

Sundet, R. (2022). «Intet unntak uten en regel»: Om brudd som muligheter for en stat som vil oss vel. I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 297–314). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200913>

13

«Intet unntak uten en regel»

Om brudd som muligheter for en stat som vil oss vel

Rolf Sundet

Den norske velferdsstaten

Velferd, å ferdes vel, i en stat som sørger for at vår ferd fra vogge til grav skjer vel. Vike, Debesay og Haukelien (2016) identifiserer velferdsstatens glansperiode fra rundt 1960 til 2005. Velferdsstaten baserer seg på prinsipper om å sikre sine medborgere i situasjoner med sykdom, arbeidsledighet, alderdom og utfordringer, hvor en er avhengig av andre. Staten tar på seg oppgaven å yte tjenester til dem som trenger slike. I tillegg søker den å utjevne økonomiske forskjeller gjennom å sikre overføringer som for eksempel barnetrygd. Og alderstrygd. Velferdsstaten er på mange måter et vellykket prosjekt. En økonomisk utvikling fra andre verdenskrig via oljealderen og fram til i dag har sikret meg og mine en utdanning, trygg, god utdanning, sosial sikkerhet og gode helsetjenester.

Å være borger i velferdsstaten betyr på den ene siden, gjennom tillit og vilje til å se staten som en velgjører, å avgi autonomi til denne staten (Vike, Debesay & Haukelien, 2016). På den andre siden, i dagens situasjon, styrkes en skepsis til staten knyttet til spørsmålet om velferdsstaten er i ferd med å endres på negative måter. Å avgi autonomi har betydning å innordne seg regler som gjelder for arbeidslivet når det gjelder arbeidstid, lønn, arbeidsmiljø, faglighet og yrkesetikk. Som lønnsinntaker har jeg akseptert den skatten og de avgiftene som pålegges meg. Jeg har akseptert at de ressurser som staten forvalter, fordeles til dem som trenger det mest. Syke, fattige, arbeidsledige, eldre eller andre med særskilte behov og utfordringer, aksepteres som personer som har forrang når ressurser fordeles. Det betyr at jeg er villig til å bidra til fellesskapet med en mulighet for ikke å få annet igjen enn vissheten om at om jeg skulle trenge hjelp og støtte, så vil jeg få det. Jeg har akseptert at forskjellige personer har forskjellige behov. Jeg har akseptert at et rettferdig samfunn og et tilbud til befolkningen innebærer at vi får forskjellige tiltak og ulik grad av hjelp. Rettferdighet innebærer forskjellighet, samtidig som vi sammen i velferdsstaten arbeider med å redusere sosiale og økonomiske ulikheter. Dette er grunntrekk i velferdsstaten slik jeg har lært den å kjenne gjennom min oppvekst og deltagelse i den.

Til tross for at velferdsstaten langt på vei må sies å være et vellykket prosjekt, tydeliggjøres nå utfordringer. Vi kjenner finanskrisene både fra 80-tallet og fra det første tiåret i vårt årtusen. Hver gang ordet «finanskrise» dukker opp, styrkes budskapet om å effektivisere og økonomisere offentlig sektor (Kroken & Madsen, 2016). «Avstanden mellom forpliktelsene som offentlige myndigheter har påtatt seg på den ene siden, og på den andre siden kapasiteten til å yte, har økt dramatisk» (Vike et al., 2016, s. 17). Økende forpliktelser fra politikeres side, og spørsmål om vilje til finansiering skaper et spenningsfelt som forplanter seg på alle nivåer i den norske staten, fra det politiske hvor partiene strides om å tilby det beste samfunnet, til nivået hvor helse- og sosialarbeidere skal realisere velferdsstatens mål og idealer. I dette spenningsfeltet trådte en idé inn på den samfunnsmessige arenaen. Det var ideen om å etablere organiseringsformer og metoder som i stedet for å fortsette å sende penger inn i det offentlige systemet, i stedet skulle bidra til at ressurser og finanser ble stykket opp og håndtert i enkeltkomponenter for at de dermed skulle kunne utnyttes og kontrolleres bedre. Det begrepet som mest blir forbundet med denne ideen, er New Public Management (NPM).

New Public Management

NPM faller inn under den politiske ideologien som omtales som neoliberalisme. Neoliberalismen er det frie markedet og frihandelens ideologi. «Begreper som 'gründer', 'entreprenørskap' og 'valgfrihet'» (Madsen, 2017, s. 133) gis forrang, mens ord som «... 'solidaritet', 'samhold' og 'samhørighet'» (Madsen, 2017, s. 133) er i tilbakegang. Det selvstyrte og initiativrike individet blir framhevet som ideal. Det autonome enkeltindivid blir «det altomfattende politiske referansepunktet ... som alle de politiske partiene til venstre eller høyre er nødt til å forholde seg til» (Madsen, 2017, s. 136). Ideen er at sosial rettferdighet oppnås best gjennom markedet og dets mekanismer. Privatisering og avregulering skal sette individet fri til å realisere uanede muligheter innenfor det frie marked. I offentlig virksomhet er målsetninger å forbedre kostnadseffektivitet og styrke en resultatorientering. Det er strategier for økt effektivitet, ansvarstaking og produktivitet innenfor en markedsliberal ramme som skal sørge for at denne målsetningen blir realisert.

Dette har ført til store endringer for den enkelte helsearbeider. For eksempel blir idealet innenfor psykisk helsevern at terapi skal bli kortere. Terapeuten skal være en spesialist som følger anbefalte spesifikasjoner for terapeutisk virksomhet. Høy grad av kontroll via dokumentasjons- og overvåkingssystem vektlegges. Datasystem som Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus (DIPS) legger føringer for hvordan og hva som fagfolk skal dokumentere. Utredning, diagnostikk og behandling skal bidra til økt effektivitet, produktivitet og ansvarlighet.

Erfaringer med NPM har tydeliggjort en rekke dilemmaer og utfordringer for helsearbeidere (Sundet, 2021). Disse dilemmaer og utfordringer har nødvendiggjort en forståelse av hva det vil si å være en del av vårt psykiske helsevern. Erfaringer viser at intet system er perfekt – det er alltid noe og noen som ikke passer inn. I møtet med slike begrensninger i psykisk helsevern for barn og unge må det være en viktig del av jobben å søke å overskride disse i møtet med den enkelte bruker og pårørende. Erfaringene med NPM i psykisk helsevern har vist at systemets svakheter må kompenseres av den enkelte helsearbeider. Det innebærer at den enkelte helsearbeider må foreta brudd med de styrende prinsipper for den tjenesten de er del av, for å realisere velferdsstatens egne målsetninger om et rettferdig og likeverdig behandlingstilbud (Meld. St. 34, 2015–2016). Dette innebærer et stort ansvar

og en potensiell belastning for denne helsearbeideren. I det følgende vil jeg beskrive hvordan dette er blitt tydelig i praksisen til Familieteamet.

En familiebasert praksis

Det begrepsmessige holdepunktet for Familieteamet er *familiebasert praksis* (Sundet, 2016a). Sentralt i denne praksisen er samarbeid (Sundet, 2011). Målgruppen er familier som trenger et mer intensivt tilbud enn det en poliklinikk kan gi, og det er familier som har prøvd annen behandling uten ønsket resultat. Startstedet for samarbeidet er hva familien ønsker skal skje og hva de vil oppnå gjennom kontakten med teamet. Samarbeid innebærer å skape muligheter for å respondere på hverandres innspill. De målene som settes, søkes nådd gjennom at de forskjellene som deltagerne representerer, anvendes som materiale for det terapeutiske arbeidet. Familiens og terapeutenes forskjeller i alder, bakgrunn, rolle, erfaringer og perspektiver gir muligheter for å oppdage nye veier for utvikling i familiens liv. Det er terapeutenes oppgave å legge til rette for at samarbeidet kan etableres og vedvare.

Når vi møter en familie, har familiemedlemmene forskjellig innstilling til å starte samarbeidet. En eller begge av foreldrene har en sterk bekymring knyttet til en eller flere av barna angående skole, venner eller annet – og en eller begge ønsker derfor kontakt med oss. Andre i familien kan av forskjellige grunner være skeptiske til et slikt samarbeid. Mange barn og unge har erfaringer med at det å sette seg ned å snakke om problemer bare fører til flere vansker. Foreldre og andres bekymring blir lett opplevd som beskyldninger om at noe er «feil» med dem eller at de er årsaken til problemer i familien. Mange er derfor skeptiske til det å sette seg ned å snakke sammen med oss. De har erfaringer med å ikke bli hørt. Mennesker i terapi/behandling opplever ikke å bli forstått på måter som passer deres egen opplevelse. Nøling og et «nei» til terapeutens innspill og forståelser er derfor avgjørende for vårt arbeid, fordi det er gjennom familiemedlemmenes nøling og «nei» at vi får vite hva vi *ikke* skal arbeide med. Nøling, å være avventende eller direkte å si «nei» blir et startsted for brukerne og terapeutene, og kan deretter finne ut hvordan de kan arbeide sammen. Hva kunne det lønne seg å gjøre? Hvilke forståelser vil være mest til hjelp for både familien og oss terapeuter i vårt samarbeid?

En familiebasert praksis innebærer at alle familiemedlemmene må være i sentrum. Alles stemme må høres, tas hensyn til og utforskes. Fokus for arbeidet må være familiens stemmer, i betydningen mangfoldet av forskjellige og felles anliggender som uttrykkes av familiemedlemmene. Et sentralt redskap er å anvende standardiserte verktøy for kontinuerlig tilbakemelding fra familiene (Sundet, 2012, 2014). Tilbakemelding fra familien på hva som skjer i vårt samarbeid. Er vi til hjelp? Skjer det en ønsket utvikling? Hva med vårt, terapeutenes, bidrag? Bidrar vi til at samarbeidet fungerer? Har vi en terapeutisk allianse som fungerer? Er det noe vi bør gjøre annerledes? Summen av dette er det som kalles en skreddersydd behandling (Wampold & Imel, 2015).

I arbeidet med slike tilpasninger til familienes ønsker og behov er vår erfaring at endringer i velferdsstaten skaper utfordringer. Mange av utfordringene er utilsiktet fra helsebyråkratiet sin side, hvor en kan spørre om byråkratets forordninger er til skade for enkeltklienter og familier? Hva innebærer dette for oss som helsearbeidere, vi som er forpliktet til å yte helsehjelp på en forsvarlig og likeverdig måte? Hva da, når statens egne mål om rettferdig og likeverdig behandling står i motsetning til dennes forordninger og anvisninger? La oss vende blikket mot velferdsstatens nye styringsformer.

En problematisk trekant

Hvordan er det NPM-orientert ledelse og organisering søker å realisere velferdsstatens prinsipper og idealer? Målet er forsvarlig, rettferdig og likeverdig behandling for alle (Meld. St. 34, 2015–2016). I dag søkes dette oppnådd gjennom bruk av nasjonale pakkeforløp med beskrivelser av «... normerende pasientforløp for diagnoser eller grupper av pasienter» (Helsedirektoratet, 2019a, s. 1). Erfaringene som drøftes i dette kapittelet, er gjort da *Veilederen for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (Helsedirektoratet, 2008) var rådende. De betingelsene denne satte opp for arbeidet, finner vi i dag igjen i *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge* (Helsedirektoratet, 2019b). Begge beskriver en systematisk sekvens av handlinger som starter med utredning. Denne skal ende i en diagnose som blir veiledende for hvilke behandlingsmetoder som skal anvendes. Den rådende ideen er klar; diagnosen skal bestemme behandlings-

metode. Brukermedvirkning settes i høysetet, men det er i beste fall uklart om hvordan forholdet mellom utredning og diagnose på den ene siden og brukerperspektiv på den andre, skal forstås og utøves. I pakkeforløpet sies følgende: «Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) Øst og Sør har utviklet en elektronisk håndbok for oppsummert forskning om effekt av tiltak ved psykiske lidelser hos barn og unge (buphandboka.no)» (Helse- direktoratet, 2019c, s. 2). Selv om den understreker at behandlingsvalg skal drøftes med brukerne, er både målsetning og fokus for behandlingen bestemt av diagnosen. Det er lett å tenke seg at dette innebærer valg av behandlingsmetode, særlig fordi en bør ha et kunnskapsbasert grunnlag for sine valg av behandling. Hva er så dette kunnskapsgrunnlaget? Det er den medisinske modellen og dens kunnskapsformer, ikke brukernes stemme, som skal legges til grunn for arbeidet.

Evidensbasert kunnskap er sentralt i utviklingen av de moderne helse-tjenestene (Force, 2006). Det randomiserte kontrolldesignet (RKD) er den forskningsmetoden som gis sterkest vekt og mest sentral posisjon i denne utviklingen. Nært knyttet til den posisjonen er den medisinske modellen. RKD har over de siste 30–40 årene vært knyttet til en spesifikk idé (Anjum, 2016). Ideen, eller snarere det metodiske prinsippet i den medisinske modellen, er at når du har en diagnose, og en behandlingsmetode som har vist seg å ha effekt for en bestemt diagnosegruppe, må metoden brukes på alle individer i denne gruppen. Sagt på en annen måte; den medisinske modellen passer inn i et kunnskapsbilde hvor det er relasjonen mellom tilstand/lidelse/diagnose og metode som er avgjørende, ikke relasjonen mellom bruker og terapeut, selv om denne relasjonen skal inkluderes i arbeidet. Gjennom standardiserte utredninger skal den profesjonelle aktøren/terapeuten sette en diagnose som så peker ut den metoden som det er korrekt å bruke. Den medisinske modellen og RKD utgjør to sider av en trekant. La oss gå til den siste siden; NPM-prinsipper.

Å stå til ansvar er en sentral verdi i helsevesenet. Innenfor NPM sikrer man dette ved standardisering av det som skal gjøres. Begrunnelsen for standardisering er, som vi så ovenfor, å finne i den medisinske modellen og bruken av RKD. Ideen er at samme diagnose gir samme metode. Ved å standardisere, i betydning på forhånd bestemme hvilke metoder som skal brukes ved hvilke diagnoser, og at dette dokumenteres i journalsystemet, skal en sikre forsvarlig behandling. Samtidig bygger dette på ideen om at den rette

behandling alltid er den som er funnet å virke i en RKD. En slår flere fluer i en smekk. Ansvarlig og effektiv behandling sikres gjennom å standardisere hva en skal gjøre. En standardisert manual som spesifiserer hvordan terapeuten skal gjennomføre behandlingen, er et krav ved RKD. Sist, men ikke minst vil en hele tiden ha oversikt over hvilke ressurser som brukes. Så snart diagnosen er satt, kan en beregne hvor mye ressurser som skal brukes på hver sak. Ikke bare hva en gjør, hvor en gjør det og med hvem, standardiseres, men hvor mye tid som skal anvendes. Det er lett å se fordelene ved en slik trekant for både politikere, byråkrater og ledere av helseinstitusjoner. Den trekanten som den medisinske modellen, RKD og NPM-prinsippene utgjør, befester et system som skal sikre et likeverdig, rettferdig og effektivt tilbud. Så hva er problemet?

Et avgjørende problem er at når vi har en metode som er undersøkt med RKD, vet vi ikke bare at en andel får hjelp, men også at det er en andel pasienter som ikke får hjelp. Ved å prioritere en spesifikk metode for en diagnosegruppe står en i fare for å marginalisere dem vi vet ikke får hjelp. Det som er problemet, er forholdet mellom de realitetene vi står i som behandlere, og de forskningsresultater som søker å representere denne realiteten. Når noen ikke får hjelp, må en konkludere med at terrenget er mer sammensatt enn kartet som bare inkluderer de som får hjelp. I stedet for å endre kartet der dette ikke passer med terrenget, er det tegn som tyder på at det innenfor NPM er en tendens til å ville endre terrenget slik at det passer til kartet; de modellene og standardene som ligger på bordet. Erfaringene fra Familieteamet er at ledelsen lett leter etter aspekter ved pasient eller familien som kan forklare eventuell mangel på endring. Gjennom begreper som «manglende motivasjon», «utilgjengelig for terapi» eller «lav mentaliseringsevne» omgjøres metodiske begrensninger til personlige begrensninger. Det er unødvendig å bruke ressurser der hvor folk ikke er tilgjengelig eller motivert for hjelp, så dermed kan saken avsluttes og penger spares. Problemet er bare at forskningen peker en annen vei.

Avgjørende forskningsfunn

Gjennomgående funn fra metaanalyser av forskning på psykoterapi viser at psykoterapi gir gode resultater. Den gjennomsnittlige psykologisk lidende personen som mottar psykoterapi, vil ha det bedre enn 80 % av de som ikke mottar psykoterapi (Wampold & Imel, 2015). Samtidig understreker forskningen at dette resultatet viser at det er personer som ikke får hjelp av de undersøkte metodene. Ingen metode er til hjelp for alle. Videre er konklusjonen at de samlede funn innenfor psykoterapiforskningen ikke gir noen støtte til den medisinske modellen (Wampold & Imel, 2015). Det er lav støtte for at diagnoser kan brukes som prediktor for hvilket utfall terapi vil gi (Duncan, 2010). Diagnose er først og fremst en billett til helsetjenester i velferdsstaten. Den er også en kommunikasjon om lidelse, men har samtidig den faren at diagnosen kan bidra til eksklusjon og sosial isolasjon gjennom stigmatisering. Sist, men ikke minst er diagnosen en måte å beskrive tilstander, smerte og lidelser på. Diagnoser er beskrivelser som forbereder terapeuter på hva denne kan erfare i møtet med den som har fått diagnosen. Innenfor den ovennevnte trekanten er diagnosen et redskap for valg av metode, til tross for at det er lite dokumentert sammenheng mellom diagnose og resultat av terapi (Duncan, 2010). I stedet er *den terapeutiske alliansen*, tidlig opplevd endring og et empatisk og godt samarbeid empirisk begrunnet (eller dokumentert?) som kunnskapsbasert praksis (Norcross & Lambert, 2019).

Innenfor dagens evidensbaserte metoder er målet for standardiserte utredninger å komme fram til den rette diagnosen. Jeg har forsøkt å finne forskning som utforsker sammenhengen mellom utredning og utfall av terapi, men finner lite eller ingen forskning på dette. Denne situasjonen har ført til dilemmaer for Familieteamet etter som kravene til å legge utredning og diagnostikk, med påfølgende behandlingsplaner, som grunnlag for vår behandlingspraksis er blitt sterkere og sterkere. Vår erfaring er at vi må arbeide med allianse og samarbeid med brukere/pasienter *før* vi kan starte utredning og diagnostikk. I den grad en starter arbeidet med anbefalte behandlingsmetoder som er evidensbaserte, må det utføres på en måte som understøtter og utvikler allianse og samarbeid. Dette er særlig viktig i kontakten med barn og unge. Familieteamet har erfaringer med utrednings-trotte barn og unge hvor utredningen har *hindret* et godt behandlingsarbeid. Med fokus på bruk av standardiserte tester rapporterer barnet, den unge og/

eller foreldrene opplevelser av ikke å bli hørt, forstått eller trodd (Sundet, 2011). Manglende hjelp og framgang er direkte knyttet til at familien opplever seg presset inn i et format hvor fokus er på at terapeuten; en ekspert som alltid vet best og mest. Eksperten skal finne ut hvilke feil, lidelse, problem, skade eller lyte som er til stede, snarere enn at familien møtes på det de kommer med. I den familiebaserte praksisen er det viktig å forstå noe *sammen* med familien, mer enn at terapeuten, gjennom sin teoretiske og forskningsbaserte kunnskap, skal sitte utenfor situasjonen og forstå den henviste og dennes familie.

Familieteamet har erfart at velferdsstaten med dens ambisiøse målsettinger forvitrer innenfra i spennet mellom krav til hva systemene krever at vi skal gjøre, og møte familier som viser hva som faktisk fungerer. Standardisering av tilbud får den paradoksale effekten for vår målgruppe at de hindres fra å få behandling som virker. Det er en klar konklusjon fra psykoterapiforskningen at behandlingsopplegg må skreddersys til den enkelte klient og familie (Norcross & Lambert, 2019). Ved å vektlegge standardisering og den medisinske modellen blir tilbudene basert på en idé om «den generaliserte pasient». Unike personer må i dag i stor grad tilpasse seg denne teoretisk konstruerte «pasienten». Terrenget må endres fordi kartet er vedtatt. Det blir overvåket og kontrollert av helsetilsyn og ledere i helseforetak og kommuner at det brukes rett. I dette spenningsfeltet, med dilemmaer mellom hva som virker og hva som bestemmes, arbeider terapeuter og helsetilbydere hver dag. Vi skal realisere en velferdsstat bestemt av generelle veiledningsdokumenter, regler og forordninger som er basert på forskning på grupper av personer. Dette skal skape et rettferdig og likeverdig helsetilbud. Det store spørsmålet er hvor mye det som gjelder for mange, også gjelder for den enkelte? Der den enkelte ikke passer inn, står en i fare for at det som hjelper mange, i beste fall ikke er til hjelp, i verste fall at behandling som ikke passer, kan være skadelig for noen barn, unge og deres familier. Vi må diskutere hva slike dilemmaer har gjort for velferdsstatens praksis.

Brudd som nødvendig helsehjelp

I møtet med våre målgrupper er praksis blitt formet ut fra de responser vi har fått på hva vi har gjort sammen med familiene. Vi har lært og utført på bakgrunn av tilbakemeldinger vi får når det gjelder utfall av hva vi gjør, hva vi må beholde og endre av våre arbeidsformer (Sundet, 2012). I våre erfaringer fra dette arbeidet trer følelsen av at vi gjør noe «galt» fram. Samtidig at dette «gale» er til hjelp for familiene. Det er gjennom brudd på veiledere og sentrale ideer fra politikere, helsebyråkrater og ledere i helseforetaket at vi har vært til hjelp. Vi har passet oss vel for ikke å bryte relevante lover, samtidig som vi har gjort valg som oppleves å være på kanten av det som anbefales eller kreves gitt veiledning og forordninger fra våre myndigheter. Hver gang vi finner oss i en slik situasjon, erfarer vi at dette har å gjøre med at vi velger å ta familien som utgangspunkt og følge dennes preferanser, kunnskaper og anvisninger. Gjennom å følge familien erfarer vi både å være til hjelp og at vi foretar brudd som skaper følelsen av «å gjøre noe galt».

Å følge innebærer å avpasse metode etter familiens preferanser, som betyr å tro på familiens historie om viktige hendelser og særlig krenkelser. Via hva familien sier, søker vi å finne ut hvordan gå sammen med dem. Målet er utforskning som skaper muligheter for hvordan de og vi skal bevege oss videre, de som familie og vi som terapeuter. Oppmerksomheten rettes mot det som skjer opplevelsesmessig i øyeblikket. Den metaforen som er blitt viktig for oss, er «å få smake på det»; at vi som terapeuter tillater oss å kjenne noe av det samme som familien kjenner. Dette muliggjør større forståelse av hva familien står overfor; hvorfor deres perspektiver er forskjellige fra våre. Sentralt er samtalene om det som berører oss i møtet med familien, og om de forskjeller som eksisterer både i familien og mellom dem og oss. Dette innebærer å la alle perspektiver være gyldige. Samtidig forfordeler vi familiens perspektiv når vi ikke kommer til enighet. Våre erfaringer tilsier at forfordeling fører oss videre og åpner opp uante muligheter. Å følge handler om å forstå noe sammen i stedet for å forstå personen(e). Vår oppgave er ikke å forstå den andre, men at den andre og vi forstår noe sammen, et felles fokus. Det er når vi klarer å følge på denne måten at brudd oppstår. Brudd som handler om hva vi må gjøre for å være til hjelp. Det betyr ikke at det vi bryter med, ikke kan være til hjelp i andre saker, men det betyr at dette er en praksis hvor en må være forberedt på å gjøre brudd.

En måte å forstå slike brudd på er at de ikke er «brudd», men rett og slett et unntak fra en regel, en forordning eller et perspektiv. Et unntak peker ut en regel, et hovedperspektiv. Unntaket blir med det et avvik fra noe som i hovedsak er gjeldende. Når vi i teamet har drøftet med våre ledere at vi står overfor muligheten av å måtte bryte med regler og forordninger, er svaret at det er greit så lenge vi begrunner dette i journalen. Problemet er at mesteparten av det vi gjør, er unntak. For det andre; hvis vi definerte dette som unntak, da opprettholdt vi et hovedperspektiv, den medisinske modellen. Hvis vi aksepterte dette lederperspektivet, lot vi ledelsen marginalisere både vårt faglige perspektiv og oss terapeuter. Vi ville forbli avvikere i et system hvis hovedmodell var den medisinske modellen. Vi valgte å se unntak på en annen måte. Når dette kapitlet har tittelen «intet unntak uten en regel», peker dette på at unntaket angir regelen som et avvik fra det som er gjeldende i vår arbeidssammenheng. I arbeidet med vår målgruppe har det vært nødvendig å marginalisere regler og forordninger for å være til hjelp. Å bryte med og ikke følge regler, forordninger, ideer og perspektiver tydeliggjøre et selvstendig perspektiv som bør være like dominerende som det medisinske perspektivet. Med dette som utgangspunkt presenteres en oversikt over brudd slik teamet har formulert disse. Våre brudd skjer innenfor tre hovedområder: 1) profesjonelle forståelser og aksepterte perspektiver, 2) terapeutrollen og akseptert kunnskap, og 3) byråkratiske, organisatoriske og administrative veiledere og retningslinjer.

Profesjonelle forståelser og aksepterte perspektiver

Den medisinske modellen må forstås nettopp som en modell. En modell passer i noen sammenhenger, i andre ikke, og det må vedkjennes at andre modeller finnes. Et eksempel er Wampold og Imels (2015) kontekstuelle modell. Argumentet er at denne modellen forklarer funnene fra psykoterapiforskning bedre enn den medisinske som, ifølge dem, mangler evidens. En tredje modell kan kalles samarbeidsmodellen. Basert på Grenness (2000) foreslås følgende definisjon:

(P)sykoterapi utgjør en dialogisk, idiosynkratisk og prosessbestemt syntese av handlinger og ideer hos klienter og terapeuter. Denne kan, men må ikke, kulminere i en ny, lokal teori med forklarende og prediktiv validitet for de spesifikke klientenes livssituasjon hvis dette passer med deres mål og ønsker. Terapi utgjør en koevolusjon mellom klient og terapeut mot en emergent realitet hvor hovedfaktorene består av: 1) å skape rom for klientens bruk av egne ressurser, 2) å forsikre klientens positive opplevelse av alliansen med terapeuten, og 3) å forsterke klientens referanseramme eller forandringsteori.

Dialogisk har å gjøre med å vite hvordan man skal gå videre i arbeidet og samtidig ta vare på alle stemmene til de som deltar i arbeidet (Shotter, 2010; Rober, 2017). Dette handler ikke om representativ kunnskap, men om praktisk kunnskap; hvordan vi koordinerer våre handlinger for å kunne fortsette sammen. Fokus er spesifikke mål, og å oppleve sammenhenger som reduserer opplevelser av smerte og lidelse, med økte muligheter for å gå videre i sine liv på mer foretrukne måter. Denne dialogiske prosessen er idiosynkratisk. Den vil aldri være en gjentakelse av noe som tidligere er angitt i en teoretisk formulering eller en praktisk situasjon. Generell kunnskap kan brukes som forslag til hvordan man skal fortsette, men må alltid realiseres i det enkelte tilfellet. Hvordan en går videre, vil alltid ha unike aspekter i tillegg til mulige likheter med andre (Smedslund, 2012). Prosessbestemt innebærer at det som skjer, er fullt ut bestemt av hva som skjer i de faktiske dialogene, interaksjonene og forholdene mellom de konkrete deltakere i terapien. Det betyr at ekstraterapeutiske elementer alltid vil være knyttet til det faktiske samværet og samspillet mellom deltakerne. Et mulig resultat av dette dialogiske og prosessbestemte arbeidet kan være en forklaring eller lokal teori om klientenes opplevelser, livsbetingelser og endringene eller mangelen på slike. En slik forklaring er ikke en nødvendig betingelse for terapi. Det er når klienten uttrykker behovet for forklaringer at slike har en funksjon innenfor dette perspektivet på psykoterapi. Hva som er en nødvendig betingelse, er at prosessen med psykoterapi er preget av koevolusjon hvor gjensidighet og felles responsivitet er sentralt. Utviklingen av det terapeutiske arbeidet er et resultat av gjensidig innflytelse. Det oppstår en realitet der klientene kan bruke sine ressurser, hvor klientene opplever alliansen som positiv og nyttig, og at de faktiske måtene å oppleve sitt daglige liv på blir styrket. Denne realiteten

er emergent, i betydningen av at den helheten som det terapeutiske arbeidet innebærer, er noe annet enn summen av dets deler.

Den medisinske modellen knytter seg an til biopsykososiale årsaks- og endringsmekanismer, den kontekstuelle knytter seg til forventninger om endring gjennom tro på en teori som gir terapeut og bruker handlingsmuligheter som skal skape endring. Den samarbeidsorienterte følger dette, men knytter seg ikke bare til profesjonelle teorier, men teorier og forståelser som bruker og terapeut skaper sammen innenfor en god allianse og som styrker brukerens mål og preferanser. Den samarbeidsorienterte og den kontekstuelle modellen bryter med den dominerende posisjonen som den medisinske modellen har innenfor psykisk helsevern. Konsekvensen er problem med å følge en handlingssekvens hvor en starter med en utredning, deretter diagnose som opphav til metodevalg med formulert behandlingsplan. Siste ledd i sekvensen er behandlingsstart. For Familieteamet blir derimot arbeid med allianse og styrking av familiens perspektiv prioritert som startsted. Dette innebærer å bryte med den biopsykososiomedisinske modellen. Vår erfaring er at denne lett tvinger fram en arbeidsdeling mellom personell spesialisert i de forskjellige områdene (bio-psyko-sosio-medisin). Denne form for «spesialisert» arbeid finner vi ofte står i motstrid til vår samarbeidsorientering hvor det viktige ikke er spesialiserte delområder, men at terapeutene kan skape allianse og samarbeid med familien og opprettholde dette over tid uansett faglig bakgrunn.

Terapeutrollen og akseptert kunnskap

For Familieteamet er anbefalte behandlingsmetoder aldri mer enn nettopp, anbefalinger. Manualer, standardiserte utrednings- og arbeidsmåter og deres teorier er pedagogiske og vil foreslå handlinger og arbeidsmåter. Det endelige valget av modell og arbeidsmåter skjer alltid sammen med familien og hvor deres stemme er avgjørende. Dette betyr at brukermedvirkning blir et ledende prinsipp i den familiebaserte praksisen overordnet både klinisk erfaring hos terapeuten og forskningsbasert kunnskap. Disse er supplerende til familiens og terapeutenes valg når det gjelder hvordan starte, gå videre og hva innholdet i arbeidet skal være. I Familieteamets arbeid er det i en rekke situasjoner blitt avgjørende å bryte med et kunnskapsideal som set-

ter det generaliserte i sentrum. Vi besitter generalisert kunnskap, men denne er underordnet den familien vi arbeider sammen med. I en rekke familier vi har møtt, har kravet om å anvende generalisert kunnskap ført til marginalisering og fremmedgjøring av familien. Å miste respekten for det generaliserte har vært avgjørende i arbeidet sammen med disse familiene. Ikkevitende posisjon (Anderson, 1990), bekymringsposisjonen (Rober, 2017) og å tåle usikkerhet (Seikkula & Arnkil, 2006) settes i høysetet i stedet for en spesialistbasert sikkerhet. Fokus blir mer på beskrivelser enn på forklaringer. I den grad vi arbeider med forklaringer, er det noe familien og vi søker å skape sammen. Gjennomgående er det nødvendigheten av å utfordre og bryte med forklaringer som dominerer psykisk helsevern. Det er utenfor rammen av dette kapitlet å drøfte spesifikke eksempler på slike dominerende forståelser. Det som er viktig, er ikke å henfalle til rene individualiserende perspektiv. For oss er et individ aldri alene. Det finnes alltid en annen person, en kontekst, en idéverden, en situasjon hvor personer er sammen og som vi terapeuter må inkludere i samarbeidet.

Byråkratiske, organisatoriske og administrative veiledere og retningslinjer

Farene ved å bryte veiledere og retningslinjer innebærer å balansere på grensen av det juridiske. Et juridisk sverd henger over hodet på alle helsearbeidere. Argumentet som dette kapitlet fører fram, er at diagnostikk og utredning ikke er kunnskapsbaserte praksisformer. Kapitlets påstand er at det er ideologi og (fag)politikk som ligger til grunn for dette. Trekanten – den medisinske modellen, RKD, NPM – innebærer en politisering av det terapeutiske rom. Denne politiseringen inviterer terapeuter til å bli partipolitisk uavhengige, statlig lønnede, politiske aktivister som arbeider for å sikre at de som faller utenfor systemets anbefalinger, regler og veiledere, får et rettferdig og likeverdig tilbud (Sundet, 2018). At det er juridiske og arbeidsmessige konsekvenser av sterk negativ art ved brudd var erfaringer som ble gjort i teamet ved at avdelingsledelsen understreket at brudd på forordninger helt klart kunne medføre et personlig juridisk ansvar hvis noe skjedde med pasienten. Å se brudd som en behandlingsmessig nødvendighet for å kunne være til hjelp, ble avvist.

For å være til hjelp må våre behandlingsplaner være så fleksible at de er på grensen av å kunne formuleres. Det gjør at de aldri er helt «korrekte». Vi har erfart at vi må bryte med ledelsens ideer om hvor lenge vi skal ha kontakt, hvor mye ressurser vi bruker og hvordan vi forstår vårt arbeid. Våre spesialisterklæringer tilpasses familiens behov uten at vi «lyver». Vi anvender til familiens fordel at det er mange måter å forstå en situasjon på. Vi bryter med ideer om hva som er spesialisthelsetjenestens jobb og hva som er kommunens jobb. Sentralt er at vi ikke så det å avslutte saker som noe som var sentralt i vårt arbeid. Dette betydde at vi holdt saker åpne og lot familien selv bestemme når de skulle ha samtale med oss, hvor ofte og om en skulle avslutte eller ikke. Å overgi autonomi og bestemmelse over slike deler av kontakten med familien erfarte vi var avgjørende i å være til hjelp. For oss ble dette en reell gjennomføring av kontinuitet og hurtig tilgjengelighet. Samtidig erfarte vi at ledere som var fjernere enn vår daglige leder, hadde liten forståelse for dette, selv om vi kunne vise at ved å overgi autonomi til familien, kunne vi arbeide med mange flere familier enn når vi tok hånd om hvor mye behandling som skulle gis. Gjennomgående søkte vi å underordne vårt arbeid familiens endringsteorier, kunnskapsbase, preferanser og tidligere erfaringer. Prisen vi betalte, var hele tiden å være i tvil om hvor mye vi var innenfor, på eller over grensen, av det som føringer og veiledere tilsa. I dag er det klart at vi aldri var over grensen, men kanskje heller aldri innenfor. Vi var og er et team på grensen, og det var det som gjorde det mulig for oss å være til hjelp.

Avslutning

Dette kapittelet er skrevet i takknemlighet til den velferdsstaten jeg har levd mitt liv i. Den har tatt godt vare på meg og mine. Jeg ønsker at den også kan sikre våre etterkommere. Samtidig har det å leve og virke innenfor velferdsstaten gitt en forståelse av at ingen systemer er perfekte. Dette tydeliggjør seg under økonomisk og sosiale utfordringer. Det vil alltid være noen som faller utenfor, som faller mellom stoler og hvor det dominerende tilbudet innenfor de forskjellige statlige organisasjoner og system som helsevernet, barnevern og sosiale tjenester, ikke passer. Det må derfor bygges inn et sikkerhetsnett som en sentral del av velferdsstaten. Sikkerhetsnettet må være

enheter og team med fagpersoner som har kunnskaper og ferdigheter som aktiveres når en møter personer og deres familier som representerer unntak fra regler (veiledere, forordninger, retningslinjer). Unntak peker på at regelen er utilstrekkelig som rettesnor for hvordan være til hjelp. Brudd på regelen nødvendiggjøres for å realisere velferdsstatens målsetninger om et likeverdig og rettferdig tilbud. Kapitlets påstand er at på lang sikt vil et slikt sikkerhetsnett føre til mindre økonomiske utgifter, enn hvis en lar de som ikke passer inn i tilbudet, forbli marginalisert og uten hjelp. Sikkerhetsnettet innebærer å erkjenne at de som er satt til å overvåke brudd, som for eksempel Helsetilsynet og jurister, like mye som behandlere, står i fare for å gjøre vold på brukere og familier gjennom å stå på at regler skal følges. Å skape og opprettholde et sikkerhetsnett innebærer å trene helse- og sosialarbeidere til å kunne bryte med regler. En slik trening må innebære å trene helsearbeideren til å arbeide under betingelser av systematisk tilbakemelding fra brukere og deres familier (Sundet, 2014). Overordnet betyr det å redusere det grepet som generalisert kunnskap har på den enkelte helse- og sosialarbeider, og trene disse til å utvikle og bruke idiosynkratisk kunnskap. Kunnskap om den enkelte bruker og dennes familie som unike personer er, i siste instans, alltid fasiten for hva som er til hjelp og ikke.

Referanser

- Anderson, H. (1990). Then and now: A journey from «knowing» to «not knowing». *Contemporary Family Therapy*, 12, 193–197.
- Anjum, R.L. (2016). Evidence-based or person-centered? An ontological debate. *European Journal for Person-Centered Healthcare*, 4(2), 421–429.
- Duncan, B. (2010). *On becoming a better therapist*. American Psychological Association
- Force, A. (2006). APA presidential task force on evidence based practice. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Grenness, C.E. (2000). *Evolusjonsrealisme*. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2019a). Om Helsedirektoratets normerende produkter. Beskrivelse av alle normerende produkter Helsedirektoratet utgir, og hva som er forskjellen på dem. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>.
- Helsedirektoratet (2019b). Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge. Psykiske lidelser – Barn og unge. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>.
- Helsedirektoratet (2019c). *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge. Behandling og oppfølging – psykiske lidelser, pakkeforløp barn og unge*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/behandling-og-oppfolging-psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge>
- Kroken, R. & Madsen, O.J. (2016). Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten. I R. Kroken & O.J. Madsen (Red.). *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten. Fra sosialt arbeid til «arbeid med deg selv»? (s. 10–25)*. Gyldendal Akademisk.
- Madsen, O.J. (2017). *Den terapeutiske kultur*. 2. utg. Universitetsforlaget.
- Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2019). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55 (4), 303–315.
- Rober, P. (2017). *In therapy together. Family therapy as a dialogue*. Palgrave.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. Karnac.
- Shotter, J. (2010). *Social construction on the edge. 'Witness'-thinking & embodiment*. Taos Institute Publication.
- Smedslund, J. (2012). The bricoleur model of psychological practice. *Theory & Psychology*, 22(5), 643–657.
- Sundet, R. (2011). Collaboration: Family and therapists' perspectives of helpful therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(2), 236–249.
- Sundet, R. (2012). Therapist perspectives on the use of feedback on process and outcome: Patient-focused research in practice. *Canadian Psychology*, 53(2), 122–130.

- Sundet, R. (2014). Patient-focused research supported practices in an intensive family therapy unit. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 195–216.
- Sundet, R. (2015). Arbeid i ambulante team og familieenheter – funn fra en forskende kliniker. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), 39–49.
- Sundet, R. (2016a). Forskning på lokal praksis i psykisk helsevern for barn og unge. Del I: En familiebasert praksis. *Fokus på familien*, 1, 45–66.
- Sundet, R. (2016b). Forskning på lokal praksis i psykisk helsevern for barn og unge. Del II: Den nomadiske tenkemåten og ambulant arbeid. *Fokus på familien*, 43(2), 113–131.
- Sundet, R., Kim, H.S., Ness, O., Borg, M., Karlsson, B. & Biong, S. (2016). Collaboration: Suggested understandings. *Australian and New Zealand Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 93–104.
- Sundet, R. (2018). En autoetnografisk beretning om veien til autoetnografi. I B. Karlsson & M. Borg (Red.), *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid. Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling* (s. 161–173). Fagbokforlaget.
- Sundet, R. (2021). A just assemblage in mental health services – the necessity of and possibilities for service diversity. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 726385.
- Vike, H., Debesay, J. & Haukelien, H. (2016). Betingelsene for profesjonsutøvelse i en velferdsstat i endring. I H. Vike, J. Debesay & H. Haukelien (2016). *Tilbakeblikk på velferdsstaten. Politikk, styring og tjenester*. (s. 14–39). Gyldendal Akademisk.
- Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. 2. utg. Routledge.