

Sosiale posisjonar, praksis og maktforhold innan habilitering av funksjonshemma barn

Rolf Horne

This article investigates social practices in habilitation of disabled children in Norwegian municipalities and specialised health services. Habilitation has traditionally been rooted in the pedagogical field, but a major reform institutionalised Norwegian habilitation as a medical discipline in 1987. The scientific position of this article is praxeological and inspired by Pierre Bourdieu. Thus, the purpose is to combine analysis of objective structures and subjective phenomena. The empirical data come from historical sources and from parents and professionals working with disabled children. The analysis classifies different types of capital, thus making it possible to construct the field of children in need of help. The field differentiates the positions of the agents and the power of relation between them. It reveals how social positions form parents' opportunities to get help from the professionals and from the welfare state.

Keywords: Bourdieu, disability, parents, habilitation, children, praxeological, capital, power

Introduksjon og bakgrunn

”Familiar er like forskjellige som alle andre, om eg må seie det slik. Der er mange typar familiar. Nokre vil ha kontroll og styre kva tenester og tiltak som dei sjølv føler dei treng. Andre familiar er av ulike grunnar veldig bakpå; eg treng hjelp, kan du hjelpe meg. Det blir veldig forskjellig innfallsvinkel i forhold til dei to typane... Dei fleste som får eit funksjonshemma barn er jo i ein vanskeleg situasjon. Kva nettverk dei har, er kanskje det viktigaste for korleis dei klarar kvardagen. Eg er redd at dei som er kognitivt sterke, at dei skal bli litt bortskjemte. Dei kan verte for opptekne av hjelpeapparatet og alt det ikkje legg til rette. Vi har nokre slike ...”¹

Eksempelet illustrerer stillingstaking og perspektiv den profesjonelle praksis tek på foreldre til funksjonshemma barn og unge innan det som kallast barnehabilitering. Sitatet illustrerer korleis posisjonar og sosial praksis bidreg til å definere relasjonen mellom dei fagprofesjonelle og foreldre til funksjonshemma barn og unge i habiliteringsarbeidet. Sitatet viser også at relasjonar og stillingstaking, der ein posisjon definerer den andre, kan handle om maktforhold som skapast i møte mellom fagprofesjonelle og foreldre. Ikkje berre som eit institusjonelt hierarki, men som

ein sosial kamp om posisjonar, privilegium og handlingsrom. Ein kamp som både foreldre og fagprofesjonelle er gjensidig involvert i.

Formålet med denne artikkelen er derfor å vise korleis forskjellige interesser og strategiar samt ressursar (volum og type kapital) menneska bærer med seg, verkar inn og bidreg til å strukturere møte mellom foreldre og fagprofesjonelle om hjelp til funksjonshemma barn og unge. Artikkelen tek utgangspunkt i data og analyser frå forfattaren si Ph.d.-avhandling *Like barn leikar best. Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpeavhengige barn og unge* (Horne 2016). Prosjektet er inspirert av sosiologen Pierre Bourdieu sitt teoretiske univers og prinsipp han anvendte i *La Distinction, Critique sociale du judgement* (Bourdieu 1979). Analysen kviler på teorien om at den sosiale eksistens er samanhengar mellom det menneske skaper og gjer og dei sosial posisjonane dei erobrar innan eit gitt sosialt rom dei finn mening i å delta i.

Makt og maktforhold er på ingen måte nye tema. Dei har stadig ein sentral plass i samfunnsvitskaplege analysar. Omgrepa har ei lang historie og kan forståast på fleire måtar. Fleire framstående forskarar har arbeidd med omgrepsparet og står bak ein omfattande teoriproduksjon både av erkjente og skjulte former for makt og maktforhold (Bourdieu 1996a; Foucault 2008; Goffman 1967; 2009; Hernes, 1975; Østerud 2002). Internasjonal forskning om funksjonshemma og funksjonshemming er heller ikkje nytt men har i liten grad vore direkte oppteken av makt og maktforhold. Forskingslitteraturen er omfattande og breier seg over mange fagområde og vitskaplege tradisjonar (Bengtson og Stigaard 2011; Oliver 2009). Vitenkapitalen representerer såleis både ortodokse og heterodokse posisjonar og utgjer såleis eit kraftfelt (Bourdieu 2005). Den samfunnsvitskaplege forskinga på området har nedslag i fleire tema, som på forskjellige måtar handlar indirekte om maktreasjonar. Særleg har tema som utvikling av velferdsstaten og aktivitetar relatert til framveksten av sterke radikale og kritiske interesseorganisasjonar utover frå 1960-talet inspirert forskinga. Denne forskningstradisjonen stilte seg kritisk til utviklinga av den sterke individorienteringa og den dominerande medisinske forståinga av funksjonshemming og avvik. Generelt var kritikken særleg retta mot offentleg kontroll, eksklusjon og funksjonshemming forstått som sjukdom (Bengtson og Stigaard 2011; Oliver 2009). Britisk forskning på funksjonshemma og funksjonshemming er eksempel på ein forskningstradisjon som har teke ein tydeleg normativ og politisk posisjon drive fram av interesseorganisasjonar. Den skandinaviske forskinga på området har derimot tradisjon for å vere politisk initiert og styrt gjennom offentleg finansiering. I Norge har Norsk Forskningsråd hatt ein tydeleg posisjon i relasjon til denne forskinga etter 1995, gjennom betydelege puljar for finansiering av prosjekt retta inn mot forskning på konsekvensane av Ansvarsreforma² (Bengtsson og Stigaard 2011). Dermed oppstår det ei form for politisk monopol og kontroll, ikkje berre over korleis omsorga for funksjonshemma utformast, men også at det leggast band på kva forskning staten legitimerer ved å kontrollere finansieringa politisk gjennom Forskningsrådet. Fokuset i den norske forskinga på det aktuelle området har særleg

vore sentrert rundt terapeutisk og pedagogisk metodeutvikling, men også på livskvalitet, familie, identitet, levekår, deltaking i samfunnet og kommunal tenesteyting (Ingstad og Sommerschild 1983; Holck 2004; Lundeby 2008). Det har vore mindre interesse for analyse av sosiale prosessar og strukturelle forhold innan habilitering, inntil avhandlinga *Like barn leikar best* vart publisert i 2016 (Horne 2016). Avhandlinga undersøker habilitering av barn og unge som sosial praksis frå ein praxeologisk tilgang og analyse ved hjelp av Pierre Bourdieu sitt omgrepsapparat. Analysen er teoretisk-empirisk og undersøker sosiale praksisar som oppstår i møte mellom posisjonar i det avhandlinga kallar *feltet for hjelpeavhengige barn og unge*. Undersøkinga tek avsett i empiri frå foreldre til funksjonshemma barn og fagprofesjonelle innan habilitering i kommune og sjukehus. Frå Sverige føreligg det ei tilsvarende kultursosiologisk avhandling som har vore ei viktig inspirasjonskjelde for studien. Den analyserer framveksten av habiliteringsrommet, og korleis svensk barnehabilitering skreiv seg inn i det medisinske felt. Den avhandlinga analyserer kampen om retten til å definere korleis funksjonshemma barn best skal hjelpast (Carlhed 2007).

Habilitering kva er så det?

Habilitering kan seiast å være både politikk, måtar og organisere og institusjonalisere velferdstenester på, eit fagområde og til sist det eg her vil kalle hjelpepraksisar. Politisk handlar det på den eine sida om å avgrense og kontrollere byrdene funksjonshemmingar påfører samfunnet. På den andre sida om fordeling av kollektive offentlege velferdsgode til avvikande personar i form av økonomisk bistand, tekniske hjelpemiddel og medisinske tenester. På den måten kan ein seie at funksjonshemming er ein viktig symbolsk kategori for distribusjon av velferdsstatlege privilegium (Grue og Heiberg 2006; Schei 2007; Solvang 2000). Overgangen frå institusjonsomsorg via HVPU-reforma³ til habiliteringstenester på 1990-talet førte til ei organisatorisk deling av tenester mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. Kommunane fekk primæransvaret for å habilitere barn, medan sjukehusa skulle hjelpe kommunane med spesialiserte tenester (Bjorbækmo og Billington, 2015). Habiliteringsavdelingane på sjukehusa har representantar frå fagområda medisin, psykologi, pedagogikk og sosialt arbeid, medan kommunane består typisk av eitt eller to fagområde (Horne 2016; Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest 2009). På den måten kan ein seie at habilitering også handlar om integrasjon av ulike fagområde og faginteresser og oppkomsten av eit felt. Politisk vart det lagt vekt på tverrfagleg samarbeid og organisering som i seg sjølv kan oppfattast som løysingar på både dei velferdsstatlege utfordringane og ikkje minst demping av den omfattande kritikken som var medverkande til å reformere den 50 år lange sentralinstitusjonelle omsorga for funksjonshemma på 1990-talet (Lerdal 2009; Tøssebro 2010; Sosialdepartementet 1987).

Habilitering er også praksisar som skal vere til hjelp for å løyse individuelle problem for 2- 2,5 % av den norske befolkninga, samt problem den enkelte har i møte med samfunnet (Helsedepartementet 2004). Det handlar altså om ei verksemd

som skal definere individuelle vanskar og symptom, kategorisere og forklare dei ved hjelp av medisinsk nomenklatur for at profesjonelle kan planleggje, koordinere og setje inn likeverdige tiltak som avhjelper problema den enkelte har i for eksempel barnehage, skule, heim og fritid (Tetzchner 1992). På den måten kan ein seie at habilitering kan knytast til utvikling. Der utvikling kan forståast som nye ferdigheiter til å leve livet med medisinsk definerte defektar eller problem ein er fødd med eller har erverva tidleg (Söder 2000). Livsbana til mange funksjonshemma er såleis sterkt prega av at dei er avhengige av hjelp, gjerne livslang hjelp. Alt dette kan ein summere til å handle om kamuflert politisk makt hos dei agentane som tolkar dei byråkratiske definisjonane og styringsdokumenta for kva habilitering er eller burde være (Bourdieu 2014).

Praxeologisk tilgang til sosial praksis og differensiering

Undersøkinga som ligg til grunn for denne artikkelen legg altså ein praxeologisk teoretisk tilgang over det empiriske materialet henta frå foreldre til funksjonshemma barn og fagprofesjonelle innan habilitering av barn og unge i regi av kommune og sjukehus. Det empiriske materialet er produsert frå intervju og spørjeskjema om agentane sine livshistorier, erfaringar med funksjonshemma barn og velferdsordningar, samt data om økonomisk, kulturell og sosial kapital. Tre foreldrepar og ni fagpersonar deltok i undersøkinga med data frå både intervju og spørjeskjema. Blant fagpersonane var det barnelege, spesialfysioterapeut, ergoterapeut, spesialpedagog, sosionom og lærar.

Det avgjerande i ei praxeologisk undersøking er agentane si mengde og samansetning av kapital, altså den habituelle orientering dei har til å søke eller orientere seg mot visse felt og posisjonar. Alt dette for å konstruere fram agentane sine disposisjonar (uttrykt som kapital) for å forklare posisjoneringar (uttrykt i meining, haldning og handling i ord og gjerning) i relasjon til posisjonane den enkelte erobrar og som bidreg til å strukturere *feltet for hjelpeavhengige barn og unge* (Horne 2016; Petersen og Callewaert 2013). På den måten er Bourdieus praksisteori også metoden (Bourdieu, Chamboredon og Passeron 1991). Bourdieu sitt bidrag i denne utforskinga av fenomenet habilitering er altså å gjere det mogeleg å analysere fram drivkreftene bak det agentane gjer og som gjev foreldre tilgang til velferdsgode.

Sosial praksis "[...] en subjektiv skabelse og et objektivt faktum på en gang."⁴ Sitatet viser at vi alle er vevd inn i ein sosial samanheng vi ikkje berre kan velje eller skape. I det lyset er det nødvendig å undersøke orienteringa for sosiale relasjonar for å forklare vår oppførsel. Pregainga for sosial oppførsel er lagra i kroppen som ein praktisk sans, som ikkje er oss bevisst, for korleis vi opptrer og handlar i sosiale rom. Bourdieu brukar omgrepet *disposisjonar* til å forklare dette (Bourdieu 1995; Callewaert 1996).

I den praxeologiske forskningstradisjon utviklast teknikkar for å utforske det som går føre seg i ein konkret kontekst ved hjelp av teoretiske omgrep med formål om å produsere teori om dei sosiale praksisane i den gitte kontekst. Det setjast med andre ord og omgrep på empiri. Det vil seie avdekke den symbolske sida av praksis

og teoretisk konstruere forskingsobjektet. Teori og metode går hand i hand. Konstruksjon av det symbolske føreset brot med både subjektive førestillingar om verkelegheita og objektive framstillingar av sanningane om denne verkelegheita (Bourdieu, 2008; Petersen og Callewaert, 2013). Historisering og refleksivitet er teknikkar for nettopp å kunne bryte med oppfatningar som over tid gjerne er blitt til sanningar eller oppfattast som naturlege. Her kjem nettopp den praxeologiske tilgangen til sin rett i arbeidet med å konstruere forskingsobjektet (Bourdieu og Waquant 2009; Bourdieu, Chamboredon og Passeron 1991).

For å analysere sosiale praksisar som posisjonar innan habilitering set i verk, mobiliserer eg her tre sentrale omgrep: *Disposisjon, posisjon og posisjonering*. Omgrepa er sentrale i Bourdieus praksisteori og er eit bod på vitskap om sosiale og relasjonelle forhold (Bourdieu 1995). I dette tilfelle for å setje fokus på det som kan seiast å være symbolske kampar om prinsippa for kva som anerkjennast som (god) habilitering. Det vil seie retten til å definere det faglege grunnlaget og innhaldet i behandlingstilbodet, kva barn og unge som skal inkluderast, kva grensene for kva habilitering skal sysselsetje seg med, eller kva konkrete aktivitetar som skal setjast i verk overfor det enkelte barn og familie.

Praxeologisk kan habilitering betraktast som eit sosialt rom av sosiale posisjonar kor dei involverte er påverka av interessekonflikt og kampar mellom dei forskjellige posisjonane i rommet. Her mellom dei fagprofesjonelle og foreldre til dei funksjonshemma barna. Med andre ord kampar mellom hjelpe og støttelogikk i habiliteringsarbeidet og den overordna styrande logikk som spring ut frå ein medisinsk behandlingslogikk og byråkratisk effektiviseringslogikk. På den måten kan ein seie at dei som arbeidar innan habilitering er underlagt krav om kontroll, planar for behandling og oppfølging. På same måte er foreldra og barna i ein posisjon avhengig av desse dominerande logikkane, og må orientere seg i desse kampane. Det vil seie dei må underordne seg kontroll, behandlingsplanar og oppfølging for å få tilgang til dette rommet av ekspertar som distribuerer velferds gode på statens vegne.

Det pågår altså ein kontinuerleg kamp mellom ulike oppfatningar om kva som kan betraktast som legitime aktivitetar og tiltak innafor rammene av kva habilitering oppfattast å vere, kva faglege tilgangar som er legitime og relevant, samt kva problemstillingar institusjonen har interesse i å legitimere.

Habilitering som eit sosialt rom

I fylgje Bourdieu (1995; 2008a) er eit sosialt rom, slik som habilitering ser ut til å vere, eit nettverk av sosiale posisjonar. Relasjonane er så bestemt av logikken som rår i rommet, og som igjen bestemmer kva ressursar den enkelte må ha for å få tilgang til, og ha rett til å tre inn i posisjonar i rommet. Reglane for dette kan variere frå rom til rom. I den samanheng brukar Bourdieu omgrepet *kapital* til å identifisere og forklare fenomenet at nokon erobrar den dominerande posisjon medan andre vert vist til ein dominert posisjon. Kapitalen det her er snakk om er dels kulturell, økonomisk og sosial (Bourdieu og Waquant 2009). Den kulturelle kapital refererer til

for eksempel utdanning og verdier. Den økonomiske kapital refererer til for eksempel inntekt og økonomisk handlekraft, og den sosiale kapital referer til fagleg nettverk, ansiennitet og relasjonkunnskap. I sosiale rom som offisielt kallast habilitering, kjempast det om desse ressursane. Det er med andre ord ein pågåande kamp om å få anerkjent kapital for å få tilgang til privilegium og posisjonar i rommet. Frå ein praxeologisk posisjon kan ein altså forstå denne sosiale verda som møte mellom fagprofesjonelle og møte mellom fagprofesjonelle og foreldre, eller møte mellom posisjonar med varierende volum og samansetning av kapital. Dei fagprofesjonelle er dessutan på heimebane og foreldre er på bortebane i det offentlege habiliteringsrommet. Dei fagprofesjonelle vil med staten i ryggen erobre ein dominerande posisjon foreldra samtidig må underkaste seg fordi det er dei som søker hjelp (Horne 2016). Ein av dei fagprofesjonelle utalte dette om relasjonar i rommet: ”Forholdet til andre faggrupper er ein disputt. Ikkje det at nokon meiner noko om det vi skal gjere. Det som er, er at nokon gonger er det meir disputt på kva vi skal gå inn på, at vi skal gå inn på meir enn vi synest [...]”⁵ Sitatet indikerer habilitering som eit tildekt kampfelt kor posisjonane med ulik kapital kjempar om retten til å definere eigen og andre sine oppgåver, samt kva som er legitime praksisar.

Med bakgrunn i indikatorar for kapital og verdien forskjellige former for kapital har i rommet, kan analysen framstille relasjonar mellom posisjonar og differensiere dei som liknar kvarandre eller skil seg frå kvarandre alt etter kva type og volum av økonomisk, kulturell og sosial kapital dei bærer med seg. Profiler som er like, plasserer seg nær kvarandre og dei som er forskjellige plasserer seg med tilsvarende avstand. Avstandane leggast til grunn for konstruksjonen av maktforholdet i rommet. Dette kan med andre ord bidra til å framstille relasjonar mellom posisjonar, og klassifisere agentane i det sosiale rom alt etter samansetning og mengde kapital (Bourdieu 2014; Hjellbrekke 1999).

Rasjonalitet og praktisk sans i habilitering av hjelpeavhengige barn og unge

Den rådande og allmenne oppfatninga om menneskelege handlingar synest å vere at kvar og ein agerer ut frå bevisste og reflekterte innsikter i kva som er fornuftig og best praksis i forskjellige situasjonar. Ser vi dette frå ein praxeologisk posisjon er det ikkje fullt så enkelt. Med Bourdieu handlar menneska frå ein praktisk sans, og utan alltid å vere seg det bevisst. Dette står i kontrast til den allmenne oppfatninga, fordi i den forstår ein menneskelege handlingar i stor grad som rasjonelle. Den praktiske sans tilseier at rasjonale for handlingar føregår bak ryggen til den enkelte fordi ein handlar gjennom kroppsleggjorte disposisjonar som orienterer oss i ulike samanhengar. Det vil seie at mennesket berre delvis kan gjere greie for mål med handlingar eller legge strategiar for sosiale handlingar. ”Subjektene er i virkeligheten handlende og vidende og har en ‘praktisk sans’ [...] handlingsskemata som orienterer oppfattelsen [...] for, hvad der skal gøres i en given situation – det som man i sportens verden kalder en sans for spillet, kunsten at forudane, hvordan spillet vil utvikle sig [...]” (Bourdieu 1997, 44). Denne måten å sjå korleis folk oppfører seg i sosiale samanhengar, er det praxeologiske blikket studien legg over

det dei fagprofesjonelle seier og gjer seg imellom og i møte med foreldre til hjelpeavhengige barn og unge. Dei verksame kroppsleggjorde disposisjonane kvar enkelt agent bidreg med inn i det sosiale rommet må konstruerast fram og bidra til å forklare kva posisjonar agentane kan erobre og kva posisjoneringar dei set i verk, utan nødvendigvis å tenke over korleis dei interagerer med andre (Petersen 1996; Callewaert og Petersen 2013).

Praxeologisk (Bourdieu 2005; 2008a; 2010) handlar om å forstå og forklare sosiale praksisar. Praksisteori er som sagt særleg godt eigna til å gjere greie for, og forklare korleis menneske handlar i sosiale samanhengar (Callewaert 1996). Artikkelen her søker å formidle forklaringar på, og beskrive kvifor foreldre og fagprofesjonelle gjer som dei gjer innan habilitering, eller i det sosiale rom om ein ser det med Bourdieu. Med andre ord er formålet ikkje å skaffe fram rettleiingar for den gjeldande praksis. Det oppfattast å vere ei oppgåve for politikarar, leiarar og praktikanane i feltet (Bourdieu og Waquant 2009).

Habilitering er velferdsstaten sin konstruksjon for å handtere problemet funksjonshemma barn. Konstruksjonen av forskingsobjektet føreset at ein ser bak det tilsynelatande og innlysande for på den måten få auge på dei kroppsleggjorde orienteringane som orkestrerer sosiale handlingar og som er undertransparente for agentane (Callewaert 1996; Nørholm 2008). Poenget er at ein må bryte med etablerte kategoriar og framstillingar for å få tilgang til den historisk kroppsleggjorde praktiske sansen agentane bærer med seg orienterande for handlingar i sosiale samanhengar (Petersen og Callewaert 2013). Familien og staten er sentrale strukturerande kategoriar i vårt samfunn, og som er representert i feltet for hjelpeavhengige barn og unge. I det fylgjande vert kategoriane familie og staten beskrive.

Familien som sosial kategori

Ein måte å oppfatte familien på er som ein naturleg kategori som utgjer ein hjørnestein i samfunnet. Familien konstituerer ein sosial verkelegheit som instituerast i folk sine mentale strukturar og kroppar. Til å forklare det brukar Bourdieu omgrepet *habitus*. Familien sitt kjenslev og handlingar bidreg til å foreine medlemmane i det Bourdieu kallar ei *familieånd*. Kjenslene held gruppa saman, opprettheld eksistensen og bidreg til å sikre familien sine interesser. Familien kan også sjåast som eit *felt* og fungerer som eit felt, med innbyrdes styrkeforhold av posisjonar alt etter den enkelte sitt bidrag eller kapital (Bourdieu, 2008). Familien kan dermed seiast å vere retningsgjevande for våre sosiale praksisar, for korleis vi omgår andre, for korleis vi oppfattar og får omverda til å henge saman. Familien bidreg såleis til å skape ein felles oppfatning av familien som ein objektiv kategori. Familien er særleg eigna til å akkumulere og føre kapital vidare til neste generasjon. Familien er dessutan statens reiskap til å strukturere samfunnet gjennom å instituere kategorien familie i befolkninga som ein objektiv, naturleg og sjølvstøtt kategori som verkar strukturerande for korleis samfunnet generelt fungerer homolog til familieånda. Familien er ei form for symbolsk kapital staten er avhengig av som normgjevande og struktu-

rerande i statens teneste, men som føregår bak ryggen til familien, som sjølv oppfattar seg som uavhengig og avgrensa, tilnærma som ein naturgjeven kategori. Staten yter privilegium for å oppretthalde familien som kategori medan familien yter staten rettferd og bidreg til å reprodusere statleg tankegang. Det kan såleis seiast at relasjonen mellom familiemedlemene er om lag som relasjonen mellom familien og staten. Paradokset som trer fram i dette er at familiens økonomi gjer seg tydeleg gjeldande når staten endrar hjelpesystema frå universelle- til behovsprøvde hjelpeordningar innan for eksempel helsehjelp og retten til sosiale ytingar.

Staten som kategori

Staten er overordna og dominerande i det sosiale makthierarkiet. For å forstå forholdet mellom staten og familien i relasjon til habilitering, er det også nødvendig å sjå staten som ein posisjon i det overordna maktfeltet. Over generasjonar er vi alle utsett for påverknad som gjer at vi utan å stille spørsmål oppfattar staten som sjølv-sagt og naturleg garantist for borgarane sitt ve og vel og ålmenta sitt beste. Staten produserer og reproduserer sosial orden gjennom kategoriar og utøving av symbolsk makt gjennom å utdele autorisasjonar og produsere lover, kunngjeringar og forskrifter. Eksempel i denne samanheng er autorisasjonar til helsepersonell. Andre eksempel er *Ansvarsreforma* (Sosialdepartementet 1987), *Habilitering av barn: helsetjenestetilbud til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk syke barn, og deres foreldre - organisering og utvikling* (Helsedepartementet 2004) og *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Den symbolske makta gjer seg gjeldande i måtar vi tenkjer på og innrettar samfunnet. Vi underordnar oss den statlege orden. Staten si makt er legitimert gjennom historiske prosessar og verkar mellom anna gjennom produksjon og distribusjon av sosiale gode dei byråkratiske og forvaltningsmessige systema set i verk (Bourdieu 1996a; Elias 2001). På den måten utøver staten makt og kontroll gjennom fagprofesjonelle som arbeidar i statens teneste. Dei er å rekne som staten si venstre hand med tildelt makt til å forvalte staten sine interesser overfor borgarane. I dette tilfelle overfor funksjonshemma barn og foreldra deira. Dei som vil ha hjelp må altså ta imot den på staten sine premisser.

Habilitering – genese

”[...] slutten av 1800-tallet som den pedagogiske optimismens periode, begynnelsen av 1900-tallet som arvehygienens æra, og midten av 1900-tallet som perioden da familien skulle avlastes en byrde. Etter 1970 har det vore perioder med fokus på læring, og på normalisering.”⁶ Sitatet her viser ein måte å framstille ein historisk vedvarande kamp og differensiering av funksjonshemma alt etter kva ideologiske paradigme som har dominert opp gjennom historia. Det viser at endringar ikkje er arbitrære men at vilkåra har drive fram politikk, fag og organisering gjennom endringar dei siste vel 100 åra.

Historisering er som sagt eit analytisk grep innan den praxeologiske tradisjon, som reiskap til å bryte med historisk konstruerte forståelseskategoriar og objektivere det som tida har gjort til notidige sanningar. Historisering av undersøkingsgjenstanden gjer det mogeleg å få auge på institusjonelle og strukturelle endringar og bidra til å avdekke, rekonstruere og forklare oppkomsten av noverande maktrelasjonar samt betydinga av mentale forståelseskategoriar innskrivne i slike maktrelasjonar (Bourdieu 1996b; 2005; Hammerslev og Hansen 2009) Typiske kategoriar det er relevant å sjå historisk på i denne artikkelen er forholdet mellom familien og staten. Forstått på den måten at habilitering som byråkratisk oppfinning overordna sett handlar om relasjonen mellom det private og det offentlege, mellom familien og staten. I den fylgjande analysen vert den historiske relasjonen mellom familie og stat beskrive ved å sjå på den politiske utviklinga relatert til korleis funksjonshemma er behandla i det norske samfunnet.

Helse- og sosialområde i den norske velferdsstaten har gjennomgått ei rekkje reformer til grunn for strukturelle og sosiale forandringar så vel som forandringar av praksis. Omsorga for funksjonshemma er eit område som representerer ei radikal omvelting på slutten av 1980-talet, gjennom å innføre ein ny politisk ortodoksi ein kan kalle desentraliserte omsorg. Omlag 150 år med politiske reformer og institusjonar for døve, blinde, vanføre og utviklingshemma kulminerte med den så kalla HVPU-reforma (Larssen 2007; Sosialdepartementet 1987). Alt dette kan seiast å ha gripe inn i familien. Før oppbygginga av sentralinstitusjonane var det familien som måtte løyse problema. Etter ein periode utover 1900-talet med omsorg i offentlege institusjonar er det familien som på nytt må bære byrdene med omsorga for funksjonshemma barn. Dette som konsekvens av ei reform som skulle løyse eit statleg dilemma relatert til det så kalla *helsegapet*. Det vil sei at staten sitt problem med gapet mellom tilbod av velferdsgode og den stadig aukande etterspørsel av offentlege ytingar vart desentralisert til kommunane (Stamsø 2011), forstått som ei form for symbolsk maktutøving (Bourdieu 1996a).

Ansvarsreforma vart driven fram av eit betydeleg press frå oppponerande krefter som kritiserte forholda i dei sentrale institusjonane. Samtidig med eit endra verdisyn, representerer det såleis eit ideologisk paradigmeskifte i norsk sosial- og helsepolitikk. Like rettar til helsehjelp for alle og sosial deltaking på ulike samfunnsområde var resultat av fagleg og sosial kamp for å beskytte og sikre at individuelle investeringar gav avkast på eigen innsats eller kapital (NOU, 1976:28; Bourdieu 1996b; 2008a). Ny kunnskap og tilbod vaks fram og skapte ein marknad for ei rekke semiprofesjonelle i helse- og sosialsektoren. Dette utvikla seg i samspelet mellom samfunnskonjunkturar og marknad med staten som garantist. Ei slik utvikling føreset økonomisk vekst, politisk prioritering samt ein porsjon framtidsoptimisme. Den økonomiske veksten og trua på teknokratiske løysingar var stor dei første 25 etterkrigsåra. Det aukande offentlege omsorgsansvaret og etterspørsel av velferdsgode vaks sterkt, samtidig som dei offentlege ressursane oppfattast å komme under stadig større press (Hjelmtveit, 2011; Seip, 2002).

Strategien for norsk velferdspolitik som vart staka ut for å løyse prioriterings-spørsmåla og effektivisere den offentlege sektoren på 1980 og -90 talet, var altså desentralisering til kommune og familien. Kommunal rammefinansiering skulle gjere kommunepolitikarane ansvarleg for å prioritere etter lokale behov og sikre effektiv bruk av offentlege midlar. Dermed skreid utviklinga i stor grad bort frå universelle rettigheter til eit individualisert og fagorientert lovverk innafor sosial- og helselovgivinga. Politisk vart prinsippet om lågast mogeleg effektive omsorgsnivå (*LEON-prinsippet*) og behovsprøvde ytingar sett på den politiske dagsorden utifrå førestillinga om at nærleik til brukarane gav billigare tenester. Dette tvinga store politiske stridstema over til kommunane og dei fylkeskommunale sjukehusa. Dette skjer samtidig med blant anna ei sterk sentralisering frå distrikta til byane og endring i sysselsettinga og familiestrukturen. Sysselsetjinga i industrien minka og dei auka offentlege omsorgsoppgåvene la forholda til rette for at fleire kvinner kunne ta lønna arbeid (Stamsø 2011). Dette aktualiserte som sagt behov for helse- og sosialfagleg arbeidskraft.

For funksjonshemma barn representerte HVPU-reforma som sagt at offentlig omsorg for denne gruppa endrast frå oppbevaring og samfunnsvern i store sentrale institusjonar til eit kommunalt og familiært ansvar etter LEON-prinsippet. Fokuset på universelle velferdsordningar og kollektive behov utover 1950 og -60-talet erstattast som sagt gradvis av meir selektive eller behovsprøvde offentlege ytingar utover 1980 og -90-talet. Behandlingsideal og styringsideal fell meir og meir saman og ei sterkare orientering mot individuelle behov og juridiske rettar veks fram (Seip 2002; Stamsø 2011). Historia viser at HVPU-reforma tvinga seg fram etter ein massiv kritikk av institusjonsomsorga som i si tid fekk gjennomslag under ei samtidig normaliseringstenking som allereie hadde vore på den politiske dagsorden i Skandinavia sidan 1960-talet (Lossius 1985; Schiøtz 2003; Tøssebro 2010). Det vil seie ein kritikk av omsorga som hadde vore under kontroll av det pedagogiske felt sidan opphavet på 1800-talet. Vi ser her eit historisk brot kor kontrollen over eit samfunnsproblem / -område gjennom ein fleirårig kamp flyttar seg frå det pedagogiske felt og inn i det medisinske felt.

Den medisinske logikk konsoliderer feltet for hjelpeavhengige barn og unge

”Det bør ikke bygges opp en ny kommunal særomsorg eller institusjonsomsorg. For å få mest mulig effektiv og fleksibel utnyttelse av de samlede ressurser, må tjenester i hjemmet til den enkelte person med psykisk utviklingshemming organiseres som en del av det vanlige hjelpeapparatet i kommunen.”⁷ Sitatet viser staten sitt forsøk på å gjere omsorg for funksjonshemma til ei generell eller alminnelig oppgåve. Det vanlege hjelpeapparatet var på den tida først og fremst eit helsetilbod. I tillegg til normalisering tek Sandvin (1992) til orde for at det ligg ein fare i at oppgåver relatert til spesielle behov, og som ikkje nokon identifiserer som si oppgåve, vert redusert til gråsoneproblem eller problem som fell mellom to stolar. Ved å forankre ansvaret i dei etablerte medisinske velferdsordningane vil det styrke funksjons-

hemma sin posisjon i samfunnet. Moglegheit for å oppnå velferdsordningar og særlege rettar vil styrkast. Medisinen har ein etablert autoritet og vil gjennom diagnosar bidra i vidare forstand til å legitimere rett til velferdsgode for ei utsett og marginalisert gruppe. Sitatet over viser også ei understreking av familien sin posisjon i gjennomføringa av Ansvarsreforma, samt instruksen til kommunane og fylkeskommunane som på det tidspunktet dreiv sjukehusa. Dette vil eg argumentere for understrekar kva logikk Ansvarsreforma legitimerer framover overfor behandling av funksjonshemma.

Habilitering som omgrep vart initiert i Norge av Norsk Pediatrisk Selskap (NPS) i 1979, og stadfesta gjennom ei innstilling til Stortinget i 1981 (Holt 2007). Innstillinga frå NPS inneheldt både prinsipp for behandling og organisering av handikappomsorga for barn. I den samanheng mobiliserte NPS og tok ein sentral posisjon som fekk stor betydning for integrasjon av kontroll og behandling av funksjonshemma barn i Norge. Lægeforeninga hadde i den perioden representantar i sentrale posisjonar både politisk og i embetsverket.

Habilitering vart med Ansvarsreforma fem år seinare institusjonalisert som symbol på organisering, klassifisering og kontroll av distribusjonen av velferdsstatlege privilegium for denne gruppa. Med reforma vart altså det samla ansvaret lagt til kommunane og kontrollen over funksjonshemma barn og unge underlagt det medisinske felt gjennom etablering av habiliteringseiningar ved sjukehusa og at diagnosesystemet vart lagt til grunn for å legitimere behov og rettar til tenester. Legane vart dermed sett i ein symbolsk nøkkelposisjon og portvakt for staten i fordelinga av velferdsgode. Ei anna side av reforma var at familien sin posisjon vart endra gjennom ei tydeleggjering av foreldra sitt omsorgsansvar gjennom desentralisering av det tidlegare offentlege omsorgsansvaret. LEON-prinsippet manifesterte seg politisk ved at dei sentrale institusjonane vart avvikla. Dette synleggjer ei politisk endring frå gradvis ekspansjon av det offentlege sitt monopolistiske ansvarsområde etter andre verdskrig, til ei samtidig tilbaketrekking av den velferdsstatlege innsatsen. Handlingsplanen for funksjonshemma understreka dette gjennom eit stadig større fokus på å individualisere konsekvensane og fylgjene av ulike funksjonshemmingar (Sosial- og helsedepartementet 1998).

Utover 1990-talet vart det oppretta eigne habiliteringsavdelingar eller tverrfaglege team ved alle sjukehus med barneavdelingar for å ta seg av den spesialiserte behandlinga. Dei fagområda og posisjonar som var representert den gangen er dei same som i dag (Carlhed 2007; Einang et al. 2013; Horne 2016; Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest 2009). Posisjonane innan habilitering i sjukehusa, er representert av legar, sjukepleiarar, sosionomar, fysioterapeutar, vernepleiarar, pedagogar, spesialpedagogar, lærarar og psykologar (Carlhed 2007; Einang et al. 2013; Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest 2009). Medan dei kommunale posisjonane med ansvar for habilitering viser seg å vere enten ergoterapeut, fysioterapeut eller sosionom. Legen ved sjukehuset trer fram som autoritet og dominerer såleis det kommunale arbeidet på avstand (Horne 2016). Legen med all sin kapital er av staten definert

som behandlingsansvarleg, og har dermed ein posisjon som dominerer feltet. Eit eksempel er retten til å inkludere og ekskludere pasientar til habilitering.

Gjennomgangen her av nokre nedslag i historia om behandling og oppfatningar av funksjonshemming i det norske samfunnet, viser at dagens velferd for denne gruppa har vore, og er under vedvarande forandring. Det viser også att definisjonar og kategoriar fylgjer konjunkturar elles i samfunnet, noko som i all tydelegheit viser at det stadig er kampar og rekonstruksjonar innan dette samfunnsområde. Ein kan seie at den medisinske logikk i habiliteringsarbeidet har staten og den byråkratiske logikk i ryggen, og stiller seg såleis på stor avstand til foreldre og familien. Vesentleg for å forstå relasjonen mellom fagprofesjonelle og foreldre er å sjå posisjonane som høvesvis representantar for staten og for familien, eller som representantar for det overordna maktfeltet og det underordna familiefeltet.

Klassifisering av agentar

Dei subjektive strukturane er som sagt individa sine verdiar, kategoriar og førestillingar som orienterer for sosiale praksisar eller som materialiserer seg gjennom meiningar, haldningar og handlingar i ord og gjerning. For å klassifisere agentane er omgrepa habitus og disposisjonar teke i bruk for å forklare fenomenet (Bourdieu og Waquant 2009; Petersen og Callewaert 2013).

Med bakgrunn i ei historisering av profesjonshistoriske kjelder og kapital agentane bærer inn i subfeltet for hjelpeavhengige barn og unge, viser analysen her at posisjonane agentane i feltet innehar, bidreg til å strukturere feltet i form av eit hierarki (sjå Tabell 1).

Posisjon	Økonomisk kapital	Kulturell kapital	Sosial kapital
Lege	Høg	Høg	Høg
Fysioterapeut sjukehus	Høg	Høg	Høg
Fysioterapeut nær by	Høg	Høg	Høg
Ergoterapeut sjukehus	Høg	Middels	Middels
Ergoterapeut nær by	Middels	Middels	Låg
Ergoterapeut land	Middels	Middels	Middels
Spesialpedagog	Høg	Høg	Middels
Lærer	Middels	Middels	Låg
Sosionom	Middels	Middels	Middels
Privilegert familie	Høg	Høg	Høg
Middels privilegert familie	Middels	Middels	Middels
Lågt privilegert familie	Middels	Låg	Låg

Tabell 1. Kapitalverdi knytt til posisjonar i felt for hjelpeavhengige barn og unge

Distinksjonar mellom dei ulike profesjonane er differensiert med bakgrunn i volum av kulturell, økonomisk og sosial kapital samt relasjonar dei ulike faggruppene historisk sett har til kvarandre og den dominerande posisjonen i det medisinske felt.

Økonomisk kapital er basert på husstandsinntekt, bustad og adresse. Vidare er autorisasjonsordningar og dominans i utviklinga av dei einskilde semiprofesjonar, samt tradisjonar og ansiennitet i offentlege verksemdar teke med inn i analysen (Thornquist 2014; Schiøtz 2003; Ness 2002; Nilsskog 2000; Simonsen 2006; Messel 2014; Rovde 2014).

Det samla materialet frå intervju og spørjeskjema viser altså ei gruppe menneske, foreldre og fagprofesjonelle, som gjennom deira levde liv og muligheitsbetingelsar er relativt forskjellige (Horne 2016). Samtidig viser det empiriske materialet at gruppa agentar på tvers av alder, kjønn, sosial bakgrunn, bustadadresse og utdanning synest å ha ein klassehomologi tilsvarande fire fraksjonar (Halskov, Lundin og Petersen 2008; Hansen et al. 2014). Fagpersonar og foreldre svara på same spørjeskjema. Spørsmåla gav data om kulturell, økonomisk og sosial kapital, samt sosialt opphav gjennom spørsmål om foreldregenerasjonen (Bourdieu 1979; Hansen 2014; Horne 2016). Analysen viser at den øvste posisjonen, den som undersøkinga klassifiserer som ein posisjon tilhøyrande øvste klasselag, er erobra av legen med all sin arva og erverva kapital. Dei andre fagprofesjonelle, altså dei semiprofesjonelle, viser seg å vere ei relativt homogen gruppe sett i relasjon til oppvekst og sosialt opphav, og plasserer seg i det midtre klasselag (sjå figur 1). Likevel skil to yrkesgrupper seg ut. Både dei med utdanning i fysioterapi og spesialpedagogikk har vidareutdanning som gjev dei retten til å kalle seg spesialistar. Desse har alle gifta seg med partnarar oppover i hierarkiet av klasselag. Det vil seie at dei har partnarar med høgare utdanning og inntekt, som dermed styrkar deira sosiale posisjon. Dette bidreg altså til at dei semiprofesjonelle deler seg i to fraksjonar, dels i øvre og dels i nedre del av det midtre klasselag. Forskjell mellom ergoterapeutane handlar om mengda kulturell og økonomisk kapital. Læraren plasserer seg lågare i eit hierarki enn spesialpedagogen av historiske grunnar, deira universitære utdanning og tradisjon innan habiliteringsfeltet (Horne 2016).

		Fagpersonar	Familiar	
		Kulturell kapital +	Øvste klasselag	
Midtarste klasselag	Spesialfysioterapeut		Familie A: Privilegert	
	Spesialpedagog Lærer Ergoterapeut Sosionom		Familie B: Middels privilegert	
Lågaste klasselag		Familie C: Lågt privilegert		

Figur 1. Hierarkisering av dei fagprofesjonelle og foreldre.

Figuren viser at dei forskjellige faggruppene av fagprofesjonelle er differensiert i eit klasse hierarki av to fraksjonar (Hansen et al. 2014) etter samansetning og volum av økonomisk, kulturell kapital (Bourdieu 1995; Börjesson 2009). Familiene A, B og C, klassifiserast på same måte etter sosial bakgrunn, utdanning og materielle ressursar som gjer det mogeleg å konstruere deira disposisjonar og dermed avstanden dei har til posisjonar dei fagprofesjonelle har i feltet. Figuren viser at det ikkje var nokon som nådde opp til den dominerande posisjonen. Ei objektivisering av familiene sin plassering i klassehierarkiet viser at dei skil seg i tre ulike kategoriar privilegerte. Dei høgst plasserte familie kan stadfestast empirisk å vere privilegert, og var på høgde med den høgste posisjonen blant dei semiprofesjonelle, men undre den dominerande posisjonen i feltet. Familie med lågare volum av kulturell og økonomisk kapital enn dei privilegerte, altså dei med kort/mellomlang utdanning, vart klassifisert på høgde med dei semiprofesjonelle i den lågaste fraksjon av det midtarste klasselag. Arbeidarfamilien med kort lågare utdanning representerer stor avstand til både dei semiprofesjonelle og ikkje minst til den dominerande posisjonen i feltet (Horne 2016).

Habilitering – eit strukturerande spel

Med Bourdieu kan man forstå objektive strukturer som mekanismar som er objektivert eller kroppsleggjorde og som bidreg til å fremje sosial reproduksjon. Til å forklare forminga av agentane og deira praksisar forklarar altså Bourdieu med omgrepet habitus. Habitus refererer til organiserande prinsipp for handling, kategorisering og oppfatningar av omverda, og er eit produkt av kva kapital som anerkjenast i feltet, agentane sine livsbaner og institusjonelle praksisar. Agentane sin habitus er følsame for spelereglane i feltet og verker medierande mellom sosiale praksisar og mentale, materialiserte og symbolske strukturer. Habitus saman med agentane sine disposisjonar gjer det mogeleg å omsetje ressursar (veksle kapital) i praksis (Bourdieu 2010). Det vil seie kva posisjonar det er mogeleg for den enkelte agent å erobre i feltet for hjelpeavhengige barn og unge. På den måten kan dette forklare strategiar for korleis agentane formast og agerer når posisjonar kjem i spel. Strategiar som er forskjellige alt etter kven som møtast til forhandling om å yte eller å ta imot hjelp.

Analysen av det empiriske materialet viser at den byråkratiske definisjonen av habilitering og tilhøyrande lovregulering av offentlege ytingar er tilrettelagt slik at praksisar som oppstår favoriserer enkelte grupper av funksjonshemma og familiar framfor andre (Horne, 2016). Eit eksempel som viser dette handlar om inklusjon og eksklusjon. Ein lege utalar seg slik:

”Noen skal ha langvarig kontakt over mange år. Noen diagnoser er ikke interessante. De sakene tar vi ikke inn eller avslutter hurtig. Overgangen til barnehage og skole kvalifiserer heller ikke for at vi skal inn i sakene. [...]Det må være betydningsfullt for å kvalifisere til at vi skal ta barnet inn.”⁸ Sitatet frå et intervju viser her at det er klassifisering og visse kriterium som legitimerer og gjev tilgang eller eksklusjon.

sjon i barnehabilitering. Empirien viser at sjølv om det ikkje er tilgjengeleg medisinske behandlingmuligheiter – men kanskje pedagogiske, psykologiske eller sosiale – treff legen vel ut frå omsyn til kva som er interessant i forhold til opplæring av nye legar eller om det har interesse for pågåande medisinsk forskning. Dette er ein praksis som er homolog til praksisar tilbake til klinikkens fødsel (Foucault 2000). Den sterke dominansen medisinen har opparbeida, legitimert av staten, har utvikla en sterk korpsånd og ortodoksi overfor andre felt og yrkeskategoriar (Frederiksen, 2016). Dette er over generasjonar instituert i tankegangen som heller ikkje foreldra stiller spørsmål ved. At dei andre yrkeskategoriane i feltet er i opposisjon, er truleg meir eit uttrykk for ein klassisk maktkamp om posisjonar i feltet, eller ei form for heterodoksi kor kampen materialiserer seg på ein slik måte at det medisinske blokkerer for andre faglege tilgangar. Dette kan påvirke andre former for innsats enn den medisinske, overfor dei funksjonshemma barna. Dette viser seg tydeleg ved at når medisinen har fått sitt, er konsultasjonen eller innleggelsen over. Dei andre yrkeskategoriane innan habilitering har først og fremst legitimitet til å understøtte legen sin oppgåver og aktivitet. Dei posisjonere seg også i den retning for å vinne anerkjenning frå legen, den dominerande posisjonen i feltet (Horne, 2016).

Universelle velferdsordningar til forskjell frå behovsprøvde ordningar, er eit eksempel som dermed kan bidra til sosial reproduksjon av ulikheit mellom borgarar frå ulike sosiale klasser.

”Noko av det viktigaste for oss, har vore hjelpa vi har fått frå vennene våre som er juristar. Dei har hjelpt oss med å skrive søknadane. Dei veit korleis dei skal formulere seg slik at vi får sakene i gjennom.”⁹ Sitatet ovanfor viser at tilgangen til for eksempel hjelpemiddel kan vere avhengig av agentane sine disposisjonar – eller kapitalformer. Analysen viser at foreldre med størst volum av kulturell og sosial kapital ser ut til å ha lettare for å mobilisere ressursar som bidreg til å få innvilga eit hjelpemiddel til barnet. Medan dei med lågast utdanning og minst sosial kapital oftare får avslag på søknader om hjelpemiddel (Horne 2016).

Eksempelet viser også at behovsprøvde ordningar krev kapital for å oppnå ein posisjon som kan mobilisere tilgang på ny kapital i form av offentlege bidrag. Til forskjell frå universelle ordningar vil behovsprøvde ordningar på den måten bidra til skape og oppretthalde sosial ulikheit. Dei som har kapital slik eksempelet viser, er utsett for mindre symbolsk makt og har dermed større anledning for å bli høyrte og oppnå dei ytingane, omsorg og hjelp dei etterspør. Den symbolske makta er tildelt dei fagprofesjonelle gjennom systema dei er del av. Det er makt som kjem frå eit grunnleggande maktforhold som kan førast tilbake til relasjonen mellom habilitering og det overordna maktfelt, det statlege og det økonomiske, og som er miskjent og derfor verkar symbolsk.

Sosiale praksisar på heime- eller bortebane

Heime- og bortebane er ei objektivering av institusjonelle rammer og arena foreldre og fagprofesjonelle møter kvarandre innafor dette spesifikke område av det medisinske felt (Carlhed 2007; Horne 2016). Frå eit praxeologisk perspektiv kjem krefter i spel i sosiale relasjonar ved at agentane mobiliserer kapital. Makt setjast dermed i verk gjennom sosiale praksisar, forstått som posisjoneringar i ord og konkrete gjerningar. Gjennom sosiale praksisar mobiliserer altså agentane kapital og utøve symbolsk makt. Kampen om posisjonar er ein usynleg maktkamp, og føregår bak ryggen på både dei som utøve den og dei som utsetjast for den. Maktkampen viser seg gjennom posisjoneringar i det sosiale rommet posisjonane set i verk for å skaffe seg innflytelse og dermed autoritet (Bourdieu, 1996).

For foreldre er venterom, kontor med namn og titlar, journalar, teknisk utstyr for testing, undersøkingar og diagnostisering å rekna som bortebane. For dei fagprofesjonelle er dette heimebana. Fagpersonane er kjent med utstyret, innretningane og set premissane for korleis ein oppfører seg i desse omgjevnadane. Dei har attpåtil skrive innkalling og sett dagsorden for at møtet finn stad. Fagpersonane har kontrollen, som bidreg til ein symbolsk distanse mellom posisjonane. Det vil seie at styrkeforholdet materialiserer seg gjennom arenaene der møtet finn stad. Den symbolske makta som utøvast i relasjonen mellom foreldre og fagprofesjonelle er innskrive i praksisar som å setje dagsorden, definere møteplass og aktivitetar. Ein av dei fagprofesjonelle beskreib det slik: ”Vi har foreldre som aldri har vore borte i funksjonshemma barn, det har vore like fjernt, dei har aldri tenkt at dei skal få det ein gong, då er jo alle desse orda, dei er jo framande for dei.”¹⁰

Frå foreldre sin posisjon kan det sjå slik ut: ”Det er så sjukdomsprega der. Dei hadde fokus på alt det problematiske.”¹¹ Dei to sitata over viser at det førekjem symbolsk makt, som viser seg i distinksjonen mellom heimebane og bortebane. Dominansen kjem til syne gjennom å setje dagsorden, språkbruken og dermed definere møte. Klassifikasjon av foreldre sine posisjoneringar bidreg på same måte inn i ein struktur som gjer relasjonen til eit dominansforhold. Dei fagprofesjonelle har kapital som legitimerer tolkingar og definering av verkelegheita og set dei i ein særleg posisjon for å punktuere kva problem og behov foreldre har som er legitime. Det vil seie å definere løysingane på paradokset mellom rettar og behov (Carlhed, Bjørk-Åkeson, Granlund, 2003; Carlhed 2007). Den symbolske makta som ligg i konstruksjonsarbeidet dei fagprofesjonelle skaper overfor foreldre kan dermed seiast å vere nødvendig også for å oppfylle ein politisk funksjon. Dei fagprofesjonelle opptretr såleis som instrument for staten for å kontrollere tilgangen til velferdsgode, gjennom at foreldre underkastar seg den *doxiske* orden i det medisinske felt (Bourdieu 2010).

Dominerande logikk produserer strukturerande praksisar

”Diagnosar avgjer kva rettar barnet har og er styrande for det meste vi gjer. Det viktigaste er å finne ut kva diagnose barnet har fordi det gjev informasjon om prognose og kva vi kan behandle og ikkje. Forskinga bidreg til god klassifisering og

dermed kan vi være bestemt på kva oppfølging barnet skal ha.”¹² Sitatet viser at diagnostisering og forskning er dei dominerande praksisane dei fagprofesjonelle i sine posisjonar set i verk og som dei ser som viktigast og rangerer høgst. Det viser at medisinsk logikk er den rådande og set rammene for kva praksis som anerkjenast i feltet og som bidreg til at legen med behandlingsansvaret innehar den dominerande posisjon. Dei som innehar kapital til å erobre posisjonar som fylgjer den medisinsk logikk og såleis hjelper legen med å diagnostisere eller bidreg med data til legens forskning, viser analysen at dei plasserer seg høgst i feltet, men under den dominerande posisjonen. Typisk er fysioterapeutar som testar funksjonar hjå barn, som legen nettopp nyttar informasjon frå, til diagnostisering og forskning (Horne 2016). Diagnosar er avgjerande for tilgang til dei privilegium velferdsstaten tilbyr, som for eksempel sosialhjelp, trygdeytningar og tekniske hjelpemiddel. Å få ein diagnose betyr at barnet og foreldre får tilgang på den kapitalen som er innskriven i den aktuelle diagnose, og som kan vekslast inn i på ein marknad for ulike hjelpe- og støtteordningar. Klassifisering og diagnostisering får derfor stor plass i møte mellom foreldre og dei fagprofesjonelle.

Ei anna side av desse praksisane er den dominerte posisjonen foreldra vert sett i. Det vert avhengige og tvungne til å underkaste seg den medisinske logikk. Klassifikasjonspraksisar knytt til medisinsk logikk har ei lang historie, og har gjennom statlege regulering og kontroll innvikla i våre mentale strukturar og utvikla ein universell legitimitet (Lian 2014; Wulff og Gøtzsche 2007). Denne måten å forstå menneskelege problem på, bidreg til å strukturere samfunnet og på den måten speglar kulturen normene for kva vi oppfattar som normalt og akseptabel åtferd. Definisjonsmakta som er innskriver i klassifikasjonar relatert til helse og sjukdom, avvik og normalitet er først og fremst lagt til helseprofesjonane. Diagnosen markerer på den eine sida eit brot med normene for korleis ein burde være, og bidreg såleis til å anerkjenne normbrotet og legitimere retten til helsehjelp og økonomisk bistand. På den andre sida kan diagnosen bidra til å setje individet fri frå samfunnsplikter. På den måten verkar medisinen saman med dei politiske avgjerslene i utøvinga av kontroll over dei funksjonshemma. Det knyt enkeltindivid til medisinsk ekspertise og terminologi. Rammene for dette, alle undersøkingar, testing og kontrollar akseptertast av foreldra, sjølv om det krev mykje av dei. Det er mange reiser til og frå sjukehus og kommunale instansar og tidsbruken i samband med behandling, oppfølging og kontroll er omfattande (Horne 2016). Frå foreldra sin posisjon uttalte dei: ”Det var eit jag etter å finne den endelege forklaringa på problemet. Det har vore krevjande, men vi er jo avhengig av det også. Det er jo flott at dei ikkje gjev opp før dei har funne forklaringar.”¹³ Sitatet viser ambivalens frå foreldra til både å vere avhengig og måtte underkaste seg praksisar for å få rett til helsehjelp på den eine sida, og rett til å definere eigen situasjon og behov på den andre sida. Det at foreldra er dei som oppsøker ekspertane og ikkje omvendt, er eit dominansforhold som oppstår og oppretthaldast av symbolsk makt (Bourdieu 1996a). I kva grad foreldre er ramma av den symbolske makta, handlar først og fremst om kva kapital det

enkelte foreldrepar kan mobilisere for å spele med på premissane den rådande logikk set i aksjon gjennom dei fagprofesjonelle (Horne 2016).

Praksisar som etablerer og understøttar alliansen med foreldre er her heilt sentral. Analysen viser at lojalitet, eller avhengigheit, som byggjast gjennom at foreldre får hjelp med uro og spørsmål dei har om barnet si helse og utvikling, er kanskje den viktigaste maktfaktoren når foreldre skal akseptere legens forklaringar, konklusjonar og plan for vidare gang i behandlinga. Sjølv om relasjonen mellom foreldre og dei fagprofesjonelle er sterkt asymmetrisk viser analysen at foreldre er villig til å vere parat overfor legen og diagnosen sine premissar. Likevel er det mykje som tyder på at dei kapitalsterke foreldra tek ein ortodoks posisjon ved å avlyse timeavtaler og få nye avtale på deira premissar (Horne 2016).

Feltet for hjelpeavhengige barn og unge

Feltet for hjelpeavhengige barn og unge viser seg empirisk å være dominert av legeprofesjonen og i dag organisert som del av det offentlege medisinske velferdsområde gjeldande for både kommune og sjukehus. Legen er portvakt og innehar retten til å definere dei sosiale reglane for verksemda (doxa) slik som for eksempel inntak og eksklusjon av barn eller kva aktivitetar og kunnskap som er relevant. Det er vel å merke seg at den symbolske makta som er skrive inn i avstandar og maktforhold i feltet er miskjent for både dei dominerande og dei dominerte. Det er nettopp derfor denne maktforma verkar strukturerande i eit felt (Bourdieu og Waquant 2009). Analysen av relasjonane mellom fagprofesjonelle, mellom kommune og sjukehus og mellom fagpersonane og foreldra, viser styrkeforholdet mellom posisjonane som dermed gjer det symbolske maktforholdet synleg. Fagpersonane som bærer mest kapital er mest like foreldre med størst volum av kapital. På same måte er avstanden mellom lågt privilegert familie og den øvste posisjonen i feltet størst. Her er det med andre ord størst opposisjon. Dette viser seg ved at privilegerte foreldre vinn fram med sine ynskje og behov i langt større utstrekning enn lågt privilegerte. Lågt privilegerte kjempar for å nå fram og brukar mange krefter på å handtere avslag på søknader og arbeid med klagesaker. Dei privilegerte fekk i stor utstrekning det dei hadde trong for. Deira kapital var med andre ord mogeleg å mobilisere og transformere inn i løysingar på problema deira.

Relasjonen mellom kommunane og sjukehusavdelinga viser seg å vere prega av store forskjellar i kapitalansetning og volum. Kommunane har betydeleg mindre ressursar tilgjengeleg enn sjukehuset. Der er færre fagpersonar, lågare utdanning og legen dei relaterer seg til sit på sjukehuset. Dei har også ei relativ kortare historie til å akkumulere kapital for å ta ansvar for funksjonshemma (Sosialdepartementet 1987). Dette bidreg mellom anna til å setje kommunen i ein underordna og relativ svak posisjon i forhold til sjukehusavdelinga. Sjukehusavdelinga har derimot akkumulert stor mengde kulturell kapital gjennom ei lang historie og har ein betydeleg større økonomisk kapasitet med staten tydeleg i ryggen. Dermed har sjukehusavdelinga og agentane der, slik empirien viser, moglegheit for å oppretthalde ein dominerande posisjon overfor kommunane og såleis anledning til å oppretthalde

retten til å definere feltet. Dette viser at maktforholda i feltet bidreg til å strukturere, det vil seie at agentane sin habitus verkar strukturerande og i tråd med den medisinske logikk, enten det er i kommunen eller på sjukehuset (Bourdieu og Waquant 2009; Bourdieu 1995; Halskov, Lundin og Petersen 2008).

Oppsamling og konklusjon

Praksisar innan det området som offisielt er kalla habilitering av barn og unge, viser seg å vere svært forskjellig og einsretta på same tid. Forskjellig fordi fagpersonane og foreldre har ulike disposisjonar, interesser og oppgåver. Einsretta fordi praksisane er retta inn mot ein opphøgd felles nemnar, nemleg diagnostisering og arbeid med å skaffe data til forskning. Den største distinksjonane mellom posisjonane i feltet materialiserer seg gjennom sosiale praksisar kor foreldre underkastar seg ein dominans for å få hjelpa dei treng, og praksisar som bidreg til å konstruere, kategorisere og påverke foreldra sine handlingar.

Den miskjente symbolske makta som utøvast gjennom medisinske praksisar innan habiliteringstenestene ser ut til vere nødvendig og uunngåeleg for å verne om eigen eksistens og kampen om få anerkjent kapital. Den medisinske logikk og dominans ser ut til å blokkere for andre faggrupper sine intervensjonar. Dette er ein dominans foreldre underkastar seg utan å vere seg det bevisst. Dominansforholdet handterer foreldre på forskjellig måte alt etter kva disposisjonar dei bringar inn i relasjonen med dei fagprofesjonelle. Dei med lågt volum av kapital får ikkje anerkjent sitt behov for hjelp og set fram protest og klager. Dei med høgt volum av kapital har reiskapar til å få innflytelse og får i stor utstrekning anerkjent sitt behov for hjelp. Habilitering er ein praksis konstruert i statleg regi, som verkar symbolsk både overfor foreldre og fagprofesjonelle. Institusjonen har ibuande betydelege forskjellar i tilgang og moglegheiter for tildeling av ressursar og hjelp til familiar med funksjonshemma barn. Forskjellane avheng av sosioøkonomiske og sosiokulturelle vilkår både hjå foreldre og dei fagprofesjonelle.

Rolf Horne, ph.d. Førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet

Noter

- ¹ Uttale frå ein fagperson under intervju (Horne, 2016)
- ² Sosialdepartementet 1987. St.meld. nr 67 (1986-87) : Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma, også kalla HVPU-reforma.
- ³ Sjukehuslova vart vedteke i Stortinget i 1969. Frå den fekk fylkeskommunane frå 1970 ansvaret for planlegging, oppfølging og drift av helseinstitusjonar. I den anledning vart "Helsevernet for Psykisk Utviklingshemmede" (HVPU) ble etablert. HVPU eksisterte fram til 1995, i samband med iverksetjing av Ansvarsre-

forma utover 1990-talet. Det var den eksisterande ordninga med sentralinstitusjonar og eit eksternt korps av legar som stod for helsevernet i institusjonane som vart reformert i den så kalla HVPU-reforma.

- ⁴ Frå Petersen og Callewaert 2013, 28. Denne måten å framstille sosial praksis kjem frå Bourdieu sin praksisteori kor det essensielle er å overskride både det fenomenologiske (det subjektivistiske) og det strukturelle (det objektivistiske). Det betyr ein praxeologisk analyse inkluderer både opplevingar og objektive strukturar i konstruksjonen av forskingsobjektet (Bourdieu 2008b).
- ⁵ Uttale frå ein fagperson under intervju (Horne, 2016)
- ⁶ Tøssebro 2010: 45. Her skriv Tøssebro fram at vilkåra for behandling av funksjonshemma ikkje naturgitte men sosialt konstruerte. Endringane har konsekvensar for kven som til ei kvar tid definerast inn eller ut av det medisinske behandlingssystemet og dermed velferdsstaten sitt system av rettar.
- ⁷ Frå Sosialdepartementets rundskriv til kommunar og fylkeskommunar av 15. mars 1990 (Rundskriv 1 – 17/90).
- ⁸ Samanfating av sitat fra intervju med lege (Horne 2016).
- ⁹ Sitat frå eit intervju med eit foreldrepar (Horne 2016).
- ¹⁰ Sitat frå intervju (Horne 2016).
- ¹¹ *ibid*
- ¹² Sitatet er samandrag av uttaler frå fagprofesjonelle innan habilitering (Horne 2016).
- ¹³ Sitatet er henta frå intervjumaterialet (Horne 2016).

Litteratur

- Bengtsson, S. & Stigaard, D. L. 2011. *Aktuel skandinavisk og britisk handikapforskning: En kortlægning af miljøer*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Bourdieu, P. 1979. *La Distinction. Critique sociale du jugement*. Paris: Minuit.
- Bourdieu, P. 1995. *Distinksjonen: en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. 1996a. *Symbolisk makt*. Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. 1996b. *The Rules of Art – Genesis and Structure of the Literary Field*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. 2005. *Viden om viden og refleksivitet: Forelæsninger på Collège de France 2000-2001*. København: Hans Reitzel.
- Bourdieu, P. 2008a. *Af praktiske grunde: Omkring teorien om menneskelig handling*. København: Hans Reitzel.
- Bourdieu, P. 2008b. De tre former for teoretisk viden. I: Callewaert, S., Munk, M., Nørholm, M. & Petersen, K. A. (red.) *Pierre Bourdieu: Centrale tekster inden for sociologi og kultur og teori*. Fredriksberg C.: Frydenlund

- Bourdieu, P. 2010. *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. 2014a. Hvad skaber en social klasse? I: Hansen, C. S. (red.) *Socialt rum, symbolsk magt. Bourdieuske perspektiver på klasse*. København: Hexis.
- Bourdieu, P. 2014b. Symbolsk kapital og socialklasser. I: Hansen, C. S. (red.) *Socialt rum, symbolsk magt. Bourdieuske perspektiver på klasse*. København: Hexis.
- Bourdieu, P. 2014. *On the State. Lectures at the Collège de France 1989-1992*, Cambridge, Polity Press.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C. & Passeron, J.-C. 1991. *The craft of sociology. Epistemological preliminaries*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. J. D. 2009. *Refleksiv sociologi – Mål og midler*. København: Hans Reitzel.
- Börjesson, M. 2009. Om kunsten at konstruere sociale grupper. I: Hammerslev, O., Hansen, J. A. & Willig, I. (red.) *Refleksiv sociologi i praksis*. København: Hans Reitzel.
- Callewaert, S. 1996. *Kultur, pædagogik og videnskab. Habitus-begrebet og praktikteorien hos Pierre Bourdieu*. København: Akademisk
- Carlhed, C. 2007. Medicinens lyskraft och skuggor: Om trosföreställningar och symbolisk makt i habiliteringen 1960-1980. Ph.d.-avhandling, Uppsala Universitet.
- Carlhed, C., Björk-Åkeson, E. & Granlund, M. 2003. Parent perspectives on early intervention: The paradox of needs and rights *The British Journal of Developmental Disabilities*, 49: 69-80.
- Einang, A. G., Løkvik, E., Svendsen, T. L., Jakobsen, V. & Rinde, E. 2013. *Likheter og forskjeller mellom landets barnehabiliteringstjenester: En kartlegging av ressurser og kompetanse*. Helse Sør-Øst. [Upublisert].
- Elias, N. 2001. *The Society of Individuals*. London New York: Continuum
- Foucault, M. 2008. *Overvåkning og straff*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Frederiksen, J. 2016. *Tværfaglige velfærdeprofessioner: tværsamarbejde som en social praktik for den neoliberale velfærdsstats professioner*. Ph.d.-avhandling, Roskilde Universitet.
- Goffman, E. 1967. *Anstalt og menneske: Den totale institution socialt set*. Viborg: Jørgen Paludans forlag.
- Goffman, E. 2009. *Stigma: Om afvigerens sociale identitet*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Grue, L. og Heiberg, A. 2006. Notes on the History of Normality – Reflections on the Work of Quetelet and Galton. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 8: 232-246.
- Halskov, G., Lundin, S. & Petersen, K. A. 2008. Homologier. I: Petersen, K. A. & Høyen, M. (red.) *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu - æresbog til Staf Callewaert*. Denmark: Hexis,

- Hammerslev, O. & Hansen, J. A. 2009. Indledning: Bourdieus refleksive sosiologi i praksis. I: Willig, I., Hammerslev, O. & Hansen, J. A. (red.) *Refleksiv sosiologi i praksis: Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu*. København: Hans Reitzel
- Hansen, M. N., Andersen, P. L., Flemmen, M. & Ljunggren, J. 2014. Klasser og eliter. I: Korsnes, O., Hansen, M. N. & Hjellbrekke, J. (red.) *Elite og klasse i et egalitært samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, S. J. 2010. Professioner, de professionelle og deres opgaver. I: Hansen, S. J. (red.) *Professionelle i velferdsstaten*. København: Hans Reitzel.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2011. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedepartementet 2004. Habilitering av barn: Helsetjenestetilbud til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk syke barn, og deres foreldre - organisering og utvikling. Oslo: Helsedepartementet.
- Hernes, G. 1975. *Makt og avmakt*, Universitetsforlaget
- Hjellbrekke, J. 1999. *Innføring i korrespondanseanalyse*. Bergen: Det Norske Samlaget.
- Hjelmtveit, V. 2011. Sosialpolitikk i historisk perspektiv. I: Stamsø, M.A. 2011. (red.) *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Holck, G. 2004. *Kommunenes styring av komplekse oppgaver: Kommunal tverretattlig tjenesteyting overfor barn og unge med funksjonsnedsettelse*. Ph.d.-avhandling, Universitetet i Oslo.
- Holt, J. 2007. Barnesykdommer gjennom 30 år: En utvikling fra generell spesialitet til interessegrupper? Bodø: Nordlandsykehuset.
- Horne, R. 2016. *Like barn leikar best. Ein praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge*. Ph.d.-avhandling, Universitetet i Bergen.
- Ingstad, B og Sommerschild, H. 1983. Familien med det funksjonshemmede barnet: Forløp, reaksjoner, mestring. Oslo: Statens institutt for folkehelse.
- Larssen, T. 2007. En historisk oversikt over skoletilbudene i Norge for elever med synshemming: Videregående opplæring og utviklingen fram mot endelig avvikling av spesialskoletilbudene i slutten av 1900-tallet. Oslo: Kompetansesenter, H.
- Lerdal, B. 2009. Handlingsplan for habilitering av barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet.
- Lian, O. 2014. Kva ligger i navnet? Psykiatriske diagnoser og diagnosens sosiologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51: 723-728.
- Lossius, O. P. 1985. NOU 1985:34: Levekår for psykisk utviklingshemmede Oslo: Universitetsforlaget.
- Lundeby, H. 2008. *Foreldre med funksjonshemmede barn: En studie av familiemønster, yrkesaktivitet og møter med hjelpeapparatet*. Ph.d.-avhandling, Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitet.

- Messel, J. 2014. Sosialarbeiderne. I: Slagstad, R. og Messel, J. (red.) *Profesjonshistorier*. Oslo: Pax.
- Ness, N.E. 2002. Ergoterapifagets aktivitetsperspektiv: Et historisk blikk på ideer som påvirker faget. *Ergoterapeuten*, 45: 2-19.
- Nilsskog, G. 2000. Sosialpolitikk og ergoterapeuter – et historisk tilbakeblikk. *Ergoterapeuten*, 43: 14-19.
- Nørholm, M. 2008. Det dobbelte brud. I: Callewaert, S., Munk, M., Nørholm, M. og Petersen, K.A.(red.) *Pierre Bourdieu: centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. Fredriksberg C.: Frydenlund.
- Oliver, M. 2009. *Understanding disability: From theory to practice*. New York: Palgrave Macmillan.
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. 2013. *Praxeologisk sygeplejevidenskab – hvad er det? En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. Nordstedt: Hexis.
- Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest 2009. Forskningsprogram for habilitering i Helse Vest. Rådalen: Helse Bergen.
- Rovde, O. 2014. Lærarane. I: Slagstad, R. & Messel, J. (red.) *Profesjonshistorier*. Oslo: Pax.
- Sandvin, J.T. 1992. Fra æromsorg til særlig omsorg – om organisering av kommunale tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming. I: Visnes, T. (red.) *Fra særomsorg til særlig omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schei, E. 2007. *Hva er medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schiøtz, A. 2003. *Folkets helse - landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seip, A.-L. 2002. *Veiene til velferdsstaten: Norsk sosialpolitikk 1920-1975*. Oslo: Gyldendal.
- Simonsen, E. 2006. *Vitenskap og profesjonskamp: Opplæring av døve og åndssvake i Norge 1881-1963*. Oslo: Unipub.
- Solvang, P. 2000. Funksjonshemmingen og det normale - om nødvendigheten av å balansere. I: Froestad, J., Solvang, P. & Söder, M. (red.) *Funksjonshemming, politikk og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 163-175.
- Sosialdepartementet 1987. St.meld. nr 67 (1986-87): Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma. Oslo: Sosialdepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet 1998. St. meld. nr 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001: Deltaking og likestilling. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Stamsø, M.A. 2011. Organisering og finansiering av velferdstjenester. I: Stamsø, M.A. 2011. (red.) *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Söder, M. 2000. Relativism, konstruktivism och praktisk nytta i handicappforskningen. I: Froestad, J., Solvang, P. & Söder, M. (red.) *Funksjonshemming, politikk og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Tetzchner, S. v. 1992. Å vokse opp med funksjonshemming. I: Tetzchner, S. v. & Schjørbeck, H. (red.) *Habilitering: tverrfaglig arbeid for mennesker med medfødte og tidlig ervervede funksjonshemninger*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Thornquist, E. 2014. Fysioterapeutene. I: Slagstad, R. og Messel, J. (red.) *Profesjonshistorier*. Oslo: Pax.
- Tøssebro, J. 2010. *Hva er funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wulff, H.R. og Gøtzsche, P.C. 2007. *Rationel klinikk: Evidensbaserte diagnostiske og terapeutiske beslutninger*. København: Munksgaard.
- Østerud, Ø. 2002. *Statsvitenskap. Innføring i politisk analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.