjenestene også statistikkens laboratorium og produksjonsrommet hvor statistikkens råmateriale lages; hvor lokale detaljer skrives ned i standardiserte, generaliserte former med translokal kapasitet (Smith, 2005). La oss følge tallene gjennom organisasjonen og utforske hvordan IPLOS-tallene figurerer i tjenesteansattes arbeid, fra pleie-byråkratiske settinger til økonomisk-administrativ praksis, og se hvor vi ender opp.

Å lese tall som nyttige under saksbehandling

Se for deg at du sitter på en observasjonspost et sted innenfor tjenestenes institusjonelle rammer. Du forsøker å kartlegge aktiviteten som utspiller seg foran deg. Noe aktivitet er lett synlig, som faste rutiner, pc-bruk, klientsamtaler, og enhetsleders besøk på enhetene vedkommende har ansvar for. Annen aktivitet er ikke like synlig, som hva pleiere skriver og leser i pasientjournalene, og hva pleiere og saksbehandlere tenker når de utøver faglig skjønn. Likevel ser aktivitetens ulike element til å henge sammen, om ikke annet fordi aktiviteten foregår innenfor et avgrenset område.

Som organisert moment i tjenestenes virke veksler IPLOS-systemet mellom å være veldig synlig eller ikke. Tidvis kan man nesten ledes til å tro at kartleggingsskjemaene og instruksjonsheftene er *uviktige*, da de kan fremstå som verken tilknyttet statsbyråkratiet, rådmann, budsjett, klient eller pleiearbeidet. Andre ganger presenteres tallene som uunnværlige, som om det bare er dem som kan lime løse tråder sammen i organisasjonen. Tjenesteansatte aktiviserer dem forskjellig i sine arbeidsprosesser; de oppfatter systemet ulikt og imøtekommer det deretter (Tøndel, 2012). Som omgivelse? Ressurs? Hinder? For klienten? Seg selv? Kolleger? Ledelse? Kommune? Direktorat? Det ser også ut til at tallene aktiveres ulikt etter hvilken informasjonsbærende kapasitet vedkommende tilskriver dem. Avhengig av hvilke tall-praksis-forbindelser tallene etablerer, fungerer tallene som organisatorisk (ir-)relevante anvisere for handling. Disse forbindelsene har en uformell dimensjon som IPLOS-systemets formelle retningslinjer og overvåkere knapt kan kontrollere. Dette kommer tydelig til uttrykk i en profesjonell saksbehandlers beskrivelse av hvordan hun bruker tallene for å danne seg et førsteinntrykk av klienten:

For oss som har jobbet mye som saksbehandlere, sier ADL-registreringene veldig mye. Altså, det er jo en kryptisk rekke av tall, men når man er innarbeidet på den – når det kommer en ny henvendelse – vi skal gjøre et eller annet med en bruker ... kanskje de skal på et opphold, da kikker jeg på ADL. Og da skal man ha riktig type ADL. Da tar jeg et lite gløtt: «Jaha, mobiliteten 4, ok, dårlig til beins». Og så ser jeg kanskje på kognitiv funksjon, altså hukommelsen. «Jaha, det er den». Så får jeg en litt sånn anelse om hvil-

ken type avdeling personen skal være på. ... noen avdelinger er mer egnet for demente folk, noen er helt uegnet for demente. Og ser man da en person med mobilitet på 1, altså veldig oppegående, og så har du hukommelse på 4, da kan du begynne å kikke litt nærmere. Kanskje er dette en bruker som stikker av, stikker ut og roter seg bort. Bare gjennom å se på de to tallene så kan en mistenke det (saksbehandler).

Saksbehandleren bruker tallene og kombinasjonen av dem som forslag til hvor klienten «hører hjemme» i tjenestene. Resonneringen skjer på bakgrunn av sammenhenger hun ser mellom spesifikke tall, hendelser og klienter. For henne visualiserer tallet «4», kombinert med registrert hukommelsesskåre, et forholdsvis konkret bilde av klientens helse, risiko for å rote seg bort, tilhørighet til klientgruppe, behov for kontroll og passende avdeling å bo på. Det heter ofte at journaler, registre og arkiv fungerer som «ansiktsløse» kommunikasjonsformer (Wheeler, 1969: 5), men denne påstanden kan ikke direkte overføres til disse tallenes virke. Til det er de beskrevne klientbildene og assosiasjonene mellom tall og klientkategorier, prosedyrer og så videre, for spesifikke. Tallene fremstår heller som «ansikt-tilbydere», som saksbehandleren benytter aktivt for å identifisere og tildele klientene kjennetegn.

Situasjonen utvikler seg sådan *fordi* saksbehandleren leser tallene og har gjort det før. Forbindelsene hun presenterer mellom tall og assistansebehov følger ikke automatisk av tallene. I utgangspunktet sier tallene ingenting om hvor personen hører til i tjenestesystemet. Informanten beskriver dem til og med som *kryptiske*, men på et eller annet tidspunkt har det uforståelige og gåtefulle blitt forståelig og håndterbart. «Kryptisk» henviser ofte til biologiske arter eller koder som er vanskelige å skille fra hverandre eller dechiffre. De er ikke nødvendigvis fremmede, men deres opphav eller hva de betyr, er ikke automatisk tilgjengelig for oppdagelse.³ Når en tallrekke betegnes som kryptisk kan vi derfor gå ut fra at tallene oppleves som fremmedartete, og like og ulike på samme tid. De er selvforklarende ulike, ved å være ulike tall. Samtidig er de selvforklarende like ved å tilhøre samme klasse av tegn. Samme egenskap ser klientbildet som saksbehandleren danner seg ut fra tallet til å inneha. Bildet kan være riktig eller ikke, men hvilken kategori klienten tilhører, kan ikke pleierne vite for sikkert:

Jeg: Så du får en direkte pekepinn med bare et par tall?

Saksbehandler: Ja: «Nå har vi en ledig avlastningsplass, passer brukeren inn der?» Liksom, jeg begynner å forske litt i dokumentasjonen ... Og så kan jeg gå inn og lete, kan jeg bekrefte dette her ... eller sjekke det ut. Det er ikke sikkert at man er ute og vandrer fordi man har den tallkombinasjonen. Men ganske mange er faktisk det. Og så kan det være nyttig hvis jeg får en henvendelse fra utenforstående, og så vil jeg ringe til brukeren og diskutere saken. Da går jeg inn på IPLOS og sjekker hvordan det er med hukom-

melse, hørsel, for eksempel. Kan jeg forvente å få en fornuftig telefonsamtale med brukeren? Og så ser jeg at «her er hukommelsen på 4–5». Kanskje jeg skal gå inn. Står noen pårørende registrert som bruker tidligere har samtykket i at jeg får lov til å prate med? Da er det kanskje fornuftig å ta det *den* veien. Og når sykehuset ringer om en bruker vi skal gjøre noe med, ja, vi skal be om en vurdering, så tar jeg et lite blikk på tallrekken og ser litt hva dette er for en person ... man kan se litt på balansen da, mellom en person som skårer veldig hjelpetrengende på ADL og kanskje har veldig lite tjenester. Enten er det sånn at pårørende gjør veldig mye, eller det kan være at personen har for lite tjenester, kanskje takket nei, kanskje lever nærmest uverdigg. Man kan liksom gjette en del, man kan ane noen ting hva det er for slags informasjon jeg skal undersøke videre.

Henvendelsen kommanderer saksbehandleren til å sette seg raskt inn i klientens hverdag og gi denne et organisatorisk tilsvare. Hun bruker tallene for å planlegge sin handlingskurs i møte med klienten og for å resonnerer seg fram til spørsmål som kan være relevante å stille til vedkommende eller pårørende. Både tallene og den øvrige pasientdokumentasjonen blir beslutningsmateriale for hvor klienten skal henvises. Ut fra tallene posisjonerer hun klienten i klientpopulasjonens topografi. Høyt? Lavt? I midten? I randsonen? Trenger klienten mer eller mindre hjelp enn «normalt»? Ut fra avgrensede, små dataenheter setter hun klientens situasjon sammen som grunnlag for videre handling for seg selv og for tjenesteansatte i andre settinger, som på sykehuset, og for pårørende og klienten selv. Merk at pleieren ikke oppfatter dette som noe *hun* spesifikt gjør, i møte med tallene. Hun generaliserer praksisen som en *sedvane*, som noe «man» gjør; som om det er vanlig praksis blant saksbehandlere å nyttiggjøre seg tallene slik.

Tallenes koordineringskapasitet betinges av en kontekstavhengig tall-lesning

Idet tallene registreres, integreres de i klientdokumentasjonen som sirkulerer i kommunen fra saksbehandler til tjenestene, mellom pleiere, og til enhetsleder og administrasjonen for øvrig. Selv om tallene transporteres mellom tjenesteansatte med samme faglige bakgrunn, leser ikke en gang disse personene nødvendigvis tallene likedan. Tallenes formelle informasjon følger med, såfremt leseren kjenner variablene i IPLOS og volumet av hjelpebehov som hvert tall skal indikere. Men den kontekstbundne informasjonen som saksbehandlere leser ut fra tallene, oppbevares ikke i tallene. Dette medfører at samme tall ikke alltid kobles til samme informasjon eller klientbilde fra lesning til lesning, eller uavhengig av mennesket som prosesserer dem. Denne utfordringen betinger tallbruken på tvers av tjenester og kollegiegrupper. Samme tallrekke kan leses på radikalt ulike vis av ulike personer, som bro til mening eller nonsens:

En sykepleier på sykehuset sa at [IPLOS-]registreringene er meningsløse. Jeg sa, test meg! Også sa jeg hva jeg leste ut av ADL-skårene. Hun ble målløs! (saksbehandler, kommune).

I møte med tallene behersket kun den kommunale saksbehandleren «å åpne opp» tallene. For sykepleieren på sykehuset, som ikke arbeider jevnt med IPLOS-tall, fremsto tallene kun som «lukkede» (Collins, 1992: 130) produkter av klientprosesserende prosesser som hun kjenner organiseringsformen til, men som hun ikke klarte å rekonstruere ut fra tallene alene. Samtidig er det ikke tilstrekkelig at den som leser tallene tilhører en arbeidsgruppe hvor tallene er velkjente, for å kunne nyttiggjøre tallene som felles kommunikasjonsmidler. Å åpne lukkede prosesser ut fra tallene kan også gjøres ulikt av samme person, innenfor samme tjenesteytende enhet:

Sykepleier: Her ser vi hvordan pasientens tilstand forandrer seg. Her ser du han har hatt en dårligere periode (peker på et avvikende punkt, dvs. én lavere registrert skåre i en kurve for gjennomsnittlig IPLOS-skåre, ved flere målinger over tid).

Jeg: Hva sier dette deg? Tallene?

Sykepleier: Jeg ser jo forverringen. Men jeg kjenner pasienten. Jeg vet at her måtte han få intravenøst drypp.

Hvor jeg som observatør ser streker og tall, ser sykepleieren en registrert persons helsetilstand. Kurven fungerer som hukommelsesvekker og minnelager, og gir assosiasjoner til tidligere erfaringer med klienten. Som informantens sitat støtter, og som Preda (2009: 195) hevder, fremstår memoriseringen som interaksjonelt generert. Sykepleieren tenker på sine erfaringer med klienten tilbake i tid idet hun leser IPLOS-tallene. Samtidig viser hun hvordan kurven kan leses forskjellig; først formelt, uten kvalitativ, personlig opparbeidet klientkunnskap, før hun veksler og forholder seg til tallet fra sin erfaringsbaserte, lokale posisjon. Kurven kan således leses som følger: i) Klienten har fått et gradvis lavere funksjonsnivå, beskrevet som «forverringen», eller ii) noe ekstraordinært har skjedd, som midlertidig satte klienten ut av spill. Lesningene har ulike implikasjoner for klienten *fram* i tid. Førstnevnte mulighet antyder en forverring som vil kunne fortsette eller stabiliseres. Som pleieren sier, pasientens tilstand er under forandring. Sistnevnte mulighet antyder at klienten kan oppnå sitt tidligere funksjonsnivå, idet kurven uttrykker den tidsavgrensede behandlingen klienten fikk. Begge lesningene er legitime; IPLOS har ikke mandat til å kontrollere klientkunnskapen de tjenesteansatte besitter når de prosesserer tallene.

Hvordan tjenesteansatte leser tallene avhenger også av hvilken stilling og for-

mell posisjon vedkommende har i organisasjonen og relatert til IPLOS. Kombinasjonen av stillinger og posisjoner danner grunnlag for ulike kontekstualiseringer av tallene. Kombinasjonene former kontekstualiseringens mulighetsrom. At IPLOS-tallene leses på ulike vis i mer klientrettet arbeid, er langt fra noen overraskelse for aktørene som utfører økonomisk-administrativt arbeid i kommunen. Faktisk sier en økonomimedarbeider som jobber med kommunens oppfølging av IPLOS (og tidligere sykepleier) at tallene *skal* leses som noe mer enn tall:

Vi har vært ute på noen enheter ... hvis vi skal gå gjennom ADL, kan vi ta ut en bruker på papir som vi ikke vet hvem er. Og så kan en av oss fortelle om brukeren ut fra ADL-skåre, at her «har vi en bruker som er totalt avhengig av personell til å forflytte seg, kan ikke gå selv, må kjøres i rullestol, må transporteres i heis til og fra,» kan vi tenke da, hvis det er mange 5'ere. Som vi kan lese ut at tallene. «Nei», kan de begynne å si. «Nei, han går nå selv.» Ja, men det står ikke det her! Det har vi gjort mange ganger. Bare for å vise at det faktisk sier noe om brukeren dette, og det er du eller dere her [på enheten] som har sagt det (økonomimedarbeider og IPLOS-instruktør).

Økonomimedarbeideren hevder en fasit for tall-lesningen som de ansatte på enhetene ikke alltid kjenner til, ser eller er enige i. Ifølge informanten fører det til feilregistrering at pleiere ikke anerkjenner og nyttiggjør seg tallenes historiefortellende kapasitet, slik fasiten tillater. Registreringer som økonomimedarbeideren identifiserer som uriktige, kan teoretisk sett representere lokale forståelsesvarianter av indikatorene og tallene, som forut for kontrollen ble behandlet som legitime og «pliktoppfyllende riktige» av den spesifikke lokalitetens aktører. Informanten anser likevel avvikene som dissonans i relasjonen mellom pleiernes lokale tallpraksis og tallenes formelle liv, slik hun kjenner til at dette skal leves. Avvikene gjør tallene irrelevante og tidvis risikable. Økonomimedarbeideren skisserer et skrekkeeksempel på hvor ille det kan gå om pleiere i klientrettet arbeid ikke registrer tallene etter fasit:

Enn hvis jeg skal komme og gå ei ekstravakt her, hvis det for eksempel står «1» på [variabelen] «spise» på en bruker som ikke kan snakke selv. Og så bruker han sonde-mat. Da vil jeg jo kanskje gå og si til ham at har du lyst på en non-stop, og så vet kanskje ikke brukeren ... det er kanskje logisk å tenke seg at han skal få en liten godbit, såfremt han ikke er diabetiker ... og så går det dårlig vet du, for brukeren har sonde-mat. Og det trenger du ikke å se (økonomimedarbeider og IPLOS-instruktør).

Poenget er klart, selv om informanten setter det hele på spissen: Hun mener at tallene inngår i lokale koordineringsprosesser med en slik autoritet at man kan forventer at uriktige tall vil lede pleieres blikk og handlinger i møte med IPLOS-dokumenterte klienter. I verste fall kan feil tall volde fysisk skade. Pleierne som

økonomimedarbeideren snakker på vegne av, deler ikke unisont denne bekymringen. Vi har sett at saksbehandlere bruker tallene som beslutningsstøtte og koordinater for handling i sitt arbeid, men enkelte pleiere i klientrettet arbeid sier til og med at tallene ikke er viktige for dem på noe vis:

Det er jo en veldig grei oversikt for de som skal gjøre vedtak på assistansevurderingsmøtene, men det føles som noe vi registrerer for dem i de høyere organer. Vi bruker ikke skårene. Vi bruker tiltaks- og pleieplanen, ser prøver og undersøkelser osv.⁴ (sykepleier).

Selv om IPLOS-skjemaet er formelt sett standardisert, spiller ulik tallbruk inn på integreringen av tallene som organisatorisk relevant klientdokumentasjon. Når tallrapportøren ikke bruker dem for å koordinere eget arbeid, reduseres tallene til noe som «de høyere organer» skal ha. De er fortsatt integrerte elementer av en større helhet, men denne helheten finnes det flere versjoner av. Ut fra samme nasjonale regler for registrering og bruk av tallene, forholder tjenesteansatte seg ulikt til dem – selv blant ansatte med samme formelle stillingsinstruks. At tallbruken varierer kan knapt sies å være uforutsigbart. Når tallene kobles til budsjettet og den nasjonale statistikken, blir det tydeligere hvorfor denne heterogeniteten er sosiologisk sett interessant, idet den får konsekvenser for organisasjonens ansikt utad og innad og skrives inn i rapporteringssystemets genererte tabeller.

Samme tall som budsjettdata

Som nevnt gjennomgår IPLOS-tallene en lengre prosessering fra tjenesteutførende pleiere og saksbehandlere kartlegger og registrerer klienters assistansebehov og funksjonsnivå, til ledelsen besitter styringstallene. Tallene inngår i dokumenter som transporteres fra situasjoner med direkte klientkontakt til sentrale administrative enheter. Tallene er de samme. Hva aktørene opplever og håndterer dem som representanter for, varierer. Dette er typisk for tallprosesser i byråkratiske settinger (Smith, 2005; Bogdan og Ksander 1980: 305). Tallene aggregeres fra det klientrettede arbeidet til økonomimedarbeiderens arbeidspult. De inntar former som tabeller og gjennomsnittstall. Disse objektene åpner for at tallene kan få andre bruksområder enn de har hatt i pleiarbeidet og saksbehandlingen. Hvilke modelleringer tallene inngår i, uttrykker med andre ord settingene, stillingene og posisjonene de distribueres til og praktiseres i. Pleierne og saksbehandlernes primære oppdrag er å beskrive klienten slik vedkommende kan representeres i måleskjemaet, og rapportere dette videre. Aktører som skal kontrollere tallvirksomheten eller bruke tallene for å organisere og lede pleiarbeidet, har et annet oppdrag og leser tallene annerledes. En enhetsleder forteller:

I og med at det er jeg som har ansvaret for økonomien, er jeg helt avhengig av IPLOS-registreringer for å se at vi jobber på rett måte. ... Jeg tror ikke jeg er så god til å lese hver enkelt bruker [som saksbehandlere og pleiere]. Jeg er nok mer på makro'n. For *det* klarer jeg å lese meg til. Jeg bruker det som et budsjettverktøy mer enn dem. ... når hun som lager arbeidslistene rapporterer til meg ... «vet du, to stykker blir borte fra jobb i morgen på dagvakt, de trenger vi ikke å leie inn for, nå er det litt roligere.» Det skal jeg kunne lese ut av tallene. Og det gjør jeg stort sett (enhetsleder).

Ut fra de samme IPLOS-registreringene som «kalibrerte»⁵ pleiere og saksbehandlere oppfatter og bruker som helsefaglige klientbilder, leser lederen enhetens situasjonsbilde. Lederen oversetter tallene til informasjon om organisatoriske og logistiske faktorer, som pleiebehov, ressursbruk og bemanningssituasjon. Pleierne er ikke avhengige av registreringene for å gjøre jobben sin, som lederen. Lederen trenger IPLOS for å vurdere om arbeidet ved enheten foregår «riktig», som hun sier. Dette innebærer at IPLOS også viser hva som er feil. Hun fremstiller systemet som et grunnfjell hun ikke kan omgå for å koordinere enheten. Man kunne anta at lederen myndiggjør IPLOS på bekostning av egen faglig vurdering, men autoriteten hun tillegger IPLOS er ikke total. Det er *hun*, fagpersonen, som leser tallene:

Vi må jo ha en måte å budsjettere på. Hva som er rett og gæli er ikke godt å si. Jeg kan forstå for en utenforstående at det virker teknisk, lite etikk i det, kanskje. Når en hører om modellen, at vi vokter ... og så kommer vi fram til et tall = antall kroner = det Klara skal få av hjelp. Det høres litt brutalt ut. Men så får jeg pengene, og så er det mitt ansvar å forvalte dette her på best mulig måte. ... Så kommer faget inn. ... om en bruker har dårlig uttelling på modellen vår, så gir vi jo hjelpen brukeren skal ha for det. Det er jo det som er interessant her – får brukeren hjelpen han har behov for? ... det er viktig at vi skiller det tekniske og faget (enhetsleder).

For henne er IPLOS ingen diktator. Pengeforvaltningen er hennes ansvar. I beskrivelsen av møtepunktet mellom budsjettmodell og klient skalerer hun fra det aggregerte situasjonsbildet hun mottar når tallene flasher på pc-skjermen, til den individuelle brukerens behov. Hvorvidt individuelle klienter drar inn mye eller lite midler til enheten, visualiseres av tallene. Til tross for denne informasjonen sier hun at hun setter klientens behov først – slik dette muliggjøres innenfor tjenestens ressursrammer. Samtidig har hun en bevissthet om at kategorien «brukere med dårlig uttelling» eksisterer, noe som tilsier at det *finnes* en rangering av klienttyper ut fra registreringens økonomiske uttelling for enheten.

Lederens fortelling handler om hvordan IPLOS skal fungere i finansieringsøyemed, uten ikke-intenderte effekter på praksis. En økonomimedarbeider utfyller fortellingen. Ettersom «riktig forvaltning» og «riktig arbeidsmåte» avhenger av

«riktig registrering og bruk av IPLOS» blant pleiere og saksbehandlere, må tiltak initieres på grasrota for å kalibrere praksis:

Vi har strenge krav til folk som skal registrere IPLOS, registrere inn i Geric. Vi har bare to ADL-autoriserte på utøverenhetene. Men alle må ha forståelse og kunne det. ... det har jo med det økonomiske tilsnittet å gjøre. Men det er bare for at det skal sluses litt-grann der, fordi det er det som teller ut penger. Derfor sitter det noen som skal ha litt spisskompetanse på enhetene og være litt kritiske til det som blir sagt av andre og legge inn [registreringene]. Så det er litt som har med pengene å gjøre (økonomimedarbeider og IPLOS-instruktør).

At det skal *sluses* gir assosiasjoner til effektivitet, konsentrasjon hva tall-tetthet angår og stramme retningsangivelser for tallflyten. Tallene skal ikke ta omveier, men følge kvalitetssikringens tunnel. Kalibreringen og den ekstraordinære kontrollen med tallene og produksjonslinjens arbeidere er primært iverksatt fordi budsjettet er koblet til tallene, og ikke av hensyn til registerstatistikken. På utøverenhetene er denne aktiviteten hierarkisk organisert. Registreringsansvaret tildeles utvalgte pleiere på utøverenhetene. De «ADL-autoriserte» skal besørge produksjonens strømlinje, og ha en kritisk grunninnstilling til kollegenes rapporter og tallforslag. De skal i utgangspunktet ikke forholde seg til kollegenes rapporter som «riktige», men potensielt uriktige.

I tillegg akkompagneres det sosiale nettverket for kontroll av fysiske entiteter som tilgjengeliggjør budskapet om tallenes økonomiske tilsnitt, for eksempel for saksbehandlerne. I en kommune som tidlig koblet IPLOS-data og budsjett, ble tallenes økonomiske ansikt synliggjort i rammene for saksbehandlingsaktiviteten i oppstartsfasen slik:

Vi satt med et ark foran oss, for hvordan det var utregna ... er du i den gruppa med ADL «sånn og sånn», så utløser det «så og så» mange timer. Det er selvfølgelig ikke riktig, for du kan aldri si at ... hjelpebehovet kan være forskjellig selv om vi har en skåre som er likedan. ... Jeg tror ikke vi bruker den så mye aktivt nå, men vi har det kanskje litt sånn i ryggmargen etter hvert (saksbehandler).

Saksbehandlere fikk utdelt et standardisert oppsett for kalkylegrunnlaget. Det er ikke gitt at denne materialiserte forbindelsen mellom saksbehandlingsarbeidet og økonomien påvirket utfallet av saksbehandlerne beslutninger, men oppsettet tydeliggjør saksbehandlerarbeidets ressursfordelende aspekt. Å definere én klients hjelpebehov blir dessuten en handling som innebærer å ta timer fra et «timelager» som skal komme flere til gode. For saksbehandlere som kjenner oppsettets historie, trenger det ikke å være fysisk til stede for å være tilstedeværende for dem i praksis. Som informanten sier, de *har* brukt arket aktivt. De gjør det kanskje ikke

lenger. Men de har fått arkets timegrupper skrevet inn «i ryggmargen», i kroppen. Metaforbruken gir inntrykk av at informanten opplever oppsettet som integrert i sine intuitive «saksbehandlerreflekser»,⁶ som gjør henne i stand til å utføre arbeidet sitt, i tillegg til de formelle rutinene. Opplevelsen kan selvsagt ha sammenheng med at saksbehandlere håndterer mange klienters tall på hyppig basis. Som en annen saksbehandler sa, «registreringen har blitt så hverdagslig for oss». Samtidig fremstår registreringen som *overkommelig* – fordi de utfører den på repetitiv basis – til tross for at informanter beskriver tallarbeidet som vanskelig. De har blant annet funnet ut at de kan gjøre kompromisser for å få arbeidet til å gå opp:

Om du har en person, og så skårer du et avvik på hukommelse, og hvis du selv ikke opplever at du har dårlig hukommelse, kan det være forferdelig støtende. ... Men for tjenesten er det kanskje ikke så helt viktig om det er litt feil på sånne ting. ... Det skulle være naturlig at man kunne følge ADL-registreringen med tiltak ... når du er på sykehuset, på rehabilitering, når du kommer hjem og når vi trapper ned på tjenesten. Kurven burde samsvare med tiltakene, men den gjør ikke det. Likevel forteller den ganske mye. Og så brukes den jo i budsjettering, og der er den blitt kjempeviktig ... gir direkte fasit i kroner og øre. Og da er det ikke så voldsomt viktig om hver enkelt bruker er 100 % korrekt, men det skal være såpass korrekt at gjennomsnittet blir riktig (saksbehandler).

Paradoksalt nok har saksbehandleren erfart at koblingen mellom tall og klient ikke trenger å være 100 % korrekt – hva det enn vil si – for at finansieringen av tjenestene skal kalkuleres presist. Gjennomsnittet skjuler «feil». For å få tallarbeidet gjort, kan informanten dermed slakke på sin profesjonelle nøyaktighet hva detaljgjengivelse angår, og legge til side idealet om at klienten skal kjenne seg igjen i IPLOS-skjemaet. Informanten aksepterer også at tallene ikke tilbyr all informasjon som de potensielt kan gi, noe som for øvrig tilsier at hun ikke etterspør mer informasjon ut fra tallene heller. Kompromissarbeidet skalerer ned gapet mellom skjema og klient, kart og terreng. Saksbehandlerne kan gjøre tallarbeidet kjapt nok uten at det fremstår som slurvete eller feil, men fungerer til sitt formål. At gjennomsnittet er attraktiv styringsinformasjon i et virksomhetsfelt legalt regulert av individuelle rettigheter, kan oppleves paradoksalt, men er like forutsigbart: Når dokumentasjonens detaljrikdom øker, øker også abstraksjonsnivået som tjenesteansatte må legge seg på for å kommunisere, om de søker overgripende forklaringer av dokumentasjonens fortellinger. Gjennomsnittet blir et kompromiss i seg selv, mellom standard og individuell klient.

Tilbake til registreringen: (u-)redelighet, lojalitet, verdighet
De ulike forståelsene av tallene langs produksjonslinjen påvirker tallproduksjonens tidligere sekvenser. Da jeg kom til økonomimedarbeidere og enhetsledere;

deres forståelser av tallene og forklaringer av forholdet mellom brukerdata og budsjett, ble jeg ledet tilbake til tallenes utgangspunkt, til registreringen. De avledet meg ikke, men deres aktivitet henvender seg til registreringen, i følge med budsjettet.

I kommuner hvor tallene ikke brukes som budsjettdata, betegnes pleieres og saksbehandlers «feilregistreringer» gjerne som slurv, ignoranse, uvitenhet, travelhet eller feil, eller IPLOS-systemet fremstilles som ubrukbart. Idet tallene får en økonomisk verdi, utvides forklaringsrepertoaret med «(u-)redelighet» og «juks». Dette medfører at tjenesteansatte må forholde seg til økonomiens krav om «riktig respons» på registreringssituasjonen, i tillegg til IPLOS-skjemaet og arbeidsplassens lokale tradisjon for behovskartlegging. Tallarbeidet blir mer fremtredende et balanse-arbeid mellom interessenter og krav. Hvordan tallrapportørene håndterer dette og bruker tallene, får i tillegg en lojalitetsdimensjon overfor de ulike interessentene. Denne tematikken drøftes ofte under begrepet «vridningseffekt»; bredt dokumentert i sykehussektoren etter innføringen av innsatsstyrt finansiering i 1997 (Tøndel, 2007; Sundar, 2002). Begrepet gir assosiasjoner til registreringsjuks for økonomisk vinning. Sykehusenes aktivitet fremstilles i utgangspunktet som solid, men *vrengt* av pengene. Uansett om vi er enige i begrepets nytteverdi generelt, er det nærliggende å tenke at tjenesteansatte som bruker IPLOS lar seg påvirke av ADL-registreringens tilbud om merverdi i kommuner hvor dette er relevant. Ifølge en saksbehandler har budsjetteringsmodellen foranlediget spredte forsøk på å oppnå større økonomiske overføringer til enheter, til tross for kalibreringen av de tjenesteansatte:

Da dette var nytt ... var det litt sånn at man måtte passe på juks. Og økonomimedarbeiderne hadde noen møter hvor de drillet folk og ga veldig tydelige tilbakemeldinger og slo ned på åpenbar juks. At de så at disse brukerne, at dette er feil altså, for det stemmer ikke med rapportene, tallene. De konfronterte tjenesten med det, at slik kan vi ikke ha det (saksbehandler).

Informanten beskriver økonomimedarbeiderne som et militant, oppsøkende politi som reiser rundt i organisasjonen for å forebygge og sanksjonere juks. Knyttneven går i bordet. «Slik kan *vi* ikke ha det» – som om pleiernes og saksbehandlernes oppfølging av systemet er et mål på solidaritet overfor kommunens ansatte-kollektiv. Kontrollørene krever systemlydighet. De forventer at en felles prestasjonskultur på saksbehandlingskontor og tjenesteutførende enheter etableres. I dag, når budsjetteringsmodellen har vært aktiv i noen år, oppfatter en enhetsleder at solidariteten *er* etablert og at juks ikke forekommer:

Folk er kjemperedelige, opptatt av å gjøre en riktig og grundig jobb. Det synes jeg er fas-

cinerende. ... tar det veldig alvorlig, for alle vet jo at registreringa de gjør utløser pengene våre. ... ADL-registreringa som vi foretar, den skal jo ligge ved hjemmejournalen til brukeren. Det tar seg jo ikke ut heller da ... hvis det skulle være praksis. Den skal være gjenkjennbar for brukeren også, eller bruker og pårørende da ... at jo, Klara, hun har en 3'er på det, på grunn av at hun faktisk trenger bistand (enhetsleder).

Med en gjennomsnittlig lojalitet til både budsjett og klient, blir registreringene riktige nok. Ifølge informanten bidrar bevissthet blant tallrapportørene om at registreringene utløser penger, til at de ønsker å gjøre jobben redelig. På lik linje med «juks» hadde redelighet ikke vært et tema om ikke tallene var koblet til budsjettet. At rapportørene må ta hensyn til at klienten kan se tallene sine, bufrer mot juks eller slurv *uavhengig* av budsjettoppkoblingen. I teorien står pleierne alltid overfor muligheten at klienten eller pårørende reagerer negativt på tallene. Kontrollen over registreringsarbeidet avgrenses slik sett ikke til gruppen av tjenesteansatte som kontrollerer nære og fjerne kolleger, som «ADL-autoriserte», enhetsledere eller økonomimedarbeidere. Kontrollen hevdes gjennom det sosiale forholdet som oppstår mellom økonomiens talspersoner, personellet på grasrota og aktører som mer usystematisk inntar kontrollrollen, som klienter og pårørende. Gjennom dette forholdet reguleres «riktig respons» på registreringsinstrukser og hvilke hensyn rapportøren skal gi forrang under tallarbeidet:

Da jeg fikk beskjed om at «du måtte skåre opp i IPLOS», sa jeg at dette gidder jeg ikke. «Da ville jeg gjøre [bruker-]gruppa di mye lettere i forhold til pleietyngde» [henvender seg til en kollega fra en annen tjeneste som sitter ved samme bord]. For vi skårer stort sett bare 1'ere. Og de da [kollegene] har både 3'ere og 4'ere på sine kanskje. Så gjennomsnittet ditt, sa jeg, vil bli mye høyere på antall – eller ferdighetsgrad. Nei, jeg måtte bare gjøre det da, for det var økonomi inne i bildet. Så jeg har gjort det da, men – det er klart, som vi sier, den skåringa vi gir, det er jo en helt annen vurdering vi gjør tydeligvis, enn de som er inne med den somatiske biten. Så vi har en høyere terskel for å skåre høyt (sykepleier, kommunalpsykiatrisk tjeneste).

Hvor tallkontrollørene ser behovet for riktige og redelige tall, ser informanten en lojalitetsknipe hvor hun må ta parti i et spill hun føler seg presset inn i. Det formelle, systemiske korrigerer det profesjonelle. Sykepleieren ønsker å prioritere hensynet til kolleger på tvers av tjenestene, fremfor økonomien. Hun tenker at registreringene må fremstille klientenes pleietyngde komparativt «riktig» på individuelt nivå uansett tjenesten de mottar. Hun oppfatter det merkelig å standardisere skåringer for psykiatriske tjenester og tjenester som i større grad yter bistand til klienter med somatiske funksjonsnedsettelse. Hun opplever ikke klientgruppene som standardiserte, forstått som like, men som signifikant ulike ut fra helsemessige kjennetegn. Derfor mottar de forskjellige tjenester, mellom ulike

vegger. Idet hun opplever denne grupperingen som et typologisk faktum, blir det vanskelig å akseptere et registreringssystem, som yter samme vilkår til begge grupper, som faktagenererende. Budsjetteringsgrunnlaget fremstår av den grunn ikke som troverdig. Hun oppfatter gjennomsnittet som avhengig av tjeneste og klientgruppe. Forskjeller forkles som likheter, med økonomien og standardiseringen som regissører.

I informantens beskrivelse fremstår IPLOS-registreringen som en transaksjon, fra grasrota til økonomimedarbeiderne. At transaksjonen er teknisk tilgjengelig er ikke tilstrekkelig for å delegere økonomien autoritet. Hun lytter ikke av den grunn. Når budskapet får form gjennom mennesket som henvender seg til henne, tar hun budskapet til etterretning. Konflikten handler ikke primært om at «pleieren skal sette et tall», men om relasjonen mellom pleiarbeid og økonomisk-administrativ virksomhet og rettferdiggjøringen av transaksjonens regler for å imøtekomme økonomien. Ved å gi økonomiens krav forrang uten synlig motstand, legitimerer hun reglene. Spillet informanten presses inn i får et verdighetsaspekt, som blant annet handler om informantens følelser for seg selv som helseprofesjonell.⁷

Lokale data, nasjonal styringsstatistikk

Det er ikke gitt at informanten fra forrige avsnitt ble forespurt om å justere tallskårene på grunn av budsjettet, selv om hun oppfattet det slik. Kommandoen kan likeså representere et krav om justering for standardisering, som figurerer dels uavhengig av pengeaktiviteten. Registerstatistikken fremmer dette kravet for å oppnå en viss målesikkerhet. Ettersom IPLOS-data figurerer både som nasjonal statistikk og i enkelte kommuner som lokale budsjettdata, er det nærliggende å spørre hvordan dette forholdet betinger statistikken – særlig ettersom den byråkratiske økonomiens registreringskrav og databruk lager egne regler for IPLOS-registrering i tillegg til de nasjonale reglene. En økonomimedarbeider tror at oppfølgingen som gjøres i vedkommendes kommune på grunn av tallenes økonomiske betydning, er *til fordel* for registerstatistikken:

[Fordi] vi er helt avhengig av Gericas for å få til å budsjettere hjemmetjenesten, altså IPLOS-dataene i Gericas, derfor så må den være oppdatert, og vi håndterer den som om den er oppdatert hele tiden. Selv om det kan være enheter som glemmer seg eller ikke gjør jobben sin 100 %. Men det blir verst for dem. ... Og nettopp derfor tror vi at vi er en av de beste [kommunene] til å kunne stole på de data som ligger der (økonomimedarbeider og IPLOS-instruktør).

Kommunen følger løpende opp dataproduksjonen på sin ekstraordinære måte, tilpasset sine krav. Samtidig skal dataproduksjonen tilpasses Helsedirektoratets krav. Informanten vet at alle enheter ikke registrerer som formelt ønsket, men synes å

vurdere utfallet som alvorligere for den tjenesteytende enheten enn registerstatistikken. Samtidig betinger tallenes relasjon til økonomien tjenesteanstattes oppfatning av IPLOS og hvilke spørsmål i IPLOS som er viktige å følge opp. Resultatet er at deres oppfatning ikke alltid går overens med direktoratets likestilling av ADL-registreringene og øvrige spørsmål i skjemaet, som om klienten er vurdert av helsepersonell og opplysninger om boligsituasjon, for å nevne noe. Tallenes budsjett-tilknytning splitter opp IPLOS-skjemaet:

Vi snakker mest om ADL, men IPLOS er jo mer enn det. IPLOS er jo sånn om du bor alene, og om du trenger hjelp til å komme deg til ting og sånn, selvfølgelig. Så det er jo et større bilde enn det. Vi har jo mest fokus på det med ADL da. Det har vi. Og det er jo en naturlig grunn til det. Det er jo fordi budsjettet er basert på ADL, eller IPLOS-registreringer. Det henger ganske nøye sammen (enhetsleder).

Enhetslederen skiller ut ADL som noe eget. Pengeverdien er ikke knyttet til systemet i sin helhet, men til visse element ved helheten: ADL-registreringene; tallene. Den ulike informasjonen, som IPLOS-skjemaet etterspør, tildeles systematisk ulik viktighetsgrad, gjennom en prioritering. En ADL-autorisert sykepleier beskriver dette slik:

Sykepleier: Jeg forholder meg til ADL og ikke IPLOS. IPLOS er jo noe av det samme, men det er jo ADL vi bruker aktivt.

Jeg: Men hvorfor kaller du det to forskjellige ting?

Sykepleier: For det heter ADL i GERICA, som er verktøyet vi bruker.

Jeg: Ok. Men når du sier IPLOS, hva tenker du på da?

Sykepleier: Da tenker jeg på ... det ligger inne i IPLOS, og da er det mer sånn hvilken kost står brukeren på? Er det lenge siden vedkommende har vært til tannlegen? Hvor lenge siden siste legebesøk? Sånne ting. Og det klarer vi ikke å følge opp bestandig, ikke alt av det i hvert fall. Noe av det går greit, men det som vi bruker aktivt, som har betydning for blant annet det økonomiske tilskuddet vi får, det er jo ADL.

Elementene som er utslagsgivende for budsjettet rangeres som viktigere, og er i større grad sikret oppfølging enn elementene som faller utenfor budsjettets blikk. Budsjettet fungerer som en hektisk lærer som litt for kjapt prioriterer ett fag foran et annet, med konsekvensen at data som budsjettet ikke trenger, nedprioriteres. At tallene skal rapporteres inn til et sentralt register og blandes sammen med tall fra alle andre kommuner, fremstår som et så fraværende, automatisk aspekt ved IPLOS – sammenlignet med det lokale økonomiske – at sentralrapporteringen kan gå sin egen gang. Både pleieren på enheten og enhetslederen på kontoret er lokalt

orientert hva tallenes nytteverdi angår, og omtaler tallene kun som bistandsyttere for lokal planlegging. Tallenes rolle på makronivå blir et ikke-uttalt tema. En aktiv kontrast oppstår, mellom IPLOS som lokalt og sentralt realisert prosjekt, som ikke alltid går overens:

De [direktoratet] vet at vi jobber aktivt [med IPLOS], og derfor så ... de kan jo uansett ikke smekke oss på fingrene fordi vi ikke aksepterer det de har bestemt. Og de vet jo ikke hva andre kommuner ikke gjør av det de har bestemt heller. ... Vi gjør jo så godt vi kan (økonomimedarbeider).

Bak informantens uttalelse skimter vi en stillingtagen til den lokale praksisens konsekvenser for nasjonalstatistikken. Hun har bestemt seg for at det er greit at kommunen tidvis kjører sitt eget løp, ut fra antagelsen om at kommunenes oppfølging av direktoratets regler uansett varierer. Samtidig fremstår hun ikke totalt overbevist om at direktoratet aksepterer kommunens aktive bruk av IPLOS. At hun vurderer muligheten for at de sentrale myndighetene kan ønske å sanksjonere praksisen, antyder at hun opplever kommunens praksis som overvåket av direktoratet. Antagelsen om variasjon i kommunenes IPLOS-bruk er plausibel og antagelig også velkjent av direktoratet. Tilknyttet slike rapporteringssystem vil det alltid være et segment av forskjeller og usynligheter i praktiseringen av det, som systemets eiere ikke kan eliminere. Det spesielle ved den aktive bruken av IPLOS som informanten beskriver, er at bruken utvider variasjonsspekteret, gjennom den lokale organiserings systematiske utfall for ansattes håndtering av IPLOS.

Diskusjon

I utgangspunktet fremstår IPLOS-produserte styringstall som robuste stillbilder av de kommunale helse- og sosialtjenestenes klienter. Entrer vi organisasjonens aktivitet og meningen tjenesteansatte tillegger tallene, fremstår tallpraksisene mer dynamiske og relasjonskomplekse enn det robuste inntrykket signaliserer.

Går vi til grasrota i tjenestene, til pleiere og saksbehandlere, ser vi at transformasjonen av møtet mellom klient og tjeneste til klientdokumentasjon, budsjett-data og statens pleie- og omsorgsstatistikk ikke kan bestilles i helhet av en byråkratisk aktør. Integreringen av tallene i ansattes praksiser avhenger av at de etablerer erfaringsbaserte klientbilder til tallene og ulike tallkombinasjoner, slik at de oppfatter tallene som relevante og nyttige for seg selv. Tallene trenger ikke å være «riktige». I utgangspunktet har tallbruken et visst test-preg i saksbehandlingspraksisen i koordineringssammenheng. Ansatte bruker dem for eksempel som hypoteser om

klientene, som om funksjonsnivå, behov og passende tjenestetilbud, som avkreftes eller bekreftes i møte med klienten. Dette ser ut til å være en selvforsterkende praksis. Saksbehandlere som opplever at de leser «riktig» informasjon om klientene ut fra tallene, ser ut til å bruke tallene som veivisere i større grad enn saksbehandlere som ikke deler denne opplevelsen.

Idet tallene får en ressursfordelende funksjon, forsterkes registreringen og saksbehandlingens budsjettbetingede situasjonstrekk. Når tallene beveger seg fra klientrettede til økonomiadministrative praksiser, fremstår de som i en speilsal hvor samme tall avspeiles på ulike vis til samme tid. Entrer tallene økonomiens speil, kastes deres speilbilde tilbake til tallenes utgangspunkt i organisasjonen, til registreringen og de tjenesteansattes forståelse av hvordan IPLOS skal håndteres. Refleksjonen ser ut til å ha ringvirkninger ned langs tallenes produksjonslinje, og opp og ut av kommunen, til IPLOS-registeret. Nedover ser vi blant annet at tallenes budsjettoppkobling kompliserer pleiernes og saksbehandlernes repertoar av potensielle responser og strategier i møte med IPLOS-kontrollørenes og økonomimedarbeidernes vokabular for deres tallpraksiser, som igjen skrives inn i registreringspraksis. Oppover etableres potencialet for at kommuner fremstiller seg ulikt for statens blikk ut fra samme rapporteringssystem, på grunn av ulike vilkår for tallproduksjonen.

For enkelte tjenesteansatte kamuflerer økonomien at statens blikk er inkorporert i IPLOS. Andre oppfatter tallene som multippelt bestilt, og opplever en lojalitetsknipe mellom klient, kolleger, stat, kommune og budsjett. Hvordan de opplever IPLOS, betinges av deres ulike formelle og sosiale posisjoner i tjenestene, IPLOS-ansvar og nærhet til budsjett eller klient. Samtidig deltar tallene aktivt i å konstruere posisjoner i tjenestene, særlig når tallenes organisatoriske betydning øker gjennom økonomioppkoblingen. IPLOS-kontrollører og økonomimedarbeidere tildeles retten til å «kriminalisere» tjenesteansatte på grasrota, ved å definere juks og redelighet. IPLOS-autoriserte pleiere overvåker kollegers oversettelser av klienter til tall. Det blir viktigere for tallrapportørene å usynliggjøre opplevde forskjeller mellom kart og terreng for tallbrukere i andre settinger; pleiere og saksbehandlere må unngå anklager om uredelighet eller latskap og prøve å gjøre jobben som pålagt. For enhetsledere og økonomimedarbeidere blir det viktig å minimere gapet for å presentere budsjettmodellens relevans for tjenestene og legitimere tallene. Helsedirektoratet ønsker også et minimert gap mellom kart og terreng, for registerstatistikkens del. Gjennom tallenes representasjonsvirksomhet synliggjør tallene kontraster i helse- og sosialtjenestene, samtidig som de bidrar til å *skape* kontraster – gjennom aktivt arbeid for å standardisere praksis. Budsjettet intensiverer kontrastene. Gjennom oppfølgingen av IPLOS lokalt grunnet tallenes

økonomiske betydning, myndiggjøres IPLOS, eller rettene sagt ADL i IPLOS, på bekostning av registeret. IPLOS og ADL splittes i to system, slik tjenesteansatte omtaler og håndterer dem.

I artikkelen hadde jeg planlagt å rette blikket mot hvordan IPLOS-tallene inngår i koordineringen av arbeidsprosesser og mennesker *etter* registrering. Dette ble vanskelig å følge opp under felt- og analysearbeidet. Forsøket på å nøste opp koordineringsprosesser knyttet til tallene lokalt førte meg til statistikken og pengene, til «statens vitenskap». Hvorvidt tallene representerte statistikk, klientdata eller budsjettdata, fremsto mer og mer avhengig av forholdet mellom IPLOS som lokalt informasjonssystem, kommunens budsjettmodell og registeret, som formidlet på grasrota. Modelleringen av tallenes lineære sti fra registrering til bruk, budsjett og statistikk innebærer en kronologisk sekvensering av tallproduksjonen; men produksjonslinjens kronologi i organisasjonen hadde tilbakekoblinger som førte til at forventningene til tallene som tallrapportørene lærer seg å ha, fikk konsekvenser for fremtidige registreringer. Tallene var ikke uforanderlige. Dette kan oppfattes som et resultat av rotete feltarbeid og analyse (Law og Singleton, 2005), eller rotete praksis i kommunene. I denne analysen ville imidlertid en mer rigid tilnærming til tallpraksis *redusert* muligheten til å favne tallpraksisenes retroaktive prosesser, som viser seg viktige for tallenes integrering i klientrettet pleieaktivitet og saksbehandling og relasjonen mellom registrering, budsjett og statistikk. Tallene *er* tvetydige. De er standardiserte produkter av registreringsprosesser og standardiserende agenter i samme prosesser. De veksler mellom å åpne og lukke koordineringsmuligheter i arbeidsprosesser som knytter til seg tallene. Samtidig skaper de skiller mellom «riktig» og «ikke riktig» praksis, i skjæringsfeltet mellom statistikk, lokal ressursfordeling og helsefaglig praksis; som tidvis drives fram på tross av pleie- og omsorgsidealer. I dette dynamiske, men også regelstyrte universet, investerer menneskene en hverdaglig dimensjon i tallene som nærmest anonymiserer dem – samtidig som de former velferdssamfunnets helsetjenester innenfra.

Om artikkelen

Takk til Ann R. Sættnan, Aksel Tjora, *Sosiologisk tidsskrifts* redaksjon og tidsskriftets anonyme konsulenter for konstruktive og «klarsynte» innspill i arbeidet med artikkelen. Takk også til alle uvurderlige informanter som velvillig har stilt opp og gitt av sin tid for å bidra til feltarbeidet mitt.

Om forfatteren

Gunhild Tøndel (f. 1981) er PhD-stipendiat i sosiologi ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU og NTNU Samfunnsforskning A/S, og tilknyttet det NFR-finansierte prosjektet Health by

Numbers. Tøndel er blant annet interessert i kvalitativ metodologi, teknologi- og vitenskapssosiologi og medisinsk sosiologi. Hun har tidligere publisert artikler og bokkapitler blant annet om DRG-systemet på somatiske sykehus og IPLOS-systemet i praksis i helse- og sosialtjenesten.

E-post: gunhild.tondel@svt.ntnu.no

Noter

- 1 Med *etnostatistisk* sikter jeg til Gepharts (2006) adressering av fortolkningspraksisene integrert i produksjonen og bruken av statistikk. Disse utfyller og utvider statistikkarbeidets formelle tekniske kunnskap. Fortolkningspraksisene gjør statistikk *mulig*, og kan derfor utforskes for å forbedre statistikkens kvalitet (Bloor, Goldberg og Emslie, 1991). Begrepet *enumerologi* er utviklet av Bogdan og Ksander (1980) og viser til de sosiale prosessene som objektive/numeriske atferdsbeskrivelser genereres gjennom. Enumerologi avdekker reaktive effekter av rapporteringsskjemaer, som ofte skjules bak påstander om teknisk ekspertise og nøyaktighet (Buckholdt og Gubrium, 1983: 266, fotnote). Kritikken går blant annet ut på at når standardiserte registreringsskjema overforenkler det de måler, så introduseres fundamentale forstyrrelser i forsøket på å kontrollere og evaluere tjenestenes utfall (Buckholdt og Gubrium, 1983: 249).
- 2 Jeg har en tendens til å gi tallene direkte handlingsmakt om man leser meg direkte, som i «tallene rapporterer ...». Slike formuleringer er ikke ment slik de lett kan fortolkes, som at jeg tilskriver dem selvstendig agentskap. Tallene former og kan generere agentskap ved å være til, men de er jo ikke levende vesener. Formuleringene representerer en pragmatisk løsning, hvor jeg kutter ut å nevne aktøren som bruker tallene for å handle, for å spare plass i teksten – i den tro at leseren innser at agenter må til og tilskriver meg samme innsikt.
- 3 Jmf. norske ordbøker: <http://www.ordnett.no/search?search=kryptisk&lang=no> (sist lastet ned 30.08.12).
- 4 Sitatet er en hjemmesykepleiers, i en kommune hvor IPLOS-data ikke brukes i budsjettering. Sitatet står i kontrast til informantens tallbruk i andre sammenhenger, som planlegging av hjemmebesøk og behovskartlegginger, hvor informanten benyttet IPLOS-dataene aktivt.
- 5 Kalibreringsbegrepet ble benyttet av en informant som bilde på opplærings- og oppfølgingskulturen til kommunens lokale IPLOS-forvaltere.
- 6 Beskrivelsen gir assosiasjoner til Polanyis begrep 'taus kunnskap' (Grimen, 2008: 76; Collins, 2001: 113–114). Saksbehandleren fremstiller oppsettets logikk som så sosialt innstøpt i hennes tenkemåte at hun ikke finner andre ord å forklare oppsettets tilstedeværelse med enn å ty til ryggmarg-metaforen, som om tradisjonen skriver seg inn i hennes fysiske handlingsmønstre.
- 7 Preda (2009: 2001) kaller dette «spillverdighet».

Referanser

- Alvesson, M. og Kärreman, D. (2005) 'At arbejde med mysterier og sammenbrud: Empirisk materiale som kritisk samtalepartner i teoriudvikling', i Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (red.) *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: Interview, observationer og dokumenter* (s. 121–144). København: Hans Reitzels Forlag.
- Becker, H. (2007) *Telling about Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Berg, M. (1996) 'Practices of Reading and Writing: The Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work', *Sociology of Health & Illness*, 18: 499–524.

- Bloor, M., Goldberg, D. og Emslie, J. (1991) 'Ethnostatistics and the AIDS Epidemic', *British Journal of Sociology*, 42: 131–138.
- Blumer, H. (1954) 'What is Wrong with Social Theory?', *American Sociological Review*, 19: 3–10.
- Bogdan, R. og Ksander, M. (1980) 'Policy Data as a Social Process: A Qualitative Approach to Quantitative Data', *Human Organization*, 39: 302–309.
- Bowker, G. og Star, S. L. (2000) *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. Cambridge: MIT Press.
- Buckholdt, D. og Gubrium, J. (1983) 'Practicing Accountability in Human Services', *Urban Life*, 12: 249–268.
- Callon, M. (1998) 'An Essay on Framing and Overflowing: Economic Externalities Revisited by Sociology', i Callon, M. (red.) *The Laws of the Market* (s. 244–269). Oxford: Blackwell Publishers.
- Christensen, T. og Lægreid, P. (2007) 'Introduction – Theoretical Approach and Research Questions', i Christensen, T. og Lægreid, P. (red.) *Transcending New Public Management: The Transformation of Public Sector Reforms* (s. 1–16). Aldershot: Ashgate.
- Clarke, J. (2008) 'Reconstructing Nation, State and Welfare: The Transformation of Welfare States', i Seeleib-Kaiser, M. (red.) *Welfare State Transformations: Comparative Perspectives* (s. 213–239). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Collins, H. M. (1992) *Changing Order: Replication and Induction in Scientific Practice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Collins, H. M. (2001) 'What is Tacit Knowledge?', i Schatzki, T. R., Cetina, K. K. og Savigny, E. von (red.) *The Practice Turn in Contemporary Theory* (s. 107–119). London: Routledge.
- Czarniawska, B. (2008) 'Organizing: How to Study it and How to Write About it', *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 3: 4–20.
- Dingwall, R. (1997) 'Accounts, Interviews and Observations', i Miller, G. og Dingwall, R. (red.) *Context and Method in Qualitative Research* (s. 51–65). London: Sage.
- Fourcade-Gourinchas, M. (2001) 'Politics, Institutional Structures, and the Rise of Economics: A Comparative Study', *Theory and Society*, 30: 397–447.
- Frandsen, A.-C. (2009) 'From Psoriasis to a Number and Back', *Information and Organization*, 19: 103–128.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Gephart, R. P. Jr. (2006) 'Ethnostatistics and Organizational Research Methodologies: An Introduction', *Organizational Research Methods*, 9: 417–431.
- Grimen, H. (2008) 'Profesjon og kunnskap', i Molander, A. og Terum, L. I. (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hammer, S. (2008) 'Styring, statistikk, subjektivitet', *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 49: 73–102.
- Helsedirektoratet (2009) *IPLOS – Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hovland, J. (2010) *Tallenes klare tale: Målinger og systematisert styring i kommunal administrasjon*. Doktorgradsavhandling, Institutt for sosiologi og statsvitenskap. Trondheim: NTNU.
- Hughes, E. (1984) *The Sociological Eye*. New Brunswick: Transaction Books.
- James, W. (1995) *Pragmatism*. New York: Dover Publications.
- Jerak-Zuiderent, S. og Bal, R. (2011) 'Locating the Worths of Performance Indicators: Performing Transparencies and Accountabilities in Health Care', i Sætnan, A., Lomell, H. M. og Hammer, S. (red.) *The Mutual Construction of Statistics and Society* (s. 224–242). New York: Routledge.

- Lampland, M. (2010) 'False Numbers as Formalizing Practices', *Social Studies of Science*, 40: 377–404.
- Latour, B. (1987) *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Milton Keynes: Open University Press.
- Law, J. og Singleton, V. (2005) 'Object Lessons', *Organization*, 12: 331–355.
- Lipsky, M. (1980) *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lynch, M. (2002) 'Protocols, Practices, and the Reproduction of Technique in Molecular Biology', *British Journal of Sociology*, 53: 203–220.
- McCoy, L. (1998) 'Producing «What the Deans Know»: Cost Accounting and the Restructuring of Post-Secondary Education', *Human Studies*, 21: 395–418.
- Mik-Meyer, N. og Järvinen, M. (2005) 'Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv', i Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (red.) *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: Interview, observationer og dokumenter* (s. 9–23). København: Hans Reitzels Forlag.
- NHF (2006) 'IPLOS: Brev til Sylvia Brustad vedrørende IPLOS', *nhf.no*, <http://www.nhf.no/index.asp?id=46914> (lesedato 06.07.2012).
- Porter, T. (1992) 'Quantification and the Accounting Ideal in Science', *Social Studies of Science*, 22: 633–652.
- Preda, A. (2009) *Information, Knowledge, and Economic Life: An Introduction to the Sociology of Markets*. Oxford: Oxford University Press.
- Prior, L. (2003) *Using Documents in Social Research*. Los Angeles: Sage.
- Smith, D. (2005) *Institutional Ethnography: A Sociology for People*. Lanham: Altamira Press.
- Solvang, P. K., Bartoszko, A., Bergland, A., Hanisch, H. og Woll, H. (2010) 'Registrering som overgrep? En gjennomgang og diskusjon av debatten om ressursforvaltning og krenkelse i statistikk-systemet IPLOS', *Tidsskrift for velferdsforskning*, 13: 26–42.
- Sundar, T. (2002) 'En av tre diagnosekoder er feil', *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122: 1415.
- Thévenot, L. (1984) 'Rules and Implements: Investment in Forms', *Social Science Information*, 23: 1–45.
- Tieto (udat.) 'Gerica pleie- og omsorgssystem', *tieto.no*, <http://www.tieto.no/bransjer/helse-og-velferd/pleie-og-omsorg/gerica-pro> (lesedato 08.08.2012).
- Tuntland, H. (2006) *En innføring i ADL: Teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Tøndel, G. (2007) 'Hvordan DRG-systemet påvirker medisinsk praksis', *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127: 1532–1534.
- Tøndel, G. (2009) 'Administering Disability: The Case of «Assistance Need» Registration in Norwegian Health and Care Governance', *ALTER – European Journal of Disability Research*, 3: 45–62.
- Tøndel, G. (2011) 'Constructing Mirrors, Constructing Patients – with High Stakes Statistics', i Sætnan, A., Lomell, H. M. og Hammer, S. (red.) *The Mutual Construction of Statistics and Society* (s. 245–262). New York: Routledge.
- Tøndel, G. (2012) 'Mellom tvil og tall: Om behovsvurderinger i helse- og omsorgstjenestene', i Tjora, A. (red.) *Helsesosiologi* (s. 134–156). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Weber, M. (1968) *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology* (s. 100–107). New York: Bedminster Press.
- Wheeler, S. (1969) 'Problems and Issues in Record-Keeping', i Wheeler, S. (red.) *On Record: Files and Dossiers in American Life* (s. 3–26). New York: Russell Sage Foundation.

5. Statistikk som styringsteknologi: Administrasjon og system, intimitet og omsorg

Gjennom de foregående sidene har vi sett hvordan styringsstatistikk bygges opp fra hva Garfinkel (2006) ville ha kalt for “the mundane experience of everyday life”, til et større nettverk for tallbruk og - transport. Vi snakker her om et hverdagsliv inseminert med institusjonelle “makro-fabrikker”³⁷, eller handlende, målorienterte kollektiv. Kollektivene vever seg inn i hverdagens praksiser og tilfører dets aktiviteter et industrielt preg, og de iverksetter og realiserer utformingen av lokale erfaringer til administrative, økonomiske, statistiske og politiske data og standarder. Vi har også sett hvordan ulike forhold ser ut til betinge hvordan styringsstatistikken framstår og fungerer i de kommunale helse- og sosialtjenestene, sett ut fra IPLOS som case, så som "den større fortellingen" om det statistiske informasjonssystemet som presentert i media, kommunens populasjonsstørrelse av tjenestemottakere, dens lokale budsjetteringsform og tradisjon for målstyring, avstand til de sentrale myndighetenes tallbestiller-rolle, og hvilke tjenester klientene søker om og anses å behøve under registreringsprosessen. Et grunnleggende forhold for styringsteknologiens fungering er med andre ord selve registreringssituasjonen. Her måles styringsstatistikken grunnlinje opp. Et annet grunnleggende forhold, som utfolder seg i registreringssituasjonen, er relasjonen mellom klient og IPLOS som registreringsmaskin, slik denne realiseres gjennom tjenesteansattes kommunikative anstrengelser for å gjøre jobben sin. I denne relasjonen representerer registreringen en institusjonell, teknisk mediert berøring – et statsomsorgens håndtrykk. Jeg avrunder avhandlingen med noen svært kjappe ord om disse forholdene.

5.1. Styringsstatistikkenes produksjonsvilkår

Etter noen år med aktiv IPLOS-virksomhet har de sentrale myndighetene oppnådd en etablering av en tilstrekkelig kollektiv forståelse av tallsystemet blant tjenesteansatte i de kommunale helse- og sosialtjenestene, til at tallbestillerne ser ut til å akseptere tallene

³⁷ Med en institusjonell makro-fabrikk tenker jeg på alle slags handlende kollektiv, som med et industrielt preg bidrar til å produsere samfunnsfenomen på makronivå, og hvor denne produksjonen er et definert formål med kollektivet. Bytt ut “makro” med “mikro”, og samme begrep betegner samme aktivitet, men på det mikrointeraksjonistiske nivået.

som riktige nok. Forståelsen er dannet langs den statistiske infrastrukturens hoved- og irrganger, mellom impliserte mennesker som aldri har sett hverandre før. Ja, på avstand ser det rett og slett ut som at det statistiske informasjonssystemet har blitt en automatisert maskin i tjenestene.

IPLOS fungerer blant annet som en sluse eller som en dør, som visualiserer utvalgte fortellinger fra de kommunale helse- og sosialtjenestenes pleiepraksiser, for dem det måtte angå (eller ikke). Men som dører flest kan IPLOS slås hardt igjen, og også smekke fingrene til aktører som er uoppmerksomme på teknologiens virke³⁸. Systemet kan i ytterste konsekvens lukke klienter inne i klientprosesserende forløp i tjenestene, eller det kan stenge dem ute. Det kan lukke helsepersonell inne i spesifikke handlingsmønstre i møte med klienter, eller stenge personellet ute fra handlingsmønstre som de ønsker å oppfylle i klientarbeidet. Det kan stenge klienter ute fra en forståelse av den mer overordnede behovsvurderingsprosessen i tjenestene, eller stenge dem inne i en antagelse om at deres assistansebehov kan leses ut fra deres kropp – som en objektiv ubestridt størrelse.

Ut fra registreringssituasjonen diskriminerer IPLOS i tillegg klientgrupper som ikke representeres så lett i registerskjemaet, som vi særlig så i introduksjonskapitlet og artiklene 1 og 3. Gruppen av organiserte yngre funksjonshemmede har tydelig frontet opplevelsen av diskriminering selv. Andre diskriminerte klientgrupper, så som psykisk syke, trenger noen til å snakke for seg. En annen gruppe som ikke er nevnt til nå, men som også avhenger av talpersoner, er barn – som skal scores “etter forventet aldersadekvat utvikling”³⁹ (Helsedirektoratet, 2009, s. 26). Samtidig er det ikke bare

³⁸ Latour (1992, s. 234) bruker eksemplet med døren og dens diskriminerende effekter som utgangspunkt for en drøfting av blant annet antropomorfisme i sosiologien. Jeg hadde eksemplet i bakhodet da jeg begynte å drible på dette avsnittet, men uten at dette impliserer at jeg tillegger IPLOS, som dødt materie, menneskelige egenskaper.

³⁹ Hva er “forventet aldersadekvat utvikling”? Helsedirektoratet (2009, s. 26) påpeker at det vil være store svingninger blant barn for hva vi betrakter som normalt. Innføringen av normalitetsbegrepet i denne sammenhengen kan dermed oppfattes som at myndighetene delegerer et stort handlingsrom til den enkelte helsefaglig tjenesteansatte som skal utføre vurderingen av det enkelte barnet, for blant annet å gi innhold til kategoriene “stor svingning” og “normalt”. I felten opplevde jeg stor frustrasjon blant saksbehandlere som jobbet med kartlegging av barns assistansebehov og funksjonsnivå. Særlig stilte de spørsmål ved hva

klienter, som kan diskrimineres eller spesifikt ivaretas i IPLOS. Også helsepersonell kan oppleve seg diskriminert i møte med systemet, for eksempel om de opplever at systemets logikk vranger deres egen profesjonelle etikk. Annet helsepersonell kan oppleve dette motsatt, som at systemet utrunder dem med en tyngre stemme innad i organisasjonen. Uavhengig av egen opplevelse kan de like fullt innta en pragmatisk holdning til statistikksystemet: Oppfatter de at interaksjonen mellom tallene, seg selv og sine kolleger, klientene og det større tjenesteapparatet *beveger seg framover* (Rawls, 2006) - som et gode for klienten - så får de bekreftet at ordenen som er etablert i de kommunale helse- og sosialtjenestenes samspill med tallene fungerer. Dermed kan også tallene sies å fungere, gitt en viss kontroll over hvilke formål de brukes til, innenfor oversiktlige brukskontekster. Det er bare det at tallene aldri befinner seg kun i oversiktlige brukskontekster. For eksempel kan myndighetene skape seg et "imaginært territorium" (Rose, 1996, s. 331) ut fra tallene, som styringsstrategier kan innrettes mot. Denne skapelsesprosessen kan ikke tjenesteansatte påvirke stort *etter* at tallene er registrert.

"Hovedproblemet har vært at det ikke er tradisjon i pleie- og omsorgstjenesten for å telle og måle folk", sa førstekonsulent Øyvind Christensen i Sosial- og helsedepartementet til Aftenposten (1997), i forbindelse med utviklingen av Gerix – forløper til IPLOS. I dag, 7 år etter innføringen av IPLOS som obligatorisk rapporteringssystem i alle norske kommuner, representerer kanskje heller statistikksystemet i seg selv den største utfordringen. I møtet mellom styringsmulighetene som er skrevet inn i IPLOS og tjenestenes praksisforankrede begrensninger, oppstår et rom for en profesjonaliserende administrasjon. Tallene skulle koble administrasjonen tettere til grasrot-fellesskapet innad i tjenestene, gjennom tallenes synliggjørende rolle og nærvær. Samtidig skjer tidvis det motsatte: Gjennom bruken av tallene for økonomiadministrative gjøremål kan aktivitetens representanter også avskjære seg fra tallenes produksjonskontekst. Ved å ta statistikksystemets vokabular til sitt, fjerner de seg fra helsepersonellens, klientenes og de pårørendes vokabular - såfremt disse ikke har tatt det formelle vokabularet til sitt. Det økonomiadministrative personellens eventuelle tillit til den organisatoriske

en forventet aldersadekvat utvikling er, og de opplevde det som generelt problematisk å kartlegge barn ved hjelp av vokabularet som IPLOS er bygget opp ut fra.

tallrapporteringens output kan dermed underbygge en antagelse blant dem om at de kjenner bedre til tallenes produksjonskontekst enn hva de faktisk gjør. Den statistiske registreringssituasjonen er således et mektig skue - både hva dens produksjon av potensialet for tallenes bedrageri og administrative arbeidskapasitet angår.

5.2. Omsorgens håndtrykk

Før ett av mine første intervju googlet jeg vedkommende informant, for å se hvor aktiv hun hadde vært i kontroversen rundt IPLOS. Informanten mottok BPA-assistanse i eget hjem, og deltok i en av de involverte organisasjonenes grasrotarbeid mot IPLOS. Det dukket raskt opp et bilde fra en lokalavis. På bildet er min informant avbildet sammen med en av de øverste lederne i hennes bokommunes helse- og sosialtjenester. Hun har oppsøkt rådhuset for å få en avklaring i forbindelse med kommunens håndtering av sitt BPA-vedtak. Hun sitter i rullestolen og smiler, såvidt. Lederen står ved siden av henne, med et mye mer overbevisende smil. Lederen har tatt hånden hennes, og ser ut til å holde den i et fast grep. Da jeg møtte informanten min spurte jeg henne om situasjonen rundt dette bildet. Jeg fortalte at jeg hadde stusset over håndtrykket som var i fokus på bildet, og at jeg syntes det så stilisert ut. Hun utbrøt raskt, “ja, så du det!” Deretter fortalte hun at det var en hverdaglig opplevelse for henne at fremmede tok hånden hennes når de skulle prate med henne.

Når to likeverdige parter gir hverandre et håndtrykk markerer denne hendelsen gjerne at en avtale er inngått, eller det representerer en høflighetens gest. Ved å hilse på hverandre anerkjenner man at man ser hverandre. En annen type håndtrykk er omsorgens håndtrykk. Dette håndtrykket er vi gjerne kjent med at uttrykker medmenneskelighet, trøst, varme eller kjærlighet. Håndtrykket er i slike sammenhenger gjerne et tegn for at man er der for den andre.



Utsnitt 2. Omsorgens håndtrykk

I offentlige presentasjoner av helse- og omsorgstjenestene bruker myndighetene ofte hender som et virkemiddel for å ytre og presentere tjenestenes funksjon. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) (2009), grunnlagsdokumentet for Samhandlingsreformen, inneholder for eksempel tjue illustrasjoner, hvorav ti har hender i fokus (deriblant bildet over, som er klippet ut av en større illustrasjon (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009, s. 46)). Når omsorgens håndtrykk presenteres i billedform, anonymiseres gjerne personene bak hendene. Bildet kuttet ved håndleddet, som om omsorgen springer ut fra et større sosialt kollektiv. Det er et virkemiddel med mange positive assosiasjoner, men også negative. Vi bruker for eksempel hendene våre også for å skjule oss eller andre. I en institusjonell kontekst kan fysiske berøringer dessuten inneholde elementer av tvang og uønsket kroppsliggjøring, som aksepteres grunnet den asymmetriske maktrelasjonen mellom den som mottar og den som yter omsorg. Det er ikke nødvendigvis så at alle klienter ønsker å motta omsorg, selv om de mottar assistanse. De kan for eksempel ønske å oppnå avstand til tjenestenes omsorg, gjennom bidraget som innvilget assistanse kan gi for å leve et mer gjennomsnittlig liv.

Det vil aldri være tilfeldig hvorvidt en person opplever omsorgens hånd som et gode eller et overtramp. Noen ønsker å si fra seg ansvaret for å vite sitt eget beste hva helse og organiseringen av sitt hverdagsliv angår. De trenger behandling eller bistand for å leve

sitt liv. For dem innebærer institusjonelle berøringer, som pleiernes registreringer av deres assistansebehov, en bekreftelse på at de er under prosessering i tjenestene og forhåpentligvis blir ivaretatt på beste måte. Opplever de at registreringen innebærer spørsmål om svært intime, personlige forhold, erfarer de ikke nødvendigvis dette som et problem eller en krenkelse. I stedet kan teknologiens intimitetsbestrebelse villet oversettes til en oppriktig interesse for å “avdekke” deres behov og funksjonsnivå. Videre avhenger personens opplevelse av omsorgens hånd, og teknologien som denne medieres gjennom, av historien som hånden og den sosiale arenaen som håndtrykket utføres på, representerer for vedkommende. Det ligger en medlemskapskategorisering i statsomsorgens håndtrykk, hvor vedkommende fremstilles som helseadministrativt prosessert eller som et mål for tjenestene.

For de av mine informanter som uttrykte sterk motstand mot IPLOS-registreringen, syntes opplevelsen av å bli registrert nærmest å være ensbetydende med at tallene satte *avtrykk* i deres kropp. At registreringen oppleves som paternalistisk er ikke særlig overraskende. Som jeg allerede har vært inne på er tallene tildelt et situasjons- og klientdefinerende mandat: De skal fortelle helse- og økonomiadministrativt personell, politikere og øvrige involverte eksperter hvem klienten er. Dette skal gjøres ved hjelp av et standardisert språk for funksjonsnivå og assistansebehov, som klientene må forholde seg til at griper inn i deres virkelighet. I tillegg kanaliseres formidlingsaktiviteten gjennom sosiale relasjoner som karakteriseres av forhåndsdefinerte og formelt sett legitime og påkrevde maktskjevheter: Mellom klient og sykepleier, sykepleier og enhetsleder, enhetsleder og økonomimedarbeider, økonomimedarbeider og revisor, kommune og stat, og så videre. I praksis er ikke skjevhetene absolutte, men det er i disse relasjonenes samspill at den statistiske produksjonsprosessen er vevd inn.

Det oppstår et eget ubehag i institusjonen når aktører blir oppmerksomme på at det sosiale spillet om ressurser og tjenestenes faktaproduksjon skriver seg inn i tallene. I tillegg uttrykker statistikken for enkelte grupper i tjenestene en utakt mellom vokabular og praksis, hvor det standardiserte vokabularet ikke samsvarer med helsepolitiske og helseprofesjonelle visjoner for “det samme”. Statsintensjonene bak omsorgens håndtrykk blir tvetydig. I en slik situasjon vil selv det mest moderne assistansetilbud, med

helsefaglig, juridisk og ideologisk sett oppdaterte tjenesteansatte, kunne oppfattes og oppleves av klienter, pårørende, og helsepersonell som at kalenderen for eksempel fortsatt viser særomsorgens tid.

For kvinnen som hadde troppet opp på rådhuset handlet lederens håndtrykk om en hverdaglig påminnelse av andre om at hun var “annerledes”. En konsekvens hun mente å oppleve var at andre sosiale spilleregler syntes å gjelde for hvorvidt hun kunne bli berørt av andre:

“Ja, som å klappe noen på hodet. Holde i hånda. De gjør ikke det på deg [intervjueren]. (...) Jeg har aldri spurt noen om hvorfor de gjør det, for det er veldig vanskelig å angripe en slik hendelse. Hva skal man si til folk når de klapper deg på hodet, uten å være frekk? (...) Fordi man sitter i rullestol eller er blind eller.. hva det måtte være. Er vi offentlig eiendom? (...) [Hvorfor] tillater man seg å være så personlig med fremmede?”

Kvinnen opplever at fremmede fester sine blikk på henne og identifiserer henne ut fra objektene i hennes verden som de selv ikke bærer med seg: Den synlige funksjonsnedsettelsen, og ting som bærer produksjonsmerkelapper fra firma som “Handicare AS” og “Permobil AS”. Idet de berører henne gir de henne tillatelse til å sitte der, bli servert, og å være en funksjonshemmet person. Slik uttrykker berøringen et “stopp”. Men i denne tillatelsen ligger også et påbud om at hun ikke kan hevde samme rettigheter til fri ferdsel som håndens eier eller til sin egen kropp og intimsone. Håndens eier avgrenser hennes handlingsrom, og ved hjelp av håndtrykket markerer personen at kvinnen er annerledes.

Da IPLOS-tallene kom til entret en ny evighetsdimensjon statsomsorgens håndtrykk. Tallene lagres i klientenes pasientjournal til deres død og “for alltid” i det sentrale IPLOS-registeret og i publikasjoner som bygger på den nasjonale pleie- og omsorgsstatistikken. Helseadministrative og velferdspolitiske beslutninger om planleggingen av tjenestene som bygger på tallene skriver seg inn i tjenestenes struktur. For kvinnen syntes tallene og

deres evighetsdimensjon å befeste hennes opplevelse av egen annerledeshet ytterligere – ja, til og med som en statsbyråkratisk markør for det liv hun ennå ikke har levd.

Referanser

Aftenposten (1997). Feilslått datasatsing for eldreomsorg. 15.05.1997.

Alvesson, M. og Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.

Andersen, M. (2009). *Kartlegging av relevante og praksisnære problematikker knyttet til implementering av IPLOS i norske kommuner: Sluttrapport fra en pilotstudie*. Senter for omsorgsforskning, nr. 1. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.

Andresen, T. (2006). *Helse og sosial: Informasjon om brukerne gir bedre tjenester*. Hentet 23.11.2006, fra <http://www.ks.no/templates/Page.aspx?id=39254>

Antoft, R. og Salomonsen, H. H. (2012). Casestudier af organisationer som dynamisk proces. I M. H. Jacobsen og S. Q. Jensen (red.), *Kvalitative udfordringer* (s. 129-154). København: Hans Reitzels Forlag.

Asdal, K., Brenna, B. og Moser, I. (2001). Introduksjon: Teknovitenskapelige kulturer. I K. Asdal, B. Brenna, og I. Moser (red.), *Teknovitenskapelige kulturer* (s. 6-90). Oslo: Spartacus.

Atkinson, M. J. (1978). *Discovering suicide: Studies in the social organization of sudden death*. London: MacMillan.

Becker, H. S. (2003). The Politics of Presentation: Goffman and Total Institutions. *Symbolic Interaction*, 26(4), 659-669.

Berg, M. (1996). Practices of Reading and Writing: The Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work. *Sociology of Health & Illness*, 18(4), 499-524.

Bijker, W. E., Hughes, T. P. og Pinch, T., (1987). General introduction. I W. E. Bijker,

T. P. Hughes og T. Pinch (red.), *The Social Construction of Technological Systems: New Directions in the Sociology and History of Technology* (s.1-6). Cambridge, Mass.: MIT Press.

Blumer, H. (1954). What is Wrong With Social Theory? *American Sociological Review*, 19(1), 3-10.

Bloomfield, B. P. (1991). The Role of Information Systems in the UK National Health Service: Action at a Distance and the Fetish of Calculation. *Social Studies of Science*, 21(4), 701-734.

Bloor, D. (1991). *Knowledge and Social Imagery*. Chicago: The University of Chicago Press.

Buckholdt, D. F. og Gubrium, J. F. (1983). Practicing Accountability in Human Service Institutions. *Urban Life*, 12(3), 249-268.

Callon, M. (1998). *The Laws of the Markets*. Oxford: Blackwell Publishers.

Callon, M. (2001). Elementer til en oversettelsessosiologi: Kamskjell, fiskere og forskere. I K. Asdal, B. Brenna og I. Moser (red.), *Teknovitenskapelige kulturer* (s. 91-124). Oslo: Spartacus.

Callon, M. og Latour, B. (1981). Unscrewing the Big Leviathan: How actors macro-structure reality and how sociologists help them to do so. I K. Knorr-Cetina og A. Cicourel (red.), *Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro- and Macro-sociologies* (s. 277-303). Boston: Routledge & Kegan Paul.

Campbell, M. L. (2001). Textual accounts, ruling action: The intersection of knowledge and power in the routine conduct of community nursing work. *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, 7(2), 231-250.

- Castells, M. (1998). *End of Millenium (Vol III, The Information Age: Economy, Society and Culture)* (s. 355-380). Blackwell Publ.: Oxford.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Los Angeles: Sage Publications.
- Christensen, K. (2012). Når velferdstjenester møter ny velferdsstyring: om implementeringen av IPLOS. *Sosiologi i dag*, 42(2), s. 48-69.
- Cicourel, A. (1968). *The Social Organization of Juvenile Justice*. New York: Wiley.
- Clarke, A. E. (2005). *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn*. Thousand Oaks: Sage.
- Coffey, A. og Atkinson, P. (1996). *Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Collins, H. M. (1983). The Sociology of Scientific Knowledge: Studies of Contemporary Science. *Annual Review of Sociology*, 9, 265-285.
- Crump, T. (1990). *The Anthropology of Numbers*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Czarniawska, B. (2007). *Shadowing and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*. Malmö: Liber.
- Czarniawska, B. (2008). Humiliation: A standard organizational product? *Critical Perspectives on Accounting*, 19(7), 1034-1053.
- Czarniawska, B. (2009). Emerging Institutions: Pyramids or Anthills? *Organization Studies*, 30(4), 423-441.

Daatland, S. O., Veenstra, M. og Lima, I. A. (2009). *Helse, familie og omsorg over livsløpet*. Oslo: NOVA.

Dagbladet (2006). Krever stans av registrering. 11.11.2006.

Dagbladet.no (2007). Slik sorteres mennesker i Norge. 26.02.2007. Hentet 30.05.2012, fra <http://www.dagbladet.no/dinside/2007/02/26/493304.html>

Dagens Medisin (2007). SHdir tar selvkritikk. 27.02.07. Hentet 21.08.2012, fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/shdir-tar-selvkritikk/>

Dagsavisen (2008). Føler seg krenket av handikap-statistikk. 18.01.2008.

Datatilsynet (2003). *Pseudonymisert helseregister – IPLOS*. Hentet 23.11.2006, fra www.datatilsynet.no/templates/Page___540.aspx

Desrosières, A. (1998). *The Politics of Large Numbers: A History of Statistical Reasoning*. Cambridge: Harvard University Press.

Devold, R. (2007). "Eldre'90" – hva skjedde? *Trønder-Avisa*, s. 2-3, 25.09.2007.

Eisenhardt, K. M. (2002). Building Theories from Case Study Research. I A. M. Huberman og M. B. Miles (red.), *The Qualitative Researcher's Companion* (5-35). Thousand Oaks: SAGE Publications.

Flaaum, K. (2006). *Knut Flaaums appell ved IPLOS-demonstrasjonen 21. aug. 2006*. Hentet 16.01.2012, fra <http://www.uloba.no/templates/Page.aspx?id=2423>

Fløtten, T. (2006). *Quadruple pressure - a framework for the study of welfare state-development*. Paper presentert på BalticWelfare: Poverty and welfare in a comparative perspective, Riga. Hentet 22.4.2011, fra <http://www.fafo.no/BalticWelfare/Baltikum-presentasjoner/tonefloetten.pdf>

Fornyings- og administrasjonsdepartementet (2009). *Individ og integritet: personvern i det digitale samfunnet* (NOU (2009: 1). Oslo: Departementenes servicesenter.

Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.

Foucault, M. (1999[1971]). *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus Forlag.

Fourcade-Gourinchas, M. (2001). Politics, Institutional Structures, and the Rise of Economics: A Comparative Study. *Theory and Society*, 30(3), 397-447.

Frambu (2007). *Kritisk IPLOS-dokumentar på TV2*. Hentet 21.08.2012, fra http://www.frambu.no/modules/module_123/proxy.asp?I=13538&C=1&D=2

Frederickson, H. G. (2005). Whatever Happened to Public Administration? Governance, Governance Everywhere. I Ferlie, E., Lynn, L. E. Jr. og Pollitt, C. (red.), *The Oxford Handbook of Public Management* (s. 282-304). New York: Oxford University Press.

Gabrielsen, B., Otnes, B., Sundby, B. og Strand, P. (2010). *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS): Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2009*. Rapport 2010: 50. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Gabrielsen, B., Otnes, B., Sundby, B., Kalcic, M. og Strand, P. (2011). *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS): Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2010*. Rapport 2011: 33. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs.

Garfinkel, H. (2006). *Seeing Sociologically: The Routine Grounds of Social Action*. Boulder: Paradigm Publishers.

Glaser, B. og Strauss, A. (2009[1967]). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick: Aldine Transaction.

Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: Et studie i hverdagslivets dramatikk*. Oslo: Pax Forlag.

Gubrium, J. og Holstein, J. (1987). The private image: experiential location and method in family studies. *Journal of Marriage and the Family*, 49(4), 773-786.

Hacking, I. (1991). How Should We Do the History of Statistics? I Burchell, G. Gordon, C. og Miller, P. (red.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* (s. 181-195). Chicago: University of Chicago Press.

Hagen, T. P., Amayu, K. N., Godager, G., Iversen, T. og Øien, H. (2011). *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010*. Helseøkonomisk forskningsprogram, skriftserie 2011: 5. Oslo: Universitetet i Oslo.

Hansen, N. F. (2008). *En seier for tilliten mellom pasient og pleier*. 20.10.2008. Hentet 14.08.2012, fra http://www.fagforbundet.no/index.php?article_id=33021

Hasenfeld, Y. (1972). People processing organizations: An exchange approach. *American Sociological Review*, 37(3), 256-263.

Headrick, D. R. (2000). *When Information Came of Age. Technologies of Knowledge in the Age of Reason and Revolution, 1700-1850*. New York: Oxford University Press.

Helsedirektoratet (2009). *IPLOS. Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2000). *Brukerstyrt personlig assistanse*. (Rundskriv

01.06.2000, I-20/2000 til lov om sosiale tjenester mv.) Hentet 20.3.13, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2000/i202000.html?id=445628>

St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse Midt-Norge RHF (2006). *Nyhetsbrev uke 40 2006*. Hentet 21.08.2012, fra <http://www.helse-midt.no/Pasient/Laring-og-mestring/Nyhetsbrev/Arkiv-2006/Siste-nyhetsbrev/>

Heritage, J. (2004). Conversation analysis and institutional talk: Analyzing data. I D. Silverman (red.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice* (s. 222-245). London: Sage Publications.

Hovland, J. (2011). Numbers: Their Relation to Power and Organization. I Sætnan, A. R., Lomell, H. M. og S. Hammer (red.), *The Mutual Construction of Statistics and Society* (s. 21-40). New York: Routledge.

Hood, C. (2005). Public Management: The Word, the Movement, the Science. I Ferlie, E., Lynn, L. E. Jr. og C. Pollitt (red.), *The Oxford Handbook of Public Management* (s. 7-26). New York: Oxford University Press.

Hughes, (1984). *The sociological eye: Selected papers*. New Brunswick: Transaction Books.

Håland, E. (2008). *Verktøy, symbol og mote: En studie av innføring av Learning Management System (LMS) i Statoil* (Doktoravhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet). Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Irvine, J., Miles, I. og Evans, J. (1979). Introduction: Demystifying Social Statistics. I J.

Irvine, I. Miles og J. Evans (red.), *Demystifying Social Statistics* (s. 1-10).
London: Pluto Press.

Jacobsen, M. H. og Jensen, S. Q. (2012). Kvalitative udfordringer: Kvalitativ metode under forandring. I Jacobsen, M. H. og S. Q. Jensen (red.), *Kvalitative udfordringer* (s.11-24). København: Hans Reitzels Forlag.

Jepperson, R. L. (1991). Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism. I W. W. Powell og P. J. DiMaggio (red.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (s. 143-163). Chicago: The University of Chicago Press.

Joas, H. og Knöbl, W. (2009). *Social Theory: Twenty Introductory Lectures*. Cambridge: Cambridge University Press.

Johansen, I. (2011). *Funksjonshemmede Mari Storstein (25): Filmskaper på hjul*. Hentet 21.08.2012, fra <http://www.ivarjohansen.no/temaer/funksjonshemmede/3060-mari-storstein.html>

Kernaghan, K., Marson, B. og Borins, S. (2000). *The New Public Organization*. Toronto: Institute of Public Administration of Canada.

Knorr, K. D. (1981). The Scientist as an Analogical Reasoner: A Critique of the Metaphor Theory of Innovation. I K. D. Knorr, R. Krohn og R. Whitley (red.), *The Social Process of Scientific Investigation: Sociology of the Sciences* (vol. IV, s. 25-52). Dordrecht: Reidel.

Knorr-Cetina, K. D. (1982). Relativism – What now? *Social Studies of Science*, 12(1), 133-136.

Knudsen, S. og Grasli, S. (1999). *En individuell og inkludert hjemmetjeneste: Viktige forutsetninger for tjenester til mennesker med ulike hjelpebehov*. Oslo: Norsk Forbund for Utviklingshemmede.

Kommunal- og regionaldepartementet (2009). *Om KOSTRA*. Hentet 17.08.2010, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/tema/kommuneokonomi/kostra/om-kostra.html?id=412867>.

Krohn, R. (1981). Introduction: Toward the Empirical Study of Scientific Practice. I K. D. Knorr, R. Krohn og R. Whitley (red.), *The Social Process of Scientific Investigation: Sociology of the Sciences* (vol. IV, s. vii-xxv). Dordrecht: Reidel.

KS (2012). *Kort om KS*. Hentet 30.09.2012, fra <http://www.ks.no/u/Om-KS/Administrativt/Kort-om-KS/>

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lampland, M. (2010). False numbers as formalizing practices. *Social Studies of Science*, 40(3), 377-404.

Latour, B. (1987). *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. New York: Russell Sage Foundation.

Latour, B. (1992). Where Are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artifacts. I W. E. Bijker og J. Law (red.), *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change* (s. 225-258). Cambridge: The MIT Press.

Lie, E. og Roll-Hansen, H. (2001). *Faktisk talt: Statistikkens historie i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.

Lossius, M. C., Strand, P., Kaurin, M., Hansvik, H. P. (2012). *Overordnede trekk og*

samhandling: Pleie- og omsorgsstatistikken gir ny innsikt. Oslo: Helsedirektoratet.

Lynch, M. og Woolgar, S. (1988). Introduction: Sociological Orientations to Representational Practice in Science. *Human Studies*, 11(2/3), 99-116.

Lynn, L. E., Jr., Heinrich, C., og Hill, C. J. (2001). *Improving Governance: A New Logic For Empirical Research*. Washington, DC: Georgetown University Press.

Maines, D. R. og Morrione, T. J. (1991). Social Causation and Interpretive Processes: Herbert Blumer's Theory of Industrialization and Social Change. *International Journal of Politics, Culture and Society*, 4(4), 535-547.

Mann, Michael (1981). Socio-Logic. *Sociology*, 15(4), 544-550.

Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24, 95-117.

Mauss, M. (2004). *Kropp og person: To essays* (s. 65-97). Oslo: Cappelen.

May, T. (2001). *Social Research: Issues, methods and process*. Berkshire: Open University Press.

McDonald, S. (2005). Studying actions in context: A qualitative shadowing method for organizational research. *Qualitative Research*, 5(4), 455-473.

Mik-Meyer, N. (2004). *Dømt til personlig utdanning: Identitetsarbejde i revalidering*. København: Hans Reitzels Forlag.

Mik-Meyer, N. (2005). Dokumenter i en interaktionistisk begrepsramme. I M. Järvinen

og N. Mik-Meyer (red.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: Interview, observationer og dokumenter* (s. 193-214). København: Hans Reitzels Forlag.

Mik-Meyer, N. og Järvinen, M. (2005). Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. I M. Järvinen og N. Mik-Meyer (red.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: Interview, observationer og dokumenter* (s. 9-23). København: Hans Reitzels Forlag.

Miller, G. og Fox, K. J. (2004). Building bridges: The possibility of analytic dialogue between ethnography, conversation analysis and Foucault. I D. Silverman (red.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice* (s. 35-55). London: SAGE Publications.

Miller, P. og Rose, N. (1995). Production, Identity, and Democracy. *Theory and Society*, 24(3), 427-467.

Miller, P. og Rose, N. (2008). *Governing the Present: Administering Economic, Social and Personal Life*. Cambridge: Polity Press.

Mostervik, T. S. (2008). Nasjonalt "avviksregister". *Fosna-Folket*, s. 9, 19.09.2008.

Måseide, P. (2008). Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. I A. Molander og L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 367-385). Oslo: Universitetsforlaget.

Otnes, B. (2010). *Hjemmetjenestetilbud på sykehjemsnivå: Beregninger på grunnlag av statistikk om pleie- og omsorgstjenestene 2008 (IPLOS- og KOSTRA-data)*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Pierre, J. (2000). *Debating Governance: Authority, Steering, and Democracy*. Oxford: Oxford University Press.

Pinch, T. J., Ashmore, M. og Mulkay, M. (1992). Technology, Testing, Text: Clinical Budgeting in the U. K. National Health Service. I W. E. Bijker og J. Law (red.). *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change*. Cambridge: The MIT Press.

Pinch, T. J. og Bijker, W. E. (1984). The Social Construction of Facts and Artifacts: Or How the Sociology of Science and the Sociology of Technology might Benefit Each Other. *Social Studies of Science*, 14(3), 399-441.

Porter, T. M. (1995a). Statistical and Social Facts from Quetelet to Durkheim. *Sociological Perspectives*, 38(1), 15-26.

Porter, T. M. (1995b). *Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Prior, L. (1985). Making sense of mortality. *Sociology of Health & Illness*, 7(2), 167-190.

Prior, L. (2004). Doing things with documents. I D. Silverman (red.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*. London: Sage Publications.

Ravetz, J. R. (1971). *Scientific Knowledge and its Social Problems*. Oxford: Clarendon Press.

Rawls, A. W. (2006). Respecifying the Study of Social Order – Garfinkel's Transition from Theoretical Conceptualization to Practices in Details. Introd. i H. Garfinkel, *Seeing Sociologically: The Routine Grounds of Social Action* (s. 1-97). Boulder: Paradigm Publishers.

Rose, N. (1991). Governing by Numbers: Figuring Out Democracy. *Accounting, Organization and Society*, 16(7), 673-692.

Rose, N. (1996). The death of the social? Re-figuring the territory of government.

Economy and Society, 25(3), 327-356.

Rose, N. og Miller, P. (1992). Political Power beyond the State: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology*, 43(2), 173-205.

Rose, M., O'Malley, P. og Valverde, M. (2006). Governmentality. *Annual Review of Law and Social Science*, 2, 83-104.

Sandvand E. og Vabo, G. (2007). *Dokumentasjon i sykepleien*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Schanning, E. (1999). Etterord. I M. Foucault (1999[1971]), *Diskursens orden* (s. 45-62). Oslo: Spartacus Forlag.

Selbæk, G. og Høgset, L. D. (2010). *IPLOS og kartlegging av tjenestebehov hos hjemmeboende med kognitiv svikt*. Sykehuset Innlandet: Alderspsykiatrisk forskningssenter.

Shaw, M. og Miles, I. (1979). The Social Roots of Statistical Knowledge. I J. Irvine, I. Miles og J. Evans (red.), *Demystifying Social Statistics*. London: Pluto Press.

Sikkeland, T. (2008). *Symbolsk makt i den statlige diskursen om IPLOS* (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Oslo: Universitetet i Oslo.

Silverman, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: SAGE Publications.

Silverman, D. (2004). Who cares about "experience"? Missing issues in qualitative research. I D. Silverman (red.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice* (s.342-367). London: Sage Publications.

Smith, D. (1984). Textually mediated social organization. *International Social Science*

Journal, 36(1), 59-75.

Smith, D. (2002). Institutional Ethnography. I T. May (red.), *Qualitative Research in Action* (s. 17-52). London: Sage Publications.

Smith, D. (2005). *Institutional Ethnography: A Sociology for People*. Oxford: AltaMira Press.

Solvang, P. K., Bartoszko, A., Bergland, A., Hanisch, H. M. og Woll, H. (2010).

Registrering som overgrep? En gjennomgang og diskusjon av debatten om ressursforvaltning og krenkelse i statistikkssystemet IPLOS. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 13(1), 26-42.

Sosial- og helsedepartementet (2001). *Fra bruker til borger: En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer* (NOU 2001: 22). Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Om IPLOS*. Hentet 29.08.2006, fra www.shdir.no

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *IPLOS – videre utvikling*. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet. Upublisert.

Sparhell, K. (2007). *Direktoratet tar selvkritikk om IPLOS*. Hentet 21.08.2012, fra <http://sparhell.no/knut/?p=263>

Star, S. L. (2001). Makt, teknologier og konvensjonenes fenomenologi: Om å være allergisk mot løk. I K. Asdal, B. Brenna og I. Moser (red.), *Teknovitenskapelige kulturer* (s. 125-154). Oslo: Spartacus.

Star, S. L. og Lampland, M. (2009). Reckoning with Standards. I M. Lampland og S. L.

Star (red.), *Standards and Their Stories: How Quantifying, Classifying, and Formalizing Practices Shape Everyday Life* (s. 3-34). Itacha: Cornell University Press.

Starr, P. (1987). The Sociology of Official Statistics. I W. Alonso og P. Starr (red.), *The Politics of Numbers* (s. 7-58). New York: Russell Sage Foundation.

Stortinget (2007). *Dokument nr. 15:4 (2006-2007): Spørsmål til skriftlig besvarelse med svar.* Hentet 21.08.2012, fra <http://www.stortinget.no/Global/pdf/Dokumentserien/2006-2007/dok15-200607-004.pdf>

Strand, P. (2012a). Stor gjennomstrømning av tjenestemottakere i pleie- og omsorgssektoren. I M. C. Lossius, P. Strand, M. Kaurin, H. P. Hansvik (red.), *Overordnede trekk og samhandling: Pleie- og omsorgsstatistikken gir ny innsikt* (s. 15-23). Oslo: Helsedirektoratet.

Strand, P. (2012b). Dekningsgrader for pleie- og omsorgstjenester – indikator på hva? I M. C. Lossius, P. Strand, M. Kaurin, H. P. Hansvik (red.), *Overordnede trekk og samhandling: Pleie- og omsorgsstatistikken gir ny innsikt* (s. 6-13). Oslo: Helsedirektoratet.

Strand, P. og Kaurin, M. (2010). *Hva kan offentlig statistikk si oss om prioriteringer i pleie- og omsorgstjenesten? En artikkel basert på publisert pleie- og omsorgsstatistikk i 2010.* Oslo: Helsedirektoratet.

Sudnow, D. (1967). *Passing On: The Social Organization of Dying.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.

Strauss, A. og Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory.* Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Sæt看, A. R., Lomell, H. M. og Hammer, S. (2011), *The Mutual Construction of Statistics and Society*. New York: Routledge.

Søvdnes, M. (2007). Ministerens stille overgrep. *Bergens Tidende*, 26.10.2007. Hentet 08.11.2007, fra <http://www.bt.no/meninger/kronikk/article430271.ece#.UXT97XDKBTM>

Thomas, R. (1984). Why Have Government Statistics? (And How to Cut Their Cost). *Journal of Public Policy*, 4(2), 85-102.

Tjora, A. (2013). *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tjora, A. og Tøndel, G. (2012). Framtidens pasient. I H. O. Melberg og L. E. Kjekshus (red.) *Fremtidens Helse-Norge* (s. 105-128). Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, T. W. (2007). *Intimitetstyrrani går på personvernet og verdigheten løs*. Hentet 21.08.2012, fra http://trond.weblogg.no/010307120403_intimitetstyrrani_gr_p_personver.html

Tøndel, G. (2007). Hvordan DRG-systemet påvirker medisinsk praksis. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 127(11), 1532-1534.

Tøndel, G. (2011). Constructing Mirrors, Constructing Patients - with High Stakes Statistics. I A. Sæt看, H. M. Lomell og S. Hammer (red.), *The Mutual Construction of Statistics and Society* (s. 245-262). New York: Routledge.

Tønseth, H. (1998). Kommunale helse- og omsorgstjenester: Er statistikken tilpasset brukerne? *Samfunnsspeilet*, 3, 28-32. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Urton, G. og Primitivo, N. L. (1997). *The social life of numbers: A Quechua ontology of numbers and philosophy of arithmetic*. Austin: The University of Texas Press.

Vassenden, A. (2008). Om å innlemme makronivået i mikrososiologiske studier. En sammenlikning av "grounded theory" og "extended case method". *Sosiologisk tidsskrift*, 4, 324-339.

Wittgenstein, L. (1997). *Filosofiske undersøkelser*. Oslo: Pax

Woolgar, S. (1982). Laboratory Studies: A Comment on the State of the Art. *Social Studies of Science*, 12(4), 481-498.

Østby, B. A. (2007). IPLOS-forsker søker sykepleiere. *Sykepleien*, 95(18), 25.

Vedlegg 1. Eksempel på intervjuguide til medlemmer av brukerorganisasjoner, innledende runde

Hvilket forhold har du til IPLOS?

- Hvis registrert i IPLOS: Kan du si noe om hvordan du opplevde dette?

Hvordan forholder du deg til kontroversen rundt IPLOS?

- Jeg tenker da på kontroversen slik den er ført i media av individuelle aktører og andre organisasjoner, hvor noen har beskrevet IPLOS i sterke ordelag.

Hva vil du karakterisere IPLOS som?

Hvilke funksjoner opplever du at IPLOS har?

- ...og antar at IPLOS kan få?

Jeg har forstått det slik at du har vært involvert i utviklingen og videreutviklingen av IPLOS. Kan du si noe om din involvering og om (videre-)utviklingsprosessen?

- Hvordan?
- Hvorfor?
- Andre aktører?
- Enigheter?
- Konflikter?
- Samarbeid?
- Oppfatninger av IPLOS?
- Innvirkningskraft?

Hvordan tror du IPLOS kan påvirke de kommunale helse- og omsorgstjenestene?

- ..enn klientenes situasjon?
- ..og de som registrerer og administrerer IPLOS sin situasjon?

Hva tenker du om tall? Måling? Standardisering? Statistikk?

Har du tillit til databaser? Tror du at forvalterne har kontroll over IPLOS-data?

Hva mener du er de viktigste spørsmålene i en studie som denne?

Vedlegg 2: Eksempel på intervjuguide til pleiere i kommunale helse- og sosialtjenester, her: hjemmetjenesten

Jeg har ikke helt klart for meg hva du gjør i jobben din. Kan du kort forklare det?

Hvor i kommunen tenker du at IPLOS er viktigst og “mest tilstede”?

- Hvorfor?

Hvordan brukes IPLOS i hjemmetjenesten?

Når er IPLOS nyttig for deg?

Hvorfor tror du noen blir kritiske til IPLOS? Mens andre synes IPLOS er nyttig?

Stoler du på IPLOS-data?

Hva tenker du at er de viktigste funksjonene til IPLOS?

- Enn ulempene?

Har dere i hjemmetjenesten nytte av IPLOS-informasjonen på noe vis?

Hva tenker du at IPLOS-registrering handler om?

Hva måler IPLOS?

Hvordan utfører dere registreringene i hjemmetjenesten?

- Kan du gi et eksempel på en typisk registrering? Og på en uvanlig registreringssituasjon?

Når du registrerer, hvilke hensyn tar du da?

- Hva eller hvem tenker du på?

Hvordan er det vanlig å håndtere registreringen av “tvilstilfeller”?

Er det vanlig å tenke på hvilke ressurser kommunen har tilgjengelig for brukeren under saksbehandlingen? Eller på at vedtakene skal være rettferdige brukerne imellom?

Dere har jo “bestandig” vurdert behovet for hjelp til tjenestemottakerne. Hva er det som er forskjellig med IPLOS i forhold til tidligere vurderingspraksis?

Tror du IPLOS på noe vis påvirker tjenestene?

- Eller brukernes situasjon?

- Eller de tjenesteansatte sin arbeidssituasjon?

Hører dere mye om det økonomiske aspektet knyttet til registreringen?

- I så fall: I hvilke situasjoner, og av hvem?

Hva tenker du om samhandlingen mellom tjenestene ---- spiller IPLOS noen rolle her?

Hva tenker du om mulighetene for å standardisere praksis innad i tjenestene mer?

- For eks. behovsvurderingene og vedtak, omsorgsyttelsen, praksis på tvers av soner

Trondheim kommune mener de har gode data på iplos-opplysninger. Er du, som kjenner til hvordan IPLOS fungerer på enheten din, enig i det?

Vedlegg 3: Eksempel på informasjonsskriv til pleiere i kommunale helse- og sosialtjenester



Samfunnsforskning AS

Til den det angår

Gunhild Tøndel
Tlf. 977 64 197, Gunhild.Tondel@syf.ntnu.no
Institutt for sosiologi og statsvitenskap
NTNU Dragvoll
7401 Trondheim

Trondheim, xx.xx.2008

Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet: "Health by Numbers: Statistics as a Technology of Governance in Municipal Health Services"

I forbindelse med min doktorgrad i sosiologi gjennomfører jeg et prosjekt om hvordan statistikk brukes som styringsverktøy i de kommunale helse- og sosialtjenestene. Hensikten med prosjektet er å belyse hvordan statistikk produseres, rapporteres, og brukes i og mellom tjenestene. Målet er å bidra til økt forståelse for samspillet mellom aktiviteten i de lokale helse- og sosialtjenestene og statistikk. I prosjektet benytter jeg IPLOS-systemet som hovedkasus. Mitt delprosjekt vil bli utført av undertegnede i samarbeid med professor Ann Rudinow Sætman ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet.

Du får denne forespørselen om deltakelse i forskningsprosjektet fordi du arbeider i helse- og sosialtjenestene i din kommune. Deltakelse i prosjektet innebærer at jeg ber deg delta i et intervju. Intervjuet vil ta om lag tjue minutter. Jeg ønsker å få kunnskap om hvordan du opplever arbeidet med IPLOS. Dette er ikke et evaluerende prosjekt, og jeg er derfor ikke interessert i om denne utførelsen er riktig eller ei i henhold til reglene for IPLOS-registrering. Ønsker du ikke å delta, overværer jeg ikke de vakter du arbeider på, og jeg forespør deg heller ikke om å delta i et intervju. Min tilstedeværelse er avtalt og godkjent av xx og xx (enehtsleder/kommunelege).

Det er helt frivillig å delta i prosjektet og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg og kreve opplysningene som er gitt anonymisert, uten å måtte begrunne dette nærmere. Hvorvidt du velger å delta i prosjektet eller ikke, har ingen betydning for din relasjon til overordnede. Ingen andre enn jeg vil ha tilgang til opplysningene. Opplysningene vil bli behandlet strengt konfidensielt.

Resultatene av studien vil bli publisert uten henvisninger til deg eller din kommune. Du kan ikke gjenkjennes i resultatene. Doktorgradsprosjektet forventes å være avsluttet høsten 2012. Etter at prosjektet er avsluttet vil opplysningene bli makulert, om det ikke blir aktuelt å gjennomføre en oppfølgende analyse basert på det samme samlede opplysningsmaterialet. I så fall vil du få ny informasjon og en ny forespørsel om å delta.

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Det er finansiert av Norges Forskningsråd.

Dersom du ønsker å delta i undersøkelsen, er det fint om du signerer samtykkeerklæringen nedenfor og returnerer den til meg så snart som mulig.

NTNU Samfunnsforskning AS
Besøksadresse: Loholt allé 85 Paviljong B, Trondheim. Postadresse: 7491 Trondheim
Telefon: +47 73 59 63 00. Telefaks: +47 73 59 66 24 Foretaksnr: NO 986 243 836
E-mail: kontakt@samfunn.ntnu.no Website: <http://www.ntnusamfunnsforskning.no>



Har du spørsmål i forbindelse med dette informasjonsskrivet, eller ønsker å bli informert om resultatene fra undersøkelsen når de foreligger, ta gjerne kontakt med meg.

Med vennlig hilsen,
Gunhild Tøndel.

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet "Health by Numbers: Statistics as Technology of Governance in Municipal Health Services" og er villig til å delta i studien.

Signatur.....

