

# 7. Selvhjelpsarbeid – mellom erfaringskunnskap og forskningsbasert kunnskap

**MARTE FEIRING**

**SAMMENDRAG** Kapitlet analyserer selvhjelpsaktørers syn på kunnskapsproduksjon, eksemplifisert ved tekster om Anonyme Alkoholikere (AA) og Norsk selvhjelpsforum (NSF). Tekstene er strategisk utvalgt og nærlest; både AAs og NSF's virksomhet sees som aktivering og objektivisering av personlig kunnskap. Studien viser at AA representerer tradisjonell kunnskapsproduksjon, mens NSF står for en mer sammensatt og kompleks praksisform som involverer mange aktører og arenaer. Brukermedvirkning i forskning passer ikke sammen med AAs holdning til samarbeid med myndighetene, mens NSF samarbeider med myndighetene og har etablert en viss kontroll over selvhjelpsforskning.

**NØKKELOORD:** selvhjelp | erfaringskunnskap | forskningsbasert kunnskap | brukermedvirkning i forskning | samproduksjon | modus 1 og modus 2

**ABSTRACT** The chapter analyses self-help actors' views on knowledge production, exemplified by texts on Anonymous Alcoholics (AA) and Norwegian Self-Help Forum (NSF). All texts are strategic selected and closely read. Both AA's and NSF's work are identified as forms of inscribed and activated personal knowledge. The study shows that AA represents a traditional knowledge production, while NSF stands for a more composite and complex way of doing it involving several actors and arenas. User involvement in research stands as opposed to AA strategy, while NSF co-produces with the authorities and has established some control over self-help research.

**KEYWORDS:** self-help | experiential knowledge | knowledge based knowledge | user involvement | co-production | mode 1 and mode 2

## INNLEDNING

Selvhjelpsarbeid og etablering av selvhjelpsgrupper kan betraktes som produkter av ulike kulturelle, sosiale og politiske retninger. Kjeld Høgsbro (1992) omtaler framveksten av selvhjelpsbevegelsen som en sivilisasjonskritisk strømning. Han tilskriver bevegelsen flere grunnleggende karakteristika: Den har en diffus og utydelig ideologisk orientering, som innebærer både en kritikk av staten og av markedet, og den har et noe motsigelsesfylt forhold til profesjonaliseringen av helse- og sosialarbeid (Høgsbro, 1992, s. 35). Selvhjelpsbevegelsen opererer altså i et sosialt rom med mange motstridende interesser (Brottveit & Feiring, 2019; Feiring, 2013).

To sentrale aktører i dagens selvhjelpsarbeid utgjør denne studiens empiriske case, det handler om Anonyme Alkoholikere (AA) og om Norsk selvhjelpsforum (NSF). Anonyme Alkoholikere vokste fram midt på 1930-tallet i USA, som en kritikk mot det tradisjonelle synet om at alkoholisme var selvforskyldt og et produkt av svak moralsk karakter. Samtidig utviklet AAs filosofi i tråd med ideer om «the selfmade man». AA etablerte seg utenfor det offentlige statsapparatet i Norge rett etter andre verdenskrig og står på mange måter i motsats til den kollektive og profesjonsstyrte velferdsstaten. Norsk selvhjelpsforum (NSF) ble dannet på slutten av 1990-tallet, og hadde fra starten av tett tilknytning til en annen norsk selvhjelpsaktør, Angstringen. NSF utvider og videreutvikler Angstringens kritikk av at livsproblemer har en tendens til å bli omdefinert til medisinske spørsmål, og de lanserer selvhjelp som et alternativ til offentlige helse- og velferdstjenester. Framveksten av selvhjelpsarbeid kan sees i sammenheng med et mer individualistisk velferdssyn og knyttes til ny offentlig styring (Nehring, Alvarado, Hendriks & Kerrigan, 2016). Offentlige velferdstiltak styres i dag av en markedsorientert logikk med vekt på privat og offentlig samspill, samtidig som ansvarliggjøring av den enkelte borger er et sentralt ideal.

Det er flere begrunnelser for mitt valg av de to selvhjelpsaktørene: Anonyme Alkoholikere er tatt med i studien fordi de omtales som den første moderne vestlige selvhjelpsorganisasjon, og de er i dag en av verdens største selvhjelpsaktører med utbredelse i over 180 land (Katz & Bender, 1976).<sup>1</sup> Norsk selvhjelpsforum er valgt ut fordi de er en hovedaktør i den norske selvhjelpsbevegelsen i dag. De er en dominerende aktør i den nasjonale satsingen på selvhjelp, og de representerer samtidig en ny formasjon i selvhjelpsarbeidet gjennom å være ansvarlige for driften av to sentre: det nasjonale kompetansesenteret, Selvhjelp Norge, og det byomfattende selvhjelpssenteret, LINK Oslo. Et annet kriterium for valg av case er

---

1. <http://www.anonymealkoholikere.no/pdf/kirke.pdf>, januar 2013.

at selvhjelpsaktørene selv har publisert skriftlig materiale om seg selv, har en aktiv internettside og at det eksisterer vitenskapelige studier eller forskning om dem og deres selvhjelpsarbeid.

De to selvhjelpsaktørene ble dannet i ulike sosialpolitiske perioder, AA ved framveksten av den offentlig velferdsstaten og NSF samtidig med utbredelsen av ny offentlig velferd (jf. Feiring, 2013, Feiring 2019a og 2019b). Jeg vil her undersøke hvordan selvhjelpsaktørene skaper nye fortolkninger av alkoholisme og andre livsproblemer i overgangen mellom tradisjonelle og nye fortellinger om håndtering av sykdom og livsproblemer (jf. moralske, medisinske og psykologiske forklaringer). Dernest hvordan de samme aktørene forholder seg til erfaringsarbeid så vel som til vitenskapelig kunnskapsproduksjon.<sup>2</sup>

## ANALYSE AV KUNNSKAP I SKRIFTLIGE TEKSTER

Temaet i kapitlet er selvhjelpsaktørenes relasjon til erfarings- og forskningsbasert kunnskap. For å analysere dette skiller jeg analytisk mellom tre ulike former kunnskap kan framtre på: (i) som *kroppslig innleiret kunnskap*, både mentalt og fysisk, og det som omtales noe forenklet som taus, personlig eller erfaringsbasert kunnskap; (ii) som *tekstliggjort, objektivert* eller *materialisert kunnskap*, og viser dermed til tekster som er artikulert, nedtegnet eller identifisert i fortellinger, bøker, dokumenter, bilder og andre objekter. (iii) *Aktivert kunnskap* brukes om en tredje form, og omhandler hva kunnskapen gjør, eller snarere hva aktørene gjør med kunnskapen (Bourdieu, 1986; Freeman & Sturdy, 2014). Både erfarings- og forskningsbasert kunnskap lar seg nedtegne og vil dermed framtre som objektivert og dokumentert kunnskap; og både personlige erfaringer og forskningsresultater kan framtre som tause og uleste, eller som italesatte og i aktiv bruk. I selvhjelpsarbeid kan vi si at erfaringskunnskapen beveger seg gjennom en rekke ulike stadier, den oppleves, aktiveres og objektivteres. Eksempler på dette kan være samtalen i en selvhjelpsgruppe eller anvendelsen av de 12 trinnene, som er et begrep for retningslinjene utformet av Anonyme Alkoholikere (AA). Forskning i selvhjelpsarbeid vil alltid være en form for systematisk innhenting av erfaringer og fakta gjennom vitenskapelige metoder og objektivert i form av ord, tall eller bilder. Forskningsresultater kommuniseres, nedtegnes og leses, samtidig vil forskning aldri framtre som ren kroppsliggjort kunnskap, den må omskapes, systematiseres og objektivteres for å kunne omtales som vitenskapelig.

---

2. Midler til dette forskningsprosjektet er bevilget av Helsedirektoratet. Det er et eksempel på samproduksjon med aktiv deltakelse fra både selvhjelpsbevegelsen og Helsedirektoratet.

Et begrep som er beslektet med aktivering av kunnskap, er *samproduksjon om forskning*. I tillegg til å rette oppmerksomheten mot aktivitet og produksjon bidrar forstavelen «sam» til å framheve at dette skjer sammen med andre sosiale aktører. Samproduksjon er et mangetydig begrep som i dag anvendes om samskaping av kunnskap mellom ulike interessenter: borgere, innovatører, politikere, profesjoner og forskere. Innen helse- og velferdsområdet er ordet samproduksjon også anvendt om brukermedvirkning i minst tre ulike sammenhenger: om deltakelse ved utforming av eget tjenestetilbud, om medvirkning ved utforming av tjenester og om deltakelse fra de ulike interessentene i forskning (Askheim, 2012, 2016). Innen kunnskaps sosiologien er samproduksjon lansert som et idiom eller begrep for hvordan ideer og meninger fra sivile aktører interagerer med vitenskapelige representasjoner og diskurser (Jasanoff, 2004). Blikket rettes mot hvordan ideer og antakelser fra det vitenskapelige og det sivile samfunn veves sammen gjennom kontinuerlig interaksjon. Det samme fenomenet favnes også av Nowotny et al. (2001), som har utledet en ny og sammensatt form for kunnskapsproduksjon omtalt som modus 2; mens de med begrepet modus 1 peker på tradisjonell vitenskapelig kunnskapsproduksjon med et tydelig skille mellom forskningsverdenen og samfunnet for øvrig (Nowotny et al., 2001; Nowotny, Scott & Gibbons, 2003). Denne forskningen viser at det i dagens samfunn er mindre tydelige skiller mellom de ulike kunnskapsformene og arenaene der kunnskap produseres. Perspektivet legger til grunn at all produksjon av kunnskap skjer i en kontekst og er situasjonsbestemt og at både erfarings- og forskningsbasert kunnskap alltid vil være et produkt av tidsånden i den perioden den er utformet i (Geertz, 1983; Haraway, 1991, s. 183–201). Dette kan forstås som en kritikk av abstrakt teori og forskning som ikke betraktes som empirisk og kontekstuell. Vi må altså skille mellom kontekstuell forskning og abstrakt kunnskap som vektlegger et mer nøytralt eller objektivt ideal.

I denne studien betraktes tekstene av og om de to selvhjelpsaktørene som en form for aktivering og objektivisering av personlig kunnskap. De omhandler ulike forståelser av hvordan selvhjelp kan iverksettes, ulike fortolkninger av alkoholisme og andre livsproblemer og står i et noe tvetydig forhold til rådende oppfatninger av sykdom og helse. Vi kan si at de aktuelle tekstene av AA og NSF er inskripsjoner og representasjoner av ulike former for selvhjelpsarbeid.

Det er altså den tekstliggjorte kunnskapen, i form av trykte tekster og dokumenter samt akademisk forskning, som utgjør det empiriske grunnlaget for denne analysen. Studien er basert på en strategisk nærlesning og tolkning av tekster produsert av de to selvhjelpsaktørene, samt et utvalg av tekster om deres virksomheter skrevet av forskere med noe ulik vitenskapelig bakgrunn. Jeg ser på tekster av og

om selvhjelpsarbeid som er nedfelt i form av fortellinger, retningslinjer og illustrasjoner. Når det gjelder selvhjelpsaktørenes egenproduserte tekster, er de hovedsakelig valgt ut fra hvordan de to virksomhetene presenterer seg på internett, og de er vist til i fotnoter utover i kapitlet. I tillegg inkluderes vitenskapelige tekster, der forskere har analysert ulike sider ved selvhjelp som fenomen. For Anonyme Alkoholikere bygger denne studien på tekster som: *the Big Book* (Storboka) fra 1939<sup>3</sup> og Valverde (1998), mens Norsk selvhjelpsforums virksomhet belyses gjennom stiftelsens vedtekter<sup>4</sup> og Nasjonale planer for selvhjelp (Helsedirektoratet, 2014; Sosial- og helsedirektoratet, 2004) samt egne studier (Brottveit & Feiring, 2019; Feiring, 2013).

I neste del presenterer jeg først de to selvhjelpsaktørene, deretter drøfter jeg hvilke fortellinger selvhjelpsaktørenes tekster formidler om håndtering av sykdom og livsproblemer, og til slutt hvordan de forholder seg til erfarings- og forskningsbasert kunnskap. Jeg skal redegjøre for hva slags kunnskap som produseres i tekstene om de to selvhjelpsaktørene, og på denne bakgrunnen si noe om forholdet mellom erfaringer og kunnskap basert på forskning.

## ANONYME ALKOHOLIKERE OG AKTIVERING AV KUNNSKAP

Anonyme Alkoholikere (AA) kan spores tilbake til USA midt på 1930-tallet. Forretningsmannen Bill W og legen Bob S, som begge slet med alkoholisme, forsøkte i fellesskap å finne en vei ut av sitt avhengighetsproblem. Valverde (1998) skriver at AA kan sees som en representasjon på et vestlig og protestantisk verdisyn. Samtidig var det en bevegelse som vokste fram som en motsats og en kritikk til den dominerende avholdsbevegelsen og den rådende moralske forståelsen av alkoholisme som et produkt av personlig svak moralsk karakter (Valverde, 1998). AA-bevegelsen formet en tydelig motsats til den dominerende forståelsen av alkoholisme i sin samtid.

Anonyme Alkoholikere etablerte seg i Norge rett etter andre verdenskrig (Fekjær, 2009). Dette skjedde samtidig med en storstilt gjenoppbyggingsperiode og en omfattende velferdsstatlig satsing. Den norske velferdsstaten er under utforming, og en rekke av sivilsamfunnets oppgaver blir overtatt av staten eller inngår i nye former for korporativt samarbeid. AA står i en tydelig motsats til dette, og har aldri ønsket noen form for politisk eller statlig innblanding. Bevegelsen mot-

3. [https://www.aa.org/pages/en\\_US/read-the-big-book-and-twelve-steps-and-twelve-traditions](https://www.aa.org/pages/en_US/read-the-big-book-and-twelve-steps-and-twelve-traditions), januar 2013.

4. <http://www.norskselvhjelpsforum.no/>, januar 2013.

satte seg ikke samarbeid med fagfolk og profesjonelle, men de var tidlig opptatt av å ikke etablere noen form for avhengighet til dem. Slik sett sto AA i sterk kontrast til den sosialdemokratiske helse- og velferdspolitikken samtidig som den omfavnet fellesskapet mellom likemenn som et ideal.

I Storboka (the Big Book) fra 1939 dokumenterte AA fortellingene til de 100 første personene som klarte å «frigjøre» seg fra rusavhengighet. Vi kan lese følgende: «We, of Alcoholics Anonymous, are more than one hundred men and women who have recovered from a seemingly hopeless state of mind and body. ... We think this account of our experiences will help everyone to better understand the alcoholic.»<sup>5</sup>

AA materialiserte altså den erfaringsbaserte kunnskapen fra eget selvhjelpsarbeid ved å nedtegne og videreformidle slike fortellinger. Den personlige endringen av atferd betraktes som en form for tilfriskning som skjer gjennom hardt arbeid i fellesskap med personer som er i samme situasjon. Det å gjenerobre kontroll over eget liv og formidle denne personlige prosessen i form av fortellinger til andre i samme situasjon kan sies å være AA-bevegelsens sentrale prosjekt. De framhever samtidig at de har en flat organisasjon med store muligheter for innflytelse og påvirkning fra medlemmene.<sup>6</sup> Anonyme Alkoholikere karakteriserer seg som et fellesskap for dem som vil dele sine erfaringer med å leve med et alkoholproblem, og på den måten hjelpe andre med samme problem. Deres fortellinger viser hvordan erfart og objektivert kunnskap kan betraktes som stadier i en og samme prosess.

Hvilke representasjoner kan vi identifisere i AAs tekster om deres forståelse av sykdom? De skriver i forordet til Storboka i 1939: «Many do not comprehend that the alcoholic is a very sick person. And besides, we are sure that our way of living [with alcoholism] has its advantages for all.»<sup>7</sup> På dagens norske hjemmeside kan vi lese: «Erfarne AA medlemmer fortalte oss at alkoholisme er en sykdom som kan stanses i sin utvikling, og vi godtok de fakta som gjelder for denne spesielle sykdommen på samme måte som vi ville ha godtatt et hvert annet alvorlig helseproblem. For oss ble dette begynnelsen på et nytt liv.»<sup>8</sup>

For å løse sitt avhengighetsproblem må alkoholikere, ifølge AA, gi opp troen på at de kan kontrollere sin drikking, og dermed akseptere at de ikke kan konsumere

---

5. [https://www.aa.org/pages/en\\_US/read-the-big-book-and-twelve-steps-and-twelve-traditions](https://www.aa.org/pages/en_US/read-the-big-book-and-twelve-steps-and-twelve-traditions), januar 2014.

6. [https://www.aa.org/pages/en\\_US/read-the-big-book-and-twelve-steps-and-twelve-traditions](https://www.aa.org/pages/en_US/read-the-big-book-and-twelve-steps-and-twelve-traditions), januar 2014.

7. [https://www.aa.org/assets/en\\_US/en\\_bigbook\\_forewordfirstedition.pdf](https://www.aa.org/assets/en_US/en_bigbook_forewordfirstedition.pdf), januar 2014.

8. <http://www.anonymealkoholikere.no/aafordeg/aafordeg.php>, januar 2014.

alkohol. De mener at alkoholisme er en tilstand som må håndteres som en sykdom, og at en alkoholiker, i motsetning til andre, ikke kan kontrollere alkoholinntak og dermed heller ikke kan drikke alkohol på samme måten som andre. Før 1970 var ikke alkoholisme definert som sykdom i det internasjonale klassifiseringssystemet (ICD i regi av WHO).<sup>9</sup> For AA kan oversettelse inn i en medisinsk språkdrakt ha vært et spørsmål om sosial aksept framfor moralsk fordømming. Jeg vil samtidig si at deler av den offentlige opinionen i dag fortsatt ser på alkoholisme som selv-forskyldt på grunn av svak karakter og dårlig moral.

Både AA-bevegelsens egne tekster og vitenskapelige studier om dem viser at det er et fellesskap for personer med erfaringer fra det å leve med et alkoholproblem. Det er kun de som har et alkoholproblem, og som ønsker å gjøre noe med det, som kvalifiserer for medlemskap. Samtidig arbeider AA for at samfunnet skal endre den moralske forståelsen av alkoholisme og fordømmingen av den alkoholisererte; de forsøker å redefinere den rådende oppfatningen om at alkoholisme ikke er en sykdom (illness). Ifølge Vederhus (2009) bruker studier innen rusfeltet begrepet «kronisk livsproblem» om rusavhengighet i dag, og skriver at en person ikke er frisk selv om en er avholdende. Dette begrunnes med nyere nevrobiologisk forskning som mener å ha bevist at rusavhengighet leder til «strukturelle endringer i sentralnervesystemet».

Et annet interessant trekk ved AA er at allerede på 1950-tallet ble deres selvhjelpsgrupper, som også kalles 12-trinnsgrupper fordi de besto av 12 faser, tilpasset profesjonelle behandlingsmetoder. Med begrepet «12-trinnsgrupper» vises det til 12-trinnsprogrammet som ble utarbeidet av AA allerede på slutten av 1930-tallet. De ulike trinnene er beskrevet som en erfaringsbasert endringsprosess ved: «å innrømme rusproblemet, søke hjelp hos noe/noen utenfor seg selv, foreta en selvransakelse, gjøre opp for seg der man ser at man har påført andre skade, og forsøke å hjelpe andre rusavhengige som fortsatt sliter med rusproblemer» (Vederhus, Hjerkin & Kristensen, 2011, s. 1204). Dette kan omtales som både mentale og handlingsrettede endringsstrategier. Den såkalte Minnesota-modellen er et eksempel på et slikt samarbeid mellom AA-gruppene og private rehabiliteringsklinikker i USA (Vederhus, 2009, s. 3–6). Dette samarbeidet kan i våre dager sammenlignes med fenomenet «brukermedvirkning i tjenesteutforming». I tråd med Minnesota-modellen er tidligere rusmisbrukere sentrale aktører i rehabiliteringsprosessen, og i tillegg til tørrlagte rusmisbrukere deltar et tverrfaglig team med sin fagkunnskap. Her kobles altså erfaringskunnskapen til AA-medlemmer med psyko-sosial fagkunnskap fra ulike profesjonsgrupper. Dette er denne form

9. <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>, s 2, januar 2018.

for samarbeid som fanges i begrepet samproduksjon og kunnskapen representerer slik sett modus 2-kunnskap og er en blanding av personlige erfaringer og fagkunnskap.

Om AAs syn på forskning kan vi lese: «We shall be interested to hear from those who are getting results from this book, particularly from those who have commenced work with other alcoholics. We should like to be helpful to such cases. Inquiry by scientific, medical, and religious societies will be welcomed.»<sup>10</sup> Jeg vil omtale første setning som et eksempel på en skriftliggjøring av en erfaringsnær kunnskapsproduksjon basert på subjektive egenopplevelser. Den andre setningen, derimot, er et eksempel på åpenhet mot forskningsbasert kunnskap om andres erfaringer for å bli rusfrie. AA er altså genuint opptatt av å produsere personlig erfaringskunnskap om tilfriskning fra alkoholavhengighet og å formidle historier om dem som har fått kontroll over sitt alkoholproblem. Alle historier og opptredener anonymiseres. Fortelleren opererer ikke med etternavn, kun med fornavn, og her er anonymitetsprinsippet viktig (Brottveit, 2012; Brottveit & Feiring, 2013). Det er en felles identitet som alkoholiker som bringer dem sammen: «When writing or speaking publicly about alcoholism, we urge each of our Fellowship to omit his personal name, designating himself instead as ‘a member of Alcoholics Anonymous’.»<sup>11</sup> Når det gjelder forskning, er AA delvis åpen for vitenskapelige studier om dem, men de er altså ikke selv interesserte i å delta i akademisk kunnskapsproduksjon.

På den norske hjemmesiden kan vi samtidig lese at: «AA deltar ikke i eller gir bidrag til alkoholforskning.»<sup>12</sup> Dette vil jeg karakterisere som en exit-strategi i betydningen ikke ønske å delta i et samarbeid eller en annen form for samproduksjon med forskere, jf. Hirschman (1970). Til tross for denne innstillingen har det vært mye forskning på AAs selvhjelpsarbeid fra 1950-tallet og fram til våre dager. Samfunnsfaglige studier har primært anvendt observasjon og intervjuing, mens medisinske og helseorienterte studier har sett på effekter av selvhjelpsgrupper. Det har de siste tiårene vært en vekst i denne typen studier. Vederhus skriver at flere studier viser at AA-grupper har betydning for tilfriskning hos dem som deltar, men at dette ikke lar seg måle ved objektive tallbaserte instrumenter.

Dette viser at AA er opptatt av personlige fortellinger og erfaringer, altså det vi kan kalle selvkunnskap eller kunnskap om seg selv, men for AA er det sentrale prosjektet å dele slike personlige erfaringer med andre ved å nedtegne de selvopplevde historiene. AA er altså genuint interessert i å objektivere egne subjektive

---

10. <http://www.164andmore.com/words/inquiry.htm>, januar 2018.

11. [http://www.aa.org/pages/en\\_US/alcoholics-anonymous](http://www.aa.org/pages/en_US/alcoholics-anonymous). The Big Book 1939, januar 2015.

12. <http://www.anonymealkoholikere.no/2/hva-aa-ikke-gjor/> januar 2015.

erfaringer gjennom muntlige og skriftlige fortellinger og at den personlige erfaringen med å tilfriskne fra alkoholisme formidles og dermed aktiveres. Dette er et eksempel på Freeman og Sturdys (2014) poeng – at kunnskap best studeres i bruk, det er derimot ikke et eksempel på samproduksjon i Jasanoffs (2004) betydning av dette ordet. Anonyme Alkoholikere har, etter min vurdering, et tradisjonelt såkalt modus 1-syn på forskning. De skiller med andre ord tydelig mellom AAs produksjon av kunnskap gjennom egne fortellinger om å leve med et alkoholproblem og forskning på alkoholisme.

### NORSK SELVHJELPSFORUM OG AKTIVERING AV KUNNSKAP

På slutten av 1990-tallet etablerte en ny aktør seg innen selvhjelpsarbeid i Norge, stiftelsen Norsk selvhjelpsforum (NSF). En av oppgavene til NSF var å organisere forsknings- og prosjektmidler søkt og innvilget av selvhjelpsaktøren Angstringen. De mottok, i likhet med Angstringen, tidlig statlig støtte til virksomheten. I 2004 lanserte NSF i samproduksjon med helsemyndighetene en Nasjonal plan for selvhjelp (NSP) (Sosial- og helsedirektoratet, 2004), og et par år senere etablerte de sammen med nasjonale helsemyndigheter kompetansesenteret Selvhjelp Norge (SN). Helsedirektoratet delegerte til NSF å lede det nye nasjonale kompetansesenteret, samtidig ble direktoratet representert i NSF's styre. Det er selvhjelp i form av en institusjonalisert «kompetansesentermodell», som er det nye med denne aktørens virksomhet.

NSF's vedtekter (1998) beskriver sine primære oppgaver slik:

Norsk selvhjelpsforum – NSF [...] er rådgivnings- og samarbeidspartner for offentlige myndigheter/etater, interesse- og frivillige organisasjoner, fag- (forsker) miljøer, det offentlige, bedrifter og enkeltmennesker. [...] En av hovedoppgavene er å utvikle og formidle endringsverktøy (selvhjelp) samt systematisere erfaringsbasert kunnskap innen selvhjelp, (bruker)medvirkning, forebyggende og helsefremmende arbeid samt rehabilitering.<sup>13</sup>

Ifølge vedtektene har NSF fire sentrale oppgaver: «systematisere og dokumentere erfaringer med selvhjelp, bidra til metodeutvikling knyttet til selvhjelp, formidle erfaringer ved bruk av selvhjelp, medvirke ved etablering selvhjelpsgrupper» (NSF's vedtekter fra 1998, § 4). Gjennom det nasjonale kompetansesenteret, Selvhjelp Norge, ivaretas de tre første oppgavene; mens det er de lokale selvhjelps-

13. <http://www.norskselvhjelpsforum.no/>, januar 2013.

sentrene som hovedsakelig arbeider med igangsetting av selvhjelpsgrupper og ivaretar dermed den fjerde oppgaven. Samtidig vil jeg hevde at SN bryter med det vi kan kalle «selvhjelpsprinsippet» om at de som er involvert i selvhjelpsarbeidet, skal ha egenopplevde erfaringer fra en selvhjelpsgruppe. Ved det nasjonale kompetansesenteret og i de lokale selvhjelpssentrene arbeider det i dag mange personer som ikke selv har gått i selvhjelpsgruppe.

Om håndtering av sykdom og andre livsproblemer står det følgende på hjemmesiden til NSF's kompetansesenter (SN):

Et menneske kan ha en sykdom/plage, men allikevel håndtere dette på en sunn måte. Det er [dette] selvhjelpsforståelse handler om, håndtering og mestring av sykdom, skade, funksjonsnedsettelse eller andre livsproblemer; håndtering av livets normale svingninger. [...] Helse, sunnhet og mestring er tre viktige stikkord i arbeidet med selvorganisert selvhjelp. ... Selvhjelpsforståelse tar utgangspunkt i at alle mennesker har iboende ressurser som kan aktiveres, gjenerobres og mobiliseres når livsproblemer oppstår. Selvhjelp er å ta dem i bruk. Å eie et livsproblem, betyr å besitte erfaring og kunnskap som er mulig å ta tilbake og gjøre bruk av i egne endringsprosesser. Dette er like viktig både på individ- og systemnivå, og bidrar til styrking av annet helsearbeid.<sup>14</sup>

NSF har altså en bred tilnærming til livsproblemer. Det kan handle om sykdom eller andre vanskelige tilstander, men de hevder at det er viktig å ikke oversette livsproblemer til sykdom og medisinske tilstander. De er kritiske til språkbruk der enhver vanskelighet i livet omtales som en utfordring og ikke kan kalles et problem. Det skal være legitimt å ha problemer. NSF stiller for det første spørsmål ved at livsproblemer gjøres usynlige, og dernest at det enkelte menneske sykkeliggjøres av profesjonelle hjelpere. En annen sentral forskjell fra andre selvhjelpsaktører er at NSF anbefaler selvhjelpsgrupper sammensatt av personer med ulike livsproblem: En person kan slite med rus, en annen med angst og en tredje kan ha hatt kreft. NSF arbeider altså med et bredt spekter av sykdommer og plager som har det til felles at den enkelte også har et eget ansvar for å håndtere egne livsproblemer.

NSF's forskningsstrategi er nedfelt i to nasjonal planer fra 2004 og 2014 og som begge er utformet i samproduksjon med nasjonale helsemyndigheter (Helsedirektoratet, 2014; Sosial- og helsedirektoratet, 2004). I selvhjelpsplanen fra 2004 vises det til et bredt samarbeid med forskningsmiljøer, og vi kan lese følgende:

---

14. <http://www.selvhjelp.no/no/Selvhjelp/Helseforstaelse/>, januar 2013.

Forskning belyser og dokumenterer faktorer som er virksomme i selvhjelpsarbeidet og kan bidra til å ta i bruk og videreutvikle selvhjelpsarbeid på ulike arenaer. Dette innebærer bl.a.: å etablere kontakt med forskningsmiljøer for å skape grunnlag for gjennomføring av forskning og stimulere til forskning knyttet til selvhjelp; å etablere en bredt sammensatt referansegruppe for forskning på selvhjelp; å formidle kunnskap om selvhjelp med basis i funn i pågående forskning og ellers gjøre fortløpende bruk av forskningsfunn. (Sosial- og helsedirektoratet, 2004)

I den nasjonale selvhjelpsplanen fra 2014 omtales det å fremme «forskning på selvorganisert selvhjelp» som ett av fire hovedmål, og det står videre:

Forskning belyser og dokumenterer arbeidet med selvorganisert selvhjelp og kan gi viktige bidrag til videreutviklingen av arbeidet. Forskning i et lærings- og mestringsperspektiv og et lokalsamfunnsperspektiv vil utfylle den erfaringsbaserte kunnskapen som er opparbeidet både nasjonalt og internasjonalt gjennom mange år. (Helsedirektoratet, 2014, s. 7–8)

Helsedirektoratet har tildelt NSF og kompetansesenteret Selvhjelp i Norge oppgaven å ha oversikt over både nasjonal og internasjonal forskning, samt det å være dialogpartner med forskere som deltar i tilskuddsordningen (mottar midler til forskning). Samtidig står det uttrykkelig i planen at Selvhjelp Norge «ikke skal drive med forskning» (Helsedirektoratet, 2014, s. 15).

I likhet med AA er NSF opptatt av personlige erfaringer og å aktivere denne kunnskapen gjennom selvhjelpsgrupper, men de er noe mindre systematiske i denne form for aktivering av kunnskap enn AA er med sine 12-trinnsgrupper. NSF er, i motsetning til AA, opptatt av en annen form for aktivering, det vil si samproduksjon med myndigheter og forskere. Der AA har en tradisjonell exit-strategi i forhold til samproduksjon med myndigheter og forskere, men uttrykker sin stemme (voice) ved å delta på den offentlige arenaen, velger NSF lojalitet med myndighetene som strategi for å fremme sin egen stemme. NSF samarbeider, i motsetning til AA, med en rekke ulike aktører, både offentlige myndigheter og faglige eksperter.

## **SAMMENLIGNENDE DRØFTING**

Jeg vil først drøfte hvordan de to aktørene forholder seg til «brukermedvirkning i forskning» som en form for anvendt erfaringskunnskap, og deres relasjon til

forskningsbasert kunnskap. Deretter vil jeg problematisere hvilke representasjoner de to selvhjelpsaktørenes tekster aktiverer i forhold til erfaringer med sykdoms- og livsutfordringer, og hva dette kan bety for relasjonen mellom erfarings- og forskningsbasert kunnskap.

I 2014 ble konseptet «brukermedvirkning i forskning» håndhevet av helseminister Bent Høie i forbindelse med forskningsrådets lansering av forskningsprogrammet HelseVel (Feiring, Heiaas & Koren Solvang, 2017).<sup>15</sup> Det er derfor noe overraskende at ordet brukermedvirkning ikke nevnes i den reviderte selvhjelpsplanen fra samme år, og som er underskrevet av landets helsedirektør (Helsedirektoratet, 2014). I 2004-planen er ordet brukermedvirkning anvendt nærmest som et synonym for selvhjelpsarbeid – i betydningen den enkeltes egenaktivitet i forhold til mestring av et livsproblem (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Nasjonal selvhjelpsplan fra 2014 forholder seg altså ikke til det helsemyndighetene omtaler som brukermedvirkning i forskning (Helsedirektoratet, 2014). Hvordan kan dette forstås?

På den ene siden kan dette forklares med at selvhjelpsplanen fra 2014 ble forfattet før «brukermedvirkning i forskning» ble nedfelt som en forskningsstrategi av helse- og forskningsmyndigheter (Helsedirektoratet, 2014). Det kan også tolkes som at selvhjelpsaktørene ikke er enige i det nye konseptet om medvirkning fra «brukerne av forskningen i alle ledd av forskningsprosessen». For eksempel vil ikke AA være enige i dette, da de ikke ønsker å delta aktivt i forskning. Samtidig er det heller ikke gitt at NSF er enige med helsemyndighetene i deres etterspørsel etter flere studier som dokumenterer effekt av selvhjelpsgrupper i form av randomiserte kontrollerte studier (RCTs) – som er en type eksperiment-design (jf. Loland 2006). Vederhus (2009) hevder, for eksempel, at når det gjelder å måle virkninger av deltakelse i en selvhjelpsgruppe, er ikke randomiserte kontrollerte studier egnet fordi betydningen av deltakelse i en sosial gruppe ikke lar seg besvare uten at dem det gjelder, selv forteller om sin opplevelse. Det er altså ikke enighet mellom myndighetene, selvhjelpsaktører og helseforskere om hvilke forskningsmetoder som er egnet for å si noe om virkninger av å delta i en selvhjelpsgruppe.

Det er også mulig å fortolke forskningsstrategiene slik de er nedfelt i selvhjelpsplanene fra 2004 og 2014, som eksempler på mer myndighetsoverføring til selvhjelpsaktørene ved forskning, enn ved helsemyndighetenes anbefaling om «brukermedvirkning i alle ledd av forskningsprosessen» (Helsedirektoratet, 2014;

---

15. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/06/10/utlyser-200-millioner-tilforskning-pa-helse-og-velferdstjenester/>, November 2015. [http://www.forskningsradet.no/prognost-helsevel/Sentrale\\_dokumenter/1254005461908](http://www.forskningsradet.no/prognost-helsevel/Sentrale_dokumenter/1254005461908), November 2015.

Sosial- og helsedirektoratet, 2004). I de to selvhjelpsplanene tildeles, etter min vurdering, NSF en større grad av selvstyring av selvhjelpsforskning enn det som menes med «brukermedvirkning i alle ledd av forskningsprosessen». Dette kan eksemplifiseres slik: Ved lansering av tilskuddsordningen, «forskning på selvhjelp» i 2008, var NSF med på å utforme selve forskningsprogrammet og dermed også bestemme de temaene som det skulle forskes på. Det ble da ikke inkludert studier om effektforskning i programmet selv om det nasjonale Kunnskapscenteret i en rapport til Helsedirektoratet hadde etterlyst nettopp slike studier (Loland, 2006). I utformingen og utlysningen av «forskning på selvhjelp» var både NSF og Helsedirektoratet aktivt medvirkende.<sup>16</sup> De bestemte i fellesskap hvilke forskningsmiljøer som skulle tildeles midler. Dette innebar at de forskningsmiljøene som ikke tilfredsstilte selvhjelpsaktørenes eller helsemyndighetenes krav og ønsker, ikke mottok midler de påfølgende årene (jf. Hedlund & Landstad, 2012). Norsk selvhjelpsforum hadde ikke direkte innflytelse på forskernes design, forskningsspørsmål, metodevalg, tolkning og publiseringskanaler, men de var i posisjon til å forkaste foreslåtte temaer og studier som de ikke mente var interessante eller viktige. De kunne korrigere forskernes kurs gjennom en kontinuerlig dialog med dem, og de kunne velge å avslutte samarbeidet med forskere de ikke selv var enige i. Dette er problematisk dersom en ønsker å fremme forskning som også kritiserer selvhjelpsaktørene. Hensikten med selvhjelpsforskning, sett fra Norsk selvhjelpsforums ståsted, er å fremme forskning innen såkalt «selvorganisert selvhjelpsarbeid» og med hovedvekt på erfaringskunnskapen til den enkelte deltaker. I utlysningene om «forskning på selvhjelp» fra 2008 var det flere hovedtemaer (jf. fn. 15). Ett av dem var studier av selvhjelp i lokale kontekster. Forskningen skulle eksplisitt bidra til kunnskaps- og metodeutvikling, med andre ord påvirke eller endre praksis (Feiring, 2019b). En annen hensikt var å heve statusen til selvhjelpsarbeidet og skaffe kunnskap og argumenter for videre drift av de ulike selvhjelpssentrene samt formidle «budskapet om selvhjelpsarbeid» til hele landet. Bruken av ord som Norsk selvhjelpsforum og Selvhjelp Norge peker nettopp på at dette er en nasjonal virksomhet (Feiring 2019a).

Norsk selvhjelpsforum og kompetansesenteret Selvhjelp Norge var med på å avgjøre hvem som skulle forske på selvhjelp eller snarere «selvorganisert selvhjelp», hvilke temaer som skulle studeres, og de hadde en viss kontroll med forskerne underveis i prosessen gjennom jevnlig dialogmøter. De hadde med andre ord en betydelig mer kontroll og styring, enn det brukerrepresentantene er tildelt ved formuleringen «brukermedvirkning i alle ledd av forskningsprosessen».

16. Tilsagn fra Helsedirektoratet av 23.07 2009 vedrørende prosjektet «2008010975 – Forskning på selvhjelp». Arkiv NIBR/SVA/OsloMet.

Videre presiserer selvhjelpsplanene fra 2004 og 2014 at kompetansesenteret, Selvhjelp Norge, ikke skal drive med forskning, men dette trenger ikke å forstås som at det ikke er mulig for NSF å delta i forskning i tråd med «brukermedvirkning i forskning» om de ønsker det, eller delta gjennom andre former for styring eller medvirkning (Feiring et al, 2017, Feiring, 2019a, 2019b).

Ved å reflektere over hvorfor AA ønsker å definere alkoholisme som en sykdom, mens NSF snarere er opptatt av helse og mestring av livsproblemer, er det avgjørende å plassere, og dermed kontekstualisere, de to selvhjelpsaktørene som typiske produkter av ideer fra den tidsperioden de ble etablert. For AA handler det om å frigjøre seg fra en moralsk og senere en biomedisinsk forståelse av alkoholisme og dermed også den kliniske behandlingen av en slik tilstand. Norsk selvhjelpsforum ser ut til å avgrense sitt arbeid i forhold til biomedisinske og fagpsykologiske sykdomsforståelser og alternativt orientere seg mot en mer allmenn folkehelseforståelse med vekt på mestring av livsproblemer. I dag omtaler for øvrig AA rusavhengighet som et kronisk livsproblem (Vederhus, 2009). Hva betyr så dette for de to selvhjelpsaktørenes syn på forholdet mellom erfarings- og forskningsbasert kunnskap?

Anonyme Alkoholikere representerer det jeg vil kalle et fellesskap basert på en kritikk av den bestående moralske fortolkningen av alkoholisme. Deres prosjekt handler om å lære gjennom erfaringer at en person som er alkoholavhengig, kan leve med sin alkoholisme dersom vedkommende unngår at rusen tar kontroll over kropp og sinn. En alkoholavhengig person er etter AAs syn syk, alkoholisme er en sykdom, i betydningen biologisk avhengighet og dermed et alvorlig helseproblem. AA er opptatt av å samle nedtegnelser av medlemmenes egne erfaringer og fortellinger, hvordan de mestrer å leve med et alkoholproblem og at dette krever sterk selvdisciplin. Slik sett kan AAs sivilisasjonskritiske prosjekt forstås som et produkt av den erfaringskunnskapen de ønsker å objektivere og videreformidle til andre medmennesker i samme livssituasjon.

Det fellesskapet som AA utgjør, har en åpen innstilling til forskere, men de ønsker altså ikke selv å delta direkte i forskningsprosessen. Et argument for samproduksjon i forskning er at medvirkning i forskning er en demokratisk rettighet (Andreassen, 2004), det kan vi snu om på og hevde at det også er en demokratisk rettighet å si nei til slik deltakelse. Det er videre rimelig at AA er velvillige til forskning som støtter deres kritikk, men ikke til alkoholforskning som underminerer deres eget prosjekt til fordel for en mer medisinsk behandlingsmodell av alkoholisme. AA er ikke interessert i deltakelse i det helsemyndighetene omtaler som «brukermedvirkning i forskning», men de er åpne for at ulike forskere studerer AA som fenomen og som en form for tilfriskning.

Til forskjell fra selvhjelpsaktører som AA, har NSF et utstrakt samarbeid med myndighetene. De har utviklet en relativt komplisert nettverksorganisering med både nasjonale og lokale helse- og velferdsmyndigheter. Denne form for samproduksjon mellom offentlige og sivile aktører står i sterk kontrast til den globale og enkle organiseringen til AA, og dr. Bobs anbefaling: «Let's *keep it simple*.»<sup>17</sup> NSF's samarbeid med myndighetene kan også oppfattes som en kritikk av den tradisjonelle velferdsstatens profesjonsorienterte tilnærming til «psykiske helseproblemer». Når det gjelder å systematisere og dokumentere selvhjelpserfaringer, er NSF opptatt av formidling av forskning om selvhjelpskunnskap som erfaringsbasert, men det nasjonale kompetansesenteret (SN) skal ikke selv «utføre forskning» (Helsedirektoratet, 2014, s. 15).

AA og NSF har ulike syn på relasjonen mellom erfarings- og forskningsbasert kunnskap om selvhjelp. Det er sentralt for begge aktørene at personlige erfaringer dokumenteres, systematiseres og formidles. Med støtte i begrepene til Freeman og Sturdy (2014) kan vi si at de er opptatt av at personlige erfaringer objektiveres og aktiveres. Samtidig er NSF et produkt av kunnskapssamfunnet og dagens styringsformer og de går betydelig lenger i forhold til deltakelse og aktivisering av forskningsbasert kunnskap. Med bruk av Hirschmans (1970) begreper *exit*, *voice* og *loyalty* kan vi si at AA anvender *exit*-strategien ved å ikke ønske å inngå i et direkte forskningssamarbeid, mens NSF's forskningsstrategi kan forstås som et vekselspill mellom det å spille på lag med myndighetene (*loyalty*) og samtidig heve sin stemme (*voice*) der de er uenige både overfor myndigheter og forskere. Gjennom selvhjelpsplanene fra 2004 og 2014 har NSF utformet en strategi for selvhjelpsforskning der myndighetene overfører mer makt og kontroll til dem som selvhjelpsaktør enn ved helsemyndighetenes konsept «brukermedvirkning i alle ledd av forskningsprosessen».<sup>18</sup> Det gjenstår derimot å se om selvhjelpsaktørene, som er studert her, vil forholde seg lojalt til myndighetens konsept om medvirkning under hele forskningsprosessen i framtiden, eller om de vil fortsette å fremme sin kritiske stemme, dersom forskningen ikke likestiller den erfaringsnære selvopplevede kunnskapen som selvhjelpsbevegelsen er tuftet på med andre typer kunnskap.

Denne studien viser at AA har et tradisjonelt syn på forskning, omtalt som modus 1, mens NSF har et mer aktuelt syn på kunnskapsproduksjon, også omtalt som modus 2. Dette viser at begge aktørene er et produkt av den samfunnsperioden og de samfunnsstrukturer de er oppstått i. De to selvhjelpsaktørene er opptatt

17. <http://silkworth.net/pdfGSC/Lets-Keep-It-Simple-But-How-Jul-1960.pdf>, desember 2017.

18. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/06/10/utlyser-200-millioner-tilforskning-pa-helse-og-velferdstjenester/>, November 2015. [http://www.forskningsradet.no/prognett-helsevel/Sentrale\\_dokumenter/1254005461908](http://www.forskningsradet.no/prognett-helsevel/Sentrale_dokumenter/1254005461908), November 2015.

av å ha en tydelig stemme i offentligheten, de har et budskap til samfunnet – ved å fremme sin stemme, men de velger ulike strategier i forhold til myndigheter og forskere. AA velger exit i forhold til samarbeid med myndigheter og forskere, mens NSF velger lojalitet med myndighetene og samproduksjon med et bredt spekter av aktører. NSF ønsker å ha en stemme i offentligheten, deres prosjekt er å fremme selvhjelpssaken, og arbeide sammen med forskere og myndigheter for å fremme egen virksomhet.

Et interessant tema for videre forskning vil være å utfordre konseptet «brukermedvirkning i forskning» med «brukerstyrt forskning», ved å foreta et forsknings-samarbeid med flere selvhjelpsaktører (inkludert AA og NSF) og personer som selv har deltatt i ulike typer selvhjelpsgrupper.

## LITTERATUR

- Andreassen, T. A. (2004). *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat* (PhD avhandling). Universitetet i Oslo, Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie, Oslo.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(1), 24–36.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. I J. G. Richardson (Red.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood Press.
- Brottveit, Å. (2012). *Selvhjelpsarbeid i en lokalsamfunnskontekst. Notat fra en forstudie*. Oslo: Diakonhjemmets høgskole.
- Brottveit, Å. & Feiring, M. (2013). Endringsarbeid i selvhjelpsgrupper – perspektiver på deltakelse og samarbeid: Norsk institutt for by- og regionforskning, Diakonhjemmets høgskole og Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Brottveit, Å. & Feiring, M. (2019). *Samarbeid om selvhjelp. En antologi om den nye selvhjelpsbevegelsen i Norge*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Feiring, M. (2013). Politicisation of Self-Help in Norway. *Citizenship and Social Development. Citizen Participation and Community Involvement in Social Welfare and Social Policy*, 31, 207–220.
- Feiring, M., Heiaas, I. & Koren Solvang, P. (2017). Fra deltakelse til brukermedvirkning i helseforskning. I M. Feiring, I. R. Knutsen, T. I. Juritzen & K. Larsen (Red.), *Kritiske perspektiver i helsefagene – utdanning, yrkespraksis og forskning*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Feiring, M. (2019a). Fra sivil aktivitet til folkehelsearbeid – om politisering av selvhjelpssaken. I A. Brottveit & M. Feiring (red.), *Samarbeid om selvhjelp. En antologi om den nye selvhjelpsbevegelsen i Norge*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Feiring, M. (2019b). Nasjonal selvhjelpssatsing møter lokalsamfunnet. I A. Brottveit & M. Feiring (red.), *Samarbeid om selvhjelp. En antologi om den nye selvhjelpsbevegelsen i Norge*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Fekjær, H. O. (2009). *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Freeman, R. & Sturdy, S. (2014). *Knowledge in policy: Embodied, inscribed, enacted*. Bristol: Policy Press.
- Geertz, C. (1983). *Local knowledge – Further essays in interpretive anthropology*. New York: Basic.
- Haraway, D. J. (1991). *Simians, cyborgs, and women the reinvention of nature*. London: Free Associations Books.
- Hedlund, M. & Landstad, B. J. (2012). The Construction of Self-Help in Norwegian Health Policy. *International Journal of Self-Help and Self-Care*, 6 (1), 65–87.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal plan for selvorganisert selvhjelp* (IS-2168).
- Hirschman, A. O. (1970). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Høgsbro, K. (1992). *Sociale problemer og selvorganisert selvhjelp i Danmark*. Samfundslitteratur: Fredriksberg.
- Jasanoff, S. (2004). *States of knowledge: The co-production of science and social order* (International library of sociology). London: Routledge.
- Katz, A. H. & Bender, E. I. (1976). Self-help groups in Western society: History and prospects. *Journal of Applied Behavior Science*, 12(3), 265–282.
- Loland, N. W. (2006). *Effekt av selvhjelpsgrupper ved angst og depresjon: Kunnskapsoppsummering* (Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 21-2006). Oslo.
- Nehring, D., Alvarado, E., Hendriks, E. & Kerrigan, D. (2016). *Transnational Popular Psychology and the Global Self-Help Industry. The Politics of Contemporary Social Change*. London: Palgrave MacMillan.
- Nowotny, H., Scott, P., & Gibbons, M. (2001). *Re-thinking science. Knowledge and the public in an age of uncertainty*. Cambridge: Polity Press.
- Nowotny, H., Scott, P. & Gibbons, M. (2003). Introduction: ‘Mode 2’ Revisited: The New Production of Knowledge. *A Review of Science, Learning and Policy*, 41(3), 179–194. doi: 10.1023/A:1025505528250
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Nasjonal plan for selvhjelp* (IS-2112).
- Valverde, M. (1998). *Diseases of the will: Alcohol and the dilemmas of freedom*. Cambridge; New York: Cambridge University press.
- Vederhus, J.-K. (2009). *Selvhjelpsgrupper i rusfeltet: Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling*, Sørlandet Sykehus HF.
- Vederhus, J.-K., Hjerkin, B. & Kristensen, Ø. (2011). Selvhjelpsgrupper for rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(12), 1204–1206.

## NETTADRESSER

- <http://www.anonymealkoholikere.no/pdf/kirke.pdf>, januar 2013.
- [https://www.aa.org/pages/en\\_US/read-the-big-book-and-twelve-steps-and-twelve-traditions](https://www.aa.org/pages/en_US/read-the-big-book-and-twelve-steps-and-twelve-traditions), januar 2013.
- <http://www.norskselvhjelpsforum.no/>, lastet ned i januar 2013.
- [https://www.aa.org/pages/en\\_US/read-the-big-book-and-twelve-steps-and-twelve-traditions](https://www.aa.org/pages/en_US/read-the-big-book-and-twelve-steps-and-twelve-traditions), januar 2014.
- [https://www.aa.org/assets/en\\_US/en\\_bigbook\\_forewordfirstedition.pdf](https://www.aa.org/assets/en_US/en_bigbook_forewordfirstedition.pdf), januar 2014.
- <http://www.anonymealkoholikere.no/aafordeg/aafordeg.php>, januar 2014.
- <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>, s 2. januar 2018.
- <http://www.164andmore.com/words/inquiry.htm>, januar 2018
- [http://www.aa.org/pages/en\\_US/alcoholics-anonymous.TheBigBook1939](http://www.aa.org/pages/en_US/alcoholics-anonymous.TheBigBook1939), januar 2015.
- <http://www.anonymealkoholikere.no/2/hva-aa-ikke-gjor/> januar 2015.
- <http://www.norskselvhjelpsforum.no/>, januar 2013.
- <http://www.selvhjelp.no/no/Selvhjelp/Helseforstaelse/>, januar 2013.
- <http://silkworth.net/pdfGSC/Lets-Keep-It-Simple-But-How-Jul-1960.pdf>. desember 2017.
- <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/06/10/utlyser-200-millioner-tilforskning-pa-helse--og-velferdstjenester/>, November 2015.
- [http://www.forskningsradet.no/prognett-helsevel/Sentrale\\_dokumenter/1254005461908](http://www.forskningsradet.no/prognett-helsevel/Sentrale_dokumenter/1254005461908), November 2015.