

# Bofellesskap for psykisk lidende: Hvordan kan maktstrukturer bidra til å forandre praksiser?

**Anja Christoffersen Pawlica**

Group homes for the mentally ill in Norway: How may structural changes allow remaking of practices? This article examines how power structures such as politics, professions, materiality, and service user groups may allow remaking of practices in two group homes for the mentally ill in Norway. In these group homes, adults with severe mental illness live their daily life with 24/7 assistance from nurses and other health care workers (health care professions). It is discussed how structural changes may allow agents to act in different and perhaps unwanted or unexpected ways. Further, this article outlines possible future consequences of structural changes in a welfare state perspective. The content draws upon a PhD thesis on coercion (Pawlica 2018) and following dissertation at University of Stavanger, 29.05.18. The Norwegian Extra Foundation financially supported the study via Health and Rehabilitation through EXTRA funds.

**Keywords:** Professions, service user groups, user participation, mental health, community, nurse, care, history, praxeology, Bourdieu

## **Innledning**

Denne artikkelen tar avsett i min PhD avhandling om tvang i to kommunale norske bofellesskap for psykisk lidende (Pawlica 2018)<sup>1</sup> og prøveforelesning ved Universitetet i Stavanger 29.05.18.<sup>2</sup> Studien var finansiert av ExtraStiftelsen via Rådet for psykisk helse. Hensikten her er å undersøke hvordan maktstrukturer bidrar til mulige forandringer i bofellesskapene.

Bofellesskapene og deres agerende presenteres innledningsvis. Deretter gjør jeg rede for maktstrukturer avgrenset til politikk, profesjoner, materialitet og brukergrupper. Med utgangspunkt i en avgrenset del av mitt empiriske materiale diskuteres deretter hvordan de skisserte strukturelle vilkårene kan bidra til forandringer i det studerte feltet. Pierre Bourdieus (1930-2002) teori og begrepssett utgjør overordnet det teoretiske grunnlaget for diskusjonene, særlig den relasjonelle tilgangen og de teoretiske konstruksjonene om sosialt rom, felt, kapital og habitus.

### *Empirisk utgangspunkt*

Avhandlingens empiriske materiale ble innsamlet via et etnografisk feltarbeid i to kommunale bofellesskap for psykisk lidende i Norge. Feltarbeidets varighet var på 6 måneder og bestod av totalt 28 dagers feltarbeid. Herunder ble gjennomført 11 formelle intervju med beboere, syv formelle intervju med ansatte samt daglige uformelle samtaler med ansatte og beboere. Totalt 33 personer (23 ansatte og 10 beboere) deltok som informanter i studiens hovedfase. Det ble innhentet samtykke til å gjennomføre studien fra Regional etisk komité (REK) og begge deltakende kommuners ledelse. Studiens informanter fikk muntlig og skriftlig orientering og deltakelse bygger på skriftlige samtykkeerklæringer.<sup>3</sup>

Jeg vil gjennomgående medtenke empirien fra studien – hovedsakelig fra ett av de to deltakende bofellesskapene – når jeg i det følgende betrakter bofellesskapene (Huset) som felt og beboere og ansatte som handlende agenter.<sup>4</sup>

### *Psykisk helsearbeid*

Personalgruppene i Huset er utøvere av kommunalt psykisk helsearbeid som er et kunnskaps- og praksisfelt med tiltak rettet mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvensene av lidelsene for den enkelte, familien og øvrig nettverk. Innsatsen skal være samordnet, målrettet, faglig fundert, og foregå i nærmiljøet etter prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON). Målet er å fremme tilhørighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Overordnet er målet å redusere samlet psykisk sykkelighet (Sosial og helsedirektoratet 2005, 7).

Det lokalbaserte psykiske helsearbeidet foregår innad i kommunen hovedsakelig via helse- og omsorgstjenesten mens det innenfor spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern) hovedsakelig foregår ved- og via distriktpsikiatriske sentre (DPS) (jfr. Helsedirektoratet 2014, 9). Samarbeidet mellom nivåene i helsetjenestene – mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste – beskrives i en rekke offentlige dokumenter som en sentral utfordring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006; NOU, 2005; St. meld 47, 2008-2009).

Viktige faggrupper innen psykisk helsearbeid er sykepleiere med videreutdanning innen psykisk helsearbeid, fastleger, psykologer og andre høyskoleutdannede med videreutdanning som vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter og fysioterapeuter, samt omsorgsfagarbeidere og hjemmehjelpere (Sosial- og helsedirektoratet 2005, 30-31). De representerer helsevesenets yrker – det vil si helseprofesjonene (Schiøtz 2003, 124).

### *Huset*

Huset består av samlokaliserte leiligheter i to avgrensede bygninger som er geografisk plassert i to mellomstore norske kommuner. Begge bofellesskapene har tilknyttede personalgrupper som er til stede 24/7 og ligger forholdsvis nært til lokale sentrumskjerner. De to bofellesskapene defineres ikke som institusjoner iht. norsk lovverk.

I Huset er voksne beboere med det som betegnes som alvorlige psykiske lidelser og store hjelpebehov bosatt i private leiligheter. De er leietakere med formelle husleiekontrakter og betaler husleie til kommunen som utleier.

Personalgruppene har ulik helsefaglig kompetanse men sykepleiere er faglige ledere og har dermed øverste faglige myndighet innad i Huset. Husets ansatte arbeider innenfor kommunehelsetjenesten og er utøvere av kommunalt psykisk helsearbeid, men befinner seg likevel tett på psykisk helsevern til tross for den etablerte fysiske avstanden. De har et begrenset handlingsrom ovenfor beboerne, til tross for deres omfattende hjelpebehov. Siden beboerne er bosatt i private leiligheter kan de i prinsippet avvise all kontakt med, og oppfølging fra, ansatte.

Tjenesten som utøves av Husets ansatte er i utgangspunktet frivillig for personalet representerer kommunehelsetjenesten og er ikke tillagt selvstendig myndighet til bruk av formell tvang. Mange av Husets profesjonelle og daglige handlinger har likevel en tvingende karakter.

For å komme i posisjoner til å hjelpe beboerne benytter ansatte ulike former for pressmidler, som eksempelvis overtalelser eller trusler. De overvåker og nedtegner beboernes aktiviteter og yter press for at de skal inngå avtaler om å ta imot hjelp. Dette er handlinger som i avhandlingen betegnes som tvingende praktikker – og som ifølge lovverket ikke kan betegnes som tvang – siden beboerne etter ulik grad av press fra ansatte samtykker til helsehjelpen. I skriftlige rapporter blir ikke ”presset” ansatte utøver betegnet som hverken press eller uformell tvang (Pawlica 2018, 394). Beboere underlegges daglige oppdragelseshandlinger via husets ansatte. Oppdragelsesvirksomhet handler om å påføre betydninger og er aktiviteter som sørger for å påføre beboere en måte å se, oppleve og føre seg i virkeligheten på (jfr. Callewaert, 2000, 19).

Under feltarbeidet observerte jeg ansatte som stadig erfarte vanskeligheter i sine forsøk på å følge opp beboere. Personalet oppfattet beboerne som mennesker som befant seg i stor nød – og som ville gå til grunne uten bistand. Ansatte strevde daglig for å komme i posisjoner som gjorde at de kunne bistå beboerne og strevde for å stoppe et omfattende problem relatert til rusmisbruk og stadig kjøp og salg av illegale rusmidler. De strevde også med å få nødvendig bistand fra omliggende tjenester – som i liten grad, sett fra ansattes ståsted, forstod handlingsrommet de hadde i Huset.<sup>5</sup> Personalet erfarte et vanskelig samarbeid med psykisk helsevern i de tilfeller at beboere ikke var underlagt formell tvang. De møtte til dels stengte dører og opplevde avvisinger, manglende bistand og det å stå alene med ansvaret for å sørge for beboere.

På den annen side observerte jeg beboere som til dels holdt avstand fra Husets personalgruppe. De holdt seg stort sett i sine egne leiligheter og benyttet i liten grad fellesarealene til tross for at felles-stuer og kjøkken var hyggelig møblert og på denne måten fremstod som innbydende. Beboere og ansatte fremstod altså som separate grupperinger i Huset, noe den fysiske utformingen også understreket. Huset besto av avgrensede fysiske rom for beboere (leilighetene) og avgrensede rom for

ansatte i form av vaktrom, medisinerrom, pauserom osv. Husets fellesarealer ble kontrollert og styrt av ansatte.

Det var et etablert fellesskap mellom beboerne på den måten at de eksempelvis besøkte hverandre i leilighetene eller lånte hverandre penger. En av beboerne tok på seg hjelpeoppdrag for med-beboere som å handle og bære matvarer og to av dem reiste på flere turer sammen.

Hver leilighet representerte unike boliger som beboerne hadde satt sitt eget preg på gjennom møblementet og pynten for øvrig. En av Husets beboere kjøpte brukte møbler som han deretter malte og utbedret. Hos en annen var det dyre antikviteter som preget boligen, mens en tredje gjorde bruk av potteplanter, gardiner og fine serviser. Beboerne skapte altså særegne uttrykk via innredningen, og slik fikk den enkeltes hjem en symbolverdi som kunne ses som løsrevet fra den praktiske nytteverdien. Hjemmene “snakket“ på denne måten på vegne av beboerne (jfr. Gullestad 1989), men dette var et uttrykk som til dels stoppet ved dørene som avgrenset leilighetene fra Husets fellesarealer.

Personalet erfarte store problemer knyttet til hvordan de skulle forholde seg til et omfattende og økende rusmisbruk blant beboere, noe som ble betegnet som et “kjempeproblem“. Til tross for etablerte husregler og til tross for stadige forsøk, var personalet i liten grad i stand til å begrense eller kontrollere misbruket og handelen av narkotiske stoffer som stadig foregikk i- og like utenfor Huset. Personalet var heller ikke i stand til å hindre at beboere oppholdt seg i fellesarealene under synlig ruspåvirkning, til tross for at dette var en gjeldende og eksplisitt husregel. Beboere hadde sitt eget kodespråk for kjøp og salg av narkotiske stoffer, de betegnet denne handelen som “kaffe gjennom dørsprekken“. Det eksisterte altså en underverden (jfr. Goffman 1967) i Huset som personalet kjente til – som de forsøkte å begrense omfanget av – men som likevel i liten grad lot seg begrense. Beboere kunne bli aggressive, utvise truende atferd i ruspåvirket tilstand, og som en konsekvens av dette rådet det stor frykt og usikkerhet blant ansatte. Personalet strevde videre med å hente nødvendig hjelp fra omliggende tjenester utenfor Huset. De møtte til dels stengte dører, erfarte avvisinger og manglende bistand. Personalet kom i liten grad i samarbeidsposisjoner med representanter for psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) – eller med øvrige tjenester i nærheten – til tross for at dette var noe de selv stadig forsøkte å få til (Pawlica 2018).

#### *Posisjonen i samfunnet – marginalisert brukergruppe*

Mennesker med psykiske lidelser beskrives som en sårbar og marginalisert gruppe i samfunnet (Lorem 2006, 125). Forskning viser at psykiske lidelser har større utbredelse blant mennesker med lav sosioøkonomisk status – og dette er en sammenheng som fremkommer selv om en benytter ulike indikatorer som yrke, utdanning, inntekter eller kombinasjoner av disse. Det er flere lavt utdannede med psykiske lidelser og det beskrives at 80 % av psykisk lidende er uføretrygdet og dermed også en sårbar og utsatt gruppe når det gjelder økonomi (Friestad 2002, 66).<sup>6</sup> Undersøkelser peker videre på at mennesker med alvorlige, langvarige psykiske lidelser har

dårlige levevilkår. Andelen som bor alene, er arbeidsløse eller langtidssykemeldte er høyere enn for resten av befolkningen (Øverås i Norvoll 2002, 114).

### **Teoretisk optikk: Om felt, kapital og habitus**

Essensen i en relasjonell tilgang er at observerte handlinger i Huset skal relateres til det som ikke kan observeres – nemlig samfunnet i en teoretisk konstruksjon (jfr. Larsen 2009, 51). Feltbegrepet er et sentralt verktøy, sammen med de teoretiske konstruksjonene om kapital- og habitus, for å forstå sosiale praksiser (jfr. Wilken, 2014, 39). Et felt kan ikke observeres direkte, men eksisterer som en tankefigur hvor forskeren har en bevissthet om konteksten (jfr. Larsen 2009, 51). Et felt defineres som ”et sosialt rom med objektive relasjoner mellom forskjellige posisjoner, som er definert i form av deres makt eller former for kapital” (Bourdieu og Wacquant 1996, 99).<sup>7</sup> Former for kapital ses altså som makt i feltet. Samfunnet i seg selv ses som et sosialt rom – eller et felt av sosiale krefter hvor agentene kjemper mot hverandre. De har ulike midler og mål avhengig av hvor de er plassert i feltets maktstruktur og bidrar enten til å bevare feltets maktstruktur eller til å endre det (heterodokse mot ortodokse krefter) (Bourdieu 1997c, 54). I feltet utspilles stadige rivaliseringer og konflikter og feltets agenter kjemper om monopol på kapitalformene som har betydning innenfor området. Hvis den relative verdien av bestemte kapitalformer endres (ned- eller oppskrivning av verdi) endres også hele feltets overordnede struktur (Bourdieu og Wacquant, 1996, 29).

Når Huset tenkes som felt, ses beboere og ansatte analytisk som agenter hvor de med sine ulike kapitaler inntar forskjellige posisjoner (jfr. Bourdieu 1997c, 23). Kommunalt psykisk helsearbeid, sett som agent i feltet, inntar en underordnet posisjon sett ift. psykisk helsevern (agent i feltet). Husets ansatte (agent i feltet) inntar til dels også en underordnet posisjon sett ift. behandler (agent i feltet) ved psykisk helsevern.<sup>8</sup>

Feltets agenter kjemper altså om kapital som har betydning innenfor området (jfr. Bourdieu og Wacquant, 1996, 29). For Husets beboere – sett som agenter i feltet – kan det dreie seg om kamp om retten til å bestemme over eget liv, til å leve slik de selv ønsker – eller også kamp om reell medbestemmelse og frivillighet. For ansatte kan det dreie seg om kampen om retten til å yte omsorg til beboerne, kampen om definisjonsretten i Huset eller kampen for anerkjennelse og bistand fra agenter utenfor Huset – eksempelvis psykisk helsevern i det medisinske felt. Med sine styrkeforhold vil Huset som felt fungere som en kamparena hvor kampene bidrar til å opprettholde eller endre etablerte styrkeforhold (jfr. Bourdieu 1997c, 23).

Kapitalbegrepet henspiller på agentenes ressurser (Broady 1998, 13) og kan dreie seg om økonomisk, sosial og kulturell kapital. I tillegg kommer symbolsk kapital (Bourdieu og Wacquant 1996, 104-105) som betegner kapitalformer som erkjennes og anerkjennes som legitime innenfor feltet (Bourdieu i Johnsen 2003, 59). Politisk kapital kan tilføre betydelige fordeler i form av kollektive ressurser (jfr. Bourdieu og Wacquant 1996, 105) og henspiller på agentene i feltet og deres fagforeningers, forbunds eller foreningers evne til å påvirke eller få gjennomslag i

forhold til omliggende maktfelt. Det kan dreie seg om påvirkning på utforming av lovverk eller andre reguleringer. Altså kan det dreie seg om organisasjonenes evne til å skaffe medlemmene kapital som gir makt – og som igjen bidrar til å definere feltets struktur.

Samfunnet kan sies å bestå av ulike felter som det politiske felt, det juridiske felt, det økonomiske felt, utdanningsfeltet og det medisinske felt. Videre finnes mange subfelt innenfor det medisinske felt (jfr. Broady og Heyman 1998, 298-299) som eksempelvis pleie- og omsorgsfeltet (Engström 2012, 51) eller psykiatrien som subfelt.

Huset tenkes analytisk som et subfelt til et psykiatrisk (sub-)felt plassert innenfor et medisinsk felt (Pawlica 2018). Parallelt tenkes Huset her som et mulig deinstitutionaliseringsfelt som har forbindelse til andre nærliggende felt og subfelt både innenfor og utenfor det medisinske felt. Dette er mulig, siden forståelsen er at de forskjellige feltene i større eller mindre grad henger sammen. De “kan være innkapslet i hverandre som kinesiske bokser” og påvirkes av hverandre. Autonomien innenfor et enkelt felt er aldri fullstendig (Broady og Heyman 1998, 299) hvilket gjør det vanskelig å trekke strenge grenser mellom ulike tenkte felter. Grensene mellom felter kan være flytende eller overlappende. Det handler om hvilken optikk vi benytter – altså fra hvilket perspektiv vi betrakter Huset. Det er altså mulig å betrakte feltet og dets agenter med ulike briller – som igjen kan gi opphav til komplementære men også til motsetningsfylte spørsmål og svar (jfr. Pawlica 2018).

Staten består i en Bourdieu-optikk av en rekke overlappende byråkratiske felter og representerer Meta-makt. Innenfor maktfeltet, som er et særskilt felt, bestemmes styrkeforholdet mellom ulike kapitalformer. Det vil si at her bestemmes styrkeforholdet mellom agenter som har tilstrekkelig kapital til å dominere innenfor sine felter. Kampene innenfor maktens felt forsterkes når det stilles spørsmål ved den relative verdien av de ulike kapitalformene (Bourdieu 1997b, 55-56). Agentene innenfor maktens felt har tilstrekkelig kapital – spesielt økonomisk og kulturell – til å innta dominerende posisjoner i de respektive feltene de kommer fra. Innenfor maktens felt kjempes om makten over byråkratiske instanser som gir mulighet til å endre verdien av kapitalformene via byråkratisk vei. Et eksempel for velferdsprofesjonene kan være hvilken utdanning som skal kvalifisere for dominerende posisjoner i de ulike feltene (jfr. Bourdieu 1997b, 56).

Habitus kan forstås som kroppsliggjort kapital, og beskrives som “et system av disposisjoner som tillater mennesker å handle, tenke og orientere seg i den sosiale verden” (Broady 1998, 13). Habitus grunnlegges i oppveksten, men levd liv og skolegang bidrar til å endre den slik at liknende utdanninger tilfører felles elementer i en yrkeshabitus (jfr. Petersen 1999). Beboere og ansattes habitusser fungerer som forutsetninger for deres handlinger i Huset. Siden sosiale agenter har en Habitus dreier det seg i en viss forstand om kollektive individ “eller et kollektiv som er individualisert gjennom inkorporasjon. Individet, det subjektive, er sosialt og kollektivt” (Bourdieu 1997c, 30). I de tilfeller at omliggende strukturer endres vil det kunne bidra til endrede muligheter til å agere for feltets agenter.

Bourdieu (2000, 9) var opptatt av hvordan det har seg at etablerte makthierarkier, urettferdigheter i verden osv. stort sett aksepteres og videreføres usynlig og umerkelig via en paradoksal underkastelse betegnet som symbolsk vold. Symbolsk vold betegnes som uvitenhet relatert til “hvordan en ubevisst tilpasser (...) subjektive strukturer til (...) objektive strukturer“ (Prieur 1994, 319) og kan lukes bort gjennom bevisstgjøring (Bourdieu 1996b, 47).

### **Politisk utvikling**

I forbindelse med etableringen av sinnssykeloven tilbake til 1848 ble galskapen formelt utskilt som sykdomskategori i Norge og underlagt medisinsk kontroll (jfr. Ludvigsen 2002; Vold 1999, del 1). Fra slutten av 1800 tallet fikk vi oppbygging av institusjonsomsorg i forbindelse med asylopprusting. I asylet avtegnet et medisinsk basert hierarki seg som tidligere var etablert i klinikken: Psykiater var plassert på toppen etterfulgt av pleiegrupper med sykepleier som leder for øvrig pleiepersonell (jfr. Ludvigsen 1998, 185-201). Pasientene var nederst i hierarkiet.

De senere årene har vi sett omfattende endringer i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser nasjonalt og internasjonalt. Store institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten ble bygget ned i stort omfang fra siste del av 1970 tallet og lokale tilbud som kommunale tjenester og distriktpsikiatriske sentre (DPS) ble bygget opp (Sosial- og helsedirektoratet 2005, 6). Desentralisering handler om overføring av velferdstjenester fra stat eller fylkeskommune til kommunenivå og ideologier om desentralisering har bidratt til omfattende nedbygging av tidligere tiders institusjonsomsorg (Hansen og Skevik Grødem 2012, 20).

Mot slutten av 1990 tallet ble mennesker med psykiske lidelser inkludert i normaliseringstankegangen (Hansen og Skevik Grødem, 21). Normalisering og desentraliserte tjenester ble vektlagt i Stortingsmelding 25 (1996-97), og dette var prinsipper som ble videreført i Opptappingsplanen for psykisk helse (i Hansen og Skevik Grødem 2012, 23) i tidsperioden 1999 – 2008. En overordnet målsetning med Opptappingsplanen var å gi mennesker med psykiske lidelser muligheter til å leve ”mest mulig normale” liv – altså selvstendige liv med deltakelse og evne til mestring. For å klare dette skulle psykisk helsevern utvikle desentraliserte, faglig gode, tilgjengelige og sammenhengende tjenester som var tilpasset behovene i befolkningen (Sosial- og helsedirektoratet 2006c, 3).

### *Normalisering og integrering som ideal*

Et ideal er at grupper med hjelpebehov skal bo i vanlige boliger i ordinære bomiljøer med mulighet til å leve selvstendig samt delta i arbeids- og hverdagsliv. ”Normalisert hverdagsliv” og integrering er sentrale målsetninger (jfr. Hansen og Grødem 2012, 5-8; NOU 2001: 22) og motsatsen til dette idealet er institusjonslivet (Hansen og Grødem 2012, 8).

Det beskrives at 1970 årene bar bud om slutten på det frem til da medisinske hegemoniet og helsetjenester tettst til folket skulle prioriteres sammen med helhetlig sosialmedisinsk tilnærming. Det var en oppfatning at medisinen alene ikke

lenger hadde tilstrekkelig kompetanse og at andre yrkesgrupper skulle bringes inn. Sykepleiere krevde mer innflytelse på sine egne arbeidsbetingelser og pasientene ba om innsyn og medbestemmelse (Schiøtz 2003, 351-353).

Deinstitusjonaliseringen førte til at lokalsamfunnet nå representerer en sentral ramme for hverdagsliv og behandling (Måseide i Norvoll 2002, 116). Endringene innenfor psykiatrifeltet med fremveksten av desentraliserte kommunale løsninger førte til endrede tjenestenivåer og til at tradisjonelle roller som pasient-pleier ble rokket ved. Utviklingen har videre bidratt til at profesjonelle som tidligere ikke hadde sentrale roller i feltet trekkes inn. Politiet dras eksempelvis motvillig inn i feltet siden det sosiale ordensproblemet ved psykiske lidelser kommer mer i fokus når pasientene bor utenfor institusjon. Sosialtjenesten innlemmes videre mer enn tidligere. Disse forholdene, påpekt av Norvoll (2002, 257-258), er også skrevet frem empirisk (jfr. Pawlica 2018).

I avhandlingen viser jeg hvordan sentrale agenter i Husets umiddelbare nærhet har kommet tettere på. Det dreier seg om fagutøvere og tjenester som tradisjonelt ikke har vært en del av det medisinske feltet men som på ulikt vis har fått stor betydning for tjenestene som utføres av bofellesskapets ansatte. Grensene mellom Huset som et medisinsk tilhørende subfelt til psykiatrien ser til dels ut til å være forsterket, samtidig som at grensene mot agenter fra øvrige felt ser ut til å utviskes og bli svakere.

#### *Frivillighet og brukermedvirkning som et tilført og sentralt samfunnsdoxa*

Det hevdes at et særtrekk ved psykiske helsetjenester er at de er tillagt mulighet til å utøve makt og sosial kontroll ovenfor brukerne noe som kan ses som en speiling av storsamfunnets kontroll over sosiale avvik og som et uttrykk for samfunnsforholdene for mennesker med psykiske lidelser (Øye og Norvoll, 2013, 73-74). Men frivillighet, mindre bruk av tvang, og rett til medvirkning er sentrale offentlige målsetninger som kan ses som et "frivillighetens doxa" (Pawlica 2018, 395). Størst mulig grad av frivillighet i åpne normaliserte former ble vektlagt i forbindelse med Opptrappingsplanen (1999-2008) (St.prp.63, 1997-98) og senere har det vært tvverpolitisk enighet om å vektlegge økt frivillighet innenfor psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet 2012-2015). Brukermedvirkning er et sentralt prinsipp som løftes frem i en mengde offentlige dokumenter.<sup>9</sup> For brukere av helsetjenester er medvirkning en lovfestet rettighet.<sup>10</sup> Motsatt er det en plikt for tjenesteapparatet å legge til rette for å oppfylle rettigheten (Sosial- og helsedirektoratet 2006a, 16).

Brukere har en klar rett til å medvirke, og tjenestene plikter å involvere brukere i både gjennomføringen og utformingen av tjenestene (Helsedirektoratet 2017). Medvirkningen foregår på individ- eller systemnivå og vil si at brukere sammen med profesjonelle deltar i utformingen av tjenestetilbudet (Sosial- og helsedirektoratet 2006a, 6).

Betegnelsen bruker var opprinnelig et alternativ til betegnelsen pasient, som hen-spiller på mennesker med behov for hjelp "inn i en hjelpeløs og passiv rolle." *Brukere* skulle heller betegne mennesker med mer aktive, friere roller – og viser til



mennesker som er eksperter på egne liv og som tar valg i helsetjenestene ut i fra sine ønsker og behov (Westerlund 2012, 12). Betegnelsen henspiller videre på mer likestilte møter mellom tjenestemottakere og profesjonelle og beskrives som mindre stigmatiserende (Eilertsen 2015, 33).

### *Styrkede pasient- og brukerrettigheter*

Pasient- og brukerrettighetene er gradvis styrket siden begynnelsen av 2000 tallet. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir i tillegg til retten til medvirkning omfattende rettigheter til brukere, pasienter og pårørende<sup>11</sup> og på flere områder henispilles tilsvarende på plikter for helsepersonell. Det angis regler for klager og for hvordan en skal gå frem for å klage på ikke-oppfylte rettigheter eller mangler. Siden loven ble innført i 2001 er det gjort flere endringer hvor pasient/brukerrettighetene har blitt utvidet (Eilertsen 2015, 17).

Det argumenteres for at de tildelte pasientrettighetene kan ses i et maktutjevningsspektiv (Alm Andreassen 2008, 94). Styrkingen av pasientenes posisjon i den norske helsepolitikken består av mange styringsprinsipper med forskjellige begrunnelser – men et fellestrekk er at denne “medvirkningspolitikken utfordrer ekspertisens posisjon i helsevesenet” (Alm Andreassen 2008, 97). I et overordnet perspektiv kan vi nemlig se brukermedvirkningspolitikken som et styringsmiddel i en reformstrategi som dreier seg om å styre og begrense profesjonenes innflytelse (Alm Andreassen 2008, 99).

Innenfor psykisk helsevern møtte vektleggingen av brukerkunnskap motstand, noe som forklares som forsøket på å opprettholde medisinsk dominans når det gjaldt tilbudet om hjelpetjenester til psykisk syke (Alm Andreassen 2008, 100). Det har på den annen side også vært stilt spørsmål ved den liberale styringsmodellens frihetstildeling hvor det forutsettes brukere som er ansvarlige og autonome med evner til å foreta egne valg. Det hevdes at disse kvalitetene ved velferdsstatens brukere ikke alltid er realisert (jfr. Askheim 2007, 31).

### **Brukergrupper som politiske agenter**

Mens helsevesenet tradisjonelt har vært sett på som et “ekspertisens domene” har det i løpet av de siste tiår vært ført en politikk som har lagt til rette for at brukere har fått mulighet til å velge og har fått tildelte rettigheter. Organisasjoner av funksjonshemmede og kronisk syke har stilt krav om innflytelse. Brukerrepresentanter har blitt involvert via brukerråd, brukerutvalg, planarbeid og referansegrupper. Spørsmålet er hvordan denne endringen fører til forskyvinger innenfor feltets etablerte posisjoner, dominansrelasjoner og oppgaveforståelser (Alm Andreassen 2008, 93)?

Det hevdes at “brukermedvirkningspolitikken” har vokst frem som et resultat av egenorganisering blant mennesker som selv har erfart psykiske vansker. For det er først når mennesker blir oppmerksomme på- og bevisstgjorte om urettferdighet og når de ser en mulig annen situasjon at mobilisering blir mulig (Alm Andreassen 2013). Dette kan relateres til Empowerment, forstått som etablering av motmakt.

Gjennom bevissthet hos individ eller grupper om sammenhengen mellom situasjonen en befinner seg i og ytre samfunnsmessige forhold dannes et grunnlag for å agere og dermed også endre situasjonen (jfr. Askheim 2007, 22).

For brukere av velferdstjenester har profesjonelle innenfor velferdstjenestene blitt sett på som sentrale i undertrykkelsesprosessen. Et poeng har dermed vært at brukergrupper selv må ta opp kampen og kjempe for reell likestilling og deltakelse i samfunnet. I tillegg til selve motstanden genererer dette positive identitetsdannelser som en mulig motvekt til den negative identiteten marginaliserte brukergrupper påføres av samfunnet i stort (Askheim 2007, 24).

I Norge finnes flere bruker- og pårørendeorganisasjoner som på ulikt vis arbeider for å styrke rettighetene for psykisk lidende og deres pårørende. Foreningen Mental Helse ble eksempelvis etablert i 1978 av mennesker som tidligere hadde vært pasienter ved psykisk helsevern. Hensikten med etableringen var å løfte frem pasienters egne erfaringer. I 2006 startet foreningen oppbygging av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse for psykisk helse, som nå betegnes som Erfaringskompetanse.no. og som er et ressurscenter for bruker- og pårørendekunnskap hvor formålet blant annet er å samle og formidle brukererfaringer og brukerkunnskap (Alm Andreassen 2013, 285-286). Målet er å gi opplæring til brukerrepresentanter i brukervedvirkning. Det er en målsetning å utvikle likeverdighet mellom fagkunnskap og erfaringskompetanse og skape ny kunnskap som kan lede til ny praksis (Alm Andreassen 2013, 285-286).

Mental Helse beskrives via deres nettside som en sosialpolitisk interesseorganisasjon som vedtar sine egne politiske uttalelser og fungerer som høringspart ift. en rekke offentlige rapporter, plan og retningslinjer tilhørende psykisk helsefeltet. Foreningen har sete i ulike deler av landet i form av 19 fylkeslag (Mental Helse u.å.). Det beskrives at etableringen av denne foreningen kan ses som et uttrykk for uholdbare forhold og samtidig en tro på at disse forholdene kunne endres (Alm Andreassen 2013, 289).

Hvite Ørn ble etablert i 2008 og er en landsdekkende forening for- og av mennesker med brukererfaring og deres pårørende. Hvite Ørn arbeider blant annet for reell medbestemmelsesrett når det gjelder valg av behandlingsmåte for psykisk lidende. I tillegg er målet å øke andelen av forsknings- og utviklingsmidler til alternative behandlingsformer innen psykisk helsefeltet. Det arbeides for bedret opplæring og større kunnskap om alternativ behandling (Hvite Ørn u.å.). Blant foreningens kjernesaker er det å arrangere kurs, blant annet i brukervedvirkning. Etersom foreningens medlemmer har "bred erfaring med tilfriskningsprosesser" er en annen kjernesak å utarbeide kursopplegg for "erfaringsveiledere", sørge for godkjenningsordninger for disse, og arbeide for at de eventuelt skal kunne ansattes i helsevesenet (Hvite Ørn 2010).

Bipolarforeningen er en forening for mennesker med bipolare lidelser og deres pårørende som ble etablert i 2010. Foreningen søker å styrke brukeres deltakelser og interesser i diverse råd og utvalg, vektlegger politisk påvirkningsarbeid samt det å etablere møteplasser for pasienter og deres pårørende. I tillegg vektlegges tett

samarbeid med fagmiljøer, støtte til forskning og formidling av kunnskap. Foreningen arbeider med holdningsskapende arbeid i befolkningen rettet til psykiske lidelser og for å spre kunnskap (Bipolarforeningen u.å.).

### **Helseprofesjoner**

Profesjonelle med ulike helsefaglige utdannelser som arbeider i bofellesskapene er representanter for (velferds)statens profesjoner (jfr. Brante 2005). Fremveksten av profesjonene beskrives som en del av moderniseringen og kamper har pågått om hvilke kriterier som skal ligge til grunn for å benytte profesjonsbegrepet (Schiøtz 2003, 125). I det medisinske felt dreier det seg om “et system av profesjoner“ som er forbundet med- og avhenger av hverandre via oppgavene som utøves. Det mest teoritunge kunnskapsgrunnlaget gir plassering øverst i yrkeshierarkiet (Schiøtz 2003, 125).

Profesjonenes praksis bygger på læring via skolegang og forutsetter eksamener som knyttes til titler og autorisasjon. Titlene og autorisasjonene forutsetter profesjonens rolle i samfunnets arbeidsdeling (Schiøtz 2003, 125) og med sin profesjonsviten er de ulike profesjonene sosiale posisjoner i feltet hvor det er et hierarki mellom dem. De har ulik tilgang til økonomisk, politisk og kulturell kapital og dermed makt (jfr. Petersen 2001, 168).

For at moderne profesjoner skal kunne utvikles er organisering en forutsetning. Profesjonsutøvere i velferdsorganisasjonene styrker felles identitet, kjemper for sine saker, skaper og omskaper sitt yrke. De utvikler altså en identitet (Schiøtz 2003, 125) eller tenkt med Bourdieu felles yrkes-habitusser (jfr. Petersen 1999, 49) som danner et fundament for handlinger i feltet. Grupperinger og etablering av organisasjoner er for øvrig “den nye middelklassens tydeligste uttrykksformer“ (Schiøtz 2003, 148).

At en yrkesgruppe gis formell profesjonsstatus innebærer å regulere markedet for bestemte tjenester. Profesjonene kan benyttes for å realisere politiske mål innenfor feltet og agere som oppdragelsesagenter. De kan videre innta en politisk posisjon ved å definere problemer, behov og handlingsalternativer (Senter for profesjonsstudier 2011). Men på ulike måter har politikken vært rettet mot å styre profesjonene da det har vært en oppfatning om at de har tilegnet seg for mye makt (jfr. Alm Andreassen 2008, 99).<sup>12</sup>

Helsesektoren spesielt, sett ift. andre samfunnssektorer, har vært preget av eksperters dominans hvor ekspertisen har vært dominerende i både individuelle hjelperelasjoner og i politikktutforming (Alm Andreassen 2008, 97). Eksklusiv ekspertkunnskap har legitimert eksperters sentrale posisjon i politiske prosesser (Alm Andreassen 2008).

Profesjonenes strategier henger sammen med omliggende samfunnsforhold (jfr. Brante 2005, 17) og ulike forhold bidrar til å forklare profesjonenes utvikling – men en av de viktigste beskrives som teknologisk utvikling. De fleste profesjoner mestrer tekniske instrumenter og vitenskapelig teori. En annen sentral faktor er hvordan profesjonen lykkes i å skape et marked som etterspør nettopp deres kompetanse, og

en tredje faktor kan være etableringen av utdannelseinstitusjoner for deres fag. Ut-over dette er også profesjonenes kampvilje og organisering, den gjeldende utdannelsestatus, samt styrkeforholdet mellom sivilsamfunn, stat og marked sentrale (Abbott i Brante 2005, 17).

Relasjonen mellom profesjon og Stat fremholdes som den mest sentrale makromekanismen hvis en vil forklare profesjonsutviklingen (Brante 2005, 17). Staten står bak utdannelsene, beskytter profesjonene og er primær arbeidsgiver. Videre bestemmer Staten spillereglene som fastsetter profesjonenes muligheter også utenfor den offentlige sfære (Brante 2005, 17).

Brante (2005) fremsetter en tese om at profesjonene påvirkes av politiske endringer og at vi dermed får det som betegnes som profesjonelle bølger som er tett sammenvevet med endringer i politikken. Samtidig er tesen at når profesjonene er etablert og organisert vil det utvikles interne mekanismer som bidrar til å fryse fast det som var. Det dreier seg om "organisatorisk treghet" som fører til at avdankede, foreldede organisasjoner overlever og viderefører det forlatte (Brante 2005, 18). I en Bourdieu-optikk kan dette forklares via teorien om habitus. Praktikker per habitus er nemlig bestemt av vilkårene som var gjeldende da habitussens produksjonsprinsipp ble frembrakt. Praktikker styrt av habitus tenderer dermed alltid mot å reprodusere de objektive strukturene de opprinnelig er en del av (Bourdieu 2005, 198).

Velferdsstatens profesjonsutøvere skiller mellom det normale og det avvikende og dermed ikke normale. Basert på 'kompetanse' ift. hva som er sunt - ikke sunt, normalt - ikke normalt, rettferdig eller urettferdig, riktig eller ikke riktig, er det mulig å observere og iverksette tiltak mot sykdom, avvikende atferd, psykiske avvik, fattigdom osv. Velferdsstatens og dermed profesjonenes aktiviteter bygger dermed alltid på et skille mellom normalt - ikke normalt, avvikende - ikke avvikende osv. Profesjonenes særskilte kompetanse dreier seg således om å identifisere det gode liv for de tjenestene rettes mot: Å identifisere det rette liv og deretter peke ut misforhold (Brante 2005, 24). Det dreier seg altså om betydelig innblanding i livene til menneskene helsetjenestene rettes mot.

### **Materialitet**

Arkitektur beskrives som en sentral del av det som ble regnet for behandling i historiske asyl (Edginton 1994; Hermundstad 2005). Gaustad var Norges første asyl og ble åpnet i 1855. Det var arkitektonisk influert av behovet for klassifisering og utskilling av pasientene i avgrensede avdelinger (Hermundstad 2005, 11). Bofelleskapene består av samlokaliserte omsorgsboliger og er bygget og innredet nåtidig som private hjem. Den fysiske rammen skal bidra til normalisering og integrering og henger sammen med den politiske byggingen av samfunnet.

Norske kommuner stimuleres til å fornye og øke tilbudet av omsorgsboliger til mennesker med behov for heldøgns omsorgstjenester gjennom et Statlig investeringsstilskudd via Husbanken.<sup>13</sup> For at kommunene skal kunne motta tilskuddet skal

prinsippene om normalisering og integrering ivaretas ved planlegging og lokalisering av boligene, som skal plasseres i ordinære gode bomiljøer. De skal ha et hjemlig – ikke et institusjonsliknende miljø (jfr. Husbanken 2013; Husbanken 2016b). I tillegg gis konkrete råd om etablering og utforming av boligene via veileder (Husbanken 2009). Omsorgsboliger i kommunene, etablert med Statlige tilskudd, kan således sees som utformet ut fra Statens retningslinjer og til tross for kommunale variasjoner – ut fra en Statlig logikk (Pawlica 2018).

De materialiserte leiekontraktene i papirformat som beboerne fysisk signerer, understreker juridisk deres status som leietakere – og slik sikres de full disposisjonsrett over leilighetene (jfr. Dyb 2006, 45). Via leiekontraktene markeres et dikotomisk skille mellom bolig og institusjon og slik understrekes at det dreier seg om beboere og ikke pasienter innlagt i institusjon. I et feltperspektiv symboliserer leiekontraktene således kapital til Husets beboere og dermed makt. Kontrakten sikrer rett til private boliger og en legitim rett til å oppholde seg bak lukkede dører. I kraft av å være leietaker tilføres via samfunnet dermed også en rett til 'privatlivets fred'. Beboeres legitime rett til å avvise velferdsstatens eksperter (Husets ansatte) markeres symbolsk via leiekontrakten og slik tilføres beboerne kapital i form av råderett og selvbestemmelsesrett innenfor leilighetenes fysiske rammer, noe som også underbygges i Straffeloven (2005). Vernet om egen bolig står nemlig så sterkt at den som uberettiget skaffer seg adgang til en annens bolig kan straffes med fengsel.<sup>14</sup> Husets ansatte som er satt til å ta vare på mennesker med alvorlige psykiske lidelser, er dermed avhengige av samtykker eller invitasjoner fra Husets beboere for å entre leilighetene for å utføre helsehjelp (Pawlica 2018). Ift. tidligere tiders institusjonsomsorg medfører dette betydelig omfordeling av makt mellom agentene innad i Huset: mellom Husets beboere og Husets ansatte.

Men stort sett alle beboerne i de studerte bofellesskapene er leietakere, ikke eiere. De eier ikke sin egen bolig, noe som også må ses som en følge av den politiske byggingen av samfunnet. I Norge generelt kan beboere i bofellesskap eie eller leie leilighet – men å leie er vanligst (Husbanken, 2011). I befolkningen ellers er det motsatt vanligst å eie. Per 2015 ble det for eksempel fastslått at nesten 8 av 10 eide sin egen bolig (SSB 2015). I 2017 var det bare 22,7 % av befolkningen som bodde i leide boliger (SSB 2017).

Det er en sterk tradisjon for å eie egen bolig i Norge og det blir høyt verdsatt – noe flere avisartikler har fokusert på. Ekeberg og Madsen (2014) viser eksempelvis til økonomen Thomas Piketty som i sin bok om kapital i det 21. århundre argumenterer for at vi beveger oss tilbake mot 1800 tallets ulike fordeling av rikdom og at privateiendom er nåtidens klassemarkør. Å eie egen bolig blir i artikkelen betegnet som *vår tids privilegium*.

Norske kommuner mottar betydelige tilskudd fra Staten til etablering av omsorgsboliger. Gjennom at boligene gjøres til utleieboliger kan vi si at kommunen øker sin eiendoms kapital og at beboere tilsvarende hindres tilgang til kapitalformen. Beboerne blir holdt utenfor eiendomsmarkedet, hindres *vår tids privilegium*, og forblir i en marginalisert posisjon (Pawlica 2018, 89).

At bofellesskapet og dets leiligheter stigmatiserer var et synspunkt som kom frem fra flere informanter i løpet av feltarbeidet. I et relasjonelt teoretisk perspektiv er sosiale agenter innplassert i- og relatert til felter (sosiale rom) og til fysiske ting som eksempelvis bygninger eller arbeidsredskaper som igjen er relatert til andre steder og ting som kan defineres ut i fra sin relative posisjon i forhold til andre posisjoner. For det finnes ikke noe sted i et hierarkisert samfunn som ikke er hierarkisert og som ikke uttrykker hierarkier og sosiale avstander. Disse forhold er mer eller mindre forvrengt og skjult gjennom naturaliseringseffekten som blir produsert via lang tids innskriving av sosiale forhold i fysiske og romlige forhold (Bourdieu 1999, 124).

En agent sin posisjon i samfunnet uttrykkes altså via egenskaper ved steder og ting som vedkommende inntar eller tildeles og egenskaper ved Husets leiligheter ses dermed som et uttrykk for beboerne – sett som agenter – sin posisjon i samfunnet. Vi må derfor se på bofellesskapets leiligheter i relasjon til boliger utenfor bofellesskapet:

Per 24.04.18 var det registrert drøyt 2,5 millioner (totalt 2 547 732) boliger i Norge. Av disse var det flest eneboliger (1271 158) etterfulgt av boligblokker (610 742), rekkehus, kjedehus og andre småhus (302 720) og tomannsboliger (230 328). Det som betegnes som andre bygninger (72 326) følger nest sist – mens helt til sist følger Bygning for bofellesskap (60 458) (SSB, 2018). Det er altså færrest bofellesskap i samfunnet i stort sett ift. andre boligtyper. Husets leiligheter er også små sett ift. vanlige boliger i nrområdet og rommer bare en person. Et flertall av norske husholdninger i samfunnet for øvrig består av mer enn en person (SSB 2019). Ytterdørene i Huset vender inn i et bofellesskap hvor en helsefaglig personalgruppe agerer – i motsetning til ‘vanlige’ boligens ytterdører som enten vender direkte ut i et gårdsrom/uteområde – eller ut i en nøytral felles gang.

Beboerne i bofellesskapene har nøkler til sine leiligheter. De kan holde dørene lukket og låst og med dette begrense andres inntreden. I dette avgrensede rommet *inne* i Huset er beboerne motsatt tilført kapital og dermed makt. Det dreier seg om romlig og materiell kapital i form av private leiligheter, fysiske leiekontrakter, ytterdører, nøkler til ytterdører, eget møblement osv. som igjen medvirker til hvilke praksiser som utøves mellom profesjonelle og beboere innad i Huset.

Beboerne er, oppsummert, på ulike måter tilført kapital i form av arkitektur og fysisk romlig materialitet sett ift. tidligere tiders institusjonsomsorg. Ansatte er motsatt fratatt kapital internt og eksternt. Men sett i et relasjonelt perspektiv ift. samfunnet rundt kan vi på bakgrunn av redegjørelsene ovenfor også si med Bourdieu (1999, 129) at Huset er stigmatisert og degraderer beboerne – som til gjengjeld muligens symbolsk degraderer Huset. Huset og dets leiligheter kan i dette perspektivet leses som et uttrykt bilde av den sosiale marginaliseringen av dets agenter (beboere), vist innledningsvis. Det er altså en likhet i logikk – eller homologi – mellom beboere sin posisjon i det omliggende sosiale rommet og deres posisjon i dette fysiske rommet.

### **Hvordan kan maktstrukturer bidra til å forandre bofellesskapenes praksiser?**

Det å bo i et eget hjem innebærer å ha et sted som er sitt eget, å ha et privatliv og ha selvbestemmelse over eget liv. Men etablerte kommunale boligløsninger har utfordret politiske intensjoner om normalisering og målsetningen om at alle skal bo i egne hjem. Det har pågått en diskurs som dreier seg om hvorvidt det har blitt en trend at institusjonene sniker seg inn bakveien (Hansen og Grødem 2012, 9-10). Ut ifra mine funn – som presenteres og gjøres rede for i avhandlingen – kan det argumenteres for at ‘det gamle’ i stor grad lever videre i form av institusjonsstrukturer som er videreført på desentralisert nivå i Huset nåtidig i form av arkitektur, historisk etablerte og videreførte medisinske praksiser, historisk etablert og videreført medisinsk hierarki. Det dreier seg om likheter i logikk når det gjelder flere samfunnsmessige nåtidige og historiske forhold som gjør at det er grunn til å hevde at det er et re-institusjonaliseringsfelt vi ser konturene av til tross for mange endringer. I Huset ser vi, som beskrevet innledningsvis, at beboere underlegges daglige oppdragseshandlinger via Husets ansatte. Vi ser samtidig tendenser til motadrettet protesterende atferd fra beboere – som kan forstås som en frihetsbevegelse bort fra den etablerte Husets orden. Beboerne utsettes daglig for tvingende praktikker og en oppdragelse de til dels underlegger seg, men etablerer parallelt en underverden hvor det ikke tillatte likevel har spillerom (jfr. Pawlica 2018). Oppdragelsesvirksomhet handler om å påføre betydninger og for å påføre betydninger kreves at den som oppdrar – det vil si Husets ansatte – har tilstrekkelig makt (jfr. Callewaert, 2000, s. 19).

Goffman (1967, 223-226) argumenterer for at det i enhver institusjonell verden utvikles en parallell underverden hvor mennesker unndrar seg den offisielle forståelsen av hvordan de skal og bør agere og dermed handler motadrettet og protesterende. Motadrettede protesterende handlinger representerer i dette perspektivet en frihetsbevegelse i form av mennesker som tar avstand fra stedet de har fått tildelt i samfunnet – og fra det institusjonen representerer. Tenkt med Bourdieu kan vi kanskje si at beboerne, via det Goffman (1967) betegner som protesterende handlinger, nekter å underlegge seg Husets interne regler. Gjennom etablering av en underverden der det ikke-tillatte har rom, tar beboerne kanskje et slags opprør mot den symbolske volden de daglig utsettes for. Dermed kan protesterende handlinger ses som en frihetsbevegelse og kamp bort fra reglene og Husets fastlagte orden. I denne kampen kommer Husets ansatte til kort (Pawlica 2018).

I et utvidet feltperspektiv kan vi se dette handlingsrommet for beboerne som en effekt av den politiske byggingen av samfunnet som over flere tiår har forandret retning. I større grad enn tidligere har politiske styringsdokumenter vektlagt individuelle rettigheter som rett til å medvirke på individ og systemnivå. Det har som beskrevet vært tilført politisk kapital og dermed makt til brukergrupper og motsatt har det vært omfordelt eller tatt bort kapital eller makt fra profesjonene. Videre, via frem-vokste brukergrupper med evne til politisk påvirkning og innspill til ledelses-

nivå innenfor institusjoner i spesialisthelsetjenesten, ser vi konturene av styrket sosial bevegelse. Brukerforeningene har rettet sin virksomhet oppover mot maktens felt, mot påvirkning ift. forskning, mot ledelsesstrukturene i velferdsorganisasjonene og parallelt mot opplæring i brukervedvirkning og dermed bevissthetsgjøring på individnivå. Kapitalfordelingsstrukturen og dermed makten i feltet er endret mellom feltets agenter og det er lagt et grunnlag for endrede praksisformer.

Det hjemlige preget i bofellesskapene og markeringen av hjemmet via husleiekontraktene bygger opp forståelser av private hjem og dermed over egen råderett og forventninger om å bestemme selv. Beboere tar kanskje avstand fra et 'pseudonormalt liv' med mangel på reell frivillighet og selvbestemmelse når det gjelder hvordan de selv ønsker å leve og bo. Ansatte som er satt til å opprettholde samfunnets og Husets orden som "velferdsstatlige frontsoldater" (Pawlica, 2018) er, satt på spissen, ribbet for kapital – og dermed makt – og må til dels resignere. Husets ansatte er delvis satt ut av spill men fortsetter å agere per habitus som kanskje ikke er tilpasset feltets nylig endrede strukturer og som dermed muligens agerer via mistilpassede habitusser (jfr. Bourdieu og Wacquant 1996, 115-116). Via habitus er ansatte nemlig bærere av varige holdninger som eksisterer uavhengig av- og overlever de spesifikke historiske omstendighetene som først produserte den (Bourdieu og Wacquant 1996, 116).

Ansatte forsøker å opprettholde allerede etablert orden gjennom stadige oppdragende handlinger rettet mot Husets beboere i form av praktikker som holdes innenfor Husets vegger. På denne måten kamoufleres hjemmets u-orden utad – samtidig som det skapes en stadig kamparena inne. Ansatte opprettholder et "frivillighetens doxa" (Pawlica 2018) utad via symbolsk vold. Konsekvensene av denne videreføringen av det forlatte så å si unndras det offentlige via en hjemlig etablert *privacy* som hindrer innsyn utenfra (Pawlica 2018 jfr. Bourdieu, 1997b, 135). Husets ansatte havner dermed i en slags victimblaming-posisjon som har utspring i endrede samfunnsstrukturer.

Flere brukerorganisasjoner arbeider med opplæring av brukerrepresentanter i brukervedvirkning (Mental Helse, Hvite Ørn). Det er en målsetning å utvikle likeverdighet mellom fagkunnskap og erfaringskompetanse og skape ny kunnskap som kan lede til ny praksis (Alm Andreassen 2013, 285-286). Det ble igangsatt et utdanningstilbud i 2009 via brukerforeningen Mental Helse som skulle gi mennesker med brukererfaring fra psykisk helsevern en utdanning som skulle kvalifisere for stillinger der brukererfaringer blir anvendt av hjelpeapparatet. Brukererfaringer blir således til kvalifikasjoner for et lønnet arbeid for velferdsstaten (Alm Andreassen 2013, 285-286).

Dette er kanskje en kime til mulige fremtidige kamper mellom profesjonskunnskap på den ene siden og brukerkunnskap på den andre. Brukergrupper (agentgruppe) har entret feltet på en ny måte og dette gir ifølge feltteorien opphav til nye kamper og endrede styrkeforhold mellom feltets agenter. Brukergruppene representerer som vi har sett kapital og dermed makt hvilket kan forskyve strukturen og føre



til grunnleggende endringer i de historisk etablerte og hierarkiske posisjonene i feltet. Hvordan dette gir konkret utslag i velferdsstaten og det medisinske feltet fremover er per i dag usikkert.

Praksisene styres, i mitt teoretiske perspektiv ikke ensidig etter overordnede føringer og lovverk, men av praktisk handling som følger sin egen logikk, som henger sammen med historien – men som også forandres og skapes underveis i form av langsom endring. Som Callewaert påpeker, tar det ”evigheter” før endringer nedfelles i kropp og sinn, og selv når endringer er etablert må en regne med at “det gamle spøker rundt i krokene” (Callewaert, 2014, 167).<sup>15</sup> Men det *er* forskjøvnede og endrede maktstrukturer som har skapt et mulighetsrom for endrede praksiser. Profesjonene er fratatt makt men tilføres samtidig makt da Statlige føringer på sett og vis sier ja takk begge deler. Vi ser en dualitet innenfor velferdspolitikken som handler om å begrense fagekspertisen og samtidig gjøre seg avhengig av den (Alm Andreassen, 2008, 99). Brukergrupper har vokst frem og disse arbeider som beskrevet tett på maktens felt. Vi har sett tilløp til at brukerforeninger benyttes inn mot ledelsesnivå og at de dermed gjøres til et mulig instrument for å styre profesjonene sammen med Staten (jfr. Alm Andreassen 2008, 98-99).

Kampene i Huset, beskrevet innledningsvis, kan muligens ses som et uttrykk for feltets omliggende og nylig endrede maktstrukturer. Forenklet sagt er beboere som agenter i feltet tilført kapital og ansatte som agenter i feltet fratatt kapital og maktstrukturer til dels snudd opp ned. Faren ved svekket profesjonsmakt kan være at profesjons-posisjoner gis umulige samfunnsmandat og at de gjøres til syndebukker i de tilfeller at arbeidet ikke utføres eller gir resultater i tråd med forventningene.

Anja Christoffersen Pawlica, ph.d., førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet

## Noter

- <sup>1</sup> Avhandlingen betegnes i det følgende som “avhandlingen” eller “studien”.
- <sup>2</sup> Avhandlingen bærer tittelen “Private hjem som utstillingsvindu og tildekket miskjent tvang? Om re-opdragelse av psykisk lidende og påføring av samfunnets orden.” Prøveforelesningens tema var: Bofellesskap som deinstitusjonaliseringsfelt med beboere som handlende aktører. Hvordan spiller politikk, profesjoner, materialitet og brukergrupper inn forandringprosesser?
- <sup>3</sup> Ethiske refleksjoner ift. samtykkekompetanse og det å inkludere sårbare mennesker i forskning utdypes ikke her men kan leses i avhandlingens kapittel 4 (Pawlica 2018).
- <sup>4</sup> Betegnelsen agent henspiller på den som agerer i sosiologisk forstand, og brukes her som betegnelse for individ, grupper eller institusjoner. Betegnelsen agent brukes som hos Bourdieu for å overskride motsetningen mellom en rasjonalistisk

forståelse av sosiale handlinger som utøves av en rasjonell aktør og en deterministisk strukturalistisk forståelse hvor handlinger ses som determinert av omliggende strukturer (jfr. Hovmark 1997, 7).

- 5 Omliggende tjenester som personalet forsøkte å samarbeide med- og hente nødvendig bistand (kapital) fra var i tillegg til psykisk helsevern: fastlege, legevakt, politi, fylkeslege, privat vaktelskap osv. I et feltperspektiv betraktes bofelleskapets omliggende tjenester i likhet med Husets beboere og ansatte som agenter i feltet. Felt- og kapitalbegrepet forklares lenger frem under “Teoretisk optikk: Om felt, kapital og habitus“.
- 6 Friestad (2002, 66) viser her til flere kilder: Dohrenwend, Dorenwend, Neugebauer, Gold, Link og Wunsch-Hizig, 1980; Dohrenwend og Schwartz, 1995; Kessler et al. 1994. Noen av forholdene beskrevet her kommer også frem i Lunde (2001) sin artikkel: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/storre-aapenhet-om-psykiske-lidelser>
- 7 Fritt oversatt fra dansk.
- 8 Psykisk helsevern inntar en dominerende posisjon ift. kommunalt psykisk helsearbeid. Beboere som daglig følges opp via Husets ansatte som representerer kommunalt psykisk helsearbeid, kan i tillegg følges opp via psykisk helsevern. I de tilfeller at beboere underlegges formell tvang etter psykisk helsevernloven (1999) er det behandler ved psykisk helsevern (lege eller psykologspesialist) som foreskriver behandling og Husets ansatte som iverksetter den forordnede behandlingen. Behandler ved psykisk helsevern opererer således autonomt mens Husets ansatte opererer ikke-autonomt. Behandler inntar videre en historisk etablert og dominant posisjon ift. semi-profesjonelle faggrupper som agerer internt i Huset. Denne argumentasjonen baseres på en framskriving og analyse av feltets agents kapitalformer (Pawlica 2018). Disse forhold utdypes ikke videre her men er utfyllende redegjort for i avhandlingen, spesielt i kapittel 7.
- 9 (Helsedirektoratet, 2014; Sosial- og helsedirektoratet 2006 a; St.meld. nr 25, (2005-2006); St.prp.nr 63 (1997-98); St.meld.nr 47 (2008-2009)).
- 10 Pasienters rett til medvirkning er hjemlet i pasient- og brukerrettighetslovens (1999) kapittel 3.
- 11 Jfr. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienter/brukere i tillegg til retten til medvirkning rett til nødvendige helsetjenester og øyeblikkelig hjelp, rett til verdige tjenestetilbud, rett til opplysninger for å ivareta rett til helse- og omsorgstjenester, rett til kontaktlege, rett til tilpasset informasjon, rett til innsyn i journal, rett til å kreve at opplysninger i journal slettes osv.
- 12 Se eventuelt også artikkel i Khrono 05.04.14. om mindre makt til profesjonene og mindre fagbasert makt: <https://khrono.no/2014/10/profesjonshistorie>
- 13 Husbanken er Statens sentrale organ når det gjelder iverksettelse av den norske boligpolitikken. Regjeringens visjon for boligpolitikken er at alle borgere skal ha mulighet til å bo trygt og godt (Husbanken, 2016, 25. Januar. Hentet fra: <http://www.husbanken.no/om-husbanken/mal-og-strategier/> )

- <sup>14</sup> Norsk Straffelov (2005) § 268 omtaler det å uberettiget skaffe adgang til annens hus/annet sted som ikke er fritt tilgjengelig. Det å uberettiget skaffe adgang til en annens hus eller som forblir der kan straffes med bøter eller fengsel i inntil 2 år (Lovdata, tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL\\_2-9#KAPITTEL\\_2-9](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-9#KAPITTEL_2-9))
- <sup>15</sup> Fritt oversatt fra dansk.

## Referanser

- Alm Andreassen, T. 2008. "Når pasienter blir brukere: En utfordring for ekspertens posisjon i helsevesenet" I *Ekspertise og brukermakt*, red. K. Asdal og I. Moser, 93-117. Oslo: Unipub.
- Alm Andreassen, T. 2013. "En sosial bevegelse blant mennesker med psykiske problemer" I *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver*, red. R. Norvoll, 285-312. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askheim, O. P. 2007. "Empowerment – ulike tilnærminger" I *Empowerment i teori og praksis*, red. O. P. Askheim og B. Starrin, 21-32. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. og B. Starrin. 2007. "Utfordringer innenfor det sosialfaglige arbeidet" In *Empowerment i teori og praksis*, red. O. P. Askheim og B. Starrin, 189-199. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bipolarforeningen (u.å.). *Om Bipolarforeningen*. Hentet 16.05.18 fra: <https://www.bipolarforeningen.no/om-oss/om-bipolarforeningen>
- Bourdieu, P. og Wacquant, L. 1996. *Refleksiv sosiologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. 1996b. *Symbolisk makt*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Bourdieu, P. 1997b. *Af praktiske grunde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. 1997c. *Det økonomiske felt*. Dansk sosiologi 1/02.
- Bourdieu, P. 1999. *The Weight of the World. Social Suffering in Contemporary Society*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. 2000. *Den maskuline dominans*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Bourdieu, P. 2005. *Udkast til en praksisteori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brante, T. 2005. "Staten og professionene" I *Professionsidentitet i forandring*, red. T. Rask Eriksen og A. M. Jørgensen. København: Akademisk Forlag.
- Braut, G. S. 2014. *Sykehusreformen*. Hentet 21.05.18 fra: <https://sml.snl.no/sykehusreformen>
- Broady, D. og Heyman, I. 1998. "Omvårdnadsforskning – et vetenskapligt fält i vardande?" I *Kulturens fält: En antologi*. Red. D. Broady, Uppsala: Skeptronserien Daidalos.
- Callewaert, S. 2000. *Kultur, Pædagogik og videnskap: Om Pierre Bourdieus habitusbegrep og praktikteori*. Danmark: Akademisk Forlag.

- Callewaert, S. 2014. "Habitus" I *Ny pædagogisk opslagsbog*, red. L. Bæk Brønsted, C. Jørgensen, M. Mottelson og L. J. Muschinsky. København: Hans Reitzels Forlag
- Dyb, E. 2006. *Bolig og tjenester til personer med psykiske lidelser: Vurdering av behovet 2006-2008*. Prosjektrapport 2006. Oslo: BYGGFORSK, Norges Byggeforskningsinstitutt.
- Eilertsen, B. (2015). *Juss for helsesøstre*. Oslo: Jussboka.no.
- Ekeberg, E. og Madsen Simenstad, L. 2014. "Hvor viktig er arv i Norge? Det vi får blir stadig viktigere enn det vi gjør, advarer bestselger-økonom Thomas Piketty: Å eie bolig er det nye privilegiet". *Klassekampen*, 14. juni.
- Edginton, B. 1994. "The Well-Ordered Body; The Quest for Sanity Through Nineteenth-Century Asylum Architecture" *CBMH/BCHM*, 11: 375-386.
- Engström, L. 2012. "Kliniken flytter hem Sjuksköterskans institutionella praktik inom specialiserad palliativ hemsjukvård" Ph.d.-avhandling, Uppsala Universitet.
- Friestad, C. 2002. "Sosial ulikhet i psykiske lidelser" I *Samfunn og psykiske lidelser: Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*, red. R. Norvoll. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Goffman, E. 1967. *Anstalt og menneske*. Viborg: Paludans Forlag.
- Hansen, I. L. og Grødem, A. S. 2012. *Samlokaliserte boliger og store fellesskap: Perspektiver og erfaringer i kommunene*. Fafo-rapport 2012:48.
- Helsedirektoratet. 2014. *Sammen om mestring veileder i lokalt psykisk helsearbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Veileder IS-2076.
- Helsedirektoratet. 2017, 17. oktober. "Brukermidvirkning". Hentet 26.06.18 fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermidvirkning>
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2006. *Rapport – samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten – organisatoriske tiltak*. Hentet 27.11.18 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport---samhandling-mellom-kommunale-h/id106609/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. "Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid" St. meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/6.html?id=567236>
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2012. *Ny satsing for økt frivillighet og bedre rapportering av tvangsdata i de psykiske helsetjenestene*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. "Morgendagens omsorg" St. meld. nr. 29 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2012-2015. *Bedre kvalitet – økt frivillighet: Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester*.

- Hermundstad, G. 2013. "Herman Wedel Major og byggingen av Gaustad asyl: Del 2: Arkitektur" *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42: 9-13.
- Hovmark, H. 1997. "Oversætterens forord" I P. Bourdieu. 1997. *Men hvem skapte skaberne? – Interviews og forelæsnings*. København: Akademisk Forlag.
- Hvite Ørn. u.å. *Om foreningen*. Hentet 16.05.18 fra: <https://www.hviteorn.no/om-foreningen/>
- Hvite Ørn. 2010, 7. november. *Kjernesaker*. Hentet 16.05.17. fra: <https://www.hviteorn.no/kjernesaker/>
- Jensen, K. 1999. "NYE RAMMER– NY KUNNSKAP – NY OMSORG" I *Moderne omsorgsbilder*, red. K. Jensen, G. Engelsrud, T. Lauvdal, L. Løvlie, K. Martinsen, T. Rask Eriksen og R. Rønning. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Johnsen, M. H. 2003. "Undervisning og læring i praktik: – En ph.d avhandling" Ph.d.-avhandling, Københavns Universitet. København: Forlaget PUC.
- Larsen, K. 2009. "Observationer i et felt: Nogle muligheter og utfordringer" I *Refleksiv sosiologi i praksis*, red. O. Hammerslev, J. Arnholtz Hansen og I. Wiig. København: Hans Reitzels Forlag.
- Leseth, A. og Nyheim Solbrekke. 2011. "Profesjon, kjønn og etnisitet" I *Profesjon, kjønn og etnisitet*, red. A. Leseth og K. Nyheim Solbrekke. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Lorem, G. 2006. *Samspill i psykisk helsearbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Ludvigsen, K. 2002. "Forståelse og praksis knyttet til psykiske lidelser 1850-1920" I *Samfunn og psykiske lidelser*, red. R. Norvoll. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lunde, E. S. 2001. "Større åpenhet om psykiske lidelser." *Samfunnsspeilet 2001*, SSB. Hentet 19.10.18. fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/storre-aapenhet-om-psykiske-lidelser>
- Mental Helse. "Mental Helses politikk". Hentet 16.05.18 fra: <http://www.mentalhelse.no/politikk>
- NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste*.
- NOU, 2011:9. *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Oslo, departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning.
- NOU, 2011:11. *Innovasjon i omsorg*.
- Norvoll, R. 2002. "Psykisk lidelse som sosial prosess" I *Samfunn og psykiske lidelser: Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*, red. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02.07.1999 nr.63*.
- Pawlica, Anja Christoffersen. 2018. "Private hjem som utstillingsvindu og tildekket miskjent tvang? Om re-opdragelse av psykisk lidende og påføring av samfunnets orden" Ph.d.-avhandling, Universitetet i Stavanger.

- Petersen, Karin Anna. 1999. "Sygeplejevidenskab – mye eller virkelighet? Om genese og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark" Ph.d.-avhandling, Aarhus Universitet i samarbeid med Danmarks Sygeplejerskeskole ved Aarhus.
- Petersen, K. A. 2001. "Om teoriens rolle i professionspraktikker og uddannelser hertil" I *Praktikker i erhverv og uddannelse*, red. K. A. Petersen 148-187. København: Akademisk Forlag.
- Petersen, K. A. og Callewaert, S. 2013. *Praxeologisk sygeplejevidenskab – hvad er det? En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. Danmark: Forlaget Hexis.
- Prieur, A. 1994. *Iscenesettelser av kjønn: Transvestitter og machomenn i Mexico by*. Oslo: PAX Forlag A/S.
- Ramsdal, H. 2013. "Styring og organisering, tvang og brukerbevegelse" I *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver*, red. R. Norvoll, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Riley, H., Straume, B. og Høyer. 2017. "Patients on outpatient commitment orders in Northern Norway". *BMC psychiatry* 17, (157). DOI: 10.1186/s12888-017-1331-1.
- Schiøtz, A. 2003. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Senter for profesjonsstudier. 2011, 4. Juli. "Profesjon, profesjonsutøvelse og styring". Hentet 28.05.18 fra:  
<http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/FoU-SPS/Profesjon-profesjonsutøvelse-og-styring>
- Sosialdepartementet. "Om utviklingen av omsorgen for utviklingshemmede" St. meld. nr 88 (1966-67). Oslo: Sosialdepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet. "Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene" St. meld nr 25 (1996-97). Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.  
[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25\\_1996-97/id191086/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/)
- Sosial- og helsedirektoratet. 2005. *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene: Beskrivelse av fagfeltet Råd og veiledning Overordnede rammer*. IS-1332 Veiledner.
- Sosial- og helsedirektoratet. 2006a. *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplan for psykisk helse*. Rapport IS- 1315.
- Sosial- og helsedirektoratet. 2006b. *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. IS- 1370.
- Sosial- og helsedirektoratet. 2006c. *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. IS-1388.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>

- SSB. 2016, 29. september. "Boforhold, registerbasert, 01. januar, 2015". Hentet 23.05.18 fra: <https://www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/statistikker/boforhold/aar/2016-09-29>
- SSB. 2017, 13. september. "Boforhold, registerbasert". Hentet 23.05.17 fra: <https://www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/statistikker/boforhold/aar>
- SSB. 2018, 24. april. "Boliger". Hentet 23.05.18 fra: <https://www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/statistikker/boligstat/aar>
- SSB. 2019, 01. januar. "Familier og husholdninger, 1. januar 2019". Hentet 19.08.19 fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/familie/aar/2019-06-25>
- Straffeloven. *Lov om straff av 20.05.2005 nr.28.*
- Vold, B. 1999. "Psykiatriens historie i Norge, del 1: Den store institusjonsoppbyggingen". *Samfunnsspeilet* 1. Hentet fra: <http://archive.is/di9I#selection-319.363-323.12>
- Westerlund, H. 2012. "Mer enn bare ord? Ord og begreper i psykisk helsearbeid". Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse/Trondheim og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Hentet 03.07.19 fra: <http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Mer-enn-bare-ord.pdf>
- Wilken, L. 2014. *Bourdieu for begyndere*. Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- Øye, C. og Norvoll, R. 2002. "Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv" I *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver*, red. R. Norvoll, 285-312. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

