



**HØGSKULEN I VOLDA**

# Masteroppgåve i helse- og sosialfag - meistring og myndiggjering

## **Et evidensbasert familievern – et bedre familievern?**

En diskursanalyse av innføringen av det kliniske verktøyet  
"Klient- og resultatstyrt praksis" (KOR) i familievernet.

**30 studiepoeng**

**Åse Aurdal og Ingrid Myklebust Skjelten**

**Mai 2011**

## ABSTRACT

This thesis is about modernizing the public sector, and how social and structural conditions contribute to define and change the terms for professional practice. We have used Mitchell Dean and his governmentality analysis as a theoretical base to look at how prevailing governmentalities emerge as terms for practice. Our starting point is family counselling and what happens there in the light of these perspectives. In 2006, a process in family counselling named "User-oriented quality improvement" started. As a result of this process, it was decided that family counselling will use the clinical tool "*Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*" (KOR) for systematic feedback in therapy. Family counselling will also offer an "individualized evidence-based treatment". The Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs (Bufdir) is responsible for this development and for implementation of KOR in the whole service. They have received their mandate from the Ministry (BFD). There are two documents that describe the thinking and the process relating to "User-oriented quality improvement" and the introduction of KOR in family counselling. In these documents it is taken for granted that the introduction of KOR and evidence base will improve quality. Our research question is to ask whether an evidence-based family counselling is a better family counselling. In connection to this, we ask if an injunction of clinical feedback tool in therapy makes therapy better, and whether the result of research and being denoted as evidence-based will ensure quality and make therapy better. These questions are directed to Bufdir's own analysis and argumentation as it emerges from the above-mentioned documents. We use discourse analysis as a method to analyze the two documents and the context in which they are a part. The approach to discourse analysis that is applied is described by Iver Neumann, and is based on part of Michael Foucault's theory. We have through our analysis found that the process "User-oriented quality improvement" and the introduction of KOR in family counselling is guided by a motivation and an injunction that family counselling must be modernized in line with prevailing governmentalities in society. These governmentalities set the conditions for professional practice, and apply therefore far beyond family counselling's situation. The clinical tool KOR should be used for purposes beyond the clinical context, e.g. supervision and management, and consequently other purposes reach the therapy room. Whether an evidence-based family counselling and introduction of KOR becomes a better family counselling is an open, empirical question. We find, however, that the new systems will be able to create a different family counselling with a different professional logic for what creates quality in therapy. This can change the discourse on family counselling's therapy, and the prevalent clinical logic in the family counselling's knowledge tradition.

## SAMMENDRAG

Denne oppgaven handler om moderniseringen av offentlig sektor, og hvordan samfunnsmessige og strukturelle forhold er med å definere og endre vilkårene for profesjonell yrkesutøvelse. Vi har brukt Mitchell Dean og hans governmentalityanalyse som et overordnet teoretisk utgangspunkt for å se på hvordan rådende styringsmentaliteter nedfeller seg som vilkår for profesjonsutøvelse. Vårt utgangspunkt er familievern og hva som skjer der i lys av disse perspektivene. I 2006 startet en prosess i familievern som fikk navnet ”Brukerrettet kvalitetsutvikling”. Som en følge av denne prosessen ble det besluttet at familievernkontorene skal ta i bruk det kliniske verktøyet ”Klient – og resultatstyrt praksis” (KOR) for systematisk tilbakemelding i terapi. Familievern skal også tilby en ”individualisert evidensbasert behandling”. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) er ansvarlig for dette utviklingsarbeidet, og for implementering av KOR i hele tjenesten. De fikk sitt mandat fra Barne- og familiedepartementet (BFD), (nå BLD). Det foreligger to dokument som beskriver tenkning og prosessen knyttet til ”Brukerrettet kvalitetsutvikling” og innføring av KOR i familievern. I disse dokumentene tas det for gitt at innføring av KOR og evidensbasering vil gi bedre kvalitet. Vår problemstilling er å stille spørsmål ved om et evidensbasert familievern blir et bedre familievern. I tilknytning til dette spør vi om pålegg av klinisk verktøy for tilbakemelding i terapi gjør terapi bedre, samt om resultat fra forskning og det å ha fått betegnelsen evidensbasert vil sikre kvalitet og gjøre terapi bedre.

Disse spørsmålene stilles til Bufdirs egen analyse og argumentasjon slik den framgår av nevnte dokumenter. Vi bruker diskursanalyse som metode for å analysere de to dokumentene og den konteksten de er en del av. Tilnærmingen til diskursanalyse som benyttes er beskrevet av Iver Neumann, og bygger på deler av Michael Foucaults teori. Vi har gjennom vår analyse funnet at prosessen ”Brukerrettet kvalitetsutvikling” og innføring av KOR i familievern er styrt av en motivasjon og et pålegg om at familievern skal moderniseres i tråd med rådende styringsmentaliteter i samfunnet. Disse styringsmentalitetene setter betingelser for profesjonell yrkesutøvelse, og gjelder derfor langt utover familievernets situasjon. Det kliniske verktøyet KOR skal brukes til formål utover den kliniske konteksten, som tilsyn og styring, og dermed kommer andre formål helt inn i terapirommet. Om et evidensbasert familievern og innføring av KOR blir et bedre familievern er et åpent, empirisk spørsmål. Vi finner imidlertid at de nye systemene vil kunne skape et annet familievern med en annen faglig logikk for hva som skaper kvalitet i terapi. Dette kan endre diskursen om familievernets terapi, og den kliniske logikken som har vært rådende i familievernets kunnskapstradisjon.

## FORORD

Det har vært en interessant og lærerik prosess å skrive denne oppgaven. Takk til arbeidsgiver og arbeidsplass som har tilrettelagt for dette. Takk til Høgskulen i Volda for et interessant masterstudium, som tar opp problemstillinger og tema vi finner høyst relevante i vår arbeidssituasjon.

En stor takk til vår veileder Tor-Johan Ekeland som har hatt tro på prosjektet vårt. Takk for gode innspill, krevende utfordringer og veldig god veiledning gjennom en lærerik skriveprosess. Dette har gitt oss inspirasjon til ytterligere fordypning.

Ålesund, 20.05.2011

Åse Aurdal og Ingrid Myklebust Skjelten

## INNHOLD

<b>Kapittel 1. Innledning og problemstilling</b> .....	s 7
Problemstilling.....	s 9
Oversikt over oppgaven.....	s 10
<b>Kapittel 2. Governmentalityanalyse</b> .....	s 11
Refleksiv styring.....	s 13
Praksisregimer.....	s 14
Frihetens ambivalente posisjon.....	s 16
Styringsteknologier.....	s 17
Brukermedvirkning i neoliberalismens tid.....	s 19
Praksisregimer i evidensens tid.....	s 23
Evidensbasert praksis.....	s 27
Evidenspolitikk.....	s 31
<b>Kapittel 3. Familievernet</b> .....	s 35
Organisering og arbeidsoppgaver.....	s 35
”Brukerrettet kvalitetsutvikling” i familievernet.....	s 37
Presentasjon av det kliniske verktøyet ”Klient- og resultatstyrt praksis” (KOR).....	s 42
<b>Kapittel 4. Kunnskapstradisjonen i familievernet</b> .....	s 44
<b>Kapittel 5. Metode</b> .....	s 50
Presentasjon av dokumentene.....	s 51
Diskursbegrepet.....	s 52
Diskursanalyse.....	s 55
Valg av tema.....	s 56
Andre studier om bruk av KOR i familievernet.....	s 56
Metodologiske overveielser.....	s 58
Vår lesing av dokumentene.....	s 62
<b>Kapittel 6. Analyse</b> .....	s 63
Avgrensning av diskursen.....	s 63

Diskursens representasjoner.....	s 76
Den dominerende diskursen.....	s 80
Den alternative diskursen.....	s 82
Foreløpig oppsummering.....	s 84
Diskurskooptering.....	s 86
Diskursens lagdeling.....	s 89
Diskursens materialitet.....	s 91
Makt i diskursen.....	s 96
<b>Kapittel 7. Familievernet i neoliberalismen og evidensens tid.....</b>	<b>s 100</b>
Hvorfor skjer disse endringene i familievernet?.....	s 102
En systemmodell.....	s 104
Dobbelkommunikasjon.....	s 106
Accountability.....	s 107
Deprofesjonalisering?.....	s 108
Å beholde sin frihet.....	s 109
Brukermedvirkning grunnleggende i terapi.....	s 110
Er fenomenet terapi målbart?.....	s 112
Klientens posisjon.....	s 113
Et bedre familievern med en mer evidensbasert praksis?.....	s 114
”Kontekstuell medisin”.....	s 115
Evidenstenkningens grenser.....	s 118
<b>Kapittel 8. Oppsummering, konklusjon og avslutning.....</b>	<b>s 121</b>
Kort oppsummering av våre funn.....	s 121
Konklusjon.....	s 123
Drøfting av oppgaven i lys av begrepene relevans, validitet og refleksivitet.....	s 124
Litteratur.....	s 127
Vedlegg 1: Appendiks.....	s 134
Vedlegg 2: Skjema/skalaer brukt i ”Klient – og resultatstyrt praksis” (KOR).....	s 136

## **ET EVIDENSBASERT FAMILIEVERN - ET BEDRE FAMILIEVERN?**

### **En diskursanalyse av innføringen av det kliniske verktøyet ”Klient- og resultatstyrt praksis” (KOR) i familievernet.**

#### **1. Innledning og problemstilling**

Politiske føringer har de siste tiårene medført økende vekt på betydningen av å sette brukerens perspektiv og forståelse i sentrum. Dette har ført til at begrep som bruker, kunde, pasientinformasjon, mestring, myndiggjøring, empowerment og brukervedvirkning har blitt mer vanlige i helse- og sosialpolitiske dokument, i faglitteratur og i fagspråket.

Brukermedvirkning er et begrep som i økende grad også er benyttet i forhold til offentlige tjenester. Dette er et ideologisk og verdiladet begrep, og har blitt et politisk mål både i et demokratiperspektiv og som et mottakerperspektiv. Brukerens individuelle rett til å medvirke og til å ta aktive valg er lovfestet som pasientrettighet (Pasientrettighetsloven 1999). Her ligger blant annet et mål om maktforskyvning fra de profesjonelle yrkesutøverne til brukeren, og et mål om at brukeren skal kunne ta i bruk sine egne ressurser og kunne påvirke og medvirke til sin egen behandling. Dette forutsetter at brukeren som en myndiggjort aktør har tilstrekkelig informasjon til å velge, og det forutsetter en fleksibilitet fra tjenestenes side i forhold til mangfold og individuell tilpasning (Ekeland & Heggen 2007, Bufdir 2009 - A).

Samtidig som perspektivet om brukervedvirkning står sterkt, ser vi at det har blitt innført nye styringsmentaliteter i offentlig sektor. Det er et stort fokus på resultat, effektivitet og dokumentasjon. Dette fokuset kan føre med seg et større press på standardisering i tilbud og tjenester, og et større behov for tilsyn og kontroll med profesjonene som skal gi de ulike tilbudene. Fokus på resultat, dokumentasjon, og større grad av standardisering i tjenestene kan slik begrense fleksibiliteten, og dermed begrense brukervedvirkning (Ekeland & Heggen 2007, Berg 2005).

Brukermedvirkningsperspektivet og perspektivet i de nye styringsmentalitetene kan på denne måten framstå som motsetningsfylt. I offentlige dokument og retorikk kan det likevel se ut som at disse perspektivene gjerne blir argumentert for som to sider av samme sak, slik at fokus og innsats i forhold til det ene perspektivet også ser ut til å fremme det andre perspektivet. Kan det være slik at motsetningene i disse perspektivene ikke er et problem i argumentasjon og retorikk knyttet til målsettinger og visjoner for tjenestene, men at dette

motsetningsforholdet først kan oppleves som et dilemma i praksis? Eller er dette uavhengige prosesser der innebygde motsetningsforhold har sin begrunnelse i ulike motivasjoner og formål?

Vi arbeider begge som familierapeuter ved et familievernkontor, og har i oppgaven fokus på hva som skjer i familievernet akkurat nå i lys av disse perspektivene. Barne-, og familiedepartementet (BFD) ga i 2005, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) i oppdrag for familievernet å utvikle *"en metode for kvalitetssikring i tjenesten basert på brukerperspektivet"*. For å imøtekomme dette oppdraget ble det satt i gang en prosess i organisasjonen som ble kalt *"Brukerrettet kvalitetsutvikling"* (Bufdir 2009 – A og Bufdir 2009 – B: Forord).

En av beslutningene som følge av denne prosessen er at familievernet skal innføre et klinisk verktøy for systematisk tilbakemelding i terapi. Dette er et verktøy som skal brukes i hver terapitime. Familievernet er nå i gang med en implementering av dette kliniske verktøyet i hele tjenesten. Verktøyet heter *"Klient - og resultatstyrt praksis" (KOR)*. En av begrunnelsene for valget av KOR er at både internasjonal og norsk forskning viser at bruk av dette kliniske verktøyet fremmer brukermedvirkning og gir bedre resultater i terapi. Det blir vist til at KOR måler terapeutiske fellesfaktorer som den terapeutiske relasjonen, klientens forventninger og håp og enighet om metode. Dette er faktorer som er sentrale for et godt resultat i terapi (Lambert 1992, Wampold 2001, Hubble, Duncan & Miller 2005, Asay & Lambert 2005, Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 - B).

For å forbedre kvaliteten på klinisk arbeid med par og familier trekkes fortløpende monitorering av klientens vurdering av behandlingsprosess og behandlingsresultat fram som den mest lovende metoden (Hubble et al., 2005, Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007, Bufdir 2009 – A). KOR er et klinisk verktøy som legger til rette for slik fortløpende og systematisk tilbakemelding i hver terapisamtale, og det blir hevdet at KOR gir terapeuten, uansett teoretiske preferanser og tilnærming i terapi, et samtaleverktøy som kan modifisere og justere arbeidet i tråd med klientens ønske (Ulvestad et al., 2007). Det er et pålegg om at KOR skal tas i bruk av alle familievernkontor og terapeutene der. Det blir lagt vekt på at en slik felles overordnet ramme vil bedre resultatene i terapi. Det blir også lagt vekt på at resultat fra terapi skal dokumenteres, og slik synliggjøre familievernets arbeid. Resultatene fra bruk av KOR i terapi skal legges inn i familievernets dataprogram, og skal også brukes i styring av tjenesten (Bufdir 2009 - A, Bufdir 2009 - B). Familievernet har tradisjonelt hatt stor autonomi



og har ikke tidligere hatt pålegg eller føringer direkte inn i terapirommet. Familievernet er grunnfestet i en systemisk og sosialkonstruksjonistisk tenkning og kunnskapstradisjon (Hårtveit & Jensen 1999, Bufdir 2009 - A). En konsekvens av dette er at ulike kliniske metoder og verktøy har eksistert som likeverdige. Det har vært en grunnleggende tenkning innen denne tradisjonen om at en ikke kan skille kliniske metoder eller verktøy fra sin kontekst og kommunikasjon.

Det er hovedsakelig to dokument som omhandler prosessen ”Brukerrettet kvalitetsutvikling” og innføringen av det kliniske verktøyet KOR i familievernet. Tittlene på disse to dokumentene er:

- *”Evidensbasert praksis i familievernet. En litteraturgjennomgang av forskning på parterapi”* (Bufdir 2009 -A).
- *”Rapport fra ”brukerrettet kvalitetsutvikling” 2006 – 2008. Bedre og bedre dag for dag. Et kunnskapsbasert familievern som driver forbedringsarbeid grunnlagt på brukernes perspektiv”* (Bufdir 2009 – B).

Disse to dokumentene er utgangspunktet for vår analyse, og vi vil presentere dokumentene senere i oppgaven.

### ***Problemstilling***

Barne-, ungdoms – og familiedirektoratet (Bufdir) er avsender av de to dokumentene som omhandler prosessen ”Brukerrettet kvalitetsutvikling” og innføring av KOR i familievernet. I dokumentene hevder Bufdir at et evidensbasert familievern vil bli et bedre familievern, og at innføringen av det kliniske verktøyet KOR vil være med å sikre brukermedvirkning og bedre kvalitet i terapi. Vi er interessert i hvordan dette blir sannsynliggjort gjennom argumentasjonen i dokumentene, og har på bakgrunn av dette formulert følgende problemstilling:

Et evidensbasert familievern - et bedre familievern?

Vil pålegg om klinisk verktøy for tilbakemelding i terapi gjøre terapi bedre? Vil resultat fra forskning, og det å ha fått betegnelsen evidensbasert sikre kvalitet og gjøre terapi bedre?

Med utgangspunkt i de to dokumentene ser vi først på konsekvenser for samhandlingen mellom terapeut og klient i terapikonteksten. Deretter drøfter vi våre funn på et samfunnsnivå, og i lys av teorier om styringsmentaliteter og strukturelle samfunnsendringer. Vi bruker

diskursanalyse som metode for å analysere dokumentene og den konteksten de er en del av. Gjennom dette identifiserer vi representasjoner av virkeligheten, og ser på hvordan ulike representasjoner av virkeligheten kan påvirke samhandlingen i terapikonteksten. Vi drøfter dette i forhold til den rådende kunnskapstradisjonen i familievernnet.

### ***Oversikt over oppgaven***

I kapittel 2 bruker vi Mitchell Dean og hans governmentalityanalyse som et overordnet teoretisk utgangspunkt for å se på hvilke styringsmentaliteter som er rådende i dagens samfunn. Vi har knyttet hans analyse og diagnose av dagens samfunn til andre teoretikere, og ser gjennom dette først generelt på vilkårene for profesjonsutøvelse og vilkårene for brukermedvirkning. Vi har valgt å starte oppgaven med denne gjennomgangen av strukturelle forhold, før vi konkret går inn på familievernnet og analyserer og drøfter det som nå skjer i familievernnet i lys av rådende styringsmentaliteter. Vår oppgave handler om familievernnet, samtidig viser gjennomgangen av strukturelle forhold og styringsmentaliteter at dette er forhold som er med å påvirke og definere betingelser og rammer for profesjonsutøvelse i mange offentlige tjenester. Dette er også med å definere rollen som bruker eller klient. Vi mener derfor at vår gjennomgang av strukturelle forhold i dagens samfunn viser at dette er tema som har relevans langt utover familievernets situasjon.

Dean (2008) peker på *neoliberalisme* som en dominerende styringsmentalitet i dagens samfunn. Vi vil i denne generelle og teoretiske delen se på brukermedvirkning i neoliberalismens tid. Det blir lagt vekt på at brukermedvirkning skal være et bærende prinsipp i familievernets arbeid, og det blir derfor viktig for oss å avklare hva som ligger i dette begrepet. Begrepet evidensbasert praksis står sentralt i føringene for familievernnet, og er et sentralt begrep i offentlige tjenester i dag. Vi fordyper oss derfor i evidensdebatten for å klarlegge hva som ligger i dette begrepet, og hvilke implikasjoner dette har for profesjonell yrkesutøvelse. Dean bruker begrepet *praksisregimer* om profesjonelle institusjoner som er tjenesteytere og har ulike oppgaver i samfunnet. Familievernnet hører til i et slikt praksisregime. Vi vil se på vilkårene for praksisregimer i evidensens tid.

I kapittel 3 vil vi presentere familievernets rolle og funksjon i samfunnet, samt prosessen knyttet til "Brukerrettet kvalitetsutvikling." Vi vil også presentere det kliniske verktøyet for tilbakemelding i terapi, "Klient- og resultatstyrt praksis" (KOR), nærmere.

I kapittel 4 vil vi gå inn på den kunnskapstradisjonen eller den kliniske logikken som har vært rådende innen familierapifeltet. Dette for å kunne se og drøfte de nye føringene for familievernet i forhold til dette tradisjonelle synet på terapi.

I kapittel 5 vil vi presentere de to dokumentene nærmere, før vi redegjør for begrepet diskurs og deretter diskursanalyse. Vi vil gå inn på våre metodologiske overveielser og valg, før vi konkret beskriver vår tilnærming og metode. I analysen bruker vi en tilnærming som er beskrevet av Iver Neumann (2010) og som består av fem trinn for å modellere en diskurs. Vi har brukt disse fem trinnene som et verktøy i vår diskursanalyse i kapittel 6.

I kapittel 7, som vi har kalt ”Familievernet i neoliberalismen og evidensens tid”, drøfter vi våre funn i lys av Deans analyser og de teoriene og begrepene vi har redegjort for i kapittel 2. Vi har fokus på hvordan vi kan forstå og tolke våre funn i lys av rådende styringsmentaliteter, og drøfter her nærmere spørsmålene vi har stilt i tilknytning til problemstillingen.

I kapittel 8 gir vi først en kort oppsummering av våre funn og konklusjoner, før vi til slutt drøfter oppgaven og de valgene vi har tatt i lys av begrepene validitet, relevans og refleksivitet.

## **2. Governmentalityanalyse**

Governmentalityanalyse, eller - studier, har blitt en samlebetegnelse på en spesiell type kritisk sosiologisk maktanalyse, skriver Kaspar Villadsen i forordet til Mitchell Deans bok (2008) ”Magt & styring i det moderne samfund”. Dean (2008) viser til at vi i dag er vitne til en stor grad av globalisering, og en politisk retorikk rundt dette som skaper nye betingelser for diskusjonen rundt hva politisk styring kan og skal. Vi er i en situasjon der velferdsstatens politiske styring både skal ta hensyn til globaliseringens krav på den ene siden, og de lokale krav og behov på den andre siden.

Deans forfatterskap knyttet til governmentality er et forsøk på å forstå den moderne styrings spesielle karakter. Dean (2008) sier at styring eller government er en mer eller mindre kalkulert og rasjonell aktivitet som utføres av ulike autoriteter og organer med den hensikt å forme menneskelig adferd gjennom påvirkning av deres ønsker, forhåpninger, interesser og overbevisninger. Det blir benyttet et mangfold av teknikker og former for kunnskap til dette. Styringens agenter kan være lokale, regionale, nasjonale, internasjonale og globale.

Dean beskriver governmentality som styringsmentalitet eller styringsrasjonalitet. I dette ligger de mer generelle måter å tenke om styring på. Mer spesifikt betegner begrepet de spesielle mentaliteter, kunnskaper og regimer som har utviklet seg forbundet med styring og administrasjon siden det tidlige moderne Europa.

Deans teoretiske inspirasjon om dette temaet kommer først og fremst fra den franske filosofen og idehistorikeren Michel Foucault og hans begrep governmentality. Dean vektlegger ikke alle sider ved Foucaults teori, men fokuset på maktanalyse har sin inspirasjon fra Foucault og hans forståelse av maktens former i det moderne samfunn. Foucault hevder at makten ikke går ut fra et sentrum, men at den blir utøvd i ulike relasjoner og er desentralisert. Han sier at makt blir utøvd på frie individer med formål å forme eller sikre deres handlingsutfoldelse. Han er også opptatt av at produksjon av sannhet og maktutøvelse gjensidig forutsetter hverandre (Schaanning 1997, Dean 2008).

Governmentality-analyser peker på trekk ved samfunnet, og dette kan oppfattes som foreløpige diagnoser på dagens samfunn. Governmentality-analytikken bygger på konkrete analyser snarere enn generelle hypoteser. I en governmentality-analyse blir det sentralt å undersøke og synliggjøre hvordan sannhet blir produsert i vårt samfunn, og altså hvordan de måtene vi styrer på, muliggjør produksjon av sannhet (Dean 2008).

Vi vil nå gå inn på noen sentrale momenter som i følge Dean (2008) beskriver dagens vestlige samfunn og de styringsmentaliteter som er rådende. Vi vil først gjøre rede for disse momentene som en teoretisk overbygning, og deretter knytte dette til andre teoretikere. Mot slutten av oppgaven, i kapittel 7, vil vi som nevnt, drøfte våre funn i lys av disse teoriene.

Dean viser til at den måten vi tenker om, undersøker, kritiserer og prøver å reformere styring på i avanserte liberale demokratier har gjennomgått en fullstendig forandring siden 1960 og 70-tallet. Han sier at skifte i liberale mentaliteter og styringsregimer er blant de første stegene vi kan se i denne nye kursen. Dette er en kurs som har utgangspunkt i, og prøver å kontrollere styring gjennom økonomiske, sosiale og biologiske prosesser. Moderne styring dreier seg om å øke sjansene for at bestemte subjekter og subjektposisjoner oppstår. I dette ligger Foucaults perspektiv om at makt blir utøvd på frie individer med det formål å forme eller sikre deres handlingsutfoldelse (Dean 2008).

Dean viser til at begrepet *neoliberalisme* kan være med å betegne den dominerende styringsmentaliteten i vårt samfunn. Begrepet avansert liberal styring betegner et bredere

domene som består av rasjonaliteter, teknologier og institusjoner som utgjør karakteristiske styremåter i moderne liberale demokratier. Neoliberalisme er en bestemt form for avansert liberal styring. Dean sier at selv om en kan trekke ut sentrale moment i ulike former for styring, vil dette være en kampplass der ulike styringsmentaliteter til enhver tid inngår i komplekse innbyrdes forhold og diskusjoner:

*”Selv om neo-liberalisme måske kan karakteriseres som nutidens dominerende styringsrationalitet, befinner den sig på en kamplads, hvor der optræder mangfoldige styringsrationaliteter og flere varianter af neo-liberalismen”* (Dean 2008:240).

Flere forskjellige styringsrasjonaliteter kan beskrives som varianter av neoliberalismen. Felles for disse er at de problematiserer velferdsstaten og bruker karakteristikk om denne som byråkratisk, stivbent og at den fremmer klientifisering. De anbefaler reformer av den individuelle og institusjonelle atferden slik at offentlig sektor skal bli mer konkurransedyktig og effektiv, og prøver å gjennomføre disse reformene ved å innføre markedstenkning i alle samfunnssfærer. Dette ved å fokusere på individers og kollektivs valg, og ved å fremme en kultur som er preget av ansvarlig autonomi. Dean vektlegger at et grunnleggende trekk ved neoliberalismen er at der samfunnet tidligere var styrt av kollektive interesser er det nå i større grad gjort til gjenstand for profittinteresser. Han viser til Margaret Thatcher som i 1987 uttalte at *”samfunnet finnes slett ikke”*. Hun viser til at mennesker kaster sine problemer over på samfunnet, men hevder at samfunnet ikke eksisterer på denne måten. Hun hevder at den enkelte mann og kvinne må dra omsorg for seg selv, og at ingen regjering kan gjøre noe uten gjennom enkeltmennesker. Thatcher var opptatt av mer makt til individet og mindre makt til staten. Dean sier at denne uttalelsen fra Thatcher kanskje er det mest kjente eksempelet på den neoliberale rasjonalitet. I hennes uttalelse sier han det ligger en neoliberal kritikk av *”overstyring”* fra samfunnet eller staten sin side (Dean 2008).

### ***Refleksiv styring***

I den offentlige sektor ser vi neoliberalismen som styringsrasjonalitet ved at tjenestene skal fungere på premisser som minner om det frie økonomiske markedet, og intensjonen om ansvarliggjøring, effektivisering og rasjonalisering. Neoliberalismen bryter altså ned gapet mellom staten og sivilsamfunnet. Neoliberalismen er ikke i mot en statlig innblanding, men bruker statlig politikk til å skape nye markeder på nye samfunnsområder. På denne måten gjør neoliberalismen styringens målsettinger til styringens midler, noe Dean betegner som *refleksiv*

*styring*. Han sier at begrepet refleksiv styring preger nåtidens styringsmentaliteter. I dette ligger at styring gjennom prosesser i økende grad erstattes av en styring av styringen. Dette er ikke en ytterligere refleksjon over hvordan vi styrer eller blir styrt, men det innebærer at styringens målsetninger forskyves og vendes mot styringen selv, og blir styringsinstrumenter i seg selv (Dean 2007, Dean 2008).

*”Mere grundleggende registrerer governmentality-analysen de netop omtalte forskydninger, som medfører, at en regjeringens oppgave i mindre grad kommer til at dreje sig om at styre sociale og økonomiske prosesser, som er ydre i forhold til den selv, men snarere kommer til at handle om at sikre den sociale og økonomiske styrings egne institutioner og mekanismer” (Dean 2008:273).*

Refleksiv styring blir en bevegelse fra å sikre sosiale og økonomiske prosesser til å bli et spørsmål om å sikre styringsmekanismer. Refleksive styringsrasjonaliteter avslører at de er refleksive i en slik grad og på en slik måte at politiske målsettinger også blir deres midler. Den økende overvåkingen, eller det å legge til rette for innsyn og kontroll i offentlige tjenester og overfor profesjoner eller praksisregimer, ofte kalt accountability, er et eksempel på at styringen blir rettet direkte mot midlene for å nå politiske målsettinger. En prøver da å styre gjennom å kontrollere disse midlene i størst mulig grad. Dean sier at en ikke bare opererer gjennom menneskers forskjellige former for frihet og virksomheter, men gjør også bruk av indirekte midler til overvåking og regulering av disse virksomhetene. Dette innebærer et økt fokus på kontroll, innsyn, og implisitt da en mistillit til de som skal ivareta disse oppgavene. De må da styres og kontrolleres gjennom direkte inngripen. Dette gjelder tjenester og profesjoner som er satt til å ivareta ulike oppgaver i samfunnet. Dean betegner dette som *praksisregimer* (Dean 2008).

### ***Praksisregimer***

Dean (2008) bruker begrepet praksisregimer om institusjonelle praksiser. Praksisregimer omfatter bestemte institusjoner som for eksempel helsevesenet, sosialomsorgen og de strafferettslige systemene. Praksisregimer er aldri identiske med en bestemt institusjon eller ett system, fordi hvordan man agerer innenfor et regime, påvirker det som foregår i andre. Vi kan se familievernet som del av et praksisregime. Et kjennetegn ved praksisregimer er at utøvelsen av praksis er institusjonalisert gjennom rutinerende og ritualiserende måter å handle på i bestemte sammenhenger. Dean viser til at en gjennom governmentality–

analytikken kan analysere hvordan praksisregimer med et visst overlegg prøver å styre adferd og hvilken tenkning som ligger til grunn i handlingslogikkene som preger slike praksiser. Praksisregimer kan gjøres til objekt for kunnskap og utsettes for problematisering. Det vil til enhver tid være oppfatninger av hva som oppfattes som sannhet, og dermed som relevant kunnskap i samfunnet og i ulike praksisregimer. Et praksisregime har utviklet rutiner og ”sannheter” som blir retningsgivende for tenkning og handling innen dette regimet. Det at et praksisregime også er del av andre regimer, gjør at kunnskap og etablerte sannheter blir påvirket og problematisert i samspill med andre praksisregimer (Dean 2008). I familievernet er vi kanskje midt i en slik prosess akkurat nå. Etablerte sannheter blir utfordret og problematisert, og en opplever å ikke kunne handle eller produsere sannhet uavhengig av andre institusjoner og praksiser. En blir påvirket og kanskje også kolonisert av disse. Et regime kan forsøke å kolonisere og dominere et annet, for eksempel når regimer som er hentet fra regnskap og revisjon i økende grad brukes for å underordne alternative styringspraksiser, som for eksempel de som er basert på profesjonelle og fagspesifikke normer (Dean 2008).

Praksisregimer blir påvirket av og kan forandres av kunnskap og ekspertise, for eksempel innenfor medisin, terapi og sosialt arbeid. Slike former for kunnskap og ekspertise definerer praksisregimenes objekter og hvilken måte de skal behandles på. Denne kunnskapen er også med å definere praksisregimenes mål og ønskede resultater, og definerer de profesjonelle og institusjonelle domøner (Dean 2008). Utviklingen av en mer markedsstyrt offentlig sektor og et økende fokus på frihet og valg for brukeren står, som vi har pekt på, sentralt i dagens styringsmentaliteter. Dette er med å endre betingelsene for profesjonell yrkesutøvelse, og kan være med å forklare og synliggjøre betingelsene for hvordan praksisregimer opprettholdes og blir forandret i vår tid.

Dean (2008) hevder i tilknytning til dette at behovsbestemmelse ikke lenger er et spørsmål om sannhetsproduksjon basert på vitenskap som blir levert av velferdsstatens fagekspertise. Det er nå mer slik at behov kan inngå i et forhandlingsspill i brukerrettighetenes navn. Om en ser det nedenfra vil brukerens synspunkter og handlinger inngå i en kamp med den profesjonelle praksis og viten. Ovenfra blir brukerens rettigheter brukt som kriterium i evalueringen av fagpersoners prestasjoner. Dette fungerer samtidig som en teknikk der myndighetene får tilgang til innovasjon og kritisk informasjon om demografiske, markeds- og miljømessige betingelser og forandringer.

### *Frihetens ambivalente posisjon*

Dean (2008) viser til at det kan være fruktbart å se på hvordan forestillingen om frihet kommer til syne i ulike former for politisk tenkning i nyere tid. Han sier at det i denne forbindelse kan være interessant å se på hvordan begrepet frihet har blitt overtatt av andre formål enn det var tenkt. Fra 1960-tallet ble velferdsstaten, som vi har nevnt, oppfattet som paternalistisk, og at denne posisjonen ble brukt til sosial kontroll fundert på byråkrati. Velferdsstaten ble sett på som hierarkisk og undertrykkende, og ofte lite lydhør overfor individ og fellesskapets behov og ulikheter. Denne kritikken kunne en også finne gjennom 70-årene. Programmer og begreper som empowerment og deltakelse ble praksiser som skulle imøtegå statens ”onder”. Denne kritikken av velferdsstaten hadde sammenheng med kritikken av profesjonene og ekspertisen. Profesjonene, og dermed praksisregimene, ble anklaget for å skape sosial eksklusjon og for å være uansvarlige systemer. De ble også beskyldt for å frarøve befolkningen deres evner og lokale viten. Fokus på å være en autonom pasient eller klient i relasjon med den profesjonelle stod sterkt.

*”En konsekvens heraf er, at en ”medindflydelse og repræsentasjonspolitik” forsøger at erstatte en velferdsstat, der anklages for at være paternalistisk. Et resultat av kritikken af den profesjonelle ekspertise og viden har været at gøre anvendelsen af ekspertviden afhængig af et ”valg”, som træffes af dem, der tidligere blev betragtet som klienter. Det baner vej for forestillingen om, at ”brugerorientering” sikrer serviceydelser af høj kvalitet og for den udbredte tendens til at omforme det, der førhen var offentlige serviceydelser, til markeder for service og ekspertise, som forbrugeren er herre over” (Dean 2008:247).*

Forestillingen om frihet og individets frie handling var prinsippet bak rasjonalisering og fornying av styring, men dette prinsippet er egentlig et frihetsbegrep som er forskjøvet. Det fjerner seg fra de sosiale bevegelsers frigjørende tanke, over til en mer disiplinerende og ansvarlig autonomi. For neoliberalismen er frihet ikke lenger en naturlig egenskap ved det rasjonelle subjekt som forfølger egeninteresser, den er mer en artefakt. Artefakt blir definert som en gjenstand som er et resultat av menneskelig aktivitet (Dean 2008). Det er altså en gjenstand skapt av mennesker. Ut av dette kan vi trekke at innen neoliberalismen blir begrepet frihet en slags skapt posisjon eller rolle som har visse betingelser eller forutsetninger ved seg. Dean (2008) hevder i forbindelse med dette at subjektivitet og underkastelse forutsetter hverandre i dagens samfunn. En fruktbar måte å forstå liberalismen som styringsform består i



å undersøke hvordan den på ulike måter prøver å skape en verden som består av ”frie subjekt”, autonome individ. Uttrykket ”frie subjekt” tydeliggjør ambivalensen hos liberalismen i forhold til det selvbestemmende individ.

*”Myndighedsudøvelse forudsætter eksistensen af et frit subjekt med behov, ønsker, rettigheder, interesser og valg. Dets underkastelse er imidlertid også en forudsætning for frihed: for at kunne handle frit, må subjektet først dannes, vejledes og formes til en person, der er i stand til på ansvarlig vis at udøve denne frihed gennem systemer af dominans. Underkastelse og subjektivering overlejrer hinanden. De forudsætter hinanden” (Dean 2008:262).*

Dean (2008) viser til at neoliberalisme og avansert liberal styring både adskiller og forbinder underkastelse og subjektivering. Der fokuset er subjektivering blir det lagt vekt på å inngå kontrakter, forhandle, inngå partnerskap, myndiggjøre og aktivere handlingsevne. Der det forutsettes underkastelse er fokuset normer, standarder, resultatsindikatorer og kvalitetskontroll, samt kriterier for hva som er den beste praksis. På denne måten kan en overvåke, kontrollere og kunne få tilgang til de ulike praksisregimer og de profesjonelle sine prestasjoner. Dette forutsetter at det er tilrettelagt for innsyn og kontroll. På bakgrunn av dette er frihetens posisjon i avanserte liberale styringsregimer ambivalent. De avanserte liberale styringsregimene virker gjennom praksiser som prøver å strukturere, forme, forutsi og kalkulere vår utøvelse av frihet. De opererer ved hjelp av frie subjekter som er konstituert av bestemte former for styringsmessig og politisk tenkning. Dean sier at denne ”nye ansvarliggjørelsen” og utbredelsen av *handlings- og prestasjonsteknologier* er trekk ved de nye styringsregimene i avanserte liberale demokratier.

### ***Styringsteknologier***

I disse styringsregimene brukes to sammenflettede teknologier; handlingsteknologier som skal forbedre vår evne til å delta, samtykke og handle, og prestasjonsteknologier som gjør evnene kalkulerbare og sammenlignbare slik at de kan optimaliseres. Handlingsteknologiene skal styrke vår kapasitet til å handle, og Dean beskriver to generelle typer. Den første kaller han ”den nye kontraktualisme” og viser til den stigende utbredelsen av juridiske og kvasi-juridiske kontrakter som brukes i overføringen av oppgaver fra offentlige tjenester til private virksomheter og lokale organisasjoner, resultatskontrakter mellom ulike aktører og for eksempel virksomhetsavtaler. Et av hovedtrekkene ved kontraktslogikken er at så snart

kontraktens etos om forhandlet intersubjektivitet er akseptert, så blir all kritikk et middel til å omstille og utvikle kontraktslogikken.

Den andre handlingsteknologien kalles ”medborgerskapsteknologi”, et begrep Dean har hentet fra Barbara Cruikshank (1993), som betegner de mange teknikker som styrker selvfølelsen, empowerment, konsultasjon og forhandling som brukes i forskjellige aktiviteter. Medborgerskapsteknologier engasjerer oss som aktive og frie borgere, som opplyste og ansvarlige forbrukere, som medlemmer i selvstyrende fellesskaper og organisasjoner, som aktører i demokratiserende sosiale bevegelser og som aktører som er i stand til å kontrollere egne risikoer (Dean 2008).

Prestasjonsteknologier er styringsteknikker som er designet for å trenge gjennom den lukkede ekspertise som ble etablert i velferdsstatens framvekst og til å innordne profesjonene under nye formelle kalkulasjonsregimer. Prestasjonsteknologiene brukes ovenfra for å regulere aktører og til å omgjøre profesjonelle til kalkulerende individer. Prestasjonsteknologiene sitt formål er å gjenskape tillit, tilregnelighet, gjennomsiktighet og demokratisk kontroll til de aktiviteter som utføres av ulike virksomheter og faggrupper. I dette forutsettes det at det ligger en kultur av mistillit til profesjoner og institusjoner, som prestasjonsteknologiene selv bidrar til, skaper og intensiverer. Systemet ovenfra bruker brukernes rettigheter som kriterium i evalueringen av fagpersoners prestasjoner, og fungerer samtidig som en teknikk, der myndighetene kan få innsyn. Der handlingsteknologiene muliggjør en overføring av informasjon nedenfra og danner mer eller mindre holdbare identiteter, handlingsevner og viljer, så gjør prestasjonsteknologiene det mulig å indirekte regulere og overvåke disse enhetene. De to teknologierne er da del av en strategi innenfor styringsformål (Dean 2008).

Vi avslutter denne gjennomgangen av sentrale moment som beskriver dagens styringsmentaliteter med et sitat fra Dean som sammenfatter noe av det vi har trukket fram:

*”Styring er, om man vil, blevet mere mangfoldig, diffus, faciliterende og myndiggørende. Forunderligt nok er den imidlertid også blevet mer diciplinær, stringent og straffende. Nationalstaten påtager sig en mindre ledende og omfordelende rolle og en mer koordinerende, dømmende og præventiv rolle”*  
(Dean 2008:271).

### ***Brukermedvirkning i neoliberalismens tid***

Vi trekker nå med oss Deans analyse av dagens styringsmentaliteter som et overordnet perspektiv, og knytter dette til andre teoretikere og til begrepet brukermedvirkning.

Brukermedvirkning framstår som en viktig verdi i vårt samfunn, det kan vi blant annet se gjennom lovfesting av brukernes rettigheter og medvirkning. De nye føringene for familievernet framhever brukermedvirkning som et bærende prinsipp (Bufdir 2009 – A). Regjeringen Bondevik II (2001 til 2005) hadde en visjon for modernisering av offentlig sektor. I denne visjonen lå målsettinger om å ivareta viktige interesser for borgerne, brukerne, skattebetalerne, næringslivet og de offentlige ansatte (Norman 2002). Victor Norman var statsråd i denne regjeringen. Han hadde en redegjørelse for Stortinget i januar 2002 som handlet om modernisering, effektivisering og forenkling i offentlig sektor. Han sa da noe som på mange måter har vist seg å være sentralt for utviklingen av offentlige tjenester i vårt samfunn:

*”For å imøtekomme brukernes individuelle ønsker vil regjeringen øke den enkeltes valgfrihet, i større grad la pengene følge brukerne ved skifte av tjenesteyter, utvikle bredere og mer differensierte tilbud, og kreve at statlige etater og tjenesteytere skal gjennomføre systematiske brukerundersøkelser. Brukerevalueringene skal være en del av den årlige rapporteringen og skal brukes som referanse- og sammenligningsgrunnlag mellom tjenesteytere” (Norman 2002:7:8).*

Trolig ser vi her starten på det oppdraget Bufdir fikk noen år senere knyttet til prosessen “Brukerrettet kvalitetsutvikling” i familievernet. Elementene i sitatet og elementene i oppdraget til Bufdir er i stor grad sammenfallende. Disse målsettingene samsvarer også med element i det Dean kaller en neoliberalistisk styringsmentalitet og i det som blir kalt New Public Management (NPM). Dette er en litt løs benevnelse på ideer og reformer som har spredd seg i vestlige land de siste 20-25 årene og som har sin bakgrunn i en ambisjon om å kontrollere kostnadsveksten i offentlig sektor og å ha en målrettet ressursbruk. Målet for tiltak innen NPM er å få mest mulig ut av det staten betaler for, til brukernes beste. Offentlig sektor skal i teorien ledes på samme måte som privat sektor. Hovedvekten er på økonomisk effektivitet, økt bruk av markedsmekanismer og økt fokus på brukerne ved at tjenesten skal tilpasses brukernes behov. Sykehusreformen er et eksempel på et intendert NPM-initiativ (Power 1999, Berg 2005). I NOU 2003:19, som er en utredning av makt og demokrati i Norge, finner vi beskrivelser av det norske samfunnet som sammenfaller med tenkningen innen neoliberalismen og NPM. Her blir det pekt på at det statlige styringssystemet er

omformet i retning av markedsprinsipper og formell fristilling på den ene siden, og nye kontrollorganer og tilsyn på den andre. Det blir vist til at de nye prinsippene omfatter i økende grad også det sosiale omsorgssystemet, der tjenestene settes ut på anbud i et privatmarked og det blir sagt at det også omfatter institusjoner som har vært relativt autonome og kollegialt styrt (NOU 2003:19).

I følge Asle Rolland (2005) legger NPM til grunn at markedet har en del egenskaper som er politikken overlegen. Markedet gir klarere og mer imperative signaler om hva innbyggerne etterspør, og markedet setter de som tilbyr tjenester under press. De må anstrenge seg for å tilfredsstille de som etterspør tjenestene, som ellers velger andre tjenesteytere. Ved å ta i bruk disse egenskapene skal offentlig sektor settes bedre i stand til å ivareta innbyggernes interesser.

Etter hvert som disse styringsmentalitetene har blitt innført har språkbruken endret seg. Per Læg Reid (1992) bemerket allerede i 1992 den påfallende endringen i språkbruk innenfor offentlig sektor i Norge som følge av disse reformene. Han pekte på at talemåtene var knyttet til ideer om ledelse, effektivisering, brukerstyring og konserntankegang. Birte Folgerø Johannessen (2004) peker på at slike endringer i talemåter er innflytelsesrike kilder for organisasjonsendring både på et meningsplan og på et handlingsplan. Hun sier at den ideologiske dominansen av økonomiske normer og verdier ofte er forbundet med sterke, men ikke alltid velbegrunnede oppfatninger om hvordan disse normene og verdiene er forenlig med andre hensyn. Er de økonomiske normene og verdiene forenlig med for eksempel økt behandlingskvalitet og pasienttilfredshet? Vi ser at begrep som kunde, effektivitet og produksjon kan brukes om det som tidligere for eksempel ble kalt klient eller pasient og behandling. For familievernets del erfarer vi nå at det blir sagt at familievernet har en unik "forretningsidè" (Bufdir 2010), noe som lett kan assosieres med marked, effektivitet og produksjon.

Kontroll og tilsyn står sentralt i offentlige tjenester og skal være med å sikre brukermedvirkning. Dette blir eksempel på det Dean kaller refleksiv styring, der styringen er rettet inn mot styringen selv. For å sikre brukermedvirkning trenger en å overvåke og lage strategier slik at dette skjer. Det holder ikke lenger med politiske målsettinger. Michael Power (1999) peker på at det siden tidlig på 80-tallet har vært en eksplosiv overvåkningsaktivitet fra offentlige myndigheter i Storbritania og i Nord-Amerika. Dette har også spredd seg til andre land og blir omtalt som "the audit society". Power sier, som Dean, at dette behovet for overvåkning og kontroll har sine røtter i politiske krav om innsyn, oversikt eller

accountability. Interne kontrollsystem har begynt å spille en vesentlig rolle i administrasjon av offentlige tjenester. Styringsregimer fra for eksempel regnskap og revisjon blir overført til andre områder, og det blir forventet at disse andre områdene skal tilpasse seg regimene for styring og revisjon. Dette samsvarer med Deans påpekning av at slike regimer påvirker og koloniserer andre typer praksisregimer (Dean 2008).

Power (1999) hevder at ytelser fra det offentlige både overfor organisasjoner og individer har blitt stadig mer formalisert og gjort til gjenstand for overvåkning og revisjon. Han stiller spørsmål ved om de nye kravene og forventningene om overvåkning samsvarer med disse overvåkningssystemenes operasjonelle muligheter. Det er ikke bare måten disse systemene og rutinene produserer sikkerhet og innsyn eller accountability det bør stilles spørsmål ved, men også ved deres evne til å måle det de er satt til å måle. Disse systemene kan føre til uintenderte og dysfunksjonelle konsekvenser for de organisasjonene som blir overvåket. Kravet om accountability har spredd seg til stadig flere områder, og dette fører til at organisasjoner må ha rutiner og en organisering som tilrettelegger for innsyn.

Power (1999) mener det er tre områder som har utviklet seg de siste tiårene innen offentlig sektor og som har betydning for behovet for innsyn og kontroll. Det første er framveksten av New Public Management (NPM), og da også neoliberalismen. Det andre er et økende behov i offentlig sektor for å regulere og organisere tjenestene slik at en utnytter både økonomiske og andre ressurser mest mulig effektivt. Det tredje momentet er framveksten av behovet for kvalitetssikring. I alt dette ligger grunnlaget for en spesiell styringsstil som innebærer kontroll på mange ulike områder. Dette samsvarer med det Dean (2008) kaller refleksiv styring. Det er ikke alltid like klart hva disse ulike systemene for overvåkning skal fange opp fordi de kan ha noe uklare og vage mål. En ser en stadig evaluering og justering i forhold til dette. I familievernet skal en måle kvalitet og resultat gjennom å bruke et klinisk verktøy (KOR) i hver terapitime. En kan stille spørsmål ved hva en måler gjennom å bruke et klinisk verktøy også til tilsyns – og styringsformål, samt hvor tydelig kriteriene for hva en får ut av disse målingene er?

Formuleringene knyttet til begrepet brukermedvirkning bærer ofte preg av at brukeren av tjenestene selv har ressurser som er relevante for å oppnå god hjelp eller behandling, og disse ressursene bør utnyttes i relasjonen mellom bruker og hjelpeapparatet. Grunnene er flere, ikke bare demokratiske, i den betydning at brukeren har rett til å være å være informert, kunne velge og kunne påvirke tiltakene eller behandlingen, men òg faglige slik at en øker sjansene for å oppnå et godt resultat av de tiltakene som blir satt i gang (Ekeland & Heggen 2007).

I tenkningen og målene knyttet til brukermedvirkning i offentlig sektor kan vi finne sentrale elementer fra begrepene empowerment eller myndiggjøring (Askheim 2005, Vik 2007). Disse begrepene er ment å dekke viktige aspekter ved forholdet mellom klient og behandler. Lars Jørgen Vik (2007) peker på at begrepene uttrykker et ideal om at forholdet mellom klient og behandler bør være preget av likeverd og respekt.

Det blir skilt mellom to hovedperspektiv på myndiggjøring eller empowerment: individuell og systemorientert eller strukturell myndiggjøring. Den individuelle myndiggjøringen blir oppfattet som en utvikling av en personlig følelse av økt makt eller kontroll. Her ligger ikke en reell endring av strukturene rundt individet. Begrepene brukermedvirkning og brukerstyring kan forstås som uttrykk for tilnærings- og arbeidsmåter som kommer inn under perspektivet individuell myndiggjøring. Empowerment har med overføring av makt å gjøre. Makten skal gis eller tas tilbake av de avmektige (Askheim 2005, Vik 2007).

Ole Petter Askheim (2005) peker på at empowerment-tenkningen i dag i stadig sterkere grad setter sitt preg på den offisielle politikken og at dette konkretiseres ved at begreper som brukerrettigheter og brukermedvirkning framstår som de fremste målene for velferdspolitikken. Han peker på at det ofte er slik at begreper som blir politiske honnørord kan få et uklart innhold. Askheim viser til at empowermentperspektivet har sine teoretiske forankringer, men bildet er komplisert fordi det bak en felles kjerne skjuler seg ulike tilnæringer som peker i ulike retninger.

En betydning av empowermentbegrepet er knyttet til amerikansk borgerrettskamp, kvinnesakbevegelse og frigjøringsbevegelser i den 3.verden. En sikter mot at svake grupper skal gjøres sterkere. Synet på det enkelte mennesket som subjekt og ekspert på eget liv er grunnleggende (Askheim 2005). Den systemorienterte eller strukturelle dimensjonen legger vekt på at individet er en del av en større sammenheng og at en ikke kan se bort fra dette. Empowerment kan da oppfattes som en gruppeprosess som innebærer at endrede rammevilkår kan få en frigjørende effekt for gruppen og dermed for individene (Vik 2007). I denne betydningen av begrepet innebærer det en forenkling dersom en avgrenser empowerment til en individuell, psykologisk bevisstgjøringsprosess. Det handler om å se sammenhenger mellom det personlige og det politiske, de individuelle og de samfunnsmessige faktorene (Askheim 2005). I dette perspektivet står dermed individet som del av samfunnet og kollektiver sentralt.

Empowermentbegrepet har også en annen betydning gjennom sin forankring som et markedsliberalistisk begrep som på mange måter står i motsetning til denne

frigjøringstenkningen, og som gjenspeiler ambivalensen og motsetningene i begrepet. I dette perspektivet står den enkelte bruker sin frihet til å velge tjenestetilbud og tjenester sterkt. En tenker at markedsregulering av forholdet mellom tilbud og etterspørsel kan utvikle tjenester som er brukerorienterte og av høy kvalitet. Brukerne får i større grad en kunderolle, også overfor offentlige etater. Det blir stilt større krav til det offentlige som skal produsere det kundene vil ha (Askheim 2005, Rolland 2005). Sitatet fra Norman om modernisering av offentlig sektor er nært knyttet til denne definisjonen av brukervedvirkning, og til neoliberalismen som styringsmentalitet.

Det at begrepet brukervedvirkning har flere betydninger og ulike teoretiske forankringer gjør at retorikken rundt dette begrepet kan bli noe uklar, eller begrepet kan bli et politisk honnørord (Askheim 2005). Vi har pekt på at begrepet handler om frihet og forutsetninger for å velge, men at disse valgene gjøres under visse betingelser. Dette er en ambivalent posisjon som blir muliggjort innen dagens styringsmentaliteter (Dean 2008). Deans analyse av at frihet i vårt samfunn er en skapt rolle og posisjon, som også innebærer underkastelse, kan være med å forklare at brukervedvirkningsbegrepet vanskelig kan framstå helt klart og entydig.

Begrepet brukervedvirkning blir likevel brukt i ulike sammenhenger og er ofte retningsgivende for styring, uten at eventuelle motsetninger eller konsekvenser kommer tydelig fram. Denne ambivalensen er noe av det vi opplever knyttet til de nye føringene for familievernet. Er pålegg og dermed større grad av standardisering veien å gå for å fremme valgfrihet og brukervedvirkning?

### ***Praksisregimer i evidensens tid***

Deans analyse av dagens styringsmentaliteter viser at vilkårene for profesjonell yrkesutøvelse har endret seg. Profesjonenes roller og tillit i de ulike praksisregimene er i endring, og vi ser som en konsekvens av dette en økende grad av direkte kontroll av profesjonsutøvelse. Harald Grimen (2008) viser til at en profesjon i moderne samfunn har vært en sosial sammenslutning som har oppnådd politisk legitimitet for et samfunnsoppdrag som innebærer forvaltning av kunnskap, og som er bygget på en eller flere former for kollegial organisering. Han sier videre at profesjonsmoral er normer og verdier som er innrettet mot å løse moralske problem i samhandling mellom profesjonelle og klienter, og i samhandling mellom profesjonelle. Individuelle profesjonelle yrkesutøvere er adressater for profesjonsmoraliske normer og verdier i delegert betydning, nettopp fordi de er medlemmer i kollegiale sammenslutninger.

Grimen peker på at brukere og oppdragsgivere trenger å ha tillit til at de profesjonelle har nok indre selvjustis og at arbeidet deres er slik at misbruk, sammenblanding av interesser, svak kompetanse og lignende blir luket ut. Han viser til endringer i samfunnet knyttet til profesjoner og den indre autonome selvkontrollen. Vi ser nå i større grad en individualisering av ansvar, slik at den enkelte profesjonelle yrkesutøver blir stående i forhold til en ytre kontrollerende makt gjennom en avvikling av det mellomliggende kollektive nivået. Dette innebærer et skifte fra et regime med en indre autonom selvkontroll for profesjonsgruppene som kollektiv, til et regime med ytre kontroll og et individuelt ansvar for den enkelte yrkesutøver:

*”Å skifte frå eit regime med autonom indre sjølvkontroll til eit regime med ytre kontroll er å reforhandle samfunnsoppdraget som profesjonell yrkesutøving kviler på, eventuelt å avskaffe oppdraget og handsame profesjonelle på lik linje med andre yrkesutøvarar. Det er dessuten å individualisere ansvaret gjennom å avskaffe det ”mellomliggande” nivået i kjeda av garantiar overfor oppdragsgjevarane, nemleg dei institusjonelt baserte imperativa for samanslutninga sin indre sjølvkontroll. Å avskaffe samanslutninga er samstundes å avskaffe det institusjonelle grunnlaget for indre sjølvkontroll i yrket. Det som står att, er den profesjonelle sin individuelle sjølvkontroll i kombinasjon med ei ytre, kontrollerande makt. Det er det mogleg å gjere. Spørsmålet er om det er ønskeleg” (Grimen 2008:158).*

Tor-Johan Ekeland (2004) betegner forholdet mellom profesjoner og samfunnet som et kontraktsforhold som kan være strengt eller løsere regulert. Dette forholdet er fundamentalt sett bygd på tillit. Profesjonene har innen visse rammer hatt stor autonomi i hvordan de løser oppgavene sine. Dette har også vært tilfellet for familievernet. I dette ligger en tanke om at profesjonene har kunnskapen om sitt felt, og en tillit til at profesjonene er best egnet til å utøve kontroll med egen virksomhet. Denne autonomien og selvkontrollen er til dels begrunnet i at profesjonenes yrkesutøvelse er bygget på en faglig kunnskap som ikke uten videre kan overprøves av andre. Ekeland hevder at når det gjelder de kliniske profesjonene, er autonomien begrunnet i at den profesjonelle sin lojalitet skal ligge hos pasienten eller klienten og at denne relasjonen må vernes mot andre hensyn og inntrenging utenfra. Autonomi og esoterisk kunnskap er profesjonskjennetegn. Den eksterne relasjonen til samfunnet setter grenser for ikke-innblanding, at den kan formaliseres i ulik grad og samtidig være basert på konsensus og tillit. Hvordan den enkelte utøver forvalter denne autonomien må skje innenfor den profesjonelle autonomien. Den interne autonomien er profesjonsutøverens relasjon til



faget og profesjonsregler og systemregler i arbeidsforholdet. Det kan være at den eksterne autonomien formelt sett er høy, samtidig som det blir satt grenser for denne på utøvernivå slik at profesjonsautonomien blir spist opp innenfra (Ekeland 2004).

Erik Oddvar Eriksen (2009) hevder at det har oppstått en tillitsbrist i relasjonen mellom profesjon og samfunn. Ifølge Dean (2008) er dette en konsekvens av kritikken av velferdsstaten, og profesjonenes og ekspertisens rolle. Eriksen peker på at det oppstår ulike strategier både hos aktørene selv og deres systemansvarlige som kan karakteriseres som strategier for tillitsreparasjon. Dette har ført til skjerpet overvåking og tilsyn med profesjonene fra myndigheter og samfunnet for øvrig, og de nye tilsynsregimene har både en faglig og en økonomisk begrunnelse. Som Dean (2008) peker på blir prestasjonsteknologier brukt ovenfra for å regulere aktører og til å omgjøre profesjonelle til kalkulerende individer. Prestasjonsteknologienes formål er å gjenskape tillit, tilregnelighet, gjennomsiktighet og demokratisk kontroll. Det ligger her en kultur av mistillit til profesjoner og institusjoner, og denne mistilliten er prestasjonsteknologiene selv med å skape og opprettholde. Dette blir da en strategi for tillitsreparasjon, samtidig som det forsterker mistillit og behovet for kontroll og innsyn.

Eriksen (2009) sier at en av reparasjonsstrategiene, fra profesjonenes side, er basert på økt vitenskapeliggjøring. Han kaller dette "*vitenskapeliggjøring og instrumentalisering*", noe som innebærer å reformere og utvikle profesjonene etter fagvitenskapelige og instrumentelle kriterier. Det blir viktig å dokumentere effektiv målrealisering, og på denne måten legitimere profesjonenes makt og innflytelse. På denne måten prøver en å gjenerobre tapt tillit. Dette sammenfaller med verdiene innen neoliberalismen der effektivitet og markedstenkning står sentralt. Logikken er at dersom det vitenskapelige grunnlaget for handlingene blir bedre, regulering av kompetanseområdene tydeligere og profesjonene sine handlinger reguleres gjennom rettsregler og forskrifter, vil en få god praksis. Med en slik strategi og yrkesrolle kan det bli vanskelig å skape de autonome institusjoner som trengs for å skape motvekt til staten og dens maktmotiver. Problemet med denne strategien er blant annet at det unike, ikke-kvantifiserbare forsvinner og kan bidra til ytterligere byråkratisering. Denne strategien bygger på det positivistiske vitenskapsidealet der en søker rasjonelle beslutninger basert på objektiv kunnskap og troen på at problemer forbundet med skjønnsutøvelse kan løses med vitenskapelige metoder eller rettsregler som gir veiledning for handling (Eriksen 2009).

Tor-Johan Ekeland, Jon Stefansen og Nils-Olaf Steinstrøm (2011) sier det er en vesentlig forskjell på om forbedringer og tiltak blir satt i verk innenfra den kliniske autonomien, eller

som tiltak utenfra som svekker denne autonomien. De peker på at felt eller delsystem som klinikk, styring, tilsyn og kvalitetssikring opererer innenfor ulike handlingslogikker. Med handlingslogikker menes et sett premisser eller tenkemåter som genererer handlinger som framtrer som logiske når de er begrunnet i lys av sine egne forutsetninger. Innenfor disse delsystemene kan vi se de ulike handlingslogikkene som legitime. Det er for eksempel legitimt å diskutere gode modeller for økonomistyring når dette er formålet. På samme måten må kliniske spørsmål avgjøres i det kliniske delsystemet gjennom faglig argumentasjon. I en idealmodell vil de ulike systemene relatere seg til hverandre i et kommunikativt samspill, slik at ulike logikker blir tilpasset hverandre i forhold til overordnede mål. Dette innebærer at delsystemene setter grenser for hverandre. Så lenge disse grensene ikke blir overskredet er en innenfor det som er legitimt.

Ekeland (2004) viser til at en implikasjon av tillitsbristen mellom profesjoner og samfunn er en reforhandling og reorganisering av den eksterne autonomien, der accountability og transparens er begrep som beskriver relasjonen mellom den profesjonelle praksis og samfunnet. Han peker også på at tillitsbristen mellom profesjon og samfunn har ført til økt tilsyn og overvåkning av profesjonene. Dette samsvarer med Deans (2008) beskrivelse av neoliberalismen som styringsmentalitet, og også med Power (1999), som peker på økt overvåkning som et sentralt trekk ved offentlig sektor. Begrunnelsen for dette er å sikre at en utnytter ressursene mest mulig effektivt og har en best mulig kvalitet på tjenestene.

Kravene om økt tilsyn og kontroll utenfra fører til at en innenfra trenger prosedyrer som sikrer at en kan dokumentere kvalitet og resultat og gjøre tilsyn mulig:

*”Vi kan seie at summen av dette er ei reorganisering av tilhøvet mellom profesjonane og samfunnet der den omtalte profesjonsautonomien blir nedbygd og avgrensa. Den nye situasjonen blir i faglitteraturen ofte omtala med referanse til omgrepa ”accountability” og ”transparens” (Ekeland 2004:45).*

Power (1999) er opptatt av at vi lever i et overvåkningssamfunn og at offentlige tjenester må organiseres slik at de kan bli gjort til gjenstand for innsyn og kontroll. Her er som nevnt accountability et sentralt begrep. Dette handler om ansvar og hvordan den som er ansvarlig skal handle overfor de en er ansvarlig overfor. Dette gjelder relasjoner, som også kan inngå i hierarkiske system. En skal kunne begrunne og dokumentere handlingene sine overfor de en er ansvarlig i forhold til. Transparens er en forutsetning for accountability. Gjennom transparens skal en ikke bare sikre innsyn, overvåkning og kontroll, men også at tjenesteyterne er responsive overfor tjenestemottakerne, og at dette er en toveisprosess. Det

kan også handle om at en får markedsmekanismene til å fungere. En legger vekt på å gi forbrukerinformasjon om tilgang og kvalitet på tjenester slik at brukerne skal kunne oppføre seg som forbrukere. En forutsetning er da at en vet hva en kan velge mellom. Kvalitetsmål og kvalitetsrating er eksempel på slike system (Power 1999, Ekeland 2004).

### ***Evidensbasert praksis***

Begrepet evidensbasert praksis står sentralt ved forbedring og utvikling av kvaliteten i familievernnet. Vitenskapeliggjøring av det profesjonelle arbeidet er ifølge både Eriksen (2009) og Ekeland (2004) strategier for tillitsreparasjon fra profesjonenes side. Begrepet evidensbasert praksis ser ut til å fungere som en sikkerhet for at en slik vitenskapeliggjøring er ivaretatt, og det ser i mange sammenhenger ut til å skulle fungere som en sikkerhet for kvalitet og noe som er med å gi praksisregimer legitimitet. Målsettingen for familievernnet er at en skal tilby en evidensbasert praksis, og at dette nettopp skal være med å bedre kvaliteten i tjenesten (Bufdir 2009 -A, Bufdir 2009 -B). For oss blir det viktig å finne ut hva som ligger i dette begrepet som står så sentralt i de nye føringene for familievernnet, og som også er sentralt i mange praksisregimer innen offentlig sektor i dag. Dette er med å legge premisser for faglig arbeid, nå også i familievernets terapi.

Harald Grimen og Lars Inge Terum (2009) har redigert en bok som ble utgitt i 2009 med tittelen ”*Evidensbasert profesjonsutøvelse*”. Denne boken tar sikte på å presentere sentrale deler av diskusjonene knyttet til evidensbegrepet, samt å videreutvikle en faglig og politisk debatt om profesjonsutøvelsens grunnlag og rammer. De peker på at kvaliteten på profesjonsutøvelse angår oss alle og at det derfor er viktig å se nærmere på grunnlaget og betingelsene for dette. De sier at debatten rundt evidensbegrepet i stor grad handler om profesjonsutøvelse. Tanken bak evidensbasering er å forbedre kvaliteten på profesjonell yrkesutøvelse. Det er imidlertid ulike synspunkt på hvordan dette bør gjøres. I boken har fagfolk fra Norge og Danmark som er opptatt av denne diskusjonen bidratt med sine synspunkt. Vi vil nå trekke fram noen sentrale moment i denne debatten.

En av diskusjonene knyttet til evidensbegrepet handler om hvorvidt det er slik at evidenstenkningen fører til demokratisering av kunnskap og beslutningsmakt, eller om dette fører til en ny type ekspertvelde. En annen debatt er knyttet til evidenstenkningens forhold til skjønn og muligheten for behovsprøving og individualisert behandling. Det er også debatt knyttet til hvor evidenslogikken og de evidensproduserende organisasjonene skal være

plassert når det gjelder moralske og juridiske spørsmål og hvor profesjonene står i forhold til dette (Grimen & Terum 2009).

Hansen og Rieper (2009) peker på at evidensbevegelsens idèmessige grunnlag har sin forankring i medisinen. Dette kan føres tilbake til det 19. århundre, noen mener at bevegelsen har røtter helt tilbake til 1700 - tallet og tanker knyttet til utførelsen av kontrollerte forsøk innenfor det medisinske området. I 1930- og 40-årene startet en for alvor å eksperimentere med loddtrekningsforsøk, og dette ble et fundament for evidensbevegelsen. Idèen ble videreutviklet i 1970-årene av den amerikanske epidimeologen Archie Cochrane. Han kom med kritikk av medisinen for å ikke organisere kunnskap på en systematisk måte. Han hevdet at på bakgrunn av dette ble handlinger innenfor det medisinske området ineffektive og kunne også være skadelig for pasienten. I forlengelsen av dette ble begrepet evidensbasert medisin lansert i 1992 av en forskergruppe ved McMasteruniversitetet i Canada.

Det internasjonale Cochrane-samarbeidet ble etablert i 1993. Dette er en organisasjon som har spesialisert seg på å produsere evidens og å lage systematiserte kunnskapsoversikter. Senere ble denne tenkningen også innført på andre områder. Cochranes søsterorganisasjon, det internasjonale Campell-samarbeidet, ble etablert i 1999. Her er fokuset på andre områder enn det medisinske, som sosialt arbeid, velferd, utdanning og kriminologi. Både Cochrane- og Campell-samarbeidet har sitt utgangspunkt i USA (Hansen & Rieper 2009, Grimen & Terum 2009).

I Europa kan England karakteriseres som et foregangsland i utviklingen av evidensbevegelsen. Idèen vant politisk støtte og Blairs Labour-regjering var en sentral aktør i forhold til dette. I 1999 publiserte Blair-regjeringen et White Paper med tittelen "Modernising government". I dette dokumentet ble det formulert en politikk som understreker et ønske om at politiske beslutninger ("policy making") skal være basert på kunnskap om hvilke virkemidler og intervensjoner som er evidensbasert (Hansen & Rieper 2009).

Nordiske forskere var med ved etableringen av både Chocrane - og Campell-samarbeidet og nordiske senter ble etablert med base i Danmark. Også i Norge har evidenstankegangen blitt prioritert opp de siste årene. Hansen og Rieper (2009) peker på at opprettelsen av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2004 både er en konsekvens av at evidenstankegangen var høyt prioritert, og et signal om at denne tenkningen også videre skal ha prioritet.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten lager og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak, samt om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Deres mål er å bidra til gode beslutninger som grunnlag for at brukerne får best mulig helsetjenester.

Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål. Kunnskapssenteret er samarbeidspartner både i forhold til Campell- og Cochrane-samarbeidet. De typiske spørsmålene Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten besvarer, handler om effekt av tiltak. De oppsummerer kunnskap fra nasjonal og internasjonal forskning om nytte og kostnader knyttet til forebyggende tiltak, behandling, diagnostikk, rehabilitering og ulike måter å organisere tjenestene på. Kunnskapssenteret følger prinsippet om å velge dokumentasjon av så høy kvalitet som mulig for problemstillingen. Det betyr at de i de fleste tilfeller først søker etter randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier) når de vurderer effekt av tiltak. Dersom dette ikke finnes, eller problemstillingen krever det, kan de eventuelt søke etter andre design (Kunnskapssenteret 2009).

Både Cochrane- og Campell-samarbeidet arbeider med utgangspunkt i et evidenshierarki der randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) blir sett på som det beste designet og slik er høyest i forskningshierarkiet (Hansen & Rieper 2009). Ekeland (2004, 2009) peker på at hovedkriteriet for det som kan betegnes som evidensbasert gjerne blir kalt gullstandard. Dette er et hierarki av krav til metodikk og design for at forskningen skal kunne sies å være evidensbasert. RCT-design og metaanalyser er alltid i toppen. Begrepet evidensbasert har etterhvert blitt synonymt med denne type forskning. Idealet i evidenskonseptet er universell eller kontekstfri medisin. Dette har spredd seg til andre praksisfelt enn det medisinske. Evidensbasert praksis innebærer ofte en større objektivisering og gjør seg ofte gjeldende som standardiseringsprosess på det kliniske systemet. Ekeland (2009) viser til at evidensbasert praksis i dag representerer en bestemt hierarkisk handlingslogikk.

*”Det første nivået i hierarkiet er forskningslitteraturen slik den foreligger i et økende antall vitenskapelige publiseringskanaler. For å sortere denne kompleksiteten er neste nivå et seleksjonsnivå, dvs. de mer eller mindre eksplisitte kriterier som anvendes for å finne frem til kunnskap som man anser både som pålitelig og anvendbar for praksis, og å filtrere, komprimere og tilrettelegge denne slik at den blir tilgjengelig og forståelig for praktikerne. Selve seleksjonsteknologien (gullstandard) er basert på evidensbevegelsens sentrale dogmer. Deretter kan vi tale om et styringsnivå som på ulike måter forsøker å bidra til at den filtrerte og evidensklarerte kunnskapen blir implementert og tatt i bruk i praksis. Styringen kan i prinsippet skje på ulike måter, og utøves innenfra gjennom organer som har styrings- og forvaltningsansvar på ulike praksisfelt, og utenfra gjennom produsenter av forskning og tiltak – eller i samarbeid*

*mellom slike myndighetsorganer og produsenter. "Innenfra" kan styringen være myk eller hard. Myk som tilrådinger/anbefalinger og såkalte "behandlingsveiledere", hard gjennom godkjenning/ikke-godkjenning og styrt ressursallokering. "Utenfra" har det blitt mer og mer vanlig at produsentene manualiserer sine tiltak og designer egne sertifiseringsprogrammer som må gjennomføres som betingelse for anvendelse. Nederst i hierarkiet er praktikerer eller klinikerer som skal iversette det hele som forhåpentlig "best practice" (Ekeland 2009:152:153).*

RCT-designet er basert på eksperimentelle gruppedesign. Fra medisinen kjenner vi doublebind-designen som er idealet. I eksperimentelle design sammenlignes en gruppe som får en behandling med en gruppe som ikke får behandlingen. Ole Jørgen Skog (2007) sier at eksperimentelle design av og til omtales som dronningen blant design. Her har forskeren kontroll med hvem som skal motta påvirkningene, og ved å bruke randomisering kan en, innenfor statistiske feilmarginer, sikre at gruppene er sammenlignbare. En skal da kunne utelukke at det er bakenforliggende faktorer som er årsak til eventuelle forskjeller i den avhengige variabelen. Idealet er at den eneste forskjellen som eksisterer mellom de to gruppene skal være den påvirkningen en ønsker å måle effekten av. Skal dette være meningsfullt er det altså nødvendig at de to gruppene prinsipielt må være like på alle relevante uavhengige variabler bortsett fra den behandlingen eller intervensjonen de får. Dette kan være vanskelig i kliniske forsøk. Skog (2007) peker på at det ikke alltid er slik at virkeligheten samsvarer med dette idealet og en vil ofte møte problemer som ikke lar seg løse knyttet til dette. I mange tilfeller vil en ikke bare utsette gruppene en forsker på for den påvirkningen en vil måle, men også andre påvirkninger en kanskje ikke er bevisst på eller har kontroll over.

Ekeland (2009) viser til at siden dette i klinisk forskning vanskelig kan kontrolleres eksplisitt, forsøker en å sikre det gjennom randomisering. Dette betyr at respondenter eller pasienter fordeles tilfeldig på de to gruppene. Et poeng er at en bør sikre at alle som får behandlingen eller tiltaket, virkelig får den samme behandlingen. De skal også få den på samme måte og for samme lidelse, samt at de som ikke får behandlingen også har samme lidelse. Det bør også sikres at det ikke oppstår forskjeller mellom de to gruppene fra tidspunktet for intervensjonen til måling av effekt. Uavhengig av hvilke variabler og kriterier en benytter som mål på effekt, kan en da ved hjelp av statistiske modeller teste om forskjellen som er målt, er stor nok til at en statistisk sett bør ha tillit til den som reell. Dersom dette faller positivt ut, vil studien kunne bli vist til som vitenskapelig dokumentasjon på at behandlingen virker. Den vil da være evidensbasert. Men denne forskjellen trenger ikke å være klinisk relevant i det hele tatt. Det

ser ut til at mange misforstår dette og tror at den dermed virker i hvert enkelt tilfelle. Ekeland (2004) peker på at det mest problematiske likevel er at slik statistisk dokumentasjon blir tolket som prediksjon på at virkningen vil bli reproduert i fremtiden.

### ***Evidenspolitikk***

Både Cochrane- og Campell-samarbeidet er verter for databaser som inneholder relevante studier og forskningsoversikter, disse er først og fremst basert på randomiserte kontrollerte studier. Hansen og Rieper (2009) viser til at det finnes evidensproduserende organisasjoner som arbeider ut fra en premiss om at evidens er kontekstuell, men at dette er omdiskutert i de to organisasjonene. De hevder videre at evidensbevegelsen er en ny form for kunnskapsproduksjon med ulike konsekvenser. Slik den praktiseres av de internasjonale organisasjonene som Cochrane og Campell er kunnskapen universell og tenderer til å ikke ha fokus på lokale kontekster. Den har sitt fokus på om konkrete intervensjoner eller virkemidler virker eller ikke virker, men den kan i liten grad svare på spørsmålet om hvorfor. En slik kunnskapsform har et potensiale som beslutningsgrunnlag i prioriteringer når det skal velges tilbud til brukere. På bakgrunn av dette er det naturlig at politikere og beslutningstakere griper evidenstankegangen fordi denne viser til intervensjoner som virker, og som en dermed bør prioritere og velge. De peker på at evidenstankegangen er i tråd med rådende verdier og andre pågående forandringer i offentlig sektor. Faglig profesjonalitet som bygger på forskning har stigende betydning og status i samfunnet og en ser også en tendens til at profesjonene streber mot å være evidensbasert i sin praksis. Dette kan vi også finne igjen i de nye føringene for familievernet (Bufdir 2009 – A). Forskningsoversikter tjener ikke bare profesjonene ved at en kan bli informert om aktuelle forskningsresultater, men det har også et potensiale som prioriteringsredskap i styring av forsknings- og evalueringsinnsats (Hansen & Rieper 2009). I de nye føringene for familievernet blir det vist til at begrepet evidensbasert ikke trenger å bety bruk av evidensstøttede og manualbaserte metoder. Det blir skilt mellom evidensstøttende metoder som tar utgangspunkt i en metode, og undersøker om den er effektiv for spesifikke problemer under beskrevne betingelser, og evidensbasert praksis. Det blir sagt at evidensbasert praksis starter med klienten og har fokus på hva som kan være mest effektivt med denne terapeuten (Bufdir 2009 –A). Det blir sagt at forskningen skal være en støtte til å gjøre kliniske valg av tilnærming i den enkelte sak etter en trinnvis framgangsmåte. En skal tilby en ”*individualisert evidensbasert praksis*” (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 - B). Denne definisjonen og tenkningen rundt evidensbegrepet er i tråd med den prinsipperklæringen vi

finner hos den amerikanske psykologforeningen (APA) som kom i 2006 og som den norske psykologforeningen sluttet seg til i 2007 (Rønnestad 2008, Rønnestad 2009). Denne definisjonen består av integrasjon av tre elementer:

*“Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)”* (Rønnestad 2009: 41).

I tråd med denne definisjonen viser Rønnestad (2009) til at i en psykologisk praksis som er evidensbasert, integreres klinisk ekspertise med kunnskap som er kommet fram gjennom varierte forskningsdesign og uttrykket ”den best tilgjengelige forskning” blir brukt. I dette ligger et kvalitetsaspekt ved uttrykket den beste forskningen og et tilgjengelighetsaspekt ved uttrykket den best tilgjengelige forskningen. Den første formuleringen viser til kvalitetskrav som varierer med design, mens den andre peker på behovet for å søke kunnskap generert i ulike design og ikke kun vektlegge kunnskap framskaffet i kontrollerte studier (RCT-studier). Rønnestad peker imidlertid på eksempel som viser at denne ønskede bredden i forskningsdesign ikke er ivaretatt fordi relevant kunnskap kan være utelatt på bakgrunn av evidenshierarkiet der RCT-studier er i toppen av hierarkiet. Norsk psykologforening legger til grunn at også annen forskning skal vektlegges. Dette demonstrerer sentrale uoverenstemmelser i hvordan evidensbasert praksis skal forstås:

*”For det første hvilken betydning forskningsfundamentet skal ha sammenholdt med klinisk ekspertise og kunnskap om pasienten, og for det andre hvilken status forskning utført med forskjellige forskningsdesign har i konstitueringen av evidensbasert praksis”* (Rønnestad 2009: 42).

Rønnestad (2009) viser til at det har vært en bevegelse fra metode til relasjon innenfor psykologifaget når det gjelder evidensbegrepet. I dette ligger at forskning på psykoterapi viser at det relasjonelle aspektet viser seg å være mer betydningsfullt for det terapeutiske resultatet enn de tekniske og metodiske sidene ved terapien. Rønnestad skriver at dette perspektivet representerer en alternativ forståelse av evidensbasert praksis der forståelse av “what works” blir flyttet fra evidensbaserte metoder til evidensbaserte relasjonsprinsipper, evidensbaserte forandlingsprosesser og evidensbaserte forandlingsmekanismer. Han hevder at vitenskapeligheten i dette perspektivet er godt dokumentert.



En sentral debatt handler om hva som er kunnskapsgrunnlaget for evidensbasert praksis, om RCT-studier bør ha en overordnet betydning, og om praksisanbefalinger skal være dikterende eller informerende. Rønnestad viser til et eksempel på hvordan helsedirektoratet har handlet i forhold til dette:

*”Behandlingsveiledere er Helsedirektoratets instrument for å sikre at pasientene får best mulig behandling slik Helsedirektoratet vurderer det. De er også omsetningsleddet mellom forståelsen av evidensbasert praksis og profesjonell praksis. Det ble tidligere vist til retningslinjer for behandling av pasienter med stemningslidelser hvor kunnskapsfundamentet i hovedsak var begrenset til kunnskap generert gjennom kontrollerte forsøk. Selv om retningslinjene er ment å være en støtte i utøvelsen av det faglige skjønnet, legger Helsedirektoratet kraft bak rådene ved å påpeke at om ikke de faglige rådene følges, vil fagpersonen ha større ansvar for faglig begrunnelse og bør utvise større forsiktighet enn om rådene følges. For fagpersonen som mener at kunnskapsgrunnlaget er godt, er dette uproblematisk. For fagpersonen som mener at kunnskapsgrunnlaget er utilstrekkelig, som er min posisjon, er dette problematisk” (Rønnestad 2009: 57:58).*

På bakgrunn av dette eksempelet, ser det ut som myndighetene, i likhet med tenkningen i det internasjonale Cochrane- og Campbell-samarbeidet, legger til grunn at kunnskapsgrunnlaget skal ha sin forankring i evidenshierarkiet med RCT-studier i toppen. Dette innebærer, i dette tilfellet, at APA's definisjon, som også den norske psykologforeningen har sluttet seg til, og som nå også skal gjelde innen familievernet, ikke nødvendigvis har fått gjennomslag verken i forhold til overordnede styringsnivå eller i forhold til sentrale aktører der dette begrepet har sin opprinnelse og forankring. Disse aktørene har i stor grad utøvd definisjonsmakt i forhold til prioriterte forskningsdesign og hvordan implementere kunnskapen i praksis. Slik sett kan en tenke at den best tilgjengelige forskningen ofte vil være sammenfallende med evidenshierarkiet og tenkningen her, fordi andre forskningsdesign blir marginalisert og nedprioritert.

Steinar Kvale og Svend Brinkmann (2009) peker på at de strenge evidenskravene knyttet til RCT-studier og forskningsoversikter basert på dette evidenshierarkiet kanskje er mest hensiktsmessig for den biomedisinske forskning det er utviklet i forhold til. De sier at når det blir overført til andre former for forskning, kan resultatet heller bli *evidenspolitikk* der en opplever marginalisering av den kvalitative forskningen. Dette fordi den kasusbaserte og interaktive tilnærmingen som karakteriserer kvalitativ forskning ikke samsvarer med logikken

i RCT-studier og strengt kontrollert eksperimentell forskning. De viser til at det på en del områder blir forsøkt å utvide de strenge kriteriene, dette finner vi som nevnt blant annet i APA's definisjon av evidensbegrepet. Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at selv om det er forsøk på å utvikle evidenskriterier knyttet til kvalitativ forskning, ser en at disse studiene blir marginalisert. De viser til Denzin og Giardina (2006) som sier at den evidensbaserte praksisbevegelsen hovedsaklig har diskreditert kvalitativ forskning og at denne typen forskning har blitt hindret gjennom metodologisk og politisk konservatisme, samt at det kan være vanskelig å få finansiert forskning med denne type design.

Bufdir sier i dokumentene at familievernet skal tilby en "individualisert evidensbasert behandling" (Bufdir 2009 – B). Med bakgrunn i gjennomgangen av evidensdebatten, framstår dette begrepet som selvmotsigende. Evidenshierarkiet handler ikke om det individuelle nivået, men om forskning knyttet til gruppedesign (RCT) med kontrollgrupper slik at idealet om kontekstfri kunnskap kan etterprøves. Behandling som blir utlagt som evidensbasert betyr kort oppsummert at det foreligger gruppestudier (hovedsakelig RCT-studier) slik at en kan si at det ved en diagnose eller lidelse er dokumentert at den gruppen som får behandlingen i gjennomsnitt kommer bedre ut enn den gruppen som ikke får behandlingen. Det nye i dette er ikke denne type kunnskap, men prioriteringen av den i nye systemer for å styre praksis, der slik kunnskap blir forsøkt implementert som standardbehandling. Det er en vesentlig forskjell mellom anbefalinger på gruppenivå og klinisk praksis på individnivå. I familierapi, der fellesfaktorer er langt viktigere enn den spesifikke metoden, passer standardisering som handlingslogikk svært dårlig. En kan i denne praksisformen ikke legge til grunn en stabil relasjon mellom metode og virkning, dette vil være kontekstavhengig. Da kan en heller ikke hevde at standardisering av metodebruk gir en bedre praksis. Det blir på bakgrunn av dette problematisk dersom det blir dratt slutninger om at forskningsresultater knyttet til kliniske metoder, verktøy og intervensjoner virker i hvert enkelttilfelle, og på en slik måte at statistisk dokumentasjon blir tolket som prediksjon på at virkningen vil bli reproduisert i framtiden (Ekeland 2009, Ekeland et al., 2011).

Vi har nå utdypet noen sentrale trekk, begreper og styringsmentaliteter i dagens samfunn som vi mener kan være med å belyse de prosessene som er i gang innen familievernet akkurat nå, og som også har relevans for andre praksisregimer i dagens samfunn. Vi går nå over til å presentere familievernet og prosessen knyttet til "Brukerrettet kvalitetsutvikling".

### 3. Familievernet

#### *Organisering og arbeidsoppgaver*

Vi må tilbake til desember 2005 for å finne starten på prosessen og arbeidet med "Brukerrettet kvalitetsutvikling". I sitt tildelingsbrev av 21. desember 2005 fikk Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) i oppdrag å "utvikle en metode for kvalitetssikring i tjenesten basert på brukerperspektivet". Dette oppdraget kom fra det som da het Barne- og familiedepartementet (BFD)(BFD 2005), nå Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet (BLD). Før vi går nærmere inn på dette oppdraget og prosessen rundt dette, vil vi presentere familievernet og hvilken funksjon denne tjenesten har i vårt samfunn.

Familievernets oppgaver finner vi i Lov om familievernkontor. Tjenesten ble lovregulert i 1998. Familievernet er en spesialtjeneste som har familierelaterte problemer som sitt fagfelt. Familievernkontorene skal gi tilbud om behandling og rådgivning der det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien. Familievernkontorene skal foreta mekling etter Lov om ekteskap og etter Lov om barn og foreldre. I tillegg bør familievernkontorene drive utadrettet virksomhet om familierelaterte tema gjennom veiledning, informasjon og undervisning rettet mot hjelpeapparatet og publikum. Familier, par eller enkeltpersoner kan henvende seg direkte til familievernkontoret, eller offentlige myndigheter kan henvise klienter til familievernkontoret (Lov om familievernkontor 1998, § 1).

Et viktig verdimeslig og faglig utgangspunkt for arbeidet i familievernet er at det ikke stilles diagnoser, dette er en diagnosefri tjeneste (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 - B).

Fylkeskommunen hadde tidligere ansvar for familievernet og den delen av barnevernet som ikke er kommunal. Disse to tjenestene ble i 2004 samorganisert i en statlig etat som følge av det som blir kalt "Barnevern- og familievernreformen". I forbindelse med dette ble Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) opprettet. Bakgrunnen for denne reformen finner vi i Ot.prp. nr. 9 (2002-2003) og Stortingsmelding nr. 40 (2001-2002) "Om barnevernet og ungdomsvernet". Hovedmålet med denne reformen for familievernet var å sikre en videre utbygging av tjenesten og redusere den lange ventetiden. Det forebyggende familiearbeidet skulle styrkes, og kompetanseutvikling i forhold til de ansatte skulle fortsette. Det var viktig med høy kompetanse nær brukerne, et høyt servicenivå, et forebyggingsperspektiv, en sammenheng og samarbeid mellom tiltakene, og det ble lagt vekt på å etablere et system for forskning, evaluering og kvalitetsutvikling. Vi ser her at vi finner igjen noen av de trekkene vi

har pekt på som kjennetegn ved dagens samfunn som forskning, evaluering, kvalitetssikring og kvalitetsutvikling. Det blir pekt på at Statens barnevern og familievern primært er en kompetansevirksomhet og at produktet eller tjenesten leveres i samspill mellom den ansatte og klienten eller familien (St.meld. nr. 40 2001-2002).

Et overordnet mål med reformen var å få til en bedre økonomisk og faglig styring med virksomheten. Klar og entydig ledelse blir sett på som sentralt i forbindelse med dette. Reformen satte et fokus på at forvaltningen av de økonomiske og administrative ressursene skulle bidra til høyest mulig måloppnåelse for de som har behov for tjenestene. I reformen går det fram at det er et mål at alt faglig arbeid i etaten i størst mulig grad skal være empiribasert. En vil legge stor vekt på forsknings- og utviklingsprosjekter. Hensikten med kvalitetsarbeidet er å sikre rett og høy kvalitet i alle aktiviteter som har betydning for organisasjonenes resultater. Et viktig mål med reformen er å bedre resultatene. Det ble lagt vekt på aktiv etatsstyring og tett oppfølging fra departementet for å videreutvikle høy kvalitet i tjenesteproduksjonen, både i oppstartsfasen, og når organisasjonen var kommet i drift. Det blir i reformen lagt vekt på forsknings- og utviklingsarbeid, og sikring av at ny kunnskap skulle implementeres i organisasjonen (St.meld. nr. 40 2001-2002).

I Strategidokument for statlig overtagelse av fylkeskommunale oppgaver, barnevern og familievern, datert 7.7. 2003, står det at statens barnevern og familievern sine hovedoppgaver er å gi barn, unge og familier kostnadseffektive tiltak med høy og riktig kvalitet uansett geografisk plassering. Ledelsens hovedoppgave er å sørge for at dette faktisk skjer og departementet har det overordnede ansvaret (Stortingsmelding nr. 40 (2001-2002), Ot.prp. nr. 9 (2002-2003), Q-19/2003). Her ser vi at målene for familievernet handler om å være kostnadseffektive med god kvalitet. Vi kan vel her se sporene etter Norman og Bondevik II regjeringen knyttet til modernisering av samfunnet. Dette stemmer også godt overens med Deans beskrivelse av neoliberalismen som en dominerende styringsmentalitet, der praksisregimer i offentlig sektor skal forholde seg til begreper og tenkning knyttet til marked og konkurranse.

Det første familievernkontoret i Norge åpnet i 1958. Det har helt siden startfasen vært både offentlige og private/kirkelige familievernkontor. De private/kirkelige kontorene har hatt driftsavtaler med det offentlige. I forbindelse med reformen som ble iverksatt i 2004 gikk flere av de private/kirkelige kontorene over til å bli statlige. I dag har vi til sammen 64 familievernkontor i Norge.

Barne-, ungdoms – og familieetaten (Bufetat) er en statlig etat der familievernet og barnevernet er organisert. Barne-, likestilling - og inkluderingsdepartementet (BLD) er ansvarlig departement. Under departementet finner vi Barne-, ungdoms – og familiedirektoratet (Bufdir). Under Bufdir er Bufetat delt inn i fem geografiske regioner med regionskontor som har ansvar for familievernkontorene, og også for barnevernet, i sin region.

### ***”Brukerrettet kvalitetsutvikling” i familievernet***

Bakgrunnen for oppdraget som departementet ga Bufdir knyttet til å innføre en metode for kvalitetssikring i familievernet finner vi i St.prp. nr. 1, 2005 -2006:

*”Det viktigste kvalitetskriteriet for familievernet er at brukerne er tilfredse med tjenesten. Bufdir vil utarbeide et system for kvalitetssikring og kvalitetsutvikling for familievernet med vekt på brukerperspektivet. Målet er å komme frem til et system som etter utprøving kan komme til generell anvendelse i tjenesten” ( St.prp. nr.1 2005-2006:53).*

Arbeidet med ”Brukerrettet kvalitetsutvikling” i familievernet kom i gang i 2006 og var et samarbeid mellom regionene og Bufdir. Oppdraget ble organisert som et utviklingsarbeid i organisasjonen, der familievernkontorenes erfaringer og meninger aktivt ble etterspurt. Arbeidet skulle først og fremst rette seg mot familievernets primære oppgaver, behandling og rådgiving. Det ble lagt vekt på en ryddig prosess der oppdrag og beslutninger var forankret i etatens styringssystem (Bufdir 2009 – B).

Formålet med utviklingsarbeidet har vært å få et kvalitetssystem som kan integreres i det daglige arbeidet og samtidig gi grunnlag for tiltak for å videreutvikle kvaliteten i tjenesten. Målet var å bedre resultatene. Det var et mål at systemet skulle kunne brukes rutinemessig uten å interferere for mye med den terapeutiske praksis. Basisen er at familievernets terapi skal være til hjelp for brukerne. Det blir lagt vekt på at dette impliserer et krav om dokumentasjon på resultat fra terapi (Bufdir 2009 – B). Kvalitet og dokumentasjon blir på denne måten knyttet sammen som forutsetninger for hverandre. Systemet som ble valgt skulle være til nytte både for den enkelte klient, for terapeuten og for familievernkontoret (Bufdir 2009 – B).

Utviklingsarbeidet ble organisert i tre faser: etablering av kunnskapsstatus, utprøving av ulike metoder og oppsummering av erfaringer. Bufdir engasjerte psykolog Geir Skauli til å lede dette arbeidet. Han har på vegne av Bufdir skrevet de to dokumentene som vi har vist til.

Disse dokumentene beskriver prosessen, tenkningen og konklusjoner fra arbeidet med "Brukerrettet kvalitetsutvikling" og innføring av KOR i familievernet. Det første dokumentet "*Evidensbasert praksis i familievernet. En litteraturgjennomgang av forskning på parterapi*" (Bufdir 2009 – A) er en kunnskapsstatus og litteraturgjennomgang av forskning på parterapi. Dette dokumentet danner i stor grad bakgrunnen for det andre dokumentet "*Rapport fra brukerrettet kvalitetsutvikling*" 2006 – 2008. *Bedre og bedre dag for dag. Et kunnskapsbasert familievern som driver forbedringsarbeid grunnlagt på brukernes perspektiv*" (Bufdir 2009 – B). Dette dokumentet omhandler kvalitetsutviklingsprogrammet for familievernet der en mer evidensbasert praksis og innføringen av det kliniske verktøyet "Klient – og resultatstyrt praksis" (KOR) står sentralt. De to dokumentene redegjør altså for bakgrunn, formål, tenkning og prosessen knyttet til de nye føringene. Vi har derfor valgt disse dokumentene som utgangspunkt for vår fordyping og analyse, og vi vil presentere dokumentene nærmere i kapittel 5.

Brukerrettet kvalitetsforbedring skal sikres ved å innføre tilbakemelding fra klienter på ulike nivå i organisasjonen. Dette gjelder kunnskap fra brukerne på etatsnivå om kjennskap til familievernet. Videre på virksomhetsnivå knyttet til tilfredshet med tjenesten. En vil også ha en tilbakemelding på individnivå gjennom utfylling av skjema (KOR) i den enkelte terapitime. Denne tilbakemeldingen skal dokumenteres i klientens journal (Bufdir 2009 – B). Vårt fokus i oppgaven handler om den tilbakemeldingen som skal innføres på individnivå gjennom bruk av KOR som tilbakemelding i den enkelte terapitime. Vi går ikke nærmere inn på planene om å innhente tilbakemeldinger på de andre nivåene.

I St.prp. nr.1 2006- 2007(:39) står det at det ble tatt sikte på å lansere en modell for utprøving i familievernet i 2007. Et av delmålene for familievernet er her : "*En velfungerende familieverntjeneste*", og et av resultatmålene knyttet til dette er: "*God dokumentasjon av og informasjon om tjenesten*". Vi kan følge gangen i "Brukerrettet kvalitetsutvikling" ved å lese St.prp. i perioden 2005 til 2010. I St.prp.nr.1 fra 2008 -2009 ser vi at det er startet et utviklingsarbeid ved mange familievernkontor og at erfaringen fra dette blir lagt til grunn når det skal utarbeides allmenne retningslinjer. Det blir pekt på at målet er å ta systemet for kvalitetsutvikling og kvalitetssikring i bruk i 2009. I Prop.1 S 2009-2010 ser vi at ulike modeller har blitt prøvd ut og at Bufetat har vedtatt å implementere modellen Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). Det blir sagt følgende om dette:

*"Bufetat har vedteke å implementere modellen Klient – og resultatstyrt praksis (KOR) som det kvalitativt beste og mest praktiske verktøyet. Innføringa starta i 2009. Bufdir*

*skal føre vidare implementeringa av modellen, med sikte på at heile familievernet skal bruke han*” (Prop. 1 S 2009-2010:44).

Dokumentet ”*Evidensbasert praksis i familievernet. En litteraturgjennomgang av forskning på parterapi*” (Bufdir 2009 – A) inneholder en gjennomgang av relevant norsk og internasjonal forskning. Gjennomgangen er konsentrert om parbehandling og forbedringsmuligheter her. Parterapi er en sentral del av familievernets arbeid. Det blir vist til at det i forskning er dokumentert gode resultater av parterapi. Terapeutiske fellesfaktorer som relasjon, klientens forventninger og håp og enighet om mål og metode er viktige for et godt resultat. Det blir videre vist til at det finnes flere evidensbaserte metoder for parterapi, men eklektisk integrativ behandling har også god støtte fra forskningen. Det er ingen indikasjon på at evidensstøttende metoder er overlegne annen parterapeutisk praksis. For forbedring av kvaliteten på klinisk arbeid med par og familier blir fortløpende tilbakemelding av klienters vurdering av behandlingsprosess og behandlingsresultat holdt fram som den mest lovende metoden. Dette forankrer forbedringsarbeidet i den kliniske situasjonen, og har forskningsdekning også fra norsk parterapi (Bufdir 2009 – A). Det blir vist til at Morten Anker og Barry Duncan gjennomførte et forskningsprosjekt ved familievernkontor i Vestfold om bruk av KOR i terapi. Dette er den første dokumentasjon på KOR i par- og familiesammenheng. Dette ”*Beste praksis*”- prosjektet er et randomisert forsøk med par. Resultatene her viser at bruk av KOR gir vesentlig bedre effekt enn standard praksis, og at forskjellen også opprettholdes seks måneder etter behandlingsavslutning (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 – B, Anker, Duncan & Sparks 2009). Vi vil senere i oppgaven presentere ”Beste praksis”- prosjektet.

Det blir lagt vekt på at for å arbeide kunnskapsbasert med par og familier er det forutsatt at praksis bygger både på forskning, klinisk erfaring og på brukernes preferanser og perspektiv. Dette er elementene som inngår i definisjonen på en ”individualisert evidensbasert behandling”. Her kjenner vi igjen APA`s definisjon av evidensbasert praksis. Det blir hevdet at en metode for tilbakemelding i terapikonteksten vil øke kvaliteten på terapien og bidra til kvalitetsforbedring (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 – B).

I familievernets skriftserie nr. 2 / 2010 ”*Brukermedvirkning i familievernet*” (Bufdir 2010) har flere ledere og sentrale personer i forhold til innføringen av KOR blitt intervjuet. Marianne Bie, som er prosjektansvarlig i Bufdir for innføring av KOR i familievernet, sier at Morten Ankers doktorgradsarbeid med klinisk forskning på bruk av KOR (”Beste praksis”- prosjektet) og Geir Skaulis gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for parterapi (Bufdir 2009 –

A), har hatt stor betydning for valg av KOR som klinisk verktøy i familievern. Geir Skauli sier at brukervedvirkning gir maktforskyvning, samt at en ikke kan la terapeutenes autonomi gå foran klientens beste:

*”Det er klart at et nødvendig monn av faglig autonomi er viktig. Men total terapeutstyring blir galt. Vi har et ansvar – hva heter det på moderne norsk: accountability – først og fremst overfor klienter, men også overfor de som betaler for tjenestene våre. Vi kan ikke la terapeuters autonomi gå foran klientenes beste”*  
(Bufdir 2010:22).

I dette sitatet kan det se ut som at staten må inn for å sikre, gjennom accountability, at klientens perspektiv blir ivaretatt. Klientens beste og terapeutens autonomi blir satt i et motsetningsforhold til hverandre. Betyr dette at det er behov for at staten kommer inn i terapirommet med et nytt blikk, et slags ”*tredje blikk*” for å sikre at klientens perspektiv blir ivaretatt? Hvor kommer denne tenkningen fra, handler dette om mistillit til profesjonene og dermed et behov for å overvåke, dokumentere og kontrollere? Forpliktelsen overfor samfunnet knyttet til dokumentasjon og kvalitet er vektlagt, og samsvarer slik med de styringsmentalitetene vi har pekt på tidligere.

Ekspedisjonssjef i departementet (BLD), Arni Hole, uttaler at bakgrunnen for oppdraget fra departementet var å få et mest mulig treffsikkert familievern, at en skal møte klientene med skreddersøm, samtidig som det er sentralt å få dokumentasjon på hva som blir gjort og få vite mer om hva som virker og hva som ikke virker (Bufdir 2010). En kan undre seg på hvordan fremme en større grad av skreddersøm når en går i en retning av standardisering gjennom pålegg om klinisk verktøy for tilbakemelding? Et annet moment Hole vektlegger er at familievern trenger en statusheving i forhold til at Stortinget i større grad kan se gevinsten av familievernets arbeid (Bufdir 2010). I dette ligger kanskje nettopp Deans poeng om at offentlig sektor nå er innrettet mot å være konkurransedyktig. Det nytter kanskje ikke lenger å argumentere politisk fordi markedet har noen egenskaper som er politikken overlegen (Rolland 2005). En må da heller dokumentere kvalitet og vise til resultater for at tjenesten skal ha sin berettigelse, og slik få hevet sin status. Mari Trommald er direktør i Bufdir, og hun uttaler at brukervedvirkning er et fundament for å sikre kvaliteten i familievern. Hun sier at det er forskningsdokumentasjon på at KOR virker og at KOR på bakgrunn av dette på alle måter er et klokt valg. Hun hevder videre at familievern har en unik ”forretningsside” ved at en ikke jobber med diagnoser, men med relasjoner (Bufdir 2010). Avdelingsdirektør Kjetil



Horgmo i Bufdir sier at bruken av KOR viser at familievernet tar klientene på alvor og at det sikrer en synliggjøring av om det en gjør fungerer (Bufdir 2010). Han sier følgende om implementeringen av KOR i hele familievernet:

*”Det skal sluses inn etter en framdriftsplan som blant annet vil være avhengig av budsjettressurser. Det trengs også en del teknisk utviklingsarbeid før alt er på plass slik vi ønsker. Men vedtaket om innføring av KOR som et gjennomgående system for brukerinvolvering i behandlingssakene i familievernet er klart. Jeg syns jo at det også er et etisk imperativ å ta i bruk enkle systemer når forskning viser at de har dokumentert effekt. Det handler om at vi skal være en tjeneste, tilbudene skal være likeverdige. KOR skal være et av fellestrekkene ved familievernet” (Bufdir 2010:5).*

Er det slik at selv om forskningsresultater viser god effekt av KOR, vil et pålegg om bruk av KOR reprodusere disse resultatene i framtid og slik sikre god kvalitet i familievernet? Kan en overføre forskningsresultat knyttet til KOR til standard praksis? Vil ikke virkningen ved bruk av KOR da være et empirisk spørsmål? Hva skjer med et klinisk verktøy, som KOR, når det også skal tjene formål i andre delsystem, som styring og tilsyn?

Forslaget om å iverksette brukermedvirkning i familievernet i tråd med anbefalingene i de to omtalte dokumentene fikk sin tilslutning i direktørmøte i Bufetat i september 2008, og en plan for implementering av brukerrettet kvalitetsutvikling ble vedtatt på direktørmøtet i april 2009 (Bufdir 2009 – B, Bufdir 2010).

Familievernet er nå midt inne i prosessen med implementering av det kliniske verktøyet KOR. Flere kontor har tatt i bruk verktøyet i sin terapi og målet er at alle kontor skal ha implementert dette i løpet av 2012 (Bufetat 2011). Mange terapeuter har gode erfaringer med bruk av KOR. Det har vært noe skepsis til innføringen blant noen av de ansatte, og det blir diskutert om KOR kan og skal brukes i alle kliniske saker, for eksempel i saker med vold eller andre saker der klienter er i krise. KOR er ikke tenkt brukt i mekling (Bufdir 2010).

Morten Anker, som er en av de ansvarlige for ”Beste praksis” – prosjektet, uttaler at han håper de ansatte i familievernet vil slutte opp om bruken av KOR, og han tror ikke familievernet vil yte mer motstand enn andre grupper som får pålegg om noe:

*” Ja, jeg håper de ansatte i tjenesten slutter opp om dette, fordi jeg tror systemet kan hjelpe familievernet til å beholde sin frihet og egenart. Feedback - systemet er ikke noe hinder for kreativitet og ulike måter å jobbe på, men en sjekk underveis på om terapien fungerer. Hvis vi ikke får til dette, kunne vi tenke oss at vi i stedet fikk tredd et*

*obligatorisk og evidensbasert behandlingssystem over hodet på alle, sier Morten Anker” (Bufdir 2010:17).*

Ut fra dette ser det ut som at tenkningen rundt innføringen av KOR er at dersom en ikke tar dette verktøyet i bruk, vil en få pålegg om andre verktøy og kunne risikere en enda større inngripen. Ved å komme med pålegg om bruk av KOR prøver en dermed å beholde sin frihet og egenart.

Anne – Grethe Tuseth (2007) sier at ut fra den kunnskap vi har fra forskning, er klientens vurdering av den terapeutiske alliansen og klientens vurdering av tidlig endring de faktorene som best predikerer resultater i terapi. Disse synspunktene er vektlagt ved innføring av KOR i familievernnet. Morten Anker sier at tilbakemeldingssystemet KOR, blant annet på bakgrunn av studien hans, nå blir søkt inn gjennom det Amerikanske helse- og omsorgsdepartementet for godkjenning som et evidensbasert tiltak. Dette kan styrke familievernets faglige fundament, mener han (Bufdir 2010). I dette utsagnet kan vi nettopp finne perspektivet knyttet til at økt vitenskapeliggjøring kan bidra til økt tillit og legitimitet for en profesjonell tjeneste.

### ***Presentasjon av det kliniske verktøyet ”Klient – og resultatstyrt praksis” (KOR)***

KOR er en forkortelse for ”Klient- og resultatstyrt praksis”, og er et klinisk verktøy som skal brukes for å få systematisk tilbakemelding i terapi. Metoden er utviklet av terapeutene Barry Duncan og Scott Miller fra USA (Duncan, Miller & Sparks 2004). Det er stor enighet om at det er noen generelle faktorer i selve behandlingskonteksten som er sentrale for resultat i terapi. Den terapeutiske alliansen er en slik faktor (Lambert 1992, Wampold 2001, Asay & Lambert 2005, Bufdir 2009 – A).

Tuseth (2007) viser til at skalaene i KOR er utarbeidet med utgangspunkt i veletablerte måleinstrumenter med høy grad av validitet og reliabilitet. Skalaene er uformet slik at de er lette å forstå og det skal ikke ta lang tid å bruke dem. Bruk av KOR til systematisk tilbakemelding i terapi forutsetter ikke at terapeuten arbeider etter en spesiell teoretisk forståelse eller metode.

Vi vil nå gi en kortfattet oversikt over hvordan dette kliniske verktøyet er tenkt brukt. KOR skal måle klientens opplevelse av endring, samt alliansen til terapeuten. KOR består av to vurderingsskalaer, der den ene omhandler resultat og endring i terapi og den andre måler allianse. Disse skalaene brukes i starten og slutten av hver terapitime ved at klienten krysser av på skalaene. Gjennom et målesystem registreres klientens vurderinger fra terapisamtalene.

Fra andre terapisaamtale vil det kunne hentes ut endringsvurderingskurver fra familievernets dataprogram Fado. Fado inneholder blant annet klientens journal. I Fado kan en også hente ut rapporter og opplysninger som blir benyttet blant annet til statistiske formål. Ved å gjøre KOR til en integrert del av klientens journal i Fado, ønsker en å få rapporter som viser klientenes opplevelse av endring og resultat i terapi. Bakgrunnen for dette er ønsket om å kunne dokumentere nytten av terapi og kunne måle resultat i familievernet (Bufdir 2010).

Skalaen som brukes i starten av hver time heter ORS (outcome rating scale) for voksne og CORS (childrens outcome rating scale) for barn. I denne skalaen skal klienten uttrykke hvordan han eller hun har det ved å krysse av på 10 cm lange linjer. Spørsmålene klienten skal skåre på dette skjemaet er:

1. Personlig: Hvordan har jeg det med meg selv?
2. Mellommenneskelig: Hvordan har jeg det med partner, familie og nære relasjoner?
3. Sosialt: Hvordan har jeg det med arbeid, skole, og sosialt med venner?
4. Generelt: En generell opplevelse av hvordan jeg har det.

Når klientene har skåret i forhold til disse spørsmålene skal terapeuten måle de enkelte skårene med en linjal. En maksimal skåre for de fire 10 cm lange linjene er 40. Det blir vist til at forskning og praksis viser at klienter som skårer lavere enn 25, har en livssituasjon som gir indikasjoner på at de vil kunne ha nytte av samtaler med en terapeut.

Fra andre terapisaamtale kan en se om situasjonen har blitt verre eller bedre ved å sammenligne resultatene. Terapeuten skal samtale med klienten om den enkelte skåren og dette er da tenkt å åpne for kliniske samtaler. Når terapitimen er over legger terapeuten resultatene fra klientens skåring inn i MyOutcomes i dataprogrammet Fado. Fado og journalforskriften for familievernet skal endres for at dokumentasjon og resultat fra KOR skal ligge der for den enkelte klient (Bufdir 2009 – B). En kan da følge den enkeltes vurdering av endring gjennom terapiforløpet.

MyOutcomes er et elektronisk skåringsverktøy i USA. Dette er nå oversatt til norsk og lagt inn i familievernets datasystem Fado. Det er meningen å utvikle et tilsvarende og forbedret norsk verktøy for dette. En vil da etter hvert få en norsk database for klientenes subjektive opplevelser av endring i terapi.

Skalaen som skal fylles ut ved slutten av hver samtale heter SRS (session rating scale) for voksne og CSRS (children session rating scale) for barn. Her skal klientene på samme måte som det første skjemaet gi en tilbakemelding på 10 cm lange linjer på følgende områder:

1. Forholdet mellom deg og terapeuten
2. Mål og tema
3. Tilnærming eller metode
4. Generelt

Ønsket her er at klienten skal gi tilbakemelding om sine opplevelser av timen, om metode og tilnærming passet, og om de opplevde seg sett og forstått av terapeuten. Målet med dette er å fange opp klientens opplevelser av kommunikasjonen og gjøre endringer dersom det er ønskelig. Terapeuten skal måle dette på samme måte som det første skjemaet og legge dette inn i datasystemet for å kunne følge utviklingen (Duncan et al., 2004, Duncan 2007, Bufdir 2010).

#### **4. Kunnskapstradisjonen i familievernet**

Vi vil nå redegjøre for kunnskapstradisjonen som har vært rådende i familievernet. Bakgrunnen for denne redegjørelsen er at denne kunnskapstradisjonen på mange måter står i motsetning til tenkningen i de styringsmentalitetene vi har vist til. Praksisregimer må forholde seg til ytre strukturer og rammebetingelser, noe som er med å skape forutsetninger for praksis. I vår drøfting vil vi komme inn på hvordan dagens styringsmentaliteter påvirker og setter rammer for klinisk arbeid i familievernet. For å kunne drøfte dette trenger vi en oversikt over familievernets kunnskapstradisjon.

Vi setter denne redegjørelsen inn i et historisk perspektiv, selv om dette er en forholdsvis ung tradisjon. Et annet ord for kunnskapstradisjon er klinisk logikk, fordi måten en tenker om rollen som terapeut og klientens posisjon er med å gi retning for handlingsvalg i praksis. Slike handlingslogikker er, som nevnt, noe som preger og binder praksisregimer sammen (Dean 2008). Den kunnskapstradisjonen vi viser til, har vært et fellestrekk ved familieterapitenkningen. Dette er også noe dokumentene viser til når det blir sagt at familievernet er forankret i en systemisk og sosialkonstruksjonistisk tenkning (Bufdir 2009 – A). Det betyr selvsagt ikke at alle som arbeider i familievernet tenker likt, eller vil kjenne seg igjen i denne kunnskapstradisjonen. Det å undersøke utbredelsen av denne kunnskapstradisjonen blant de som arbeider i familievernet i dag, hadde i seg selv vært en relevant og interessant forskningsoppgave, som kunne være med å utdype vår problemstilling og våre drøftinger i tilknytning til denne.

Familieterapien har en forholdsvis kort historie. Som vi har vist til, ble det første familievernkontoret i Norge åpnet i 1958. Håkon Hårtveit og Per Jensen (1999) viser til at det hele startet i USA og at familieterapien på mange måter representerte et opprør mot de etablerte sannhetene innenfor tradisjonell psykoterapi.

Familieterapifeltet i Norge har helt fra starten vært sterkt internasjonalt orientert og det har vært erfaringsutveksling med andre land i stor grad (Bufdir 2009 – A). Om vi ser på fag og tenkning internasjonalt, ser vi at systemisk tenkning, konstruktivisme og sosialkonstruksjonisme står sentralt i denne historien. Norsk familieterapi er også grunnfestet i en systemisk tenkning og ofte i en sosialkonstruksjonistisk erkjennelsesteori. Fokus på språk, fortellinger og samskaping er derfor sentralt i terapi (Hårtveit & Jensen 1999, Lundby 2003, Bufdir 2009 – A).

På 80- og 90 -tallet ble konstruktivisme og 2.ordens kybernetikken sentrale begrep. I familieterapien ble overgangen fra en tenkning knyttet til 1.ordens kybernetikk til en tenkning knyttet til 2.ordens kybernetikk kalt et paradigmeskifte, det vil si at dette endret måten en tenkte om terapi og terapeutens rolle. Det var særlig vitenskapsmannen Gregory Bateson som introduserte kybernetikken i familieterapifeltet. Heinz Von Foerster var en av dem som introduserte begrepet 2.ordens kybernetikken. Sentrale element i denne tenkningen er at virkeligheten er slik vi persiperer den. Vi kjenner ikke et annet verdensbilde enn vårt eget, det vi ser (Hårtveit & Jensen 1999, Aadland 2002). Alle er aktører i et samspill, og det er ikke mulig å stille seg utenfor et system, eller ta på seg rollen som ”reparatør” når mennesker har problem. Dette perspektivet legger vekt på at terapeuten har sitt faglige, personlig, kulturelle utgangspunkt, og at dette utgangspunktet ikke er mer sant eller mer rett, i objektiv forstand, enn klienten eller familien sine verdensbilder. Det er bare ulike versjoner. Målet for en terapi innen denne kunnskapstradisjonen blir derfor å skape rom for forandring, ikke å forandre i en bestemt retning (Hårtveit & Jensen 1999). Dette betyr ikke at terapeuten ikke har et ansvar for det som skjer i terapien og i stor grad er med å legge premisser og forutsetninger for dette. Terapeuten har kunnskap og kompetanse knyttet til terapi, problemløsning og kommunikasjon, og har selvsagt ansvar for rammer og struktur i terapien. Terapeuten er likevel ikke ekspert på den enkelte sin situasjon og på løsningen av den enkelte sine problem, men har en utforskende rolle i forhold til dette.

Lynn Hoffmann skrev i en artikkel fra 1987 om karakteristikker ved en 2.ordens kybernetikk. Denne artikkelen heter ”La oss legge makt og kontroll bak oss, mot en 2.ordens familieterapi” og hun peker på følgende:

*”Fra mitt synspunkt ville enhver terapi som respekterer en kybernetisk epistemologi måtte ha følgende karakteristika:*

1. *En holdning der ”det observerende system” inkluderer terapeutens egen kontekst.*
2. *En samarbeidende, mer enn hierarkisk struktur.*
3. *Mål som legger vekt på å skape en kontekst som gir rom for endring, ikke spesifisere en endring.*
4. *Måter å ta seg i vare mot for mye instrumentalitet.*
5. *En sirkulær vurdering av problemet.*
6. *Et ikke-nedverdiggende, ikke-fordømmende syn.”*

(Hoffmann 1987:142).

Erkjennelsen av at den enkelte skaper sin egen verden og at det finnes mange måter å se verden på fikk store konsekvenser for terapeutrollen. Fra tidligere å være en observatør som var opptatt av å studere familier og deres adferd (1.ordens kybernetikken), ble det sentrale å studere familier og terapeuten sine forestillinger om verden, den enkelte sitt verdensbilde. Terapeuten gikk fra å være en observatør til å være deltaker (2.ordens kybernetikken) (Hårtveit & Jensen 1999).

Kontekst er et sentralt begrep innen denne tradisjonen. Batesons teorier har vært viktig i denne kunnskapstradisjonen, og han bruker begrepet kontekst om en psykologisk forståelsesramme der vi tolker og skaper mening innenfor. Våre erfaringer og referanser er bestemmende for de rammene vi setter (Aadland 2002, Ølgaard 2001). En annen og sentral definisjon av begrepet kontekst er den livssituasjonen familien eller klienten er i, og slik sett hva som er sentrale faktorer som påvirker både på mikro- og makronivå. Vi kan ikke se et individ eller en familie uavhengig av sin kontekst (Hårtveit & Jensen 1999).

Systemisk og sirkulær tenkning er sentralt i familieterapifeltet. I en sirkulær forståelse er en ikke opptatt av årsak. All bevegelse blir forstått sirkulært. Det hele hviler i siste instans på former for kommunikasjon. En terapeut med en sirkulær tenkning vil se et system bygd opp av komponenter, og komponenter som del av større og andre system. Samhandling og interaksjon er sirkulær, slik at det å se fenomen fra ulike synsvinkler, ”doble beskrivelser”, er nyttig og vil være med å utvide perspektiv. En vil ha som utgangspunkt at det ikke finnes en ”sann virkelighet”, men at en gjennom spørsmål og felles utforskning kan kaste lys over interaksjon og ulike historier og få en større bevissthet og en refleksjon rundt dette. Den

sirkulære tenkningen åpner for at det er mange måter å se, oppleve og beskrive et fenomen på. Det blir dermed en ikke-normativ holdning (Hårtveit & Jensen 1999, Tømm 2000).

I terapisisituasjonen er terapeuten deltaker i interaksjonen, og spørsmålene og svarene inngår i en sirkulær prosess som blir gjensidige forutsetninger for hverandre, og som er basert på både klienten og terapeuten sine verdensbilder. Med en annen terapeut, eller en annen klient, hadde samtalen selvsagt blitt annerledes. Det blir et møte mellom subjekt. I familierapiens kunnskapstradisjon ligger en erkjennelse av det unike og det kontekstavhengige i terapi. Det enkelte møtet blir unikt og uforutsigbart.

Innen denne kunnskapstradisjonen blir det sentralt å utforske den enkelte sine opplevelser, meninger, fortellinger og den interaksjonen problemet er en del av. Gjennom utforskning vil en i fellesskap kunne utvikle ny mening eller se alternative fortellinger eller perspektiv. Det å utvikle og samskape nye historier eller nye handlingsstrategier kan føre til forandring eller løsning av problemene. Gjennom utforskning, nyskriving av historier, samtaler rundt problemet og problemløsning, eller utprøving av andre handlingsstrategier kan forandring skje (Hårtveit & Jensen 1999, Lundby 2003).

Brukermedvirkning i terapi er helt grunnleggende i denne kunnskapstradisjonen. Innen den systemiske, konstruktivistiske og sosialkonstruksjonistiske kunnskapstradisjonen tenker en at et møte mellom subjekt nettopp innebærer at klienten opplever seg møtt, anerkjent og respektert, og at en legger grunnlaget for dette blant annet ved at terapeuten er opptatt av klientens verdensbilde og endringsteori, og bruker tid på å utforske dette. Det at terapeuten ikke er i en posisjon der han kan observere fra utsiden og diagnostisere, samt foreskrive behandling, gjør at språket og samtalen blir helt sentral. Innenfor denne tradisjonen har ord og setninger som for eksempel ”ikke ekspert” eller ”ikke- vitende posisjon” om terapeuten sin rolle, ”ikke normativ”, ”narrativer”, ”nyskriving av historier” vært med å gi et meningsinnhold og hatt betydning for handlingsvalg i praksis.

Forskningsresultater knyttet til relasjonenes betydning i terapi har vært vektlagt innen familierapien. I en analyse av hva forskningsresultater sier om virksomme faktorer i terapi har Michael Lambert (1992) konkludert med at metode og teknikk utgjør 15 %, placebo, håp og forventninger utgjør 15%, klientrelaterte og utenomterapeutiske faktorer utgjør 40 % og relasjonen mellom klient og terapeut utgjør 30%. I dette ligger at den metoden eller det verktøyet en bruker utgjør bare 15 % i forhold til det resultatet en oppnår i terapien. Det ligger også at fellesfaktorer i terapi, som allianse og relasjon er av relativt stor betydning for resultat i terapi (Lambert 1992, Wampold 2001, Hubble et al., 2005, Tuseth 2007). Disse

fellesfaktorene blir vektlagt ved innføringen av KOR, spesielt terapeutisk allianse som en av skalaene i KOR skal måle.

Wampold (2001) skiller mellom en kontekstuell og en medisinsk metamodell i psykoterapi. I den medisinske metamodellen vektlegger han en mer instrumentell tilnærming der sykdommen og diagnosen er utgangspunktet for intervensjonen. Dette impliserer en avgrensning av sykdommen og en vitenskapelig forklaring på årsaken til sykdommen eller problemet. En fokuserer i denne modellen på kunnskap om sykdommen og forbedringsmuligheter, og tar i bruk spesifikke handlinger for å intervensere i forhold til årsakene. En bruker ulike metoder og verktøy som skal virke i forhold til definerte problemstillinger og sykdommer. I den kontekstuelle modellen vektlegger Wampold den følelsesmessige relasjonen mellom terapeut og klient for at terapi skal være til hjelp. En troverdig forklaring av problemene og klientens tro på behandlingen står sentralt. Innen denne modellen er fokuset på fellesfaktorer som er virkningsfulle i terapi, og ikke på spesielle metoder, verktøy eller teknikker.

Wampold (2001) har gjennom metastudier funnet en klar støtte for at den kontekstuelle modellen er overlegen på det psykoterapeutiske området (Bufdir 2009 – A). Wampold plasserer behandlingsmanualer innen den medisinske modellen. Fellesfaktorer i den kontekstuelle modellen har ulike komponenter. Den første er et emosjonelt ladet bånd slik at klienten kan betro seg til og stole på terapeuten. Den andre komponenten er at konteksten for relasjonen mellom klient og terapeut bærer preg av at terapeuten kan presentere seg som en profesjonell hjelper i en kontekst som klienten har tro på kan hjelpe. Den tredje komponenten er at der fins et rasjonale, en tro eller oppfatning som kan bidra til en framgangsmåte for å løse klientens problemer. Disse framgangsmåtene trenger ikke være sanne utenfor den enkelte terapikontekst, men må aksepteres både av klienten og terapeuten. Den siste komponenten handler om aktiv deltakelse både fra klient og terapeut basert på behandlingens rasjonale (Wampold 2001). I dette ligger at både klient og terapeut må ha tro på et verktøy eller metode for at dette skal være nyttig og virksomt.

Sprenkle (2004) viser, som Wampold, til at generelle faktorer i terapi bare virker når terapien foregår innenfor rammen av en modell eller en metode som både terapeuten og klienten opplever meningsfull. En kan dermed ikke ta en metode ut av sin kontekst og overføre virkning og resultat fra en kontekst til en annen. Forskning viser altså at det ikke er evidens for evidensbasert praksis i psykoterapi (Wampold 2001, Ekeland 2004, Bufdir 2009 - A). Slik sett kan vi slutte at familievernet allerede er evidensbasert ved at en tar disse resultatene fra



forskning på alvor og vektlegger relasjon og fellesfaktorer i terapi, samt at både klient og terapeut må ha tro på kliniske verktøy, metoder og framgangsmåter en skal bruke i den enkelte terapi, jevnfør Wampold (2001).

Hvilket forhold har så denne kunnskapstradisjonen til forskning? Kvalitativ forskning og erfaringskunnskap med vekt på det subjektive og terapeuten som deltaker har vært viktig innenfor familierapien (Bufdir 2009 - A, Bufdir 2009 - B). Per Jensen (2006) viser til at det hele veien har vært en kontinuerlig drøfting av hva som virker i terapi og at det meste av den forskningen som tar utgangspunkt i familierapi og psykoterapi har fått liten oppmerksomhet i familierapimiljøene i Norge, selv om her fins noen unntak. Han viser videre til at de ulike familierapimiljøene både i USA og Europa i familierapiens tidlige fase, drev ulike forskningsprosjekt som var med å informere praksisfeltet. Forskning på blant annet relasjonens betydning, som vi har vist til, har også informert feltet og vært viktig for praksis.

Jensen (2006) peker på at det ofte blir sagt at terapi både er vitenskap og kunst, og at dette kan tolkes slik at bare en del av den terapeutiske praksis er innenfor det en tenker på som vitenskap, og som en kan fange opp gjennom forskning. Han sier dette i så fall gjelder både kvalitativ og kvantitativ forskning fordi begge tilnærmingene har det til felles at de bygger på rasjonelle og logiske analyser. De analoge og kreative sidene ved praksis bærer med seg en annen type kunnskap. Dette er da kunnskap som er av en annen type enn den rasjonelle og analytiske kunnskapen, som forskningen har som fokus og mål. Denne kunnskapen tilhører den delen av kommunikasjonen som ikke kan fanges ved hjelp av det digitale språket, men som like fullt er sentralt i forhold til hvordan kommunikasjon og forhold mellom mennesker forstås og oppleves.

May-Britt Solem, Terje Tilden og Frode Thuen (2008) peker på at systemisk familiebehandling hovedsakelig defineres som en praksisdisiplin der teori blir utledet. De er opptatt av at den forskningsbaserte empirien blir anerkjent og brukt som grunnlag for praksis innen denne tradisjonen. De sier at det er en skepsis innen denne tradisjonen knyttet til at kunnskap som er generert på et gruppenivå ikke vil være egnet på et individnivå. De sier videre at terapeuten kan være bekymret for at klienten opplever terapeuten i større grad som ekspert, og at det å bruke slik kunnskap vil demonstrere et ulikt maktforhold. Deres synspunkt er at terapeuten innen den systemiske tradisjonen, kanskje med et ideal om en ”ikke-vitende posisjon,” kan bli for lite tydelig på sin faglighet. De er opptatt av at forskning skal vektlegges i større grad i klinisk praksis innen familierapifeltet. Dette er et syn som de nye føringene for familievernet ser ut til å vektlegge (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 - B).

Familievernnet har vært en tjeneste med høy grad av autonomi og det har vært lite innsyn, kontroll og retningslinjer for hvordan en skal drive terapi. Den enkelte terapeut har hatt tillit og arbeidet selvstendig i sitt samarbeid med klientene. Et mangfold av tilnærminger og kliniske metoder har eksistert side ved side som likeverdige. Noe av begrunnelsen for dette har altså vært at relasjonen til klienten må være rammet inn av en autonomi som gjør klinikerens til en ansvarlig og myndig aktør, og klienten til et deltakende subjekt. Ekeland (2004) peker på at klinikerens autonomi er en forutsetning for klientens autonomi og at dette er selve kjernen i den kliniske logikken. Dersom denne autonomien bryter sammen, bryter også den kliniske logikken sammen. Dette synet står helt sentralt innen familierapifeltet. Denne gjennomgangen av familievernets kunnskapstradisjon viser at brukermedvirkning og demokrati er innebygget i kunnskapssyn og den kliniske logikken, og at terapiprosessen er forankret i en kommunikativ og kontekstuell forståelse.

## 5. Metode

Vi har nå sett på teorier om styringsmentaliteter og strukturelle forhold i dagens samfunn generelt, samt presentert familievernnet, det kliniske verktøyet KOR, prosessen knyttet til ”Brukerrettet kvalitetsutvikling”, samt gjort rede for den rådende kunnskapstradisjonen eller den kliniske logikken i familievernnet. Disse temaene er sentrale i den konteksten familievernnet er en del av. Denne kontekstforståelsen vil vi nå trekke med oss i redegjørelsen for våre metodiske valg og deretter i diskursanalysen av de to dokumentene. Dette skal bidra til forståelse av den konteksten vår analyse og drøfting foregår innenfor både på et individnivå, i forhold til samhandlingen mellom klient og terapeut, og i forhold til strukturelle forhold på et samfunnsnivå.

Vi har gjennom å belyse disse temaene avklart bakgrunnen for vår problemstilling. Vi har også forankret problemstillingen i en større samfunnsmessig sammenheng, som går langt ut over familievernets situasjon, ved å knytte våre spørsmål til styringsmentaliteter og strukturelle forhold i dagens samfunn.

Bufdir påstår i de to dokumentene at et mer evidensbasert familievern og innføring av KOR i terapi sikrer brukermedvirkning og gir et bedre familievern. Vi er her tilbake ved spørsmålene vi har stilt i problemstillingen: *Et evidensbasert familievern - et bedre familievern? Vil pålegg om klinisk verktøy for tilbakemelding i terapi gjøre terapi bedre? Vil resultat fra forskning, og det å ha fått betegnelsen evidensbasert sikre kvalitet og gjøre terapi bedre? Vi*

vil med utgangspunkt i problemstillingen undersøke påstandene om at dette blir et bedre familievern gjennom å se på argumentasjonen i de to dokumentene. Før vi går videre med å se på diskursbegrepet og diskursanalyse som metode, vil vi presentere de to dokumentene som er utgangspunktet for vår analyse.

### ***Presentasjon av dokumentene***

Dokumentene:

- *”Evidensbasert praksis i familievernet. En litteraturgjennomgang av forskning på parterapi”* (Bufdir 2009 - A). Dette dokumentet har 41 sider, samt litteraturliste.
- *”Rapport fra ”brukerrettet kvalitetsutvikling” 2006 – 2008. Bedre og bedre dag for dag. Et kunnskapsbasert familievern som driver forbedringsarbeid grunnlagt på brukernes perspektiv”* (Bufdir 2009 – B). Dette dokumentet har 22 sider, samt et to siders vedlegg som er et forslag til implementeringsplan for innføring av KOR i familievernet. Denne planen har i ettertid blitt utsatt, og en er nå midt inne i denne implementeringsprosessen. Målsettingen er at hele familievernet skal ha tatt KOR i bruk i løpet av 2012 (Bufetat 2011).

Dokumentene er skrevet på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Dette etter at departementet ga Bufdir i oppdrag å utvikle *”en metode for kvalitetssikring i tjenesten basert på brukerperspektivet”*. Bufdir ønsket en prosess der familievernkontorene deltok aktivt i utprøving og valg av metode for kvalitetssikring. Utviklingsarbeidet ble som nevnt organisert i tre faser: etablering av kunnskapsstatus, utprøving av ulike metoder og oppsummering av erfaringer. Bufdir engasjerte psykolog Geir Skauli til å lede dette arbeidet.

*”Det ble lagt vekt på at arbeidet skulle stimulere til en samtidig ”bottom-up” og ”top-down”-prosess der kontorenes meninger og erfaringer aktivt skulle etterspørres. Utviklingsarbeidet skulle i stor grad skje ved at kontorene selv skaffet erfaring med måter å sikre kvalitetsforbedring basert på brukerperspektivet. Samtidig var prosessen toppstyrt ved at både selve oppdraget og konklusjonene er beslutninger i organisasjonens styringssystem”* (Bufdir 2009-B: 3).

Begge dokumentene har Bufdir som avsender. Psykolog Geir Skauli er engasjert av Bufdir som forfatter av begge dokumentene. Skauli sammenfattet i det første dokumentet forskning på parterapi. Denne forskningsgjennomgangen var sentral, og er et viktig bakgrunnsdokument

for det andre dokumentet. Dette andre dokumentet omhandler kvalitetsutviklingsprogrammet for familievernnet der en mer evidensbasert praksis i familievernnet og innføringen av det kliniske verktøyet ”Klient – og resultatstyrt praksis” (KOR) står sentralt. I forordet til sistnevnte dokument takker Kjetil Horgmo og Berger Hareide fra Bufdir, Geir Skauli som forfatter av dokumentene og som leder av utviklingsarbeidet, for en visjonær, systematisk og faglig meget solid innsats i dette utviklingsarbeidet. De takker også familievernkontorene og regionene for deres bidrag.

Avsender av dokumentene er altså Bufdir som har fått sitt oppdrag fra departementet. Dette oppdraget består i å ”utvikle en metode for kvalitetssikring i tjenesten basert på brukerperspektivet” (Bufdir 2009-B). Mottaker av dokumentene er familievernkontorene og regionskontorene som har ansvar for å sette dette i verk i samarbeid med Bufdir.

### ***Diskursbegrepet***

Diskursanalyse er en metode som kan være nyttig når en empirisk vil studere forutsetninger og betingelser som er del av politiske og sosiale praksiser. Det å kunne gå i dybden og få kunnskap om betingelser og forutsetninger, kan gi en større forståelse av spesifikke politiske og sosiale handlinger (Neumann 2010). Dette er et perspektiv og en tenkning rundt diskursanalyse vi finner samsvarer med vårt behov for analyse av dokumentene og de nye føringene for familievernnet. Dette er også bakgrunnen for vårt valg av diskursanalyse som metode.

Vi ser nå først på begrepet diskurs som et grunnlag for å gå videre med diskursanalyse som metode.

Begrepet diskurs er brukt i ulike sammenhenger. Det brukes ofte ulikt i ulike fagtradisjoner som for eksempel antropologi, sosiologi, statsvitenskap og lingvistikk. En kan også finne store forskjeller blant dem som bruker det innenfor samme fagtradisjon. Diskursbegrepet handler om det foranderlige i tale, tekst og språk og er nært forbundet med meningsdannelse (Jensen 2010). Begrepet er ofte brukt om meningsinnhold vi tar for gitt, og det viser til den meningen eller holdningen vi har til noe, og som kommer til uttrykk gjennom for eksempel det som er skrevet, det som blir sagt eller gjennom tegn og symbol. Det handler i stor grad om hvordan vi oppfatter verden og hvordan dette kommer til syne på ulike måter. En kan se at komplekse saksforhold blir satt inn i rammer som gir retning for hvordan en forstår et fenomen. Begrepet diskurs omfatter også det usagte eller underforståtte, det som utgjør

rammen eller konteksten for det som sies (Brox 1999, Bergstöm & Borèus 2005, Jensen 2010).

Diskursteori har utgangspunkt i strukturalistisk og poststrukturalistisk språkfilosofi, som hevder at vår tilgang til virkeligheten alltid går gjennom språket. Ved hjelp av språket skaper vi representasjoner av virkeligheten, som aldri bare er speilinger av en allerede eksisterende virkelighet, representasjonene er med å skape denne virkeligheten (Jørgensen & Phillips 2010, Neumann 2010). Strukturalismen sitt utgangspunkt var at man også for det sosiale kunne finne et rasjonelt system som lå skjult i språket og som kunne si en noe om de faktiske sosiale samhandlingsmønstrene. Mot slutten av 60-tallet oppstod det en strukturalismekritikk som ble opphavet til poststrukturalismen. Her ble det hevdet at en ikke kunne gå ut fra at det fantes en skjult struktur som lå under det man kunne observere. En hevdet at det som kunne observeres og studeres først og fremst var språket selv slik det framstod. I forbindelse med dette ble diskursanalysen også definert som noe annet enn det rent lingvistiske. Dette blir knyttet til en mer generell språklig vending i samfunnsvitenskapene. I den poststrukturalistiske tenkningen var troen på den vitenskapelige sannhet forlatt og språket fikk økt betydning som et element mellom det menneskelige subjekt og verden. Dette ble også gjerne satt i sammenheng med makt og kunnskap (Neumann 2010).

Det er flere ulike retninger innen diskursteori. En sentral retning er kritisk diskursteori, der finner vi lingvister som Fairclough og Halliday. Innen en postmoderne diskursteori finner vi blant annet Laclou og Mouffe (Jørgensen & Phillips 2010). Vi fordyper oss ikke nærmere i ulike retninger, men vil peke på sentrale premisser i sosialkonstruksjonistisk tenkning, der diskursbegrepet har sin forankring (Bergstöm & Borèus 2005, Jørgensen & Phillips 2010).

Jørgensen og Phillips definerer diskurs som *”en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnitt af verden) på”* (Jørgensen & Phillips 2010:9). De viser til fire premisser som er sentrale i sosialkonstruksjonistisk tenkning.

Det første er en kritisk innstilling overfor selvfølgelig viten. I dette ligger at vår kunnskap om verden ikke kan oppfattes som objektiv sannhet, men at dette er et produkt av vår måte å kategorisere verden på.

For det andre vil vårt syn på verden og vår kunnskap om verden alltid være historisk og kulturelt betinget. At den sosiale verden konstrueres sosialt og diskursivt betyr at verden ikke er forutbestemt eller determinert av ytre forhold.

Det tredje aspektet handler om at det er sammenheng mellom kunnskap og sosiale prosesser. I dette ligger at vår måte å forstå og skape verden på blir opprettholdt av sosiale praksiser og at kunnskap skapes i sosial interaksjon. En kjemper her om hva som skal være sant og rett og bygger på denne måten opp felles sannheter.

Det fjerde og siste fellestrekket handler om at det er en sammenheng mellom kunnskap og sosial handling. I dette ligger at i et bestemt verdensbilde eller innenfor bestemte sannheter blir noen handlinger naturlige og andre handlinger utenkelige. Gjennom dette får den sosiale konstruksjon av sannhet og kunnskap konkrete sosiale konsekvenser (Jørgensen & Phillips 2010).

Vi har valgt en tilnærming til diskursanalyse som er beskrevet av Iver Neumann (2010) og som bygger på deler av Foucaults teori (Neumann 2010).

Foucault var en av dem som var med å innføre diskursbegrepet (Jørgensen & Phillips 2010, Neumann 2010). Han har vært en av de sentrale teoretikerne innen diskursanalysen, både gjennom å utvikle teori og begreper, samt gjennom mange empiriske undersøkelser. Innenfor nesten alle diskursteoretiske retninger har Foucault sine bidrag blitt sentrale, om enn i større eller mindre grad. Foucault følger den generelle sosialkonstruksjonistiske premiss om at kunnskap ikke bare er en avspeiling av virkeligheten. Sannheten er en diskursiv konstruksjon, og forskjellige kunnskapsregimer definerer hva som er gjeldende som "sant og rett" (Jørgensen & Phillips 2010).

Det er vanlig å dele hans forfatterskap inn i en tidlig "arkeologisk" fase og en senere "genealogisk", selv om disse fasene egentlig overlapper hverandre. Foucaults diskursteori er en del av hans arkeologi. Han er interessert i å avdekke "arkeologisk" reglene for hvilke utsagn som blir akseptert som meningsfulle og som sannhet i en bestemt historisk periode. I de senere arbeidene som er mer knyttet til genealogien har Foucault utviklet en teori om makt og kunnskap. Foucault er opptatt av hvordan makt er språklig uttrykt. Han er spesielt opptatt av maktaspekt i diskursen i vitenskapelig sammenheng, sammenhengen mellom makt og kunnskap, hva som blir sett på som viktig, for eksempel å forske på. Foucault ser på makt som et fenomen som er spredt over forskjellige praksiser, og at makt ikke kan forstås som utelukkende undertrykkende, men også produktiv. Makten konstituerer diskurser, kunnskap og subjekt, makt og kunnskap forutsetter hverandre. Synet på makt har også konsekvenser for hans syn på sannhet. Han mener at en aldri kan snakke fra en posisjon utenfor diskursene, det er ingen vei utenom våre representasjoner av virkeligheten, vi er inne i dette og sannheten

skapes innenfor diskursen. På denne måten blir sannhet innleiret i og produsert av maktsystemer (Schaanning 1997, Jørgensen & Phillips 2010, Neumann 2010).

Den sosiale verden består av mange fenomener som er slik de er, fordi systemet for dannelsen av utsagn (diskursen) som definerer fenomenene er slik. Disse fenomenene vil være kausalt eller logisk selvoppyllende. Representasjonene av verden må fremmes gjentatte ganger, de må repeteres dersom de ikke er garantert en fortsatt gyldighet av den diskursen de er en del av (Neumann 2010).

Vi vil nå gjøre rede for sentrale element i en diskursanalyse, og si noe om bakgrunnen for vårt valg av tema. Før vi konkret beskriver vår tilnærming og hvordan vi har gått fram for å modellere en diskurs i forhold til problemstillingen, vil vi gjøre rede for våre metodologiske overveielser og valg.

### *Diskursanalyse*

Oftest dekker ordet diskurs en eller annen idè om at språket er strukturert i ulike mønstre. Disse mønstrene vil være utsagn følge når vi agerer innenfor ulike sosiale domèner. Vi kan for eksempel snakke om en ”medisinsk diskurs” eller en ”politisk diskurs.” Gjennom diskursanalyse vil en da prøve å analysere disse mønstrene (Jørgensen & Phillips 2010). I diskursanalyse har en altså et spesielt fokus på språket og den konteksten det framkommer i. Dette blir sentrale analyseenheter i forskning der en bruker diskursanalyse som metode (Jensen 2010). Diskursanalysen bygger på en forutsetning om at vi som fortolkende subjekter ikke har tilgang til en reell virkelighet eller materie, men at vår fortolkning og vår tilgang til virkeligheten alltid vil gå gjennom språket ( Jensen 2010, Jørgensen & Phillips 2010, Neumann 2010). Slik vil våre måter å bruke språket si noe om vår omverden, og det vil også spille en aktiv rolle i forhold til å skape og endre våre verdensbilder og oppfatninger av virkeligheten (Jørgensen & Phillips 2010). Hovedpoenget med diskursanalyse er å studere og analysere mening som en del av det generelt sosiale der mening dannes (Neumann 2010).

Definisjonen av begrepene ontologi og epistemologi kan være med å tydeliggjøre hvilket utgangspunkt en har i en diskursanalyse. Ontologien er læren om det værende, hva verden består av. I en diskursanalyse er utgangspunktet for studiet ofte en oppfatning om at den sosiale og politiske verden framstår for oss som mer eller mindre i endring. Iver Neumann (2010) kaller det å være i fluks. Han peker på at med et diskursanalytisk blikk gir det ikke mening i å beskrive hva verden består av uten å gå inn på hvorfor det ble slik, og hvordan

denne oppfatningen av verden blir opprettholdt. Diskursanalysen vil ta utgangspunkt og være interessert i epistemologiske spørsmål. En er ikke først og fremst opptatt av det værende, det som er, men av det vordende og av hvordan kunnskap om verden blir skapt. En ønsker å sette fokus på og analysere hvordan vi kan ha kunnskap om verden, våre oppfatninger, bilder og konstruksjoner av verden slik den framstår for oss.

Neumann (2010) peker på at vi må akseptere den usikkerheten og spenningen som ligger i å problematisere skillet mellom virkelighet forstått som fysisk gitt virkelighet, og virkelighet forstått som sosial konstruksjon eller representasjon. Han sier det er viktig å underkaste de spenningene som omgir dette skillet vitenskapelig undersøkelse. Neumann peker på at kampen om definisjonen av begrepet diskurs også er en del av kampen om å definere virkelighet og hva som er gjeldende. Han anbefaler at diskursanalytikere har et pluralistisk forhold både til metodebruk og til begrepet diskurs.

En diskursanalyse vil bære med seg en visshet om at fenomen kan forstås på ulike måter. Dette innebærer at med et annet ståsted eller perspektiv kunne analysen endret seg. Med et slikt sosialkonstruksjonistisk utgangspunkt vil det å se verden fra ulike perspektiv kunne være med å berike og utvide perspektiv, snarere enn å redusere (Neumann 2010).

### ***Valg av tema***

Dokumentene med de nye føringene for familievernet kom samtidig med oppstarten av vårt masterstudie. Vi hadde nok, på bakgrunn av dette, et særlig blikk for, og en interesse for hvordan strukturelle forhold i samfunnet er med å påvirke samhandling mellom profesjonelle yrkesutøvere og klienter eller brukere. Vi leste de nye føringene for familievernet slik de framstod i dokumentene med stor interesse og etter hvert med en del spørsmål. Vi opplevde motsetninger i teksten og at det å komme med pålegg og større grad av tilsyn og kontroll tilhørte andre formål og logikker enn den kliniske. Det var likevel vanskelig uten videre å peke på disse motsetningene og eventuelle konsekvenser knyttet til dette for vår rolle som familieterapeuter ansatt i familievernet. Våre spørsmål og tanker førte til et ønske om å studere de nye føringene og dokumentene nærmere.

### ***Andre studier om bruk av KOR i familievernet***

Vi har funnet at KOR har blitt brukt og evaluert innenfor noen institusjoner innen psykisk helsevern i Norge, blant annet en undersøkelse ved Regionsenter for barn og unges psykiske



helse, Øst og Sør R-BUP (Tuseh, Sverdrup, Hjort & Friestad 2006). Vi har imidlertid konsentrert oss om studier knyttet til bruk av KOR i familievernnet fordi vi finner dette mest relevant for vår oppgave. Dette fordi våre drøftinger knyttet til innføringen av KOR blir sett i forhold til familievernets rådende kunnskapstradisjon. I tillegg til studier innen familievernnet vil vi nevne Rolf Sundet (2010) sin studie ved familieenheten ved barne- og ungdomspsykiatriske avdeling, sykehuset i Buskerud. Han har gjort en kvalitativ studie, for å undersøke hvordan klienter og terapeuter nyttiggjør seg og opplever bruk av KOR i en familierapeutisk sammenheng. Han viser til at de standardiserte skjemaene bekreftes som sentrale i en hjelpsom praksis. De fungerer som samtaleredskap som åpner opp for forskjellige samtaleyter og prosesser. Betydning av samarbeid og tilbakemelding i terapi blir vektlagt som sentralt for resultat i terapi (Bufdir 2009 – A).

Morten Anker, Barry Duncan og Jacqueline Sparks (2009) forskningsprosjekt ved familievernkontorene i Vestfold er den første dokumentasjonen på KOR i par- og familiesammenheng (Bufdir 2009 - A). Dette ”Beste praksis” – prosjektet ble utført etter kravene for RCT-studier. Prosjektet ble startet med midler fra Bufdir (Bufdir 2009 – B). Prosjektet hadde i utgangspunktet et utvalg på 453 par som søkte parterapi på familievernkontor i Vestfold i tidsperioden oktober 2005–desember 2007. Utvalget ble delt tilfeldig i to grupper; ”treatment as usual” (TAU) og der det ble brukt feedback (KOR). Ut fra ulike eksklusjonskriterier er det oppsummert i analysen at 205 par (410 individ) fullførte behandling. 102 par i TAU-gruppen og 103 par i feedback-gruppen. De samme terapeutene arbeidet både med og uten slik systematisk tilbakemelding, avhengig av hvilken gruppe parene var kommet i. 245 individ (59,8%) av 410 individ, som representerte 149 par, responderte på 6 måneders oppfølgingen, men ut fra bestemte kriterier ble noen av disse ekskludert i oppsummeringen. Det ble i resultatene konkludert med at parene i feedback-gruppen (KOR) viste signifikant større bedring/effekt enn de i TAU-gruppen. Deltakerne i feedback-gruppen (KOR) opprettholdt også en betydelig endring/effekt i forhold til det primære målet etter 6 måneder oppfølging, sammenlignet med TAU-gruppen, og hadde en signifikant lavere andel av separasjon/brudd eller skilsmisse (Anker, Duncan & Sparks 2009)

Morten Anker sier i et intervju:

*”Vår studie viser at terapi med feedback gir fire ganger effekten av terapi uten feedback. I undersøkelsen oppnådde 41 prosent av parene (det vil si begge i parforholdet) som hadde feedback såkalt klinisk signifikant endring gjennom terapien. Andelen var bare 10 prosent for gruppen som ikke hadde feedback. Metodisk var det*

*de samme terapeuter som ble målt med og uten feedback, og det er ikke tvil om at de gjorde sitt beste i begge tilfeller. Resultatene er med andre ord ikke utslag av ulik grad av "begeistring" for feedback hos terapeutene". (Bufdir 2010:16).*

I tillegg til "Beste praksis"- prosjektet finnes to andre studier om bruk av KOR i familievernet:

Klinisk sosionom Knut Hunnes (2010) gjennomførte i forbindelse med sin masteroppgave i 2010 en kvalitativ undersøkelse vedrørende brukervedvirkning i familievernet, og intervjuet 12 terapeuter om temaet. Hans utgangspunkt var også prosessen knyttet til "Brukerrettet kvalitetsutvikling" og innføring av KOR i familievernet. I resultatene sine oppsummerer han at terapeutene er positive til brukervedvirkning generelt. Når det gjelder bruk av kliniske skjema i terapi er bildet mer delt mellom de som er positive og de som er negative. Han sier blant annet at det er svært avgjørende at bruken av skjema må oppleves nyttig for terapeutene, at de selv kan avgjøre om de vil bruke skjema eller ikke og i hvilke saker de skal benyttes. Videre mente de fleste terapeutene at det viktigste fokuset ved eventuell skjemabruk måtte være på klienten eller på relasjonen mellom klient og terapeut, heller enn på terapeuten sin fungering. Han finner at dersom en skal få inn kvalitativt gode data vedrørende tjenestetilbudet, må det være uavhengige personer og instanser som innhenter dette, og ikke terapeutene i løpet av terapien. Terapeutene stiller seg svært kritisk til at det skal gjennomføres mer styring i forhold til metodiske tilnærminger i terapi.

*"Vidare viser analysen at ein bør sjå på bruken av kliniske skjema som ein arbeidsmåte eller klinisk tilnærming. Dette forsterkar betydningen av at terapeutane sjølve må kunne avgjere om dei skal bruke desse skjemaene, eventuelt i kva grad dei skal brukast" (Hunnes 2010: 88).*

Psykologspesialist Rune Weltzien og professor dr. psychol Stål Bjørkly har foretatt en klinisk studie av par som søkte hjelp på et familievernkontor i perioden juni 2007 til mai 2009. Formålet med studien var å undersøke om systematisk bruk av KOR i terapi knyttet til samarbeidet med terapeuten, hadde en effekt på terapeutiske allianser i parterapi. Resultatene fra denne studien er ennå ikke publisert (Weltzien & Bjørkly, in press).

### ***Metodologiske overveielser***

Vi som forskere har en posisjon vi tolker ut fra, og denne posisjonen vil være med å bestemme hva vi trekker ut og framlegger som resultat i vår analyse. Med et sosialkonstruksjonistisk utgangspunkt vil dette da utgjøre en posisjon eller et perspektiv. Som

vi har pekt på, ligger det innforstått at fra andre posisjoner kan virkeligheten framstå på andre måter, gi andre representasjoner. Leif Christian Jensen (2010) peker på at dette likevel ikke betyr at alle forskningsresultater er like gode. Han framhever etterrettelighet, gjennomsiktighet, teoretisk konsistens og en tydelighet i forhold til egen posisjon som sentrale element for vurdering av studien og de resultatene en presenterer. Dette blir sentrale element for oss, og noe vi har hatt fokus på i vårt arbeid.

Da vi leste disse dokumentene opplevde vi begge dette som helt nye føringer for familievernet, i og med at det ble konkludert med pålegg om et klinisk verktøy knyttet til tilbakemelding i terapi, som også skal tjene andre interesser enn det kliniske. Dette kom først og fremst fram i dokumentenes konklusjoner og videre planer for implementering av KOR. I teksten og drøftingen som ligger forut for konklusjonene opplevde vi en vekslning mellom tenkning knyttet til det mer tradisjonelle synet på terapi i familievernet og en tenkning som var mer fremmed i forhold til dette, og som i større grad la vekt på at styring, kontroll, pålegg og dokumentasjon er viktig for å sikre kvaliteten i familievernet. I føringene blir det lagt vekt på å finne et klinisk verktøy som ikke interfererer for mye med praksis, og som ikke tar for mye tid i terapisaamtalen (Bufdir 2009 - B). Vi opplevde dette på en annen måte ved lesing av dokumentene, fordi vi finner at det å komme med pålegg om bruk av klinisk verktøy bryter med den rådende kunnskapstradisjonen i familievernet. Dette førte til en hypotese om at de nye føringene kan endre praksis i familievernet og et spørsmål knyttet til om en eventuell ny praksis vil være en bedre praksis.

Vi er begge forankret innen en systemisk tenkning, og har i stor grad integrert det vi har kalt familievernets kunnskapstradisjon, som vi har redegjort for i kapittel 4, i vår tenkning og vår kliniske tilnærming. Neumann (2010) peker på at det er nødvendig å gjøre seg kjent med og ha en kulturell kompetanse knyttet til det feltet en vil studere for å kunne avgrense diskursen. Det at vi har kjennskap til familieterapifeltet fordi vi arbeider og har utdanning innen dette feltet, betyr også at vi møter vår problemstilling med en forforståelse, eller for-dommer, og kan sies å være forutinntatt. Faren er da at vi står for nært, og kan bli blind for andre funn enn det som samsvarer med vår egen forforståelse (Fangen 2008, Malterud 2008, Kvale & Brinkmann 2009). På bakgrunn av dette vil det alltid være en utfordring å forske på eget felt. Vi kan også se dette i lys av Foucaults påpekning om at en ikke kan snakke fra utsiden av diskursen, en vil være inne i den og være del av den. Ulike representasjoner av virkeligheten blir skapt innenfor diskursen. Vi er en del av den diskursen vi analyserer og ser den fra vår synsvinkel med et systemisk, konstruktivistisk og sosialkonstruksjonistisk blikk. Tenkningen

knyttet til at det finnes andre synsvinkler å beskrive problemstillingen fra kan samtidig være med å gi en åpenhet for å motta ny informasjon og andre perspektiv.

Vi har lagt vekt på å gjøre analysen gjennomskiktig og etterprøvbart. Det at vi har et forholdsvis lite omfang på teksten i dokumentene kan bidra til å gjøre det lettere å få oversikt. Det å klargjøre vårt ståsted og vårt perspektiv vil være med å tydeliggjøre at dette nettopp er snakk om en posisjon, og at det fra andre posisjoner kan bli vurdert annerledes. Det betyr ikke at vår posisjon ikke er viktig eller ikke har relevans. Dette samsvarer både med en systemisk tenkning og med tenkningen innen diskursanalyse, der det å stille spørsmål og peke på motsetninger i det som kan framstå som ”sannheter”, nettopp kan bidra til å endre eller skape diskusjoner og refleksjoner innen en diskurs.

Vi har valgt å konsentrere oss om det skriftlige materialet slik det kommer fram i dokumentene. Dette fordi dokumentene redegjør for tenkningen som ligger til grunn for prosessen knyttet til ”Brukerrettet kvalitetsutvikling” og innføringen av KOR.

Neumann (2010) peker på at diskursanalytikeren kan lese samfunnsprosesser som tekst. Dette er noe av vårt utgangspunkt i oppgaven. Vi finner at de to dokumentene sammenfatter den prosessen vi ønsker å belyse. De gir slik et godt utgangspunkt for å se prosessen både i forhold til klinisk logikk og samhandling i terapirommet, og i forhold til strukturelle forhold i samfunnet.

Neumann (2010) viser til Andersen (1994), som spesielt har studert institusjonalisering av diskurs, og han mener at noen dokumenter vil peke seg ut som forankringspunkter for diskursen. Andersen kaller disse tekstene for *monumenter*. I vårt tilfelle har vi ikke store mengder dokument knyttet til den prosessen vi vil studere. I dokumentene finner vi Bufdirs videre planer, og det er besluttet at dette skal gjelde for familievern framover (Bufdir 2010). På bakgrunn av dette er det naturlig for oss å velge de to dokumentene som monument i denne diskursen.

Vi finner diskursanalyse som et godt utgangspunkt for vår analyse og drøfting fordi dette gir oss mulighet til å se på ulike forståelser av virkeligheten og hvordan maktforhold er med å definere hva som oppfattes som sannhet. I forhold til vår problemstilling knyttet til om et evidensbasert familievern blir et bedre familievern, ble det viktig for oss å finne en tilnærming som kunne hjelpe oss til både å se det språklige i dokumentene, og retorikken som blir brukt her, samtidig som vi kunne fokusere på konteksten disse dokumentene er skrevet i. Dette i form av institusjoner og maktforhold i disse institusjonene. Vår tilnærming blir å se på det

skrevne ord og retorikk i dokumentene, men den går også utover dette ved at vi i tillegg er opptatt av politiske forhold, institusjoner, hierarki, maktforhold, og profesjoner slik det kommer til syne i teksten. Dette blir da det innforståtte eller usagte, men som utgjør rammen eller konteksten for det som blir sagt eller skrevet (Brox 1999). Vår tilnærming vil derfor i tillegg til tekst ha en dimensjon som kan kalles *diskursens materialitet* (Neumann 2010). Vi finner det også sentralt å se på begrepet makt i vår analyse og hvordan maktforhold kan være med å konstituere kunnskap og vår måte å se verden på.

Iver Neumann (2010) har redegjort for en tilnærming til diskursanalyse som ivaretar vårt behov for å se teksten og språket i sin kontekst, og dermed også ha et fokus på diskursens materialitet i form av institusjoner og makt i diskursen. Begrepet diskurs definerer Iver Neumann slik:

*”En diskurs er et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett sosiale relasjoner”* (Neumann 2010:177).

Som vi har pekt på vektlegger Neumann (2010) blant annet deler av Foucaults teori i sin tilnærming til diskursanalyse, og sier at et av hans poeng var å demonstrere at tingenes orden lett kunne ha vært en helt annen. For Foucault er den observerte virkeligheten kontingent. Han hevder at det er umulig å gripe den ikke-sosiale verdenen direkte, uavhengig av representasjonene. Foucault har en relativt vid definisjon av diskurs som innebærer å gå utover skrift, tale og tekst. I dette ligger en mer samfunnsorientert tilnærming og fokus på tekstene i sin kontekst, noe som samsvarer med vårt behov for tilnærming. Foucault er også opptatt av hva som ekskluderer fra diskursen og maktforhold knyttet til dette (Jensen 2010, Neumann 2010). Jensen (2010) peker på at i diskursanalyser der konklusjoner og analyseobjekter ligger på et mer aggregert nivå enn enkelttekster og enkelthendelser, er dette en nyttig tilnærming. Han peker på at i denne sammenhengen eksisterer og utøves diskurser i forskjellige tekster, men diskursen befinner seg ”et sted over” de tekstene som utgjør diskursen. Innenfor en samfunnsorientert diskursanalyse er ikke den enkelte tekst meningsfull i seg selv. Det er deres forbindelse med andre tekster og prosesser, og hvordan dette er med å beskrive og skape mening, som utgjør diskursen. Denne tenkningen samsvarer med vårt behov for å se tekstene i en større samfunnsmessig og strukturell sammenheng.

### *Vår lesing av dokumentene*

Vårt spørsmål er om de nye føringene knyttet til ”Brukerrettet kvalitetsutvikling”, evidensbasert praksis og innføring av KOR vil gi et bedre familievern. Vil de nye føringene bedre kvaliteten i terapi og det tilbudet familievernet gir? For å finne svar på disse spørsmålene blir det sentralt å se på retorikken som blir brukt. Hvordan blir det argumentert for at dette fører til et bedre familievern. Vi har lest dokumentene på jakt etter hva som blir framhevet i teksten og prosessen, hva som eventuelt blir skjult og hvilke motsigelser vi finner. Vi møter teksten og retorikken med et kritisk blikk for å kunne identifisere ulike representasjoner av virkeligheten, subjektposisjoner og maktposisjoner. Vi er interessert i om en representasjon av virkeligheten er den dominerende, og hva som eventuelt opprettholder denne posisjonen. Neumann (2010) skisserer fem trinn i en diskursanalyse som vi har brukt i lesing og analyse av dokumentene. Disse fem trinnene er: *1. avgrensning av diskursen, 2. diskursens representasjoner, 3. diskursens lagdeling, 4. diskursens materialitet og 5. makt i diskursen.*

Vi har brukt disse fem trinnene som et verktøy for å finne svar på våre spørsmål og modellere en diskurs. Bergström og Borèus (2005) viser til at siden diskursanalyse sterkt vektlegger språkets betydning, må materialet leses svært nøye, det kreves nærlesing. Etter gjentatte lesninger av de to dokumentene, for å danne oss en oversikt over tema, problemstillinger og konklusjoner, formulerte vi noen spørsmål til teksten som vi vil gjengi i analysen. Vi har lest dokumentene hver for oss og trukket ut avsnitt og tekst som vi finner kan svare på disse spørsmålene. Dette har krevd mange gjennomlesninger. Vi har gjennom en slik form for nærlesing stadig oppdaget nye moment og fått nye refleksjoner rundt meningsinnholdet. Dette har vært en lærerik prosess. Vi har gjentatt prosessen med å lese og hente ut informasjon hver for oss under hvert av de fem trinnene i analysen. Vi har så sammenlignet våre funn. Her ser vi at vi har trukket ut noe av den samme informasjonen, men at vi også har sett og trukket ut ulike moment. Dette ser vi bare som en bekreftelse på at vi som forskere i en slik studie er med å velge ut det vi selv synes er vesentlig og at vi kan overse viktige moment. Vi opplever at det har vært en styrke å være to i denne prosessen og tenker at vi slik har utvidet perspektivet noe, selv om vi selvsagt er en del av samme tradisjon og tenkning.

Vi har underveis i lesingen av dokumentene hatt en opplevelse av at selv om dokumentene ikke har så stort omfang, rommer de mye informasjon og omhandler grunnleggende tema knyttet til klinisk arbeid i familievernet. Etter å ha trukket ut informasjon som svar på våre

spørsmål, har vi sammenfattet dette i noen kortere setninger og utsagn basert på det meningsinnholdet vi mener å ha identifisert. Dette kan sies å være en form for *meningsfortetting*. Meningsfortetting er en forkortelse av de uttalelsene vi har funnet i dokumentene. Kvale og Brinkmann (2009) peker på dette som en del av en analysemodell i forhold til kvalitative intervju, og vi finner dette nyttig også i vår studie. Dette betyr at lange setninger og avsnitt blir komprimert til kortere setninger, der meningen i det som er skrevet kommer fram. Under de ulike trinnene fortolker vi disse meningsfortettingene når vi underveis i analysen drøfter våre funn nærmere. Vi går da ut over den struktureringen vi har gjort av meningsinnholdet i dokumentene og ser på dette med et kritisk og fortolkende blikk, *meningsfortolkning* (Kvale & Brinkmann 2009). Vi gjør nærmere rede for hvilke spørsmål vi har stilt til teksten og hva vi har gjort under hvert av de fem trinnene.

## 6. Analyse

### *Avgrensning av diskursen*

Det første skrittet i en diskursanalyse er å avgrense det en vil studere. Dette har en selvsagt til felles med andre metoder i samfunnsvitenskapen (Jensen 2010, Neumann 2010). Mennesker trenger modeller eller kategorier for å kunne skille ut enkelte sanseintrykk fra andre. En vil derfor finne igjen den sosiale verden i form av diskurser, og en diskurs vil ikke være helt løsrevet fra andre diskurser. Det kan på bakgrunn av dette være vanskelig å avgrense en diskurs, å avklare hvor grensene for analysen skal gå. Diskurser ligger ikke der som avgrensede empiriske fenomen. Dette er noe vi selv konstruerer ut fra det vi ønsker å studere og det datamaterialet vi har (Jørgensen & Phillips 2010). De to dokumentene er bærere eller monumenter for vår analyse. I dette ligger allerede en avgrensning ved at vi sier at vi finner innholdet og representasjonene av virkeligheten i diskursen i disse dokumentene, og at vi ut fra disse dokumentene både kan peke på diskursens materialitet og drøfte maktforhold. For å avgrense nærmere hva disse dokumentene, og den diskursen vi er opptatt av, omhandler og anser som problematisk, samt hvilke løsninger de skisserer, har vi valgt å stille følgende spørsmål til dokumentene: *Hva er problemet og hvordan er det problematisk? For hvem er dette et problem? Hvordan ser det ut når problemet er løst?* Dette er spørsmål vi kjenner igjen fra terapi, og som også der kan tjene som en avgrensning og bidra til en felles forståelse av problem og mål med terapien.

### Hva er problemet og hvordan er det problematisk?

#### **1. Kvaliteten på arbeidet og forbedringsarbeidet ved familievernkontorene er ikke godt nok dokumentert.**

I dokumentene blir det vist til at det er få undersøkelser av behandlingsresultater i familievernet. Det er likevel gjort flere brukertilfredshetsundersøkelser. Resultatene fra disse undersøkelsene viser at brukerne er overveiende fornøyde (Bufdir 2009 - B). Det er altså ikke dokumentasjon på misfornøyde klienter som er utgangspunktet for forbedringsarbeidet. Det blir videre vist til at det likevel er lite dokumentasjon fra familievernkontorene på hvordan disse resultatene er benyttet i forbedringsarbeidet (Bufdir 2009 - A). Det blir hevdet at dersom familievernets terapi og rådgivning skal være til hjelp for brukerne, impliserer dette et krav om dokumentasjon (Bufdir 2009 - B). Det blir pekt på at tilbakemeldinger fra klienter i liten grad er dokumentert i journal og at slik dokumentasjon er en forutsetning for å kunne gjennomføre et systematisk forbedringsarbeid i familievernet (Bufdir 2009 - B).

Det blir her argumentert for en forbedring uten å ha oversikt over utgangspunktet. Det ser ut til at en gjennom å dokumentere resultat fra terapi vil bringe inn dette ”tredje blikket”, i tillegg til klientens blikk og terapeutens blikk. Det ”tredje blikket” skal da ivareta at kvaliteten er god nok og eventuelt sette i verk tiltak for å bedre kvaliteten. Dette blikket blir da vesentlig i terapien, spørsmålet er om det skal være overordnet de andre blikkene? Dokumentasjon fra terapi og kvalitet på terapi blir framstilt som to sider av samme sak og som forutsetninger for hverandre. Det å øke dokumentasjonskravene vil dermed øke og synliggjøre kvaliteten i arbeidet. Et spørsmål i denne sammenhengen er om det er holdbart å hevde at virkningen av noe er betinget av at det blir dokumentert? Dette framstår ikke som logisk.

#### **2. For lite systematisk tilbakemelding i terapi fører til at ikke alle klienter får god nok hjelp.**

Det går fram at terapeuter ikke i stor nok grad kan vurdere klienters tilbakemelding i terapien og la dette være retningsgivende for terapien (Bufdir 2009 - B).

*”Både kontinuerlig kvalitetsforbedring og psykoterapi forutsetter en tilbakemeldingsprosess, noe som det er en nødvendig del av en hver læringsprosess. I vanlig behandlingspraksis er det såpass lite konkrete tilbakemeldinger at det er vanskelig for terapeuter å lære av sin egen praksis. Terapeuter flest vurderer framgang uformelt og tilpasser behandling til klientkarakteristika basert på inntrykk, klinisk skjønn, magesfølelse, el.l og på bakgrunn av teori. De tar likevel ofte feil i sine*



*vurderinger, spesielt når klienter ikke blir bedre. Psykologforeningens prinsipperklæring om evidensbasert praksis fastslår at fortløpende observasjon av pasientens utvikling og nødvendig justering av behandlingen derfor er av fundamental betydning for en kunnskapsbasert praksis. Det er god empirisk støtte for at slik fortløpende monitorering av behandling forbedrer behandlingresultatet, også i parterapi” (Bufdir 2009 – B:7).*

Det blir vist til at forskning viser at dersom en får mer systematisk tilbakemelding i terapi vil dette gi en bedre terapi og sikre at flere får hjelp (Bufdir 2009 - A). Her brukes argumentasjonen knyttet til å ha fokus på sentrale fellesfaktorer i terapi, som vi tidligere har vist til. Argumentasjonen er at om en har fokus på fortløpende tilbakemelding gjennom bruk av KOR vil dette bedre kvalitet på terapi og gi bedre resultat i terapi. Etter vår oppfatning er dette et empirisk spørsmål og ikke noe en kan slå fast som om det var en sannhet.

Hva er premissene for å hevde at terapeuter flest ofte tar feil i sine vurderinger? Dette kan oppfattes som en mistillit til det kliniske skjønn. Er det slik at Bufdir her argumenterer empirisk uten grunnlag?

### **3. Det er for stor forskjell på terapeuter i forhold til hvilke resultater en oppnår.**

Det at det er stor forskjell på terapeuter, både i personlig stil og i resultater fra terapi, blir pekt på som et problem (Bufdir 2009 - A). Det er et ønske at en gjennom dokumentasjon kan kartlegge hvilke terapeuter som oppnår gode og mindre gode resultater og slik kan finne forbedringsmuligheter (Bufdir 2009 - A). Det argumenteres for at slik kunnskap må få konsekvenser for utdanning og opplæring av terapeuter der det fokuseres mindre på tidens, eller personers, ”favorittmodeller”. Det blir hevdet at kompetanse i å stimulere fellesfaktorer, varierte teknikker og metoder, utvidet relevant samfunnskunnskap og personlige egenskaper og holdninger må vektlegges i mye større grad (Bufdir 2009 -A).

Her beveger en seg noe bort fra tenkningen om at terapeuten må være fortrolig med de verktøyene og metodene som skal brukes. Det er en tenkning om at en trenger flere metoder å velge mellom, trolig for å sikre en større valgfrihet for klienten i forhold til bruk av metode. Dette kan gi assosiasjoner til at kliniske verktøy og metoder er ”varer” og at det er viktig å ha et godt vareutvalg.

Vi ser kanskje et større ønske enn tidligere knyttet til å styre terapeutenes bruk av metoder og verktøy?

#### **4. Et krav fra etaten om effektivitet, dokumentasjon og kvalitetssikring. Det er mangel på slik dokumentasjon i dag.**

Det er et krav om dokumentasjon og kvalitetssikring fra overordnede nivå, noe som forutsetter dokumentasjon på alle nivå i organisasjonen (Bufdir 2009 - A). Det er nødvendig med dokumentasjon og å samle informasjon for å bedre effektivitet og kvalitet:

*”Resultatstyring der resultatene for terapeuter/kontor samles og benyttes til forbedring for å bidra til en effektiv virksomhet med høy kvalitet” (Bufdir 2009 – A:20).*

Det mangler dokumentasjon som kan danne grunnlag for styring av tjenesten. Vi ser her at et klinisk verktøy skal brukes til andre formål og innen andre logikker enn den kliniske, nemlig som grunnlag for styring (Bufdir 2009 –B).

Hva skjer med et klinisk verktøy som også skal være underlagt administrative formål? Om dette fremdeles vil fungere klinisk er vel da et empirisk spørsmål? Hva er så effektiv terapi? Er det slik at alt kan måles i effektivitet, eller har fenomenet terapi sider ved seg som ikke blir fanget av begrepet effektivitet?

#### **For hvem er dette et problem ?**

##### **1. Dette er et problem for staten og etaten fordi det er mangel på dokumentasjon på resultater og kvalitet i tjenesten.**

Utgangspunktet for prosessen med å utvikle et system for brukerrettet kvalitetsutvikling i familievernet finner vi i strategidokumenter da staten overtok forvaltningsansvaret for familievernkantorene i 2004. Disse dokumentene pekte på et behov for å sikre riktig kvalitet i alle ledd og at brukermedvirkning skal være et bærende prinsipp. Målet med denne prosessen er å bedre resultatene (Bufdir 2009 - A). Hva er så riktig kvalitet og riktig resultat i denne sammenhengen? Kan dette i det hele måles ut over den konteksten der kommunikasjonen rundt kvalitet og resultat foregår?

Det er ønskelig å utarbeide et kvalitetsforbedringssystem som gir dokumentasjon på resultater fra terapi som etaten kan bruke som styringsredskap:

*”I Bufetat har både balansert målstyring og common assessment framework (CAF) blitt benyttet for å sikre at riktige resultater oppnås og for å holde helhetlig oversikt over områder som har behov for forbedringsarbeid. ( ... ) Kvalitetsutviklingsarbeidet*

*innenfor familievernnet bør passe inn som en bit i et slikt helhetlig kvalitetssystem”*  
(Bufdir 2009 – B:6).

Det er et krav at Bufetat utvikler et system for brukerrettet kvalitetsutvikling i tjenesten (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 - B). Vi finner ikke grunnlag i dokumentene for å hevde at dette ønsket eller initiativet kommer fra klientene, terapeutene eller familievernkontorene (Bufdir 2009 – B, Bufdir 2009 - A). Det går fram at noen terapeuter som har brukt KOR anbefaler dette som et nyttig klinisk redskap og det blir lagt vekt på resultatene fra “Beste praksis” - prosjektet i denne sammenhengen. En kan lese fra resultatene her at et gjennomsnitt av klientene var fornøyd med bruk av KOR. Vi finner ikke belegg i dokumentene for å hevde at familievernets klienter er så misfornøyd med tilbudet at dette var bakgrunnen for denne prosessen. Det blir sagt at en har få tall å vise til i denne sammenhengen og at dette er et av problemene for etaten (Bufdir 2009 –A, Bufdir 2009 - B). Det blir også vist til at klienter i stor grad er fornøyd med det tilbudet de får ved familievernkontorene (Bufdir 2009 – B, Bufdir 2009– A). I dokumentene går det fram at familievernkontorene er opptatt av brukermedvirkning og også er opptatt av å innhente tilbakemeldinger fra klientene i terapi. Flere kontor og terapeuter bruker i dag ulike modeller og kliniske redskaper for tilbakemelding. Noen foretrekker at dette gjøres muntlig, gjennom spørsmål, og andre bruker skjema, som for eksempel KOR (Bufdir 2009 - B).

Kvalitet i terapi er noe familievernkontorene og terapeutene allerede legger vekt på. Følgende sitat viser dette (Bufdir. 2009 – A, Bufdir. 2009 - B):

*”For å ta brukere, politikere og det evidensbaserte kunnskapssyn på alvor, kreves det en praksis som inkluderer brukere som aktive deltakere. Dette er også et etisk og verdimeessig standpunkt i tråd med Bufetats verdier. Både tilbakemeldinger fra brukere og fra familievernkontorer tyder på at brukermedvirkning og brukerperspektiv er en grunnleggende forutsetning for familievernets virksomhet, og at brukere opplever at de blir respektert og lyttet til”* (Bufdir 2009 – A: 11).

Kontorene har blitt bedt om tilbakemeldinger i prosessen:

*”Kontorene er bedt om å anbefale både system for kvalitetsarbeid (2008) og indikatorer (2007). To tredeler av alle kontor i landet (84% av de som svarte i 2008) har gitt ”råd” om hva slags system tjenesten bør ha for å sikre klienters perspektiv og medvirkning i å planlegge tilbudet. Fjorten kontor understreker at de ønsker periodiske brukerundersøkelser i en eller annen form. Seks kontor vil benytte muntlige*

*tilbakemeldinger fra samtalene, 12 kontor ser for seg en kombinasjon av bl.a. muntlige tilbakemeldinger og skalaer/skjemaer og 14 kontor mener tjenesten bør benytte skalaer. Det er åtte kontor som etterspør en felles metode for slik brukermedvirkning. Det er også noe ulikt syn på om tilbakemelding bør skje fortløpende, ved spesielle faser i behandlingen og i alle eller bare et utvalg saker. Noen kontor avventer konkrete forventninger fra "høyere hold", og noen ønsker at det stilles krav til lederne som en "ryggdekning" for å innføre systemer på kontoret. Det er flere som uttrykker at det trengs opplæring og inspirasjon for å skape en kultur for tilbakemeldinger, og at forventninger i kombinasjon med dialog er bedre enn "pålegg". Det er også flere som ønsker valgfrihet av metode selv om tilbakemeldinger innføres som et prinsipp" (Bufdir 2009 – B: 13).*

Som vi har vist til ble det lagt vekt på at arbeidet skulle stimulere til en samtidig "bottom-up" og "top-down"-prosess der kontorenes meninger og erfaringer aktivt skulle etterspørres. Samtidig var prosessen toppstyrt ved at både selve oppdraget og konklusjonene var beslutninger i organisasjonens styringssystem (Bufdir 2009 - B). Vi ser i dette sitatet at innføringen av KOR i familievernet ikke er et "bottom-up – krav" fra familievernet. Det er tydeligvis ikke familievernet som har beveget dette. Det er kanskje heller ikke mulig å ha en "bottom-up" og "top-down"-prosess når prosessen likevel er "toppstyrt". Da blir det vel heller slik at en kan mene noe om det som allerede er bestemt, eller knyttet til Deans kontraktsteknologier, mene noe innenfor en kontrakt som allerede er inngått, i dette tilfelle gjennom et krav om innføring av et kvalitetssikringssystem. Familievernet er da trolig i en situasjon der en kun blir bedt om å argumentere innenfor rammene av denne kontrakten, og ikke kan velge å stå utenfor.

### **Hvordan ser det ut når problemet er løst?**

#### **1. Det skal etableres kunnskapsbaserte kvalitetsforbedringssystemer i familievernet.**

Dokumentene beskriver hvordan en skal gå fram for å arbeide evidensbasert i en trinnvis arbeidsmodell. Det blir pekt på at det forventes at terapeutene gjennomfører en prosess for å sikre en kunnskapsbasert behandling i par - og familiebehandling (Bufdir 2009 - B). Vi vil her ta med hvordan Bufdir beskriver en slik prosess i dokumentene:

*"Prosess i en kunnskapsbasert behandling:*

1. *Terapeuten er i en ikke-vite posisjon når hun møter en klient. I samarbeid med klienten(e) vurderer hun, gjennom åpne dialoger, bruk av fokuserte spørsmål og/eller egnede kartleggingsverktøy, hva behandlingen dreier seg om. Dette er en prosess der klienten(e)s perspektiv på egen situasjon blir utforsket og bekreftet av terapeuten. Terapeuten ser klientens framstilling i lys av tema/problemer som terapeuten og fagfeltet kjenner til (egen for-forståelse).*
2. *Terapeuten finner fram til relevant empirisk kunnskap. Kunnskap om "generelle faktorer" i behandling er et selvsagt grunnlag, og innenfor terapeutens hovedområde vil hun allerede være oppdatert. Terapeuten vil imidlertid også ha behov for lett tilgang til oppdatert litteratur, faglige oversikter etc. Empirisk kunnskap verken begrenser seg til eller utelukker spesifikke metoder/teknikker/intervensjoner/prosesser. Den empiriske kunnskapen vurderes kritisk i forhold til begreper som reliabilitet og validitet. Dette innebærer å vurdere kritisk bruk av design, måleinstrumenter etc, om resultat er klinisk viktige eller om de bare er statistisk signifikante, hvordan kunnskapen påvirkes av kjønn, kultur og klienten(e)s kontekst, og i hvilken grad kunnskapen er relevant for denne klientens behandling.*
3. *Terapeuten vurderer den empiriske kunnskapen opp mot egen og andres kliniske erfaringer og mot sitt eget kliniske skjønn i forhold til den aktuelle situasjonen. Dette gjøres både gjennom egen refleksjon, og når det er nødvendig, gjennom konsultasjon/veiledning med kolleger.*
4. *Terapeuten samarbeider med klienten om å sammenholde den empiriske kunnskapen og den kliniske erfaringen med klienten(e)s kontekst, klienten(e)s forståelse av sitt problem og klienten(e)s foretrukne behandlingstilnærming. Et tilbud om bruk av en behandlingsmetode innebærer at klienten er informert om tilgjengelige alternativ og aktivt deltar i valg av videre behandling. Det tilstrebes en enighet mellom terapeut og klient(er) både om mål for behandlingen og om hvordan målet skal nås.*
5. *Terapeuten overvåker både den terapeutiske alliansen (emosjonelt bånd, enighet om mål og enighet om oppgaver) og det terapeutiske resultatet i en gjensidig tilbakemeldingsprosess mellom terapeut og klient(er). Denne evalueringen legger grunnlag for eventuelle endringer i behandlingsforløpet, men er også med på å bygge opp terapeutens kliniske kunnskap. Om ikke klienten(e) har forventet utbytte av behandlingen tilbyr terapeuten også skifte av behandlingsform og/eller terapeut.*
6. *Terapeuten foreslår å trappe ned eller avslutte behandling når klienten(e) har nådd sine mål og et tilfredsstillende resultat er oppnådd.*

*For å kunne gjennomføre evidensbasert behandling vil familievernet ha behov for:*

- *Tilgang til oppdatert informasjon: både forskningsresultater, bearbeidet/oppsummert forskning og erfaringsbaserte oppsummeringer*
- *Forskning på egne arbeidsområder*
- *Spesifikk kunnskap om egne klientgrupper, inkl. forventet utvikling og resultater*
- *Kompetanse i bruk av ulike terapimetoder og arbeidsmåter, samt kompetanse på integrativ bruk av disse*
- *Systematiske erfaringsoppsummeringer fra erfarne terapeuter*
- *Konkrete og kvalitative beskrivelser av behandlingserfaringer. Systematisk refleksjon over egen praksis, også gjennom kollegiale konsultasjoner, felles fagforum og ekstern veiledning*
- *Systematiske tilbakemeldinger fra klienter om behandlingsprosess og resultat fra arbeidet, aggregert både for den enkelte terapeut og for kontoret*
- *Kunnskap om brukerne både på etatsnivå (kjennskap til familievernet), på virksomhetsnivå (brukertilfredshet) og på individnivå (løpende tilbakemelding)”*  
(Bufdir 2009 – A:40:41).

I dette ligger at forskning skal ha en større plass enn tidligere, og resultater fra forskning skal vektlegges i den enkelte terapi. Her inngår også et punkt om systematiske tilbakemeldinger fra klienter om behandlingsprosess og resultat fra arbeidet (KOR), og at dette skal dokumenteres både for den enkelte terapeut og for det enkelte familievernkontor (Bufdir 2009 - B). Ved å komme med en slik trinnvis framgangsmåte for å arbeide evidensbasert, ser vi et eksempel på at staten nå i større grad vil være terapeut, eller ”co-terapeut” og komme helt inn i terapirommet til den enkelte terapeut med retningslinjer og framgangsmåte. Dette samsvarer med Grimens (2008) påpekning om at den enkelte profesjonelle yrkesutøver blir stående i en direkte relasjon til overordnet nivå og ikke som del av en profesjon som en kollektiv sammenslutning som har fått et samfunnsoppdrag.

Denne trinnmessige framgangsmåten for å jobbe kunnskapsbasert skal sikre større faglig kvalitet, effektivitet, økt brukermedvirkning og gi grunnlag for dokumentasjon, som igjen kan gi grunnlag for forbedring både på individ – og systemnivå (Bufdir 2009 - B). Er det nødvendigvis slik at dokumentasjon på brukermedvirkning gir økt grad av brukermedvirkning?

Arbeidsgiver ved Bufdir, gir her faglige retningslinjer og en bruksanvisning for klinisk arbeid til klinikere med høy kompetanse. Selv om dette kan være viktige moment i klinisk arbeid, er det grunn til å stille spørsmål ved hvordan dette oppleves av klinikerene. Hvordan vil pålegg og instruksjon inn i terapirommet utenfra oppleves, dette samtidig som det i dokumentene blir presisert at terapeutene i familievernet har høy kompetanse?

## **2. Familievernkontorene skal tilby en ”individualisert evidensbasert behandling”.**

I dokumentene blir det skilt mellom evidensstøttede metoder og evidensbasert praksis. Evidensstøttede metoder tar utgangspunkt i en metode og undersøker om den er effektiv for spesifikke problemer under beskrevne betingelser (Bufdir 2009 - A). Det blir vist til at evidensbasert praksis ikke trenger å bety bruk av evidensstøttede og manualbaserte metoder.

Dokumentene tar utgangspunkt i en forståelse av evidens som omfatter både kvalitativ og kvantitativ forskning, egen erfaring og klinisk skjønn, samt kunnskap fra brukerne (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 – B).

Definisjon og tenkning rundt evidensbegrepet i dokumentene er, som nevnt, i tråd med den prinsipperklæringen vi finner hos den amerikanske psykologforeningen (APA) som kom i 2006 og som den norske psykologforeningen sluttet seg til i 2007 (Rønnestad 2008, Rønnestad 2009, Bufdir 2009 – B). Som vi har vist til er ikke APA`s definisjon i tråd med de store institusjonene som sorterer kunnskap og som forholder seg til et hierarki der RCT-studier er i toppen. Dette innebærer, som vi har pekt på, at begrepet ”individualisert evidensbasert behandling” inneholder en selvmotsigelse.

Vi finner i dokumentene at det er ønskelig med en overordnet ramme som skal gi terapien en struktur og trinnvis framgangsmåte. I familierapien har metaforen om multivers, mange virkeligheter, blitt brukt for å illustrere at det fins ulike konstruksjoner og også ulike måter å drive terapi, jevnfør det vi har skrevet om kunnskapstradisjonen. I dokumentene finner vi også denne metaforen brukt, men da i forbindelse med at det trengs en overordnet ramme som kan veilede terapeut og klient:

*”En systemisk praksis der det finnes ikke bare et univers, men et multivers, av perspektiver, må ha et stort tilfang av tilgjengelige redskaper for å være tilpasset den enkelte. Og for å benytte redskapene på en faglig og kunnskapsbasert måte, trengs det en overordnet ramme som kan veilede terapeut og klient i hva som kan være nyttig til hvilken tid og som kan peke på mulige neste skritt” (Bufdir 2009 – A:30).*

Det blir hevdet at intervju- og spørreskjemaundersøkelser er de vanligste metodene for å drive forbedringsarbeid basert på brukernes synspunkt. Bruk av spørreskjema vil også sikre en skriftlig dokumentasjon og en vil da kunne dokumentere resultat (Bufdir 2009 - A).

### **3. Demokratisering og utjevning av makt ved at klienten skal bli satt i stand til å velge metode og rutinemessig få tilbud om skifte av metode eller skifte av terapeut om ikke forventet utvikling skjer.**

Det blir lagt vekt på at klientene skal få kjennskap til ulike kliniske metoder og kan ha en valgfrihet i forhold til dette. Dette går fram i den trinnvise arbeidsmodellen for kunnskapsbasert arbeid som vi har vist tidligere (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009- B) der det blant annet står: *”Et tilbud om bruk av en behandlingsmetode innebærer at klienten er informert om tilgjengelige alternativ og aktivt deltar i valg av videre behandling”* (Bufdir 2009 – A: 41). Videre står det: *”Om ikke klientene har forventet utbytte av behandlingen tilbyr terapeuten også skifte av behandlingsform og/eller terapeut”* (Bufdir 2009 – A: 41).

En skal yte service gjennom å tilby valgfrihet, kvalitet og kunne vise til resultat. Klientrollen kan her assosieres mer med en kunderolle og vi ser at dette samsvarer med tenkningen innen neoliberalismen og NPM:

*”Moderne brukere krever mer enn tidligere. Der man tidligere var glade for at det fantes et tilbud, er man nå opptatt av valgfrihet, kvalitet og resultater, samt av servicenivå. Offentlige tjenester må i stadig større grad legitimere sin virksomhet gjennom å dokumentere resultater og positive vurderinger fra tjenestemottakerne (Sørensen 2008). Som tidligere beskrevet er anvendelse av evidensstøttede metoder ikke tilstrekkelig. Resultatene må også kunne dokumenteres lokalt samtidig som brukerne skal være tilfredse med behandlingen”* (Bufdir 2009 – A:10).

Både språket og innholdet i dette sitatet finner vi er i samsvar med rådende styringsmentaliteter i samfunnet og i mindre grad i tråd med kunnskapstradisjonen i familievernet. Det at praksisregimer blir påvirket og kolonisert av andre praksisregimer ser vi kanskje her et eksempel på.

### **4. Det skal utarbeides kvalitetsindikatorer som styringsredskap.**

Resultater fra en nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse og en undersøkelse i befolkningen om kjennskap til familievernet, samt utvikling av kvalitetsmål fra den enkelte sak, gjennom bruk av KOR, vil bli brukt som et grunnlag for å identifisere relevante kvalitetsindikatorer (Bufdir 2009 -B).



## **5. Bruk av KOR skal innføres i hele familievernet både for å bedre behandlingsresultater og som styringsverktøy for ledelsen.**

Forskningsresultater knyttet til tilbakemelding i terapi skal være retningsgivende for all terapi, en skal bruke klient- og resultatstyrt praksis (KOR) i hver terapitime. Dokumentene sier at dette ikke kan pålegges som et krav, men at det er knyttet sterke forventninger til gjennomføring av dette (Bufdir 2009 - B). I ettertid har det imidlertid blitt vedtatt at dette skal innføres i hele familievernet, og det blir da et pålegg om bruk av klinisk verktøy for tilbakemelding, selv om det er drøftinger knyttet til om dette kan brukes i alle saker (Bufdir 2010, Prop. 1 S 2009 - 2010). Journalforskriften og familievernets dataprogram skal endres slik at dette blir tilpasset bruk av KOR (Bufdir 2009 -B).

I dokumentene blir det vektlagt at det ikke samsvarer med kunnskapstradisjonen i familievernet å komme med pålegg om behandlingsform eller metode, det er ikke evidens for evidensstøttede metoder. Det blir lagt vekt på at psykoterapi er kontekstuell og at allianse og relasjon står sentralt, jevnfør Wampold sin forskning (Wampold 2001, Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 - B). Det blir videre pekt på at et sett med fellesfaktorer er sentrale for å oppnå et godt behandlingsresultat, spesielt i forhold til å oppnå terapeutisk allianse (Bufdir 2009 – A). Det blir vist til *”at å følge den terapeutiske prosessen i den enkelte sak forbedrer behandlingsresultatet”* (Bufdir 2009 – A:20). Det blir hevdet at utviklingen av kartleggingsmetoder gjør at dette enkelt og billig kan gjøres av alle terapeuter (Bufdir 2009 - A).

Det blir lagt vekt på resultatene fra ”Beste praksis” – prosjektet, og på bakgrunn av resultatene fra dette forskningsprosjektet, vist til at KOR er et klinisk redskap som gjør terapi bedre (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 - B). En vektlegger dermed forskningsresultater knyttet til bruk av KOR i terapi på en slik måte at en velger å gjøre bruken av KOR obligatorisk i den enkelte sak. En overfører med dette forskningsresultatene direkte til standard praksis. En sier gjennom dette at virkning vist i forskning kan overføres til den enkelte sak og slik predikere resultat og kvalitet.

Det går fram at det er nødvendig å ha innsyn i den enkelte terapi, den enkelte terapeut og kontor sine resultater (Bufdir 2009 - B). Dette vil gjøre tjenesten mer brukerorientert og mer effektiv (Bufdir 2009 - B). Siden det ikke er slik at terapeuter selv kan vurdere resultat og at det er stor forskjell på resultater blant terapeutene, er det viktig at dette blir dokumentert og fulgt opp av ledere (Bufdir 2009 - B).

*”Brukerperspektivet på individnivå bør dokumenteres i journal. Den enkelte medarbeiders forbedringsplan – og resultater bør inngå i medarbeidersamtalene”* (Bufdir 2009 – B:19).

Det blir pekt på et dilemma knyttet til om en kan gå ut fra at terapeutene ivaretar klientens interesser og det blir sagt at terapeutene må vike plass for klientene ved kryssende interesser (Bufdir 2009 - B). Det kan, som vi har pekt på, se ut som staten gjennom sitt ønske om dokumentasjon og innsyn vil bli en tredje part i terapirommet med et ”tredje blikk” som skal være medbestemmende i forhold til bruk av klinisk verktøy for tilbakemelding, noe som skal sørge for at klientenes interesser kommer først. I det følgende sitatet finner vi en form for mistillit til terapeuten og det blir stilt spørsmål ved om terapeuten ivaretar klientens interesser i tilstrekkelig grad. Det å ivareta klientens interesser er en grunnleggende forutsetning i terapi, men her ser det ut til at staten trenger å sikre dette. Det blir nærmest konstruert en motsetning mellom terapeutens og klientens interesser, der staten er ”på lag med” klienten (vår uthevelse):

*”Det er også nødvendig å peke på dilemmaet mellom den offentlige godkjenning av behandling og behandlerens mulighet til å være fleksibel i det enkelte møtet med sine klienter. I hvilken grad kan virksomheten – med støtte fra systematisert kunnskap - definere hva som skal skje i en dialogisk kontakt uten at klientens mulighet for å uttrykke sin subjektive livsverden ødelegges? Det kan være viktig å skille mellom hva som er klientens perspektiv og hva som er terapeuters perspektiv på klientens interesser. **Terapeuter som utøver et oppdrag for det offentlige må tåle mer overordnet inngripen og styring i behandlingssamtalene enn klienter. Sagt på en annen måte: Det som er bra for klienter oppleves ikke nødvendigvis bra for terapeutene, og i den grad det er kryssende interesser må terapeutene vike plass for klientene.** På den annen side er det også grunnleggende (bl.a. nedfelt i Helsepersonelloven) at den enkelte, selvstendige behandler er den som er ansvarlig overfor klienten og som derfor må fatte de behandlingmessige avgjørelser”* (Bufdir 2009 – B:15).

Er dette en måte å møte accountability - kravet på?

Om vi nå oppsummerer svarene vi har funnet på våre spørsmål til dokumentene for å avgrense diskursen, ser vi at initiativet til denne prosessen og disse nye føringene har kommet fra overordnede nivå i organisasjonen og ikke fra familievernkontorene eller klientene. Det har kommet som et krav til Bufdir om å innføre et kvalitetsforbedringssystem i familievernet som

også skal tjene som styring og som skal innpasses i Bufetats øvrige styringssystem. Dette forutsetter dokumentasjon på resultat fra familievernets terapi. Familievernet har vært trukket inn i prosessen, og noen kontor har deltatt med utprøving og innspill i forhold til valg av metode og verktøy. Det har ikke kommet signal fra familievernet om at det er ønskelig med pålegg om bruk av klinisk verktøy. Erfaringene og forskningsresultatene fra ”Beste praksis”-prosjektet har vært vektlagt ved valget av KOR. Beslutningene i forhold til bruk av KOR i familievernet ligger ikke hos den enkelte terapeut eller kontor, heller ikke hos regionskontorene.

Det er vedtatt flere tiltak knyttet til kvalitetsforbedring, som å arbeide evidensbasert etter en trinnvis arbeidsmodell, bruke KOR som verktøy for klinisk tilbakemelding og etter hvert utarbeidelse av kvalitetsindikatorer. En velger å se forskningsresultat knyttet til bruk av KOR på en måte som tilsier at et pålegg om å bruke dette i familievernet vil gi en bedre terapi, selv om dette er et empirisk spørsmål. Alt dette med en målsetting om å sikre brukermedvirkning, bedre kvalitet og å sikre et grunnlag for dokumentasjon av resultat. Journalforskriften for familievernet vil bli endret slik at det blir pålegg om å dokumentere resultat fra den enkelte terapisaftale i journalen, og dataprogrammet Fado som familievernet bruker vil bli endret i tråd med de nye føringene og tilpasset KOR (Bufdir 2009 - B). Dette vil da muliggjøre innsyn og dokumentasjon, og dermed accountability.

Vi har nå avgrenset diskursens tema og meningsinnhold gjennom å avklare bakgrunn, problemforståelse og formål med de nye føringene. I og med at vi også er interessert i eventuelle endringer i diskursen, er det viktig å avgrense det tidsperspektivet vi forholder oss til. Neumann (2010) peker på at skjellsettende begivenheter ofte kan gi utgangspunkt for avgrensning av diskursen i tid. Vi ser det som naturlig å ha et tidsperspektiv som samsvarer med det vi har gjort rede for i kapittel 3 og 4 om familievernets plass i samfunnet og den kunnskapstradisjonen som har vært rådende. Det betyr et perspektiv tilbake i tid på vel 50 år da det ble opprettet familievernkontor i Norge. Innenfor familieterapifeltet ble overgangen fra 1. ordens kybernetikken til 2. ordens kybernetikken kalt et paradigmeskifte. I dette ligger en ny virkelighetsbeskrivelse knyttet til terapikonteksten og den kliniske logikken. Den dominerende diskursen om familieterapi ble da endret. Det er interessant om de nye føringene vil bidra til nye forutsetninger og en ny virkelighetsbeskrivelse i forhold til den kliniske logikken, og slik endre diskursen knyttet til familieterapi.

Neumann (2010) peker på, med utgangspunkt i Foucault, at siden diskurser ikke opptrer løsrevet fra andre diskurser, vil en diskurs i prinsippet bære med seg minner om sin egen

historie og kanskje også tilblivelseshistorien. Dette fører til at hver tekst innen en diskurs vil bli muliggjort av de tekstene og virkelighetsbeskrivelsene som har vært viktige i diskursen tidligere. I vårt tilfelle finner vi igjen den tradisjonelle kunnskapstradisjonen og virkelighetsforståelsen i retorikken som er brukt i dokumentene. Dette framstår som en alternativ representasjon av virkeligheten fordi det ikke har konsekvenser for konklusjoner og videre pålegg om innføring av KOR i familievernet.

Diskurser er ofte innleiret i andre diskurser. I dette ligger blant annet at språklige uttrykk og utsagn bærer med seg en bagasje fra tidligere relasjoner med andre språklige uttrykk som påvirker utsagnets relasjoner til andre utsagn og tekster og dets situering i andre kontekster (Neumann 2010). I vårt tilfelle har vi pekt på strukturelle forhold i samfunnet der både evidensdebatten og det økte fokuset på brukermedvirkning og markedstenkning står sentralt. Vi finner at de nye føringene i stor grad er innleiret i disse diskursene, og de prøver å forene dette med kunnskapstradisjonen og tenkning innen familieterapien. I dokumentene kan vi se argumentasjon og retorikk knyttet til disse strukturelle samfunnsendringene og tenkningen rundt dette, samtidig som den tradisjonelle kunnskapstradisjonen står sentralt og blir argumentert for. Vi vil videre prøve å peke på og analysere de representasjoner disse posisjonene gir av virkeligheten slik det kommer fram i dokumentene.

Vi har nå avgrenset diskursen til å gjelde den prosessen disse to dokumentene som monument i diskursen gjør rede for og avgrenset dette i tid. Videre har vi avgrenset dette til å handle om hvordan strukturelle forhold i samfunnet, spesielt i forhold til hvordan vår diskurs er innleiret i retorikk og diskurs knyttet til brukermedvirkning, markedstenkning og evidensdebatten, vil kunne påvirke samhandling mellom klient og terapeut i den kliniske konteksten.

### ***Diskursens representasjoner***

Vi vil nå trekke ut representasjoner av virkeligheten som framkommer i dokumentene knyttet til de avgrensingene vi har gjort av diskursen. Dette kaller Neumann (2010) diskursens representasjoner. Diskurser er virkelighetsproduserende og et annet ord for representasjoner blir da virkelighet. En vil ofte finne dominerende diskurser og en eller flere alternative diskurser. Hvordan grensene for hva som blir dominerende diskurser opprettholdes er interessant å sette fokus på. Det kan for eksempel trues med sanksjoner om diskursens grenser utfordres. Blant det mest opplagte for å holde på grensene i forhold til den dominerende diskursen er lovverk og sensur (Neumann 2010).

Vårt utgangspunkt er å undersøke retorikken rundt at de nye føringene vil føre til et bedre familievern. Det er da naturlig å se på diskursen knyttet til den kliniske logikken og hvilke konsekvenser dette har for samhandlingen i terapi mellom terapeut og klient. Vi velger å gjøre dette ved først å fokusere på det vi oppfatter som nye moment i forhold til dagens situasjon. Deretter ser vi på hva vi finner presentert som nye moment, men som vi likevel ikke oppfatter som nye, sett i forhold til den kunnskapstradisjonen vi har presentert tidligere. Deretter vil vi sammenfatte dette i to virkelighetsbeskrivelser eller representasjoner om den kliniske logikken i familievernet. Andre ord på dette er diskurs og motdiskurs (Jensen 2010), eller dominerende diskurs og alternativ diskurs (Neumann 2010). Vårt valg videre blir å kalle dette *dominerende diskurs* og *alternativ diskurs*. Våre punkt er en fortetning av den meningen vi har funnet i dokumentene og som vi mener gjenspeiler meningsinnholdet i dokumentene.

### **Nye moment i dokumentene som kan bidra til en endring av representasjonen av virkeligheten:**

#### **1. Pålegg om metode for systematisk tilbakemelding i terapi.**

Det har ikke tidligere vært pålegg om bruk av klinisk verktøy i familievernet.

#### **2. Bruke KOR til formål utover det kliniske.**

En vil bruke et klinisk verktøy (KOR) for å gjøre terapi bedre. I tillegg til dette skal også KOR tjene som styringsredskap og dokumentasjon på resultat for tjenesten. KOR blir dermed tatt ut av den kliniske konteksten og kommunikasjonen som foregår der. En vil da bruke tall og resultat løsrevet fra kommunikasjonen i den enkelte terapi og bruke dette til andre formål enn det kliniske. Tall blir viktige.

#### **3. Terapeuten sitt arbeid skal vurderes av overordnede.**

Terapeuten sitt arbeid skal vurderes ut fra dokumentasjon på resultater i terapi som ligger i klientens journal. Det skal settes i verk forbedringstiltak ut fra disse resultatene. Behovet for slike forbedringstiltak er begrunnet i at terapeuter flest ofte tar feil i sine vurderinger i terapiprosessen, spesielt der klienter ikke blir bedre, og i at det er stor forskjell mellom terapeuter i forhold til resultat fra terapi. Det er også nødvendig å sikre at klientens interesser blir ivaretatt.

#### **4. Retningslinjer for arbeidet for å sikre en evidensbasert praksis.**

Ved at alle terapeutene tar i bruk den trinnvise arbeidsmodellen vi har vist til tidligere, skal dette være med å sikre brukermedvirkning, en evidensbasert praksis og slik bedre kvalitet.

## **5. Definisjonen av KOR som et klinisk verktøy, men som likevel ikke er omfattet av den definisjonen en gir av evidensstøttede metoder.**

En kommer med pålegg om å bruke et klinisk verktøy (KOR) for tilbakemelding i terapisaamtalene. Dette blir lovfestet gjennom endring i journalforskriften. Bruk av KOR blir sett på som noe vesentlig annet enn å velge forhåndsdefinert metode ut fra problemstilling. Dokumentene tar avstand fra at evidensstøttede metoder passer i familievern fordi dette ikke samsvarer med den kontekstuelle modellen, jevnfør Wampold (2001) (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 – B). Det blir likevel argumentert for at det gir et bedre familievern å gi pålegg om klinisk verktøy for systematisk tilbakemelding i terapi. Det er ikke nok å si at terapeuter og kontor skal sørge for brukermedvirkning og systematisk innhenting av tilbakemelding i terapi, og at en selv kan velge verktøy for dette. Det framstår her som sentralt at alle bruker det samme kliniske verktøyet. Bruk av KOR skal være med å sikre en overordnet ramme for terapi. Dette framstår etter vår oppfatning som en motsetning i dokumentene.

## **6. Klienten skal kunne velge metode i terapien.**

Klienten skal bli informert om ulike metoder og skal kunne velge tilnærming. Dette gjelder da likevel ikke i utgangspunktet klinisk verktøy for tilbakemelding, siden bruk av KOR til dette formålet er forhåndsdefinert.

En beveger seg med dette bort fra rådende tenkning og praksis, der det er vanskelig å skille metode fra terapeut og terapikontekst, og der mange ulike metoder og verktøy har vært likestilte.

### **Hva finner vi blir framstilt som nytt gjennom den retorikken som blir brukt, men som vi likevel mener er en del av den rådende kunnskapstradisjonen i familievernet:**

#### **1. Brukermedvirkning i terapi.**

Som vi har vist til i vår gjennomgang av kunnskapstradisjonen i familievernet, er brukermedvirkning grunnleggende og innebygd i denne tradisjonen. Klientenes verdensbilde og endringsteori er utgangspunktet i terapien. Det er ikke mulig innen denne kunnskapstradisjonen å tenke seg terapi uten brukermedvirkning, og uten at klientens perspektiv er det som er retningsgivende. Dokumentene gir inntrykk av at selv om brukermedvirkning er sentralt i familievernet, har dette for liten plass. Brukernes stemme må ha større plass og i større grad bli vektlagt. Retorikken rundt brukermedvirkning gir derfor inntrykk av at dette er noe nytt som skal innføres, og det at brukermedvirkning skal være et bærende prinsipp i familievernet er noe en nå har tatt tak i og vil innføre. Forbedringsarbeidet

og kvalitetsforbedringen skal sørge for at brukermedvirkningen blir et grunnleggende prinsipp.

## **2. De tre likeverdige momentene i evidensbasert praksis.**

*”For å arbeide kunnskapsbasert med par og familier er det forutsatt at praksis bygger på både forskning, klinisk erfaring og på brukernes preferanser og perspektiv”*(Bufdir 2009 – A:3). Dette er ikke nytt i forhold til hva som er sentralt i den kliniske logikken. Denne definisjonen er i utgangspunktet ikke problematisk dersom beslutninger knyttet til de tre elementene blir tatt i den enkelte kliniske kontekst. Det problematiske er når integreringen av disse elementene i mindre grad gjøres i den enkelte kliniske kontekst. Innen en systemisk tenkning, konstruktivisme og sosialkonstruksjonisme har det alltid vært sentralt å legge vekt på perspektivene til deltakerne i terapien. Det har også vært slik at forskning har vært med å informere praksis. Det ligger nok i føringene at forskning skal ha en større plass enn tidligere og slik være med å informere praksis i større grad.

## **3. Metodevalg avhengig av kontekst.**

Med basis i den kontekstuelle modellen, står det flere steder i dokumentene at det ikke er evidens for evidensstøttede metoder i familievernet (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 B). Dette er helt i tråd med den kunnskapstradisjonen som har vært rådende. Det at det er vanskelig å skille metoden fra terapeuten og konteksten for den enkelte terapi er helt sentralt i denne tenkningen. Terapi er kontekstavhengig og kommunikativ, den enkelte situasjon og kommunikasjon er unik.

Ut fra denne kartleggingen kan vi stille opp to virkelighetsbeskrivelser av den kliniske logikken i familievernet som i noen grad står i motsetning til hverandre. Noe er sammenfallende fordi den ene representasjonen av virkeligheten bygger på den andre og viser til minner om sin tilblivelse eller arkiver. Det er derfor naturlig at når en diskurs er i endring, vil en kjenne igjen trekk og argumentasjon som diskursen bærer med seg (Neumann 2010). Vi vil også trekke inn begrepet subjektposisjon og se på hvilke subjektposisjoner de ulike diskursene skaper for klient og terapeut. Begrepet subjektposisjon går lenger enn begrepet rolle. Begrepet er knyttet til diskursen og sier noe om hvordan en skal te seg generelt innenfor diskursen, ikke bare i spesifikke situasjoner (Neumann 2010).

Grunnen til at vi betegner det ene som den dominerende diskursen, handler om makt til å definere og makt til å beslutte. Disse føringene kommer fra overordnede myndigheter som Bufdir, som igjen har fått sitt mandat fra departementet. De har igjen fått sitt mandat fra

Stortinget. Dette kommer som føringer i form av pålegg og forventninger om gjennomføring til det enkelte kontor og den enkelte terapeut. Bruk av KOR skal inn i datasystemet familievernet bruker, noe som forutsetter en endring i journalforskriften (Bufdir 2009 – B). Vi ser da at lovverk er et virkemiddel som blir brukt, jevnfør Neumann (2010).

Dokumentasjonskravet knyttet til KOR, og at dette også skal brukes som mer enn et klinisk verktøy, vil da bli lovfestet.

Når vi nå sammenfatter meningsinnholdet i først den dominerende og deretter den alternative diskursen blir dette en fortolkning av det materialet vi har funnet og synliggjort så langt i analysen vår. Dette blir da en meningsfortolkning (Kvale & Brinkmann 2009).

### *Den dominerende diskursen*

Brukermedvirkning står helt sentralt i den dominerende diskursen om den kliniske logikken i familievernet som vi finner i dokumentene. Det å sikre riktig kvalitet i alle ledd, og at brukermedvirkning skal være et bærende prinsipp, er grunnleggende. Det blir lagt vekt på at dokumentasjon av resultat og kontroll utenfra terapirommet er viktig for å skape og utvikle kvalitet, samt fange opp det som ikke fungerer. Det kan se ut som at det ligger til grunn en tenkning om at den systemiske og konstruktivistiske tenkningen er for snever og i for stor grad kontekstavhengig. Dette hovedsaklig fordi denne tenkningen har for lite fokus på forskning og hvordan forskning bør brukes i praksis.

Vi finner i denne virkelighetsbeskrivelsen eller diskursen fire sentrale moment for å sikre en bedre terapi. Det første er at det å arbeide etter prinsippene om en evidensbasert praksis vil føre til en bedre praksis. For å arbeide kunnskapsbasert med par og familier er det forutsatt at praksis bygger på både forskning, klinisk erfaring og på brukernes preferanser og perspektiv. En vil slik gi en ”individualisert evidensbasert behandling” med utgangspunkt i denne definisjonen av evidensbasert praksis. Det er som vi har vist til laget en trinnvis arbeidsmodell for arbeidet som skal være med å sikre dette perspektivet.

Det andre momentet er at en sikrer brukermedvirkning i terapi gjennom systematisk tilbakemelding fra klientene. Dette er begrunnet ut fra forskning som viser betydningen av sentrale fellesfaktorer i terapi. En har her vektlagt forskning knyttet til tilbakemelding i terapi, blant annet ”Beste praksis”- prosjektet når en har valgt KOR som det mest egnede verktøyet til dette. En velger da å overføre forskningsresultat direkte til klinikk og den enkelte



terapikontekst. Slik vi oppfatter dette tenker en da at forskningsresultat kan predikere utfall i framtid og slik sikre kvalitet i terapi.

Det tredje momentet er at terapeutene trenger pålegg for å gjøre terapi bedre. Dette i form av innføring av et klinisk verktøy (KOR) som skal sikre systematisk tilbakemelding, samt i form av en anbefalt trinnvis arbeidsmodell. I dokumentene kan vi lese både en tillit til at familievernet innehar en høy kompetanse og en form for mistillit til at terapeutene ikke selv er i stand til å vurdere eget arbeid eller la forskning være med å informere praksis i tilstrekkelig grad. Det går fram at selv om kompetansen er høy er det nødvendig med pålegg og kontroll utenfra. Det er viktig å avklare hvem som er gode terapeuter og oppnår gode resultater og hvem som er mindre gode. Utgangspunktet for dette er at ikke alle klienter får god nok hjelp. Det å fokusere på resultat for den enkelte terapeut skal ikke brukes til sanksjoner, men for å kunne gi veiledning, ta dette opp i medarbeidersamtaler og arbeide med å utvikle kompetanse. Det er også et ønske om å belønne ”de som går foran”. Brukermedvirkning og utjevning av makt mellom terapeut og klient er sterkt vektlagt som bakgrunn for de nye føringene. Det er ikke gitt at klientens ønsker og valg blir ivaretatt i møte mellom terapeut og klient og det er derfor nødvendig å ha fokus på dette utenfra.

Det fjerde momentet for å gjøre terapi bedre er at det er nødvendig å dokumentere og legitimere resultat overfor overordnede myndigheter. Det er ikke nok å gjøre dette gjennom for eksempel årlige brukerundersøkelser, en vil ha dokumentasjon knyttet til den enkelte klient, den enkelte terapitime og den enkelte terapeut, og selvsagt også da fra det enkelte familievernkontor. Det at en vektlegger så sterkt behovet for slik dokumentasjon blir begrunnet i Bufetats verdier som er åpenhet, deltagelse og respekt. Det blir sagt at det å arbeide med kvalitet på denne måten er nødvendig av etiske, faglige og samfunnsmessige grunner.

Subjektposisjonen for klienten mener vi i stor grad kan assosieres med kundebegrepet. Klienten skal ha en valgfrihet i forhold til hvilken metode en skal bruke i terapien. Det skal også være tilbud om å skifte terapeut dersom dette er ønskelig og en ikke oppnår ønsket resultat (Bufdir 2009 - A). Dette innebærer da en subjektposisjon som har nok informasjon og kunnskap om ulike metoder i terapi til å kunne velge.

For terapeuten kan subjektposisjonen karakteriseres både som den autonome terapeut, som i samråd med klienten velger metode og tilnærming, samtidig som en skal forholde seg til pålegg om verktøy for systematisk tilbakemelding. Den kliniske logikken i denne diskursen

vektlegger relasjon og stimulering av sentrale fellesfaktorer i terapi. Den vektlegger også kontekst og kommunikasjonen mellom klient og terapeut som det vesentlige. Det er likevel en ”tredje part” inne i terapirommet med pålegg om klinisk verktøy, føring av resultat i journal og krav om dokumentasjon. Terapeuten må forholde seg til disse kontekstuavhengige påleggene, også knyttet til klinisk verktøy. Terapeuten blir tilbudt veiledning og opplæring for å kunne ivareta disse nye aspektene i den kliniske logikken i familievern, og skal slik ikke være overlatt til seg selv.

Fortløpende tilbakemelding i terapi ved bruk av KOR vil være med å sikre at terapien er til hjelp, og en fleksibel bruk av metode basert på en overordnet arbeidsmodell er det beste. Det er viktig å arbeide kontekststøttet siden kommunikasjonen er det sentrale, men det er likevel behov for en overordnet ramme som er forhåndsdefinert utenfra terapirommet, og der KOR både skal gi en bedre terapi og sikre dokumentasjon som kan gi grunnlag for styring.

Den dominerende diskursen hevder at det er nødvendig med kvalitetssikring, pålegg og kontroll for å skape et bedre familievern, og at om en ikke arbeider aktivt med dette kan kvaliteten på arbeidet bli dårligere. Retorikken knyttet til begrunnelser for dette handler om forpliktelse overfor klienter og samfunn, etikk og brukervedvirkning (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 – B).

### ***Den alternative diskursen***

I dokumentene finner vi også beskrivelser av den kliniske logikken i familievern som i stor grad samsvarer med det vi har redegjort for tidligere knyttet til kunnskapstradisjonen. Denne retorikken gir inntrykk av et kompetent familievern med mange dyktige fagfolk og der både terapeut og klient er autonome. I den alternative diskursen står også brukervedvirkning sentralt. Det går fram av dokumentene at dette hele tiden har vært grunnleggende i familievernets arbeid:

*”Brukervedvirkning er et grunnleggende element i familievernets arbeid. Alle arbeidsområder og - metoder tar utgangspunkt i klientens egen vurderinger av sin situasjon”* (Bufdir 2009 – B:21).

Pålegg om klinisk verktøy eller oppskrifter knyttet til terapi vil ikke være i samsvar med denne diskursens vesen. Det finnes mange terapiretninger innen familierapien, også med tilnærmet trinnvise framgangsmåter. Det ligger likevel til grunn en holdning om at de ulike metodene er likeverdige og at det ikke er metoden som avgjør resultatet, men den konteksten

og kommunikasjonen den blir brukt innenfor (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 – B). Det vil derfor ikke være mulig å foretrekke klinisk verktøy eller metoder på vegne av andre enn seg selv. Fordi om et verktøy er virksomt i én sammenheng eller for én terapeut og klient, kan ikke dette direkte overføres til en annen sammenheng og en annen terapeut og klient. Det er ikke slik at én klinisk metode er overlegen andre. Allianse og relasjon er det vesentlige. Dette kommer fram i dokumentene uten at det har fått konsekvenser for pålegget om bruk av KOR. Følgende sitat fra et av dokumentene viser til at gjensidighet, deltagelse og tilbakemeldinger er grunnleggende i en systemisk praksis:

*”Brukervedvirkning er ikke bare en naturlig følge av politiske føringer eller av en samfunnsutvikling som går i retning av øket ”forbrukermakt.” Det er også en faglig begrunnet praksis. I systemisk teori sees behandling på som en handling der en ny/flere nye personer introduseres til et eksisterende system organisert rundt et problem. Systemer består av mennesker med hvert sitt unike perspektiv på problemene som gjensidig påvirker hverandre gjennom feedback (tilbakemeldingsprosesser). På denne måten blir atferd og kommunikasjon formet. Gjensidighet, deltagelse og tilbakemeldinger er derfor en grunnleggende del av systemisk praksis. Både terapeut og klienter blir påvirket av hverandre, og endringene kan tas med ut av den terapeutiske samtalen og ut av terapirommet. Behandlingssamtalen kan derfor skape endring både hos klient og terapeut” (Bufdir 2009 – A:35).*

Den alternative diskursen vektlegger kontekst og det unike ved kommunikasjonen i det enkelte møtet. Det blir hevdet at det ikke er evidens for evidensbasert behandling (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 – B), og i dette ligger da også at generalisering, standardisering og instruksjon utenfra ikke vil skape kvalitet eller gjøre terapi bedre. Dette på bakgrunn av at om metode eller verktøy er virksomt er et empirisk spørsmål, en kan ikke predikere utfall da dette vil være kontekstavhengig. Forskning kan være med å informere praksis, men ikke instruere praksis. Klientens verdensbilde er det sentrale utgangspunkt i terapien. Kliniske verktøy vil i denne diskursen bli brukt til kliniske formål og innenfor den kliniske konteksten der mening og problemløsning blir skapt.

Både den dominerende og den alternative diskursen legger til grunn at det ikke er mulig å pålegge bruk av metode i terapi. Den alternative diskursen vil også avvise pålegg om bruk av klinisk verktøy for systematisk tilbakemelding, fordi dette også vil være avhengig av kontekst og kommunikasjon. Dette kan vi finne igjen i retorikken knyttet til at klientens verdensbilde er det vesentlige, at ulike perspektiv, multivers står sentralt, samt i vektleggingen av den

kontekstuelle modellen, jevnfør Wampold (2001) (Bufdir 2009 - A). I den alternative diskursen er instruksjon ikke mulig, og heller ikke da pålegg om bruk av klinisk verktøy.

I dokumentene finner vi den alternative diskursens fokus på kontekst og på det unike i møtet mellom klient og terapeut:

*”Parterapeutisk praksis kan bli styrket av forskning, men det er likevel møtet mellom den erfarne fagpersonen og den aktivt deltagende klient som skaper endring”* (Bufdir 2009 – B:8).

I oppsummeringen fra kontorenes innspill kan vi finne utsagn fra den alternative diskursen, ved at det er flere som ønsker valgfrihet i tilnærming, selv om tilbakemelding i terapi blir innført som et prinsipp i tjenesten (Bufdir 2009 - B). Vi finner dette også igjen i en spørreundersøkelse som dokumentene viser til. Denne spørreundersøkelsen ble gjennomført i 2007 i forhold til landets familievernkotor. Resultatene fra denne undersøkelsen viste at det var stor interesse for å holde et faglig fokus på hva som er bra for klientene, i dette ligger perspektivet om at brukermedvirkning står helt sentralt i familievernets terapi. Det ble også til dels uttrykt bekymring for at administrative krav skal trenge inn i terapirommet (Bufdir 2009 – B).

### ***Foreløpig oppsummering***

Vi velger nå stikkordsmessig å synliggjøre det vi tolker som sentrale funn så langt i en tabell. Dette for å tydeliggjøre de forskjellene vi har funnet knyttet til den kliniske logikken i familievernet mellom den dominerende og den alternative diskursen vi finner i dokumentene. Den dominerende diskursen i dokumentene henter mye av sin argumentasjon og retorikk fra den alternative diskursen. Dette kan da gi inntrykk av å være kjent og ”mer av det samme”, hovedsakelig fordi det i stor grad er brukt et språk som er kjent innen familieterapien. Vi har likevel i vår analyse prøvd å peke på de praktiske og faglige konsekvensene av de nye føringene, og motsetningene mellom de to diskursene framstår da tydelig. Slik vi ser det vektlegger disse to diskursene ulike moment som sentrale i den kliniske logikken, noe som vil ha konsekvenser for praksis:

**Den dominerende diskursen:****Den alternative diskursen :**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapi er kontekstuell og relasjonell, men blir bedre med systematisk tilbakemelding.</li> <li>• Ikke pålegg om metode i forhold til definerte problemstillinger fordi dette er kontekstavhengig.</li> <li>• Det samme kliniske verktøyet for tilbakemelding (KOR) vil fungere for alle og gjøre terapi bedre. En kan gjenskape og predikere effekt ved bruken av dette verktøyet i terapi, det virker kontekstuavhengig.</li> <li>• Instruksjon gjennom pålegg om bruk av KOR er mulig for å gjøre terapi bedre.</li> <li>• Det kliniske verktøyet KOR skal også tjene andre formål, som tilsyn og styring.</li> <li>• Kontroll av terapeuter fra overordnede ved hjelp av dokumentasjon fra den enkelte terapi gjør terapi bedre. Gir grunnlag for forbedringstiltak på individ og systemnivå.</li> <li>• Nødvendig med et ”tredje blikk” og ”staten som co-terapeut” for å sikre brukermedvirkning og kvalitet. Terapeutens autonomi skal ikke gå foran klientens beste.</li> <li>• Klientens verdensbilde sentralt. I en evidensbasert praksis er dette et sentralt moment i tillegg til terapeutens erfaring og forskning.</li> <li>• Klienten skal ha nok informasjon om ulike metoder i terapi til å velge metode i terapien.</li> <li>• Dokumentasjon, kontroll med terapeutens arbeid og pålegg om klinisk verktøy vil fremme brukermedvirkning, kvalitet og sikre en mer likeverdig behandling.</li> <li>• Forskningsresultater knyttet til KOR kan instruere praksis gjennom pålegg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapi er kontekstuell og relasjonell.</li> <li>• Instruksjon er ikke mulig.</li> <li>• Om metode eller verktøy er virksomt er et empirisk spørsmål, en kan ikke predikere utfall da dette er kontekstavhengig.</li> <li>• Kontekstuavhengig pålegg om metode eller klinisk redskap er ikke mulig, dette må avgjøres kommunikativt i den enkelte terapikontekst.</li> <li>• Kan ikke skille metode eller klinisk verktøy fra terapeut eller terapikontekst.</li> <li>• Terapeuten er autonom, noe som også er en forutsetning for klientens autonomi.</li> <li>• Ingen innsyn, kontroll eller instruksjon utenfra terapikonteksten.</li> <li>• Klientens verdensbilde er det sentrale utgangspunkt i terapien.</li> <li>• Terapeut og klient blir enig om terapiens forløp.</li> <li>• Kliniske verktøy kun til kliniske formål.</li> <li>• Forskning kan være med å informere praksis, men ikke instruere praksis.</li> </ul>
---	---

### *Diskurskoptering*

Vi vil nå peke på noen av de motsetningene vi finner i dokumentene knyttet til den dominerende og den alternative diskursen, og gjør dette med utgangspunkt i begrepet diskurskoptering.

Som vi har pekt på er det naturlig at en diskurs i endring har med momenter og tenkning knyttet til den opprinnelige diskursen. En kan tenke at det er viktig å trekke på tidligere betydninger i diskursen for å gjøre seg forstått (Jensen 2010). Samtidig vil det ofte være slik at det innenfor en diskursiv praksis vil være plass til at noen elementer settes sammen på en ny måte for å anspore forandring og muligens danne grunnlaget for et diskursivt skifte (Jørgensen & Phillips 2010).

Vi finner at den dominerende diskursen henter sin argumentasjon i stor grad fra selve kjernen i den alternative diskursen uten å peke på at det kan være motsetningsfullt. Retorikken kan gi inntrykk av at dette bare er ”mer av det samme” og at det er i samsvar med den alternative diskursen. I denne sammenheng vil vi vise til Leif Christian Jensen (2010) som sier at begrepet diskurskoptering kan beskrive hvordan en diskurs overtar argument og resonnement knyttet til motdiskursen eller den alternative diskursen. Jensen definerer begrepet slik:

*”Diskurskoptering beskriver hvordan en diskurs trenger inn i kjernen til en motdiskurs, snur denne logikken på hodet slik at det nye resonnementet utgjør en ny komponent som bidrar til å reetablere hegemoni og politisk oppslutning. En diskurs står igjen styrket med et nytt og kraftfullt resonnement, mens den andre diskursen er nærmest tilsvarende svekket eller nedkjempet” (Jensen 2010:200).*

Han peker videre på at retoriske grep som er med å marginalisere motdiskursen, ”kupper” argument og tilpasser dette i en ny diskurs. Dette framstår da slik at en diskurs styrkes på direkte bekostning av den sentrale bestanddelen i en annen diskurs. Jensen peker på at dette nettopp kan demonstrere hvor makten befinner seg i diskursen.

Vi finner definisjonen og drøftingen Jensen gjør rundt diskurskoptering sentralt for vårt materiale. Dette fordi vi opplever at den dominerende diskursen bygger på argumentasjon og et kjent verdensbilde om den kliniske logikken som nettopp er hentet fra den alternative diskursen. Retorikken rundt at det er det enkelte møtet mellom terapeut og klient som er avgjørende og at kvalitetsarbeidet må gjøres lokalt, altså kontekstavhengig, gir inntrykk av at det her er snakk om en videreføring av den kliniske logikken som ligger i den alternative

diskursen. Men en helt grunnleggende forutsetning i denne logikken er at instruksjon ikke er mulig, verken i forhold til klient eller terapeut. Det å pålegge å bruke et bestemt klinisk verktøy vil derfor være i strid med denne logikken, dette må avgjøres kommunikativt mellom de som deltar i kommunikasjonen i den enkelte samtale og den enkelte sak. Det å velge klinisk verktøy for klient og terapeut er en intervensjon, og en instruksjon i terapirommet som etter vår mening strider mot den rådende kliniske logikken. Dette står i direkte motsetning til det som er vist til i dokumentene i forhold til at terapeuten må ha tro på metoden (Bufdir 2009 – A ). Det er interessant hvordan dokumentene tar avstand fra evidensstøttede metoder og den argumentasjonen og retorikken som blir brukt, samtidig som en argumenterer for at pålegg om KOR vil gi en bedre terapi. En avviser pålegg om metode på bakgrunn av at terapi er kontekstavhengig og kommunikativ (Bufdir 2009 - A), men innfører pålegg om kontekstuavhengig klinisk verktøy for tilbakemelding i terapi knyttet til allianse og problemutvikling.

Forskning i forhold til at KOR er en virksom metode for slik tilbakemelding blir vektlagt og brukt som begrunnelse for pålegget. Her lar en da forskning direkte instruere praksis og velger klinisk verktøy ut fra forskning og ikke ut fra kontekst. En lar et gjennomsnitt fra forskning bestemme hva som er bra i den enkelte sak. Dette er noe av det samme som dokumentene kritiserer evidensstøttede metoder innen den medisinske modellen for å gjøre, og dokumentene slår fast at det ikke er evidens for evidensstøttede metoder innenfor terapi (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 - B). I dokumentene tar en altså avstand fra at en kan velge på forhånd definerte metoder knyttet til bestemte problemstillinger, men sier ja til å velge forhåndsdefinert verktøy eller metode for tilbakemelding, uavhengig av kontekst ut fra at dette gir en fleksibilitet i forhold til bruk av metode.

Det å bruke gjennomsnitt og forskning som utgangspunkt i den enkelte sak vil også stride mot den kliniske logikken, nettopp fordi den enkelte terapi vil være kommunikativ og unik. Forskning vil kunne informere og bidra til viktig kunnskap som også kan komme til nytte i den enkelte terapi, men dette vil innenfor den alternative diskursen skje som et resultat av kommunikasjonen i den enkelte samtale og ikke som et ytre pålegg. Det er en vesensforskjell mellom at forskning skal informere praksis gjennom å øke kunnskap og gi nye perspektiver både for terapeut og klient, og å instruere praksis gjennom å definere verktøy eller metode fordi dette har vist seg virksomt for et gjennomsnitt av klienter og terapeuter i forskning. Retorikken i dokumentene knyttet til at en skiller mellom klinisk verktøy for tilbakemelding i terapi og klinisk metode i terapi for definerte problemstillinger framstår slik at dette høres ut

som en videreføring av den rådende kunnskapstradisjonen. Dette er like fullt etter vårt syn et brudd med denne kunnskapstradisjonen. Metaforen om at en trenger en overordnet ramme, eller et univers, over alle multivers (Bufdir 2009 - A) kan vel stå som et bilde på at her er det noe som ikke er forenlig. Likevel gir retorikken i dokumentene inntrykk av at dette er mulig.

Den alternative diskursen som i stor grad bygger på en systemisk, konstruktivistisk og sosialkonstruksjonistisk tenkning står igjen som for snever og med manglende perspektiv. Dette framstår i seg selv som en motsetning fordi det i denne tenkningen nettopp ligger et syn som skal ivareta ulike perspektiv, og en tanke om at flere synsvinkler og flere perspektiv er med å utvide horisont og rammer for det en ser. Det er derfor ikke en umulighet at den systemiske tenkningen lar seg informere og tar forskning på alvor slik vi ser det, men det er ikke mulig å velge et verdensbilde eller en måte å drive terapi på som den eneste rette, og dermed komme med pålegg og instruksjon innen denne tenkningen.

Vi er nok her ved kjernen i forhold til vår opplevelse av motsigelse da vi først leste disse dokumentene. Vi opplevde at konklusjonen om pålegg stred i mot en del av argumentasjonen som lå forut. Vi finner at dette har sammenheng med at argumentasjon og retorikk knyttet til den alternative diskursen i stor grad er brukt, men at konklusjoner om pålegg om bruk av KOR står i motsetning til denne argumentasjonen. Den dominerende diskursen har nærmest spilt den alternative diskursen av banen ved å overta resonnement til den alternative diskursen og la denne stå igjen som for snever. Dette er kanskje et eksempel på at språket "settes i spill", at språk skaper og former representasjoner av virkeligheten (Neumann 2010). I vårt tilfelle kan dette da være med å endre praksis og endre handlingsbetingelsene for terapi i familievernet.

Gjennom våre studier av dokumentene og de nye føringene mener vi altså å ha funnet noen moment som kan bidra til å endre virkelighetsoppfatningen eller føre til "nye sannheter" om terapi i familievernet. Dette handler hovedsakelig om synet på forholdet mellom forskning og praksis og om pålegg om bruk av klinisk verktøy som også skal tjene andre formål enn klinikk, og dermed også om kontroll av den kliniske konteksten utenfra terapirommet. Ved å pålegge bruk av KOR går en fra en logikk knyttet til at forskning kan informere praksis til en logikk knyttet til at forskning kan instruere praksis. I dette ligger da en forutsetning om at en kan predikere utfall av et bestemt klinisk verktøy for tilbakemelding i terapi basert på at dette har vist seg nyttig gjennom forskningsresultater. Etter vårt syn står dette i et grunnleggende motstridende forhold til den alternative diskursen om den kliniske logikken i familierapien, og den kunnskapstradisjonen som har vært rådende. En vil her tenke at virkningen av et



klinisk verktøy er kontekstavhengig og kommunikativ, og at utfall ikke er mulig å forutsi (Ekeland 2004, Ekeland 2009).

Markedsføringen knyttet til bruk av KOR i terapi har følgende slagord: ”Du er ekspert på ditt, terapeuten på sitt”. Dette finner vi i brosjyrer og vi finner det på Bufetats hjemmeside på internett. En bok som omhandler bruk av KOR heter: ”Klienten - den glemte terapeut” (Ulvestad et al., 2007). Dette er en retorikk som gir inntrykk av at en nå vil innføre noe nytt fordi det tidligere ikke har vært likeverd, ikke i tilstrekkelig grad har vært lagt vekt på klientens syn og verdensbilde, samt at terapeuten har vært ekspert og hatt makt til å definere. Dersom en ser på kunnskapstradisjonen og tilnærmingene i familierapi har dette nettopp vært kjernen i den kliniske logikken.. Disse verdiene og synspunktene var en sentral del av det som ble kalt et paradigmeskifte, der terapeuten gikk fra å være ekspert og observatør til å være deltaker, og der klientens opplevelse og endringsteori var det helt sentrale (Hårtveit & Jensen 1999). Noen stikkord innenfor denne tenkningen er nettopp ”ikke-normativ”, ”ikke-ekspert”, ”ikke opptatt av patologi”, ”ulike verdensbilder”, ”samskape”, og slik sett helt i tråd med markedsføringen av KOR – ”Du er ekspert på ditt, terapeuten på sitt”. Det som ble kalt et paradigmeskifte i familierapien, og som vi har redegjort for tidligere i oppgaven, oppstod og ble omtalt utover på 80- og 90-tallet (Hårtveit & Jensen 1999). Retorikken som blir brukt gir inntrykk av at denne tenkningen nå blir innført som noe nytt i forbindelse med kvalitetsforbedring, en evidensbasert praksis og bruk av KOR i terapi.

### ***Diskursens lagdeling***

Neumann (2010) peker på at når en skal modellere diskurser kan det være nyttig å spørre om alle trekk ved en gitt representasjon er like bestandige. Dersom det er slik at noen trekk er mer stabile og forener diskurser, mens andre trekk differensierer, kan en tenke at de trekkene som forener er vanskeligere å forandre. På denne måten kan en finne at diskurser har ulike lag, der noen lag har en større treghet og er vanskeligere å endre enn andre lag. Når vi nå skal se på diskursens lagdeling, gjør vi dette med utgangspunkt i temaet knyttet til at en ikke kan skille klinisk metode fra terapeut eller terapikontekst, jevnfør den kontekstuelle modellen. En vektlegger her relasjon og kommunikasjon som det sentrale, og at metoden ikke kan skilles fra disse dimensjonene. Denne tenkningen forener disse to diskursene og framstår som noe helt grunnleggende i virkelighetsbeskrivelsene eller representasjonene om terapi og den kliniske logikken i familievernet.

Det som skiller den dominerende og den alternative diskursen er imidlertid det vi har pekt på knyttet til at en kommer med pålegg om klinisk verktøy for tilbakemelding om allianse og terapiforløp (KOR). Dette framstår som en sentral og fundamental forskjell mellom den dominerende og den alternative diskursen. Det å komme med et pålegg om bruk av obligatorisk klinisk verktøy inn i terapirommet er noe helt nytt i familievernet. Hvorfor kan en skille verktøy for tilbakemelding i terapi fra terapeut, klient, relasjon og terapikontekst, men ikke metode knyttet til bestemte problemstillinger? Vi tenker at den grunnleggende holdningen innen familievernet om at metode og tilnærming ikke kan skilles fra sin kontekst kanskje nettopp er så grunnfestet at dette ikke er enkelt å endre. Dette ville trolig ført til stor motstand fra terapeutene. Kanskje er det slik at Bufdir blir stående i et slags press mellom forventninger knyttet til innføring av en mer evidensbasert praksis og større fokus på kvalitetssikring og kontroll med tjenesten på den ene siden, og kunnskapstradisjonen i familievernet som er grunnfestet i en systemisk og kontekstuell tenkning på den andre siden. Valget ser da ut til å ha vært å slutte seg til den amerikanske psykologforeningen sin definisjon av evidensbasert praksis, og å velge et verktøy for tilbakemelding i terapi slik at kravet om evidensbasert praksis, dokumentasjon, innsyn og kontroll kan tilfredstilles. En har da funnet et klinisk redskap som skal ivareta alle disse kravene. Det kan se ut som valget av KOR har vært vellykket ved at dette ikke har ført til store protester i familievernet, samtidig som overordnede myndigheter har fått innfridd kravet om dokumentasjon og innsyn i familievernets terapi.

Fokuset og retorikken i dokumentene viser til at det kliniske verktøyet (KOR) vil sikre en bedre terapi. Hva som eventuelt vil skje med et klinisk redskap som også blir brukt til andre formål, som dokumentasjon, tilsyn og kontroll, er ikke problematisert i dokumentene. En kan ut fra dette tenke at retorikken knyttet til å avvise evidensstøttede metoder i familievernet finner gjenklang, og er grunnfestet i familievernet. Retorikken knyttet til bruk av KOR legger hovedvekten på at dette er et klinisk redskap som vil gjøre kommunikasjon og terapi bedre uavhengig av kontekst. Det blir lagt vekt på at dette verktøyet kan brukes uavhengig av metode en velger i terapi og er fleksibelt. Det blir imidlertid ikke problematisert at dette pålegget uansett vil påvirke samtalen, og vil være noe som direkte angår den kommunikasjonen som foregår i terapikonteksten. Slik vil KOR være med å påvirke tilnærming og struktur i samtalen. Det som heller ikke er problematisert er hva en kan lese ut av de tallene og den dokumentasjonen en får ved bruk av KOR. Dette blir da løsrevet fra kommunikasjonen om det enkelte skjema i den enkelte terapiprosess, og en kan da få et

inntrykk av at kommunikasjon er målbar og at alle vil oppfatte og tolke spørsmålene i KOR likt. En kan få inntrykk av at en kan få ut tall og ”sannheter” om terapi uten å se dette i lys av den konteksten som KOR – skalaene har vært brukt i, og den kommunikasjonen som har vært rundt meningsinnhold, tolkning av avkryssing og måling på hvert enkelt skjema. En kan spørre om et slikt klinisk redskap har verdi utover den konteksten det blir brukt i og utover den konteksten og formålet det er utviklet for, nemlig terapi og klinisk arbeid i enkeltsaker?

Det er etter vår mening interessant at vi kan se en endring i forhold til at det nå kommer pålegg om klinisk verktøy for systematisk innhenting av tilbakemelding i terapi i familievernet, samtidig som en så klart tar avstand fra å skille klinisk metode fra sin kontekst. Dette kan kanskje nettopp synliggjøre at det er ulike lag i diskursen, at konstruksjoner av virkeligheten er i ”fluks” og at virkelighetsbeskrivelsene eller diskurser endrer seg når språket ”settes i spill” (Neumann 2010). Argumentasjon og retorikk viser seg dermed som sterke virkemidler for å endre virkelighetsbeskrivelser og også endre handlingsbetingelser.

Neumann (2010) viser til at en etter å ha avgrenset diskursen, sett på ulike representasjoner av virkeligheten og sett på diskursens lagdeling har modellert en diskurs, og han sier at en diskursanalyse i og for seg kan stoppe her. Det er likevel interessant å spørre seg hvordan makten gjennomsyrrer diskursen og hvordan makten kan mobilisere sosial energi som kan være med å opprettholde den dominerende diskursen. Som vi har pekt på tidligere er det sentralt også å se på diskursens materialitet, i dette ligger det at en forstår diskursen både som et språklig og et materielt fenomen. Vi vil nå se på hva som kan representere det materielle i vår diskurs og hvordan dette samspiller med teksten.

### ***Diskursens materialitet***

Tekstens språklige materialitet handler i stor grad om arkivet, eller historien til diskursen. Språket knyttet til den kliniske logikken i familievernet er gjenkjennelig gjennom hele den perioden det har vært familievernkontor i Norge. Det har utviklet seg ord og vendinger som er gjenkjennelige, som det til en viss grad knytter seg et felles meningsinnhold til og som også gir betingelser for handling. Språket som blir brukt gir en representasjon av virkeligheten og setter i gang sosiale praksiser. Ord fra denne kunnskapstradisjonen som ”ikke-ekspert”, ”fortellinger”, ”ikke-normativ”, ”deltaker”, ”multivers”, ”paradigmeskifte” gir assosiasjoner og et meningsinnhold som er retningsgivende for tenkning knyttet til terapi og til terapeutisk praksis. Kanskje vi nå er i en situasjon der noe av dette språket har forsvunnet. Det er kanskje

slik at i staten er andre diskurser om terapi mer dominerende. Dette vil da kunne utfordre og også endre meningsinnhold i de ordene vi har brukt som eksempel, samt andre tilsvarende eksempel fra språket knyttet til den kliniske logikken i familievernets tradisjonelle kunnskapstradisjon. Vi opplever at gjennom retorikken som er brukt i dokumentene, blir det som i kunnskapstradisjonen eller den alternative diskursen nærmest kan framstå som en sannhet, eller en materialitet knyttet til språket, sterkt utfordret.

Neumann (2010) peker på at de diskursene en kan identifisere ved hjelp av den modellen han skisserer er i "fluks." Selv om de er i endring er det likevel ikke slik at alt er i fri flyt. Han peker på at diskursen finnes i form av regularitet og at disse regularitetene igjen blir opprettholdt av sosiale praksiser. Jørgensen & Phillips (2010) peker på at selv om det sosialkonstruksjonistiske utgangspunktet er kontingent, betyr ikke dette at alt flyter. De fleste sosialkonstruksjonister oppfatter det sosiale felt som mer regelbundet og regulert. Selv om kunnskap og identiteter alltid i prinsippet er kontingente, er de ofte likevel i konkrete situasjoner relativt fastlåste. Dette blir da handlinger som med en viss regularitet finner sted i de sosiale kontekstene.

*"Diskursenes representasjoner har altså en eller annen form for sosial resonans som gjør at sosiale praksiser reproducerer dem"* (Neumann 2010: 92).

Når representasjoner av virkeligheten blir institusjonalisert utgjør de en posisjon i diskursen (Neumann 2010). I vårt tilfelle utgjør de den dominerende diskursen fordi sentrale institusjoner som Stortinget, departementet og Bufdir er formidlere av denne representasjonen. Disse institusjonene har makt til å definere virkelighet i kraft av å være lovgivere og institusjoner som skal utføre viktige samfunnsoppdrag. Både Storting, departement og Bufdir blir i denne sammenhengen en del av diskursens materialitet, noe som går ut over det språklige og ut over den teksten vi finner i dokumentene. Dette blir den konteksten vi kan lese dokumentene og retorikken innenfor.

Neumann (2010) viser til Janice Bially (1998), som igjen er inspirert av Francois Lytoard når han redegjør for hvordan forstå samspeillet mellom diskursens materialitet i form av institusjoner og de andre elementene i diskursen og hvordan disse kan bekrefte og reproducere hverandre. Han peker på at virkeligheten er institusjonaliserte verdier som blir produsert ved at subjektet handler i forhold til dem. Det kan også tenkes at subjektet blir konstituert av disse verdiene og oppfatningen av virkeligheten. En kommer på denne måten inn i en feedback-loop mellom virkelighet, verdier og institusjoner som er med å vedlikeholde og opprettholde konstruksjoner av virkeligheten og de subjektposisjonene den skaper (Neumann 2010).

Vi kan ved hjelp av denne feedback-loopen identifisere institusjoner, verdier og representasjoner av virkeligheten i diskursen om den kliniske logikken i familievernnet. I vårt tilfelle finner vi det fruktbart å se på dette i forhold til den alternative og den dominerende diskursen vi har redegjort for. I tillegg til det vi finner i dokumentene knyttet til dette, trekker vi inn kunnskap om hvordan familievernnet var organisert tidligere, og plasserer disse institusjonene i den alternative diskursen.

Den alternative diskursen:

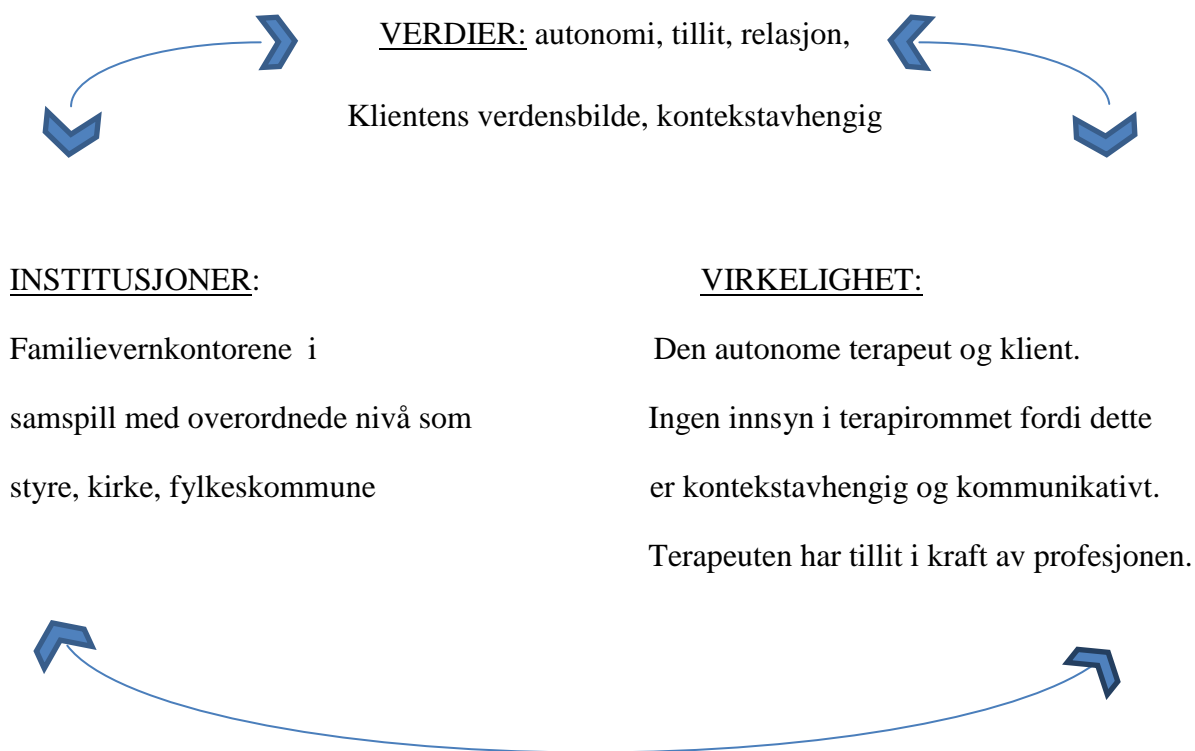


Fig. 1: Feedback-loop i den alternative diskursen.

Den dominerende diskursen:

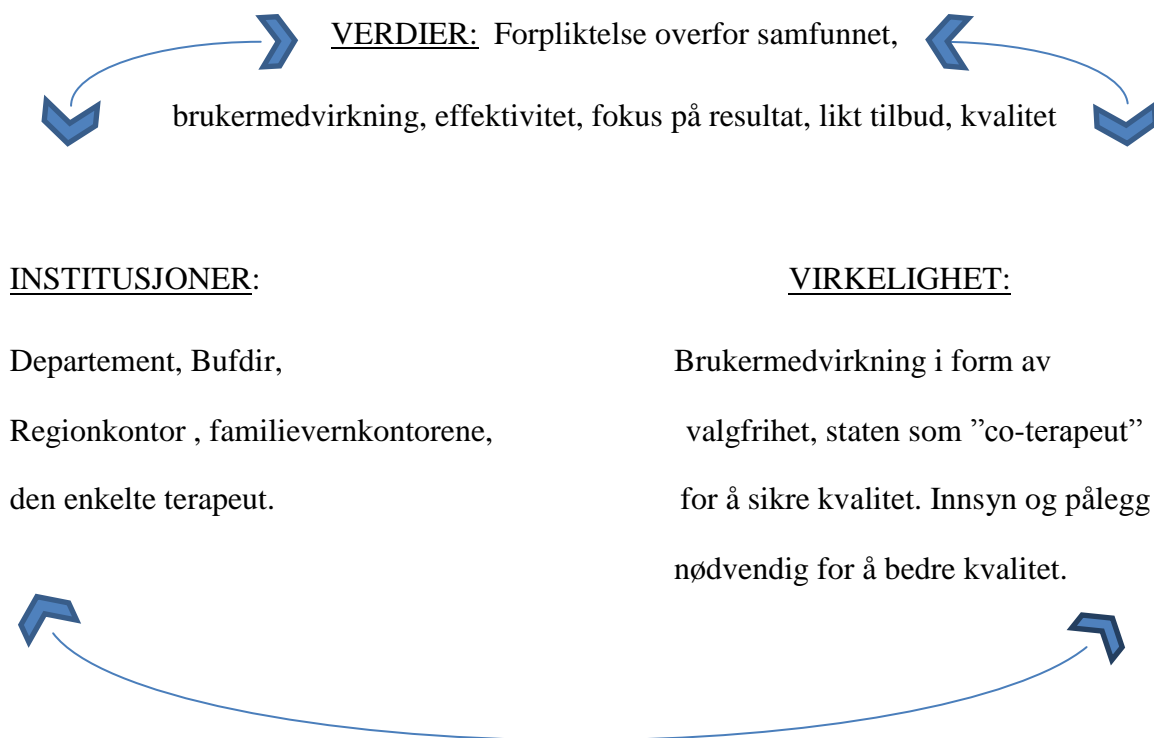


Fig. 2: Feedback-loop i den dominerende diskursen.

Det var selvsagt overordnede nivå også i den alternative diskursen, men det ser ut til at overordnede institusjoner nå har en vesentlig større og mer styrende rolle overfor familievernkontorene og den enkelte terapeut enn tidligere. Dette skaper spørsmål i oss om det er slik at overgangen til staten i 2004 gradvis har endret virkelighetsbeskrivelsen av den kliniske logikken i familievernet. Fra å ha en autonom terapeut i forhold til valg av metode, bruk av eventuelle kliniske verktøy og et terapirom der kun terapeut og klient er aktører, til i større og større grad å legge til rette for innsyn og kontroll. Det kommer nå pålegg om bruk av KOR, en oppskrift for hvordan arbeide evidensbasert, krav om dokumentasjon fra terapi og at data fra den enkelte terapi skal brukes til formål utover det kliniske. I den alternative diskursen er diskursens materialitet i form av institusjoner som definerer virkelighet, representert i stor grad ved familievernkontoret selv. Overordnede nivå ser i liten grad ut til å ha blandet seg inn i terapi og vilkår for dette. Dette har i stor grad vært opp til terapeutene og

profesjonene selv som har utgjort det enkelte familievernkontor. I den dominerende diskursen har overordnede institusjoner en helt annen og mer definerende rolle, også i forhold til selve terapien og i forhold til å definere hva som skal være sentrale element i den kliniske logikken.

Det kan ut fra dette se ut som at diskursens materialitet, i form av institusjoner som beslutningstakere knyttet til handlingsbetingelser, har fått en mye større plass i den dominerende diskursen enn de har hatt i den alternative diskursen. Dette kan igjen være med å marginalisere språket som beskriver virkeligheten i den kliniske logikken i den alternative diskursen og gjøre dette mindre gjeldende. Neumann (2010) poengterer at representasjoner av virkeligheten må gjentas for å bli opprettholdt.

Det kan være slik at den tradisjonelle kunnskapstradisjonen innen familierapien har tapt terreng, i for liten grad har blitt gjentatt og i for stor grad har operert som "taus kunnskap". I møte med andre virkelighetsbeskrivelser av terapi og klinisk logikk forsvinner eller fordampes kanskje denne kunnskapstradisjonen, fordi dette trolig ikke er en dominerende beskrivelse innen de overordnede institusjonene som skal beslutte på vegne av familievernet. En kan vel heller gå ut fra at de diskursene vår dominerende diskurs er innleiret i, som diskursen om evidensbasert praksis, brukervedvirkning og markedsstenkning, gir gjenklang i disse institusjonene. De sentrale elementene i den alternative diskursen kan dermed lett bli oversett eller endret. Nå er det heller ikke slik at en representasjon av virkeligheten kun gir rom for en type handling og det er heller ikke slik at alle har et veldig bevisst forhold til den representasjonen en handler innenfor (Neumann 2010). Dette er også moment som vil påvirke i hvilken grad det er enkelt eller vanskelig å endre diskursen og å endre subjektposisjoner i diskursen.

I forhold til de to feedback-loopene vi har presentert vil resonans komme inn i bildet ved at subjekter handler i forhold til de representasjonene av virkeligheten, de verdiene og de institusjonene som foreligger.

*"Virkeligheten er institusjonaliserte verdier som reproduseres ved at subjektet handler i henhold til dem. Man kan endog argumentere for at subjekter konstitueres av disse; resonans kan forstås som at diskursen skaper subjektposisjoner som konstituerer subjekter"* (Neumann 2010: 94).

Det vil alltid være en mulighet for motstand, det finnes muligheter til at subjekter handler slik at verdier, virkelighet og institusjoner ikke blir reproduert. Vi kan tenke oss at motstanden mot den dominerende diskursen vil være så stor at den kan bli vanskelig å gjennomføre fordi

en i denne feedback-loopen er helt avhengig av de subjektene som skal drive terapi og som skal delta i terapi. En er avhengig av at disse subjektene opplever verdier og virkelighet, samt institusjonenes rolle og beslutninger som relevante og er villige til å handle i tråd med dette. Så langt har vi ikke registrert stor motstand i familievernet. Hva dette skyldes er ikke lett å si noe om. Det kan handle om at den alternative diskursen ikke lenger har gyldighet for familievernet samlet sett, men heller er en posisjon for noen få. Det kan handle om at en i familievernet ikke er seg bevisst de endringene som skjer, eller ikke er enig i at dette vil endre handlingsbetingelser og praksis. Svarene på dette vet vi imidlertid ikke, og det kunne i seg selv vært en interessant forskningsoppgave.

### ***Makt i diskursen***

*”Det krever hardt diskursivt arbeid å opprettholde ting som de er. Det å få verden til å fremtre som noe stabilt når den faktisk er i bestandig fluks, betyr at det å ha makt blant annet innebærer å ha evnen til å fryse mening. Det må gjøres ved stadig å gjenta spesifikke representasjoner av ting, handlinger og identiteter, til det man gjentar får karakter av det selvfølgelige, og så fortsette å gjenta slik at ikke andre representasjoner fortrenger dem man har etablert som selvfølgelige. Man kan bare la være å bekrefte representasjoner om de er innleiret i andre representasjoner som gjentas, slik at de bekrefte indirekte som del av den representasjonen de er innleiret i” (Neumann 2010:143).*

Dette sitatet fra Neumann sier noe om at det å opprettholde og vedlikeholde en diskurs krever at representasjonene av virkeligheten gjentas. En kan tenke at det å gjenta disse representasjonene fra ulike posisjoner innenfor diskursen kan være med å opprettholde diskursen som sann eller normal. Neumann peker på at en maktanalyse knyttet til diskursanalyse kan ha flere dimensjoner. I vår analyse vil det politiske aspektet være sentralt. Det interessante i denne sammenhengen blir da den dominerende diskursens konsekvenser og effekter for den kliniske logikken og terapi i familievernet.

*”Det politiske kan defineres som kampen om å fiksere diskursen slik at effektene av den blir sånn eller slik. Det kan altså ikke være selve kampen om distinksjonene som er det avgjørende, men effektene av denne kampen” (Neumann 2010: 173).*

Han sier videre at det politiske er kampen om forskjeller som gjør en forskjell. Effektene eller konsekvensene av en diskurs om den kliniske logikken i familievernet som er i endring, kan



endre handlingsbetingelser for klienter og terapeuter og får dermed konsekvenser for subjektposisjonene en har innenfor denne diskursen. Dette vil da vise seg i terapirommet og i hvordan en tenker om terapi.

Neumann (2010) peker på en firedimensjonal maktanalyse som kan gi en ramme for å analysere makt innenfor diskurser med et politisk aspekt. Han viser til Steven Lukes (1974) som skisserer en tredimensjonal analyse. Den første dimensjonen handler om hvordan A påvirker B på en måte som står i motsetning til B sine interesser, og hvordan A handler for å få B til å gjøre som A vil. En kan bygge på denne dimensjonen ved å trekke inn et perspektiv med en organisatorisk dimensjon. Innenfor denne konteksten blir det enklere for A å utøve sin makt overfor B fordi organisasjonen tilrettelegger for slike handlinger. I en slik sammenheng vil mange handlinger og beslutninger fra A overfor B ikke føre til motstand fordi B rett og slett ikke vet eller ønsker at det kunne vært annerledes. Handlinger og beslutninger kan også være i tråd med B sine oppfatninger og ønsker. Lukes kaller dette for den tredje dimensjonen og mener det er sentralt å ha med dette nivået i en maktanalyse. Neumann sier at denne tredimensjonale maktanalysen trolig ikke er tilstrekkelig for å analysere maktforhold innen diskurser. Han trekker inn Foucault og hans maktbegrep som tar utgangspunkt i hvordan tingenes orden framstilles som normale og derfor kanskje uproblematiske både for A og B.

*”Denne normaliteten har et sett effekter på handlingsmønstre. Lukes tredimensjonale analyse gjør et stort poeng av at B ikke har oversikt over den strukturelle bias eller slagside som handlingskonteksten innebærer. For Foucault og den firedimensjonale diskursanalyse er det i tillegg et poeng at heller ikke A nødvendigvis har denne oversikten” (Neumann 2010:168).*

Når vi fokuserer på hva som vedlikeholder den dominerende diskursen i våre dokumenter, kan vi finne elementer fra denne firedimensjonale synsvinkelen. Det å endre journalforskriften for familievernet og dermed bruke lovverk for at terapeuter og familievernkontor skal endre praksis, kan være omfattet av den første dimensjonen. Overordnede nivå vil bruke lovendring for å endre subjektposisjoner og gjøre det vanskelig å velge andre subjektposisjoner både for terapeuter og klienter. Vi har tidligere pekt på at sensur og lovverk er vanlige virkemidler for å vedlikeholde en dominerende diskurs (Neumann 2010). Videre er det poengtert i dokumentene at beslutninger knyttet til de nye føringene tilhører overordnede nivå i organisasjonen, og ikke det enkelte kontor eller terapeut. Dette er også et virkemiddel som viser hvor makten er. Medvirkning fra kontorene og det å ønske å ta hensyn til synspunktene som kommer fram blir vektlagt, samtidig som det blir gjort klart at

beslutningene ikke ligger hos terapeutene eller kontorene (Bufdir 2009 - B). Dette kan da være et eksempel på Lukes andre dimensjon og at det å utøve sin makt gjennom en organisatorisk kontekst kan forenkle maktutøvelsen. Den tredje dimensjonen omhandler at beslutninger og handlinger ikke blir møtt med motstand, kanskje fordi både den som har makt til å definere handlinger og beslutninger og den som skal utføre dette, er samkjørt i sitt ønske. En annen mulighet er at en ikke ser eventuelle konsekvenser, og av den grunn ikke gjør motstand.

Vi har pekt på at vi har registrert lite motstand i familievernet knyttet til dokumentene og de nye føringene. Vi kan da også trekke inn Foucaults fjerde nivå og spørre om grunnen til at dette er at det framstår som normalt? Kanskje blir ikke dette opplevd å være i strid med den kliniske logikken i familievernet? Det kan også være at tradisjonen i familievernet knyttet til stor autonomi og lite innsyn har skapt en terapeutrolle og en subjektposisjon det er vanskeligere å endre, og at noen tenker at en på tross av nye føringer fremdeles vil gjøre det en selv syns er rett og som passer, framfor å forholde seg til pålegg. En har kanskje tillit til at det er rom for dette. Hirschmann (1970) peker på at enkelte momenter må oppfylles for å komme inn i en diskurs. Han viser til tre handlingsvalg. Disse valgene er "exit", at en melder seg ut av det hele, "voice", at en protesterer, eller "loyalty", at en går inn i den ferdigsyde og tiltenkte rollen.

En kan altså ta ulike posisjoner i en diskurs og i forhold til den subjektrollen en er tiltenkt. Identifikasjon er et valg, dette handler i stor grad om lojalitet og at en går inn i den ferdigsyde subjektrollen. Et annet valg er desidentifikasjon der en identifiserer seg med noe som står i en relasjon til den dominerende diskursen, men som man ikke overtar direkte eller friksjonsløst. En prøver å tilpasse og forandre dette i tråd med egne tanker og ønsker (Neumann 2010). Det blir interessant å se hvordan familievernkantorene og terapeutene der vil ta imot de nye subjektposisjonene. Hvor makten ligger innenfor diskursen vil da bli mer tydelig, og samspillet mellom de ulike aktørene vil også bli mer synlig.

For at bruk av KOR, trinnvis arbeidsmodell, samt større innsyn og kontroll med den enkelte terapi skal forsøke å framstå som normalt eller sant knyttet til den kliniske logikken i familievernet, ser vi tre ulike virkemiddel. Det første er som vi har nevnt å endre journalforskriften og dataprogrammet Fado for å tilpasse dette de nye føringene. Det andre er som vi har vist til å overta argument fra den alternative diskursen i drøftingen i dokumentene uten at denne har fått gjennomslag i konklusjoner og føringer. Det systemiske paradigmet står heller igjen som for snevert innen den kliniske logikken. I relasjon til dette blir da innleiringen

i andre diskurser som evidenstenkningen og retorikken knyttet til brukermedvirkning sentralt. Argumentasjonen og retorikken henter i stor grad sin overbevisningskraft fra disse diskursene. Det tredje momentet er knyttet til erfaringer i familievernet fra bruk av KOR som et virksomt klinisk verktøy i terapi. Det blir lagt stor vekt på ”Beste praksis”- prosjektet og erfaringene herfra når en velger KOR som klinisk redskap for hele familievernet. Det at noen erfarne terapeuter anbefaler så sterkt bruk av KOR, er etter vårt syn sterkt medvirkende til at dette nettopp framstår som rett, normalt og sant.

De terapeutene og fagpersonene som anbefaler KOR, ser ut til å begrunne dette innen den kliniske logikken som tilhører den alternative diskursen. Både forfatter av dokumentene, Geir Skauli, og Morten Anker som har vært en av de ansvarlige for ”Beste praksis”- prosjektet, gir uttrykk for KOR skal brukes som et klinisk verktøy for å bedre terapi, og ikke som et kontrollsystem. De mener at dette skal brukes innen den kliniske logikken som det er ment for. De ser likevel ut til å være enig i at pålegg er veien å gå for å bedre terapi og sikre brukermedvirkning (Bufdir 2010). Erfaringene fra bruk av KOR, og ønsket om at flere skal prøve dette og oppleve nytten av dette, ser altså ut til å komme fra noen klinikere i organisasjonen, samtidig som pålegg om et system for kvalitetssikring kommer ovenfra i organisasjonen.

Makten til å beslutte finner vi på overordnede nivå i organisasjonen. De lener seg på noen klinikere i familievernet ved pålegg av KOR som klinisk redskap. Det er da kanskje slik at definisjonsmakten knyttet til de nye føringene finnes på flere nivå i organisasjonen. Dette betyr likevel ikke nødvendigvis at intensjoner og formål med de nye føringene er sammenfallende på de ulike nivåene.

Bufdir har vedtatt at KOR skal innføres ved alle familievernkontor, og dette kan ses på som en maktdemonstrasjon. De har samtidig ønsket å la familievernet være med å bestemme hvilken metode som skulle velges. Prosessen skulle, som nevnt, være både ”top – down” og ”bottom – up”, men samtidig skulle prosessen være toppstyrt ved at både selve oppdraget og konklusjonene var beslutninger i organisasjonens styringssystem. Det å invitere til en ”bottom – up” deltagelse der en likevel ikke har beslutningsmyndighet, kan være med å tilsløre makt og gi inntrykk av at prosessen er mer demokratisk enn den faktisk er. Tiden framover vil vise om makten innen den dominerende diskursen først og fremst tilhører de overordnede nivåene, og at det er her tiltakene for å vedlikeholde denne diskursen kommer fra. Hva som faktisk skjer når dette nå skal innføres i hele familievernet, vil si oss noe mer om hvor makten er plassert, og om det i større grad kommer fram motsetninger mellom ulike nivå i

organisasjonen. Dersom det blir synliggjort motsetninger kan dette problematisere den dominerende diskursen og slik være med å endre den. Dersom det viser seg at de ulike nivåene og posisjonene opplever dette som uproblematisk og som ”sant” for den kliniske logikken i familievernnet, vil den dominerende diskursen bli gjentatt og gjøres mer stabil. I lys av Hirshmanns tilnærming blir det interessant om kontorene, terapeutene og klientene trekker seg ut, protesterer eller går inn i den ferdigsydde subjektposisjonen. Dette viser at også subjektene innen en diskurs har makt til å være med å forme diskursen, selv innenfor de organisatoriske og institusjonelle kontekster en er prisgitt.

Foucault har problematisert forholdet mellom makt og kunnskap, og mener at makten bare kan studeres gjennom praksis, slik den der kommer til uttrykk (Ekeland & Heggen 2007, Neumann 2010). I dette perspektivet blir det spennende å følge prosessen med innføringen av KOR og hvordan makten kommer til uttrykk i denne prosessen. Måten KOR blir innført på, om det forblir et pålegg, eller om det blir knyttet mer frivillighet til bruk av dette etter hvert, vil være sentralt for hvilken kunnskap som skal være gyldig innen den kliniske logikken. Slik sett er dette et godt eksempel på forholdet mellom makt og kunnskap, og at en gjennom å ha makt også er med å definere kunnskap, i dette tilfelle hva som er det beste, og hva som skaper god kvalitet i familievernets terapi.

## **7. Familievernnet i neoliberalismen og evidensens tid**

Etter å ha sett på ulike representasjoner av virkeligheten slik de kommer fram i dokumentene, og gjennom dette modellert en diskurs, vil vi nå drøfte våre funn og vår problemstilling nærmere i lys av rådende styringsmentaliteter og de teoriene og analysene vi har redegjort for i tilknytning til dette i kapittel 2. Vi har da et spesielt fokus på Dean og hans analyse av neoliberalismen som den dominerende styringsmentaliteten i vår tid. Dette omhandler tema som refleksiv styring, vilkårene for praksisregimer, frihetens ambivalente posisjon og styringsteknologier som både står i motsetning til hverandre og er en forutsetning for hverandre. Vi vil også drøfte konsekvenser for familievernnet som praksisregime i evidensens tid, og om det er slik at betegnelsen evidensbasert praksis bedrer kvalitet i terapi.

Vi vil nå først gjenta problemstillingen og de spørsmålene vi har stilt for å svare på denne. Dette for å forsikre oss om at dette framstår tydelig når vi nå går inn i en drøfting av disse spørsmålene i lys av rådende styringsmentaliteter: *Et evidensbasert familievern – et bedre familievern? Vil pålegg om klinisk verktøy for tilbakemelding i terapi gjøre terapi bedre? Vil*

*resultat fra forskning, og det å ha fått betegnelsen evidensbasert sikre kvalitet og gjøre terapi bedre?*

De nye føringene for familievernnet konkluderer med at instruksjon i terapirommet gjennom pålegg om bruk av KOR vil gjøre terapi bedre. Dette med utgangspunkt i at dette vil bedre resultat og allianse. Vi har funnet at terapeutens autonomi ikke skal gå foran klientens beste, og at det er nødvendig med det vi omtaler som staten som "co-terapeut" og et "tredje blikk" for å sikre brukermedvirkning og kvalitet i terapi. I dette ligger at dokumentasjon, kontroll med terapeutens arbeid, og pålegg om klinisk verktøy vil fremme brukermedvirkning, kvalitet og sikre en mer likeverdig behandling. Forpliktelse overfor samfunnet er en av begrunnelsene for å dokumentere resultat fra terapi. KOR skal også brukes til andre formål, som tilsyn og styring. Familievernnet skal bli mer evidensbasert, og arbeide etter en trinnvis arbeidsmodell for å sikre dette.

Vi finner at "Brukerrettet kvalitetsutvikling" og innføring av KOR i familievernnet, med sine konklusjoner innenfor den dominerende diskursen, vil interferere med praksis, kanskje til og med endre den kliniske logikken eller diskursen innen familievernnet som praksisregime. Et av målene i "Brukerrettet kvalitetsutvikling" var nettopp at det systemet som ble valgt ikke skulle interferere for mye med praksis. Vi mener å ha funnet belegg for det motsatte. Om dette da blir en bedre praksis og et bedre familievern vil være et empirisk spørsmål, og dermed et spørsmål som vil finne sine svar i den enkelte terapikontekst. Vi kan på bakgrunn av dette vanskelig konkludere i forhold til spørsmålet om dette blir et bedre familievern. På bakgrunn av vår analyse og funn, mener vi at å hevde at innføring av KOR vil gi et bedre familievern framstår som en forenkling. Vi kan imidlertid konkludere med at det blir et annet familievern fordi det bygger på en annen logikk for hva som er viktig for å skape kvalitet i terapi. Dette vil selvsagt også være avhengig av hvordan innføring av KOR blir mottatt og gjennomført i praksis. I hvor stor grad denne tenkningen og praksisen blir en del av praksis og endrer diskursen om familievernets terapi vil derfor også være et empirisk spørsmål. Det å hevde at et klinisk verktøy vil fungere for alle står i motsetning til tenkningen om at en ikke kan skille kliniske verktøy fra terapeuten eller sentrale fellesfaktorer i terapikonteksten, jevnfør Wampold (2001). Forpliktelsen overfor samfunnet, og dokumentasjon i forhold til dette står dermed helt sentralt når en finner å komme med pålegg om bruk av KOR i terapi.

### *Hvorfor skjer disse endringene i familievernet?*

Vi har funnet at behovet for å innføre pålegg om klinisk verktøy ikke kommer fra terapeutene eller fra klientene. Dette ser vi både fra de kontorene som har uttalt seg i prosessen knyttet til ”Brukerrettet kvalitetsutvikling” (Bufdir 2009 – B), og også Knut Hunnes (2010) sine resultat fra den kvalitative intervjuundersøkelsen bekrefter dette. Det er sagt lite konkret om utgangspunktet for å sette i gang en slik prosess knyttet til hvordan familievernet fungerer i dag. Det er tydelig at dette kommer fra overordnede nivå som et pålegg om å utvikle et system for kvalitetssikring. Dette er altså et tiltak uten problem, eller medisin uten diagnose. Hvorfor kommer da et pålegg om klinisk verktøy for tilbakemelding i terapi? Om en ikke hadde behov for dokumentasjon og innsyn, var det vel heller ikke nødvendig med pålegg? Da kunne det være nok å anbefale at alle la vekt på å innhente systematisk tilbakemelding i terapi, men at det var valgfritt hvordan dette skulle gjøres. Dette ville være i samsvar med tenkningen innen den alternative diskursen.

I den feedback-loopen vi har skissert i den dominerende diskursen, ser vi at overordnede nivå har fått en vesentlig større rolle og definisjonsmakt i familievernet. I dokumentene er det staten som ansvarlig for familievernet som ”snakker” til familievernet, og som kommer med pålegg om klinisk verktøy. Det er nytt i familievernet at overordnede nivå kommer helt inn i terapirommet med pålegg og en direkte intervensjon i selve terapien.

Vi har i vår gjennomgang av dagens styringsmentaliteter pekt på at økt overvåkning og instruksjon av profesjoner og praksisregimer nettopp er et trekk ved disse styringsmentalitetene, og da spesielt ved neoliberalismen (Dean 2008). Dette er trekk og tendenser som handler om forholdet mellom samfunnet og profesjonene, og som gjelder langt flere praksisregimer enn familievernet. Dean peker på at praksisregimer ikke står alene, men er forbundet med andre og blir påvirket eller også kolonisert av andre regimer. Dette samsvarer også med Neumanns påpekning av at diskurser ofte er innleiret i andre diskurser, og at dette er med å påvirke og endre diskurser. Modernisering av offentlig sektor har vært et prosjekt som har eksistert en tid. Vi opplever nå trolig at denne moderniseringen slår inn i familievernets arbeid, på samme måten som mange andre offentlige instanser og tjenesteytere opplever det samme. Diskursen om familievernets terapi er innleiret i andre diskurser, som evidenstenkningen og markedstenkningen. Dette er nok, som vi har pekt på, diskurser som står sterkt i moderniseringsprosjektet og også innen neoliberalismen som styringsmentalitet, og som dermed utfordrer og kan endre den rådende diskursen om terapi i familievernet.

Dean (2008) peker på at praksisregimer er regimer som med et visst overlegg prøver å styre adferd. I dette ligger det blant annet at der er en enighet om forutsetningene eller rasjonale for tenkning og handling. Vi har vist at de forutsetningene som har utgjort den kliniske logikken innen familierapien er utfordret i de nye føringene. Dette kan da være med å endre tenkning og logikk, og hva som oppfattes som sannhet innen et praksisregime.

Dean peker på at betingelser praksisregimene opererer under står sentralt når en skal forstå slike regimer og hvordan slike praksisregimer oppstår, vedlikeholdes og forandres. Hvordan skal vi så forstå den endringen vi ser? Handler dette om at betingelsene for familievernet som praksisregime er endret? En legger fremdeles vekt på den kontekstuelle modellen, men ser ut til å ville tilpasse denne modellen til moderniseringens og neoliberalismens krav om dokumentasjon, tilsyn og kontroll. Med dette kommer andre formål og logikker enn den kliniske helt inn i terapirommet. Dette ser vi gjennom at pålegg om bruk av KOR skal selges inn som noe som fungerer for alle, selv om en også i de nye føringene nettopp har tro på, og slutter seg til, resonnementet knyttet til at terapi er kontekstuell, og at en ikke kan skille verktøy fra sin kontekst. Pålegget om klinisk verktøy for tilbakemelding skal dermed selges inn på tross av dette argumentet. Dette fører til motsetningsfull argumentasjon, noe vi finner preger de to dokumentene.

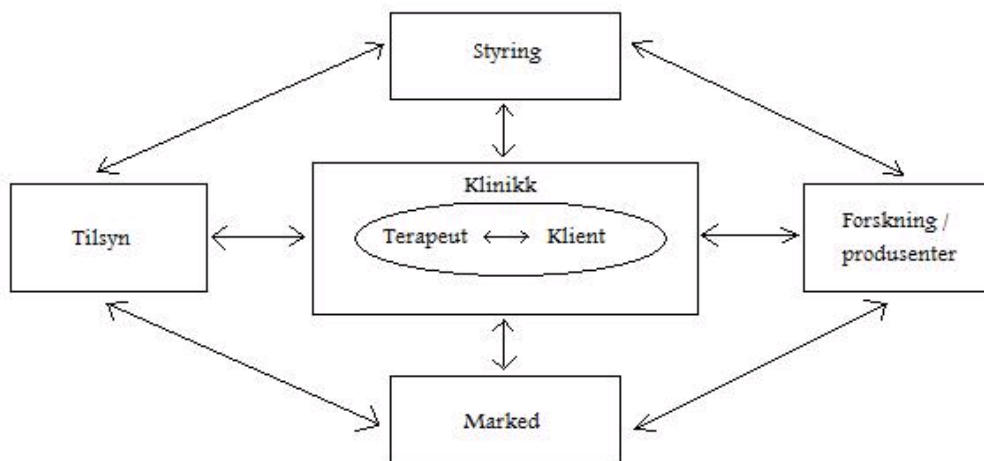
For å synliggjøre eksempel på denne motsetningsfulle argumentasjonen vil vi trekke inn noen refleksjoner Jan Inge Sørbo (2002) gjør seg i en biografi om Hans Skjervheim. Han skriver om Skjervheim i ”skorpionens tid,” og reflekterer rundt hvordan Skjervheim ville møte dagens krav om evidens, og dermed en større grad av standardisering. I forbindelse med dette viser Sørbo til Georg Johannesen (1981) som har skapt uttrykket skorpionsetninger. Dette er setninger som biter seg selv i halen og dør. Det som kjennetegner slike setninger er at en først gir til kjenne en grunnleggende respekt for det prinsippet som står på spill, før en tilkjenner at en har tenkt å bryte dette prinsippet. Sørbo sier det er mange eksempel på slike setninger, og vi finner kanskje en slik setning eller et slikt innhold når det gjelder pålegg om bruk av klinisk verktøy i familievernet. Denne setningen vil da lyde omtrent slik: *”I familierapi er fellesfaktorer og kontekstuelle forhold langt viktigere enn den spesielle metoden eller kliniske verktøyet en bruker, MEN vi vil pålegge bruk av det kliniske verktøyet KOR fordi dette kliniske verktøyet vil gjøre terapi mer kontekstuavhengig”*. Her ser vi både argument fra familievernets kunnskapstradisjon og kliniske logikk som vektlegger det kontekstuelle og kommunikative i terapi, og argument fra tilsyns- og styringslogikker som vektlegger standardisering og accountability. Disse logikkene kan vanskelig forenes.

### *En systemmodell*

Hva skjer med et klinisk verktøy når det også skal brukes til andre formål enn det kliniske, der det er utviklet og ment brukt? Klinisk autonomi er et kjennetegn ved den kliniske logikken. Ekeland (et al., 2011) sier vi kan skille mellom profesjonsautonomi og klinisk autonomi. Det første gjelder profesjonens forhold til samfunnet og det andre omhandler relasjonen til klienten. Det er sammenheng mellom disse nivåene, men det er ikke gitt at endring på det ene nivået også fører til endring på det andre nivået. De peker på at i medisinen har den kliniske autonomien sin begrunnelse knyttet til at legens lojalitet skal ligge hos pasienten og at en skal skjerme denne kliniske relasjonen mot inntrenging utenfra. Dette samsvarer med forholdet mellom terapeut og klient i familievernet og med den kontekstuelle modellen, jevnfør Wampold (2001). Et vesentlig trekk ved den kliniske logikken og autonomien er at forholdet mellom terapeut og klient må være bygd på tillit. I dette ligger at en profesjonell hjelper stiller sin kompetanse til rådighet for noen som trenger denne kompetansen. For å kunne tilby sin kompetanse er det en forutsetning at hjelperen er fri, og i samarbeid med klienten kan velge hva som fungerer og hva det er behov for i den enkelte situasjon og den enkelte samtale. Dersom denne autonomien svekkes for mye, vil grunnlaget for det som konstituerer den kliniske logikken også svekkes (Ekeland et al., 2011).

Selv om en nå kommer med pålegg om klinisk verktøy i familievernet, ser det ut til at intensjonen har vært å vektlegge, og i stor grad bevare den kliniske autonomien. Dette ved å fokusere på at KOR kan brukes uavhengig av metode og tilnærming, at bruk av KOR er lite tidkrevende, samt en målsetting om at dette systemet ikke skulle interferere for mye med praksis (Bufdir 2009 - B). Intensjonen er dermed at dette samtaleverktøyet som er knyttet til sentrale fellesfaktorer i terapi, kan tilpasses ulike tilnærminger i terapi. For oss ser det likevel ut som at innføringen av KOR fører til at logikker fra styring og tilsyn i økende grad kommer inn terapirommet, og dermed kan det likevel være en fare for en svekkelse av den kliniske autonomien. Vi har tidligere vist til at ulike delsystem med ulike formål er i et samspill med hverandre. Ekeland (et al., 2011) viser i denne forbindelse til en systemteoretisk modell som klinisk praksis kommuniserer med, og som kan være en hjelp til å forstå samspillet mellom de ulike delsystemene og handlingslogikkene i disse systemene :





*Fig. 3: Systemteoretisk modell. Viser rammefaktorer som delsystemet klinisk praksis kommuniserer med (Ekeland et al., 2011: 6 ).*

Vi ser her at delsystemet klinikk er knyttet til delsystemene styring, tilsyn, marked og forskning. Disse ulike delsystemene er i gjensidig og nødvendig samspill med hverandre. Vårt fokus er terapi eller klinikk og hva som fører til kvalitet i terapi. Dermed blir klinikk og betingelsene for den kliniske autonomien det vesentlige. Betingelsene for dette ligger i stor grad i delsystemet klinikk sine relasjoner til de andre delsystemene. For å sikre kvalitet i terapi bør de andre delsystemene fungere slik at de fremmer dette i det kliniske delsystemet. I de ulike delsystemene vil det oppstå ulike logikker og diskurser som tidvis kan konkurrere med hverandre eller erstatte hverandre. Diskusjoner og endring av disse diskursene handler da om egne formål og ikke om andre, og er mer et uttrykk for mangfold og kompleksitet innen det enkelte delsystemet. Dersom for eksempel en økonomisk logikk gjøres til en klinisk logikk, vil dette være en grenseoverskridelse. Denne modellen er inspirert av Gregory Bateson (1979) og hans økologiske tenkning og også av Niklas Luhmann (2000). Luhmann hevder at sosiale systemer består av kommunikasjon, og at det gjennom kommunikasjon etableres grenser som konstituerer systemet og dets deler. Bateson har et perspektiv knyttet til makt og kontroll i systemer som tilsier at helheter bare kan fungere gjennom selvregulering. Dersom et delsystem prøver å kontrollere den omgivelsen det selv er en del av, kan dette øke sjansene for at systemet som helhet bryter sammen. I dette ligger da at overdreven kontroll kan gi mindre fleksibilitet og kan svekke evnen til selvregulering. Grenser mellom

delsystemene vil være vesentlig for systemenes overlevelse. Ved grenseoverskridelser vil en logikk som er legitim i et delsystem trenge inn og ”spise opp” logikken i et annet delsystem. De ulike logikkene er viktige, har ulike funksjonsområder og er legitime, men kan være problematiske dersom de trenger inn i delsystem med andre logikker. Dette kan da beskrives som en illegitim grenseoverskridelse. Eksempel på dette kan være dersom man i klinikk arbeider etter en økonomisk logikk om hva som er mest kostnadseffektivt, eller der klinisk arbeid blir styrt av juridiske forhold på en slik måte at det mest sentrale blir å ha prosedyrer som sikrer at en har ”ryggen fri”. (Ekeland 2004, Ekeland et al., 2011).

Vi mener å ha funnet belegg for at bruk av KOR er begrunnet innen en klinisk logikk om at systematisk tilbakemelding bidrar til brukermedvirkning og gjør terapi bedre, ved at det overvåker terapeutisk allianse og resultat. Samtidig er selve pålegget grunnlagt i tilsyns – og styringslogikker gjennom behovet for dokumentasjon. Vi ser her et eksempel på at logikker fra styring og tilsyn kommer helt inn i terapirommet, og gir retningslinjer for terapi og klinisk arbeid. Om dette kun var begrunnet i den kliniske logikken skulle det ikke være behov for en standardisering av klinisk verktøy for tilbakemelding. Argumentasjonen som blir brukt skaper imidlertid forventning om at dokumentasjon er nødvendig og gjør terapi bedre innen den kliniske logikken. Ved innføring av KOR kan da en klinisk logikk bli ”spist” av en styringslogikk der det overordnede målet er å dokumentere accountability. Dette vil over tid føre til at styringslogikker vil selekttere fagspørsmål tilpasset en administrativ struktur, og på denne måten kan familievernets kunnskapsgrunnlag bli endret.

### ***Dobbelkommunikasjon***

I tema som omhandler tillit til terapeutenes kompetanse, finner vi i dokumentene en form for dobbelkommunikasjon, der det både blir uttrykt tillit og mistillit på samme tid. Det blir pekt på at det er høy faglig kompetanse innen familievernet. Dette kan forstås som tillit til at terapeutene kan møte og ivareta oppgavene på en tilfredstillende, selvstendig og god måte. Selv om dette er tilfellet, er budskapet også at dersom en ikke setter i verk kvalitetsforbedringstiltak, vil kvaliteten på arbeidet bli dårligere. Dette kan tolkes som mistillit ved at det er nødvendig å sette i verk tiltak som kan måle og dokumentere, og dermed sikre god kvalitet på familievernet sine tjenester. Vissheten om at familievernet innehar en høy kompetanse gjennom den enkelte terapeut sin utdannelse, erfaring og tilhørighet i en profesjonssammenslutning er kanskje ikke lenger nok til at en kan være trygg på at kvaliteten

er god nok? For å sikre faglig kvalitet finner en det nå nødvendig å lage faglige retningslinjer utenfra til terapeuter som alt har høy faglig kompetanse, og som en dermed har tillit til kan legge til rette for god faglig kvalitet. Samtidig som det blir formidlet en mistillit til det å kunne vurdere sitt eget arbeid, blir det også formidlet et ønske om at terapeuten skal framstå som en større ekspert i forhold til hva som er best og hva som virker i terapi. Dette i større grad enn tidligere slik vi oppfatter det. Det ser ut som at en ønsker seg noe bort fra den mer tilbaketente ”ikke-vitende posisjonen” som kanskje i større grad nettopp åpner for mange valg i forhold til tilnærming og kliniske verktøy. Dette blir et paradoks, og det blir en dobbelkommunikasjon, der terapeuten både skal ha tro på egen vurderingsevne og ikke skal tro på denne.

Det blir lagt opp til at overordnede nivå skal ha, det vi kaller et ”tredje blikk”, inn i terapirommet for å sikre at klientens perspektiv blir ivaretatt. Det blir konstruert et motsetningsforhold mellom terapeut og klient som må overvåkes, noe som kan tolkes som mistillit. Hva gjør denne mistilliten med terapeutene, skaper den kvalitet? I dette ligger en tenkning om at en utenfra kan kontrollere klinisk praksis og dermed gjøre klinisk praksis bedre. En ser da at logikker knyttet til tilsyn og kontroll trenger helt inn i den kliniske logikken, og slik kan påvirke den kliniske autonomien. Dette samsvarer med det Dean kaller refleksiv styring. Styringen blir rettet mot styringen selv, og blir styringsinstrumenter i seg selv. En lager prosedyrer for å sikre god kvalitet i terapi som handler om selve terapien, og som dermed fører til pålegg og intervensjon inn i selve samtalen. Dette med et utgangspunkt i en logikk som tilsier at større grad av standardisering og dokumentasjon sikrer kvalitet. Denne logikken tilhører andre delsystemer enn det kliniske. For å kunne dokumentere, trenger en rutiner som sikrer dette, og dette innebærer da en standardisering for å kunne telle og sammenligne.

### ***Accountability***

Power (1999) hevder, som vi har pekt på, at accountability står helt sentralt i dagens samfunn. Dette har sannsynligvis sammenheng med utviklingen en kan se i forhold til samfunnet sitt syn på profesjoner og den kritikken blant annet Dean (2008) viser til i forhold til profesjoner eller ekspertisen. I denne mistilliten ligger det et behov for tillitsreparasjon fra profesjonene, og som vi har pekt på er det å åpne for innsyn og accountability en strategi for dette (Ekeland 2004, Eriksen 2009). Vi finner i vårt materiale at det blir lagt til rette for slikt innsyn, og at

dette er begrunnet i behovet for å sikre kvalitet, brukermedvirkning og øke tjenestens status og legitimitet. Som vi har vist til, ser det ut som at bakgrunnen for at nettopp KOR er valgt er fordi dette er et lite inngripende verktøy som en kan hevde samsvarer med den kliniske logikken, og som slik ikke vil true eller svekke den kliniske autonomien. Hvorfor blir det da ikke like godt sagt at årsaken til innføring av KOR er et pålegg om dokumentasjon, og at dette pålegget har sitt grunnlag i andre logikker enn den kliniske? For oss ser det ut til at en heller prøver å argumentere for pålegget innen den kliniske logikken, og at dette da framstår som en motstridende argumentasjon. Intensjonen med å innføre KOR vil dermed være å bevare klinisk autonomi og valgfrihet, men forholdene rundt hvilke formål og logikker som nødvendiggjør et pålegg blir ikke problematisert og drøftet. Dette kan da gjennom retorikken som blir brukt, framstå som en nødvendig forbedring av terapi forankret i den kliniske logikken og i det kliniske delsystemet. Nettopp argumentasjon og retorikk rundt dette kan være med å endre diskursen om den kliniske logikken, og handlingsbetingelsene i familievernet som praksisregime, og er dermed med å utfordre den rådende kliniske logikken kraftig. Hvilke konsekvenser dette vil ha for praksis gjenstår å se, og det gjenstår også å se om det er mulig å innføre et pålegg om klinisk verktøy i en tjeneste som er dypt forankret i systemisk og sosialkonstruksjonistisk tenkning.

### ***Deprofesjonalisering?***

Dean (2008) viser til ulike handlings – og prestasjonsteknologier og at dagens samfunn er preget av kontrakter. Vi kan se forholdet mellom profesjoner og samfunnet i lys av dette perspektivet. Flere peker på at dette forholdet er preget av en tillitsbrist og at økt vitenskapeliggjøring, accountability og transparens er strategier for tillitsreparasjon fra profesjonenes side (Power 1999, Ekeland 2004, Eriksen 2009). Vi har vist at Dean peker på to sammenflettede teknologier innen neoliberalismen som styringsmentalitet: Handlingsteknologier som skal forbedre vår evne til å delta, samtykke og handle, og prestasjonsteknologier som gjør evnene kalkulerbare og sammenlignbare slik at de kan optimaliseres. Deans påpekning av at så snart kontraktens etos om forhandlet intersubjektivitet er akseptert, så blir all kritikk et middel til å omstille og utvikle kontraktslogikken, kan forstås slik at når kontrakten først er inngått, er det ikke noe valg å gå ut av den. En vil da forhandle om hvordan tilpasse seg rammene som kontrakten gir. Vi mener dette kan overføres til det som kan kalles en form for kontrakt mellom samfunn og profesjoner. I dagens samfunn ser det ut til profesjoner godtar kravene om innsyn, kontroll og

vitenskapeliggjøring av sitt arbeid, og på den måten ønsker å oppnå legitimitet og få fornyet tillit. Dette ser vi nå også i familievernet. Det å legge til rette for innsyn og kontroll, og dermed godta kravene som bygger på mistillit blir en del av forutsetningene for denne kontrakten. Det ser imidlertid ikke ut til at denne strategien svekker behovet for tilsyn og kontroll med profesjonene. Det er heller slik at denne strategien nettopp er med å vedlikeholde mistilliten (Dean 2008). På denne måten er kanskje profesjonene med på en deprofesjonalisering av sin egen rolle.

Vi ser også i vårt materiale at den enkelte profesjonsutøver i større grad blir ansvarliggjort i forhold til overordnede nivå, framfor at profesjonsfelleskapet som en sammenslutning blir ansvarliggjort, jevnfør Grimen (2008). I de nye føringene blir det nettopp hevdet at tilsyn fra ledelsen overfor den enkelte terapeut er viktig for å forbedre terapi og sikre brukermedvirkning i familievernet. For Bufdir ser det ikke ut til å være et valg å stille seg på utsiden og hevde at det at andre logikker enn den kliniske skal inn i terapirommet ikke er i tråd med terapi som fenomen. Om en hevder dette ville en gått ut av det som framstår som dagens kontrakt og forhold mellom samfunnet og profesjoner. Valget ser heller ut til å være å tilpasse seg den kontrakten som kjennetegner forholdet mellom samfunn og profesjoner i dag, og heller finne den minst skadelige veien innen dette. En velger da sentrale fellesfaktorer i terapi som utgangspunkt, og kommer med pålegg i forhold til disse fellesfaktorene, framfor å komme med pålegg om klinisk metode. Dette ville, som vi har pekt på, være en større inngripen og føre til et større press på standardisering. Dette finner vi er helt i tråd med Deans beskrivelser av det kontraktssamfunnet vi lever i, og at en etter å ha forhandlet seg fram til en kontrakt, ikke går ut av denne, men prøver å tilpasse den best mulig.

### ***Å beholde sin frihet***

Deans analyse av neoliberalismens frihetsbegrep har også relevans for hvordan en skal forholde seg til pålegg, og hvor stor grad av frivillighet en kan tillate. Han sier, som vi har vist til, at frihet er en ambivalent posisjon i dagens samfunn. Han viser til at frihetsbegrepet har fjernet seg fra de sosiale bevegelsenes frigjørende tanke og over til en mer disiplinert og ansvarlig autonomi. Tenkningen om at bruk av KOR kan sikre faglig frihet i familievernet (Bufdir 2010), kan nettopp forstås slik at vilkårene for kontrakten mellom profesjon og samfunn er godtatt, og en prøver å finne en posisjon innen denne kontrakten som ivaretar mest mulig valgfrihet. Videre, som Dean peker på, er frihetens posisjon i neoliberalismen en

rolle eller en posisjon med visse betingelser som en må forholde seg til. I vårt tilfelle betyr det å være fri, eller å beholde sin frihet, at en er fri fordi en ikke får noe annet og mer ufrivillig tredd ned over hodet. Alternativet er da ikke å unngå pålegg, men å få et verre pålegg. Dette synliggjør Deans poeng med et ambivalent frihetsbegrep. Er en ikke mer fri uten pålegg? Er ikke dette en frihet en heller burde kjempe for? I dagens samfunn, og i den kontrakten som er mellom samfunn og profesjoner, framstår dette kanskje som en umulighet. En opplever å måtte forholde seg til de krav som kommer og den tenkningen som er rådende, kanskje er det slik at det å tilpasse seg framstår som den eneste muligheten. Vi finner her trolig nettopp Deans poeng om at frihet og underkastelse forutsetter hverandre.

### ***Brukermedvirkning grunnleggende i terapi***

Vil pålegg om bruk av KOR fremme og sikre brukermedvirkning? Vi har tidligere hevdet at brukermedvirkning i terapi er et innebygget og grunnleggende trekk ved terapi som fenomen, og ikke noe som blir innført med de nye føringene. Dette er en viktig integrert del av den kunnskapstradisjonen og kliniske logikken som har vært rådende i familievernet, og som vi har redegjort for i kapittel 4. Brukermedvirkning er selvsagt noe en trenger å ha en høy bevissthet rundt og som det er viktig å sette fokus på. Det blir i dokumentene hevdet at terapeutene i for liten grad innhenter tilbakemelding fra klientene. Det blir også hevdet at terapeutene i for liten grad kan vurdere terapiens forløp og om terapien i tilstrekkelig grad er innrettet mot klientenes behov. Opplevelser av allianse og problemutvikling blir målt gjennom KOR, tema som vil være sentrale i all terapi. Dette er selvsagt nyttige og viktige tilbakemeldinger i terapi, og det er helt sentralt å være i en dialog med klienten om opplevelsene rundt disse spørsmålene dersom terapien skal være til hjelp for klienten. Det er ulike måter og ulike kliniske verktøy som kan brukes for å innhente systematisk tilbakemelding fra klientene. Om pålegg av KOR vil føre til større grad av brukermedvirkning ser vi også som et empirisk spørsmål. Det vil i stor grad være avhengig av om klienten opplever dette nyttig og hensiktsmessig i sin situasjon. En skulle tro at valgfrihet knyttet til innhenting av systematisk tilbakemelding ville bety større grad av frihet og dermed en større grad av reell brukermedvirkning enn at en standardiserer hvordan slik tilbakemelding skal gis.

Det at klienten skal kunne velge metode i terapien eller skal kunne velge å skifte terapeut om ikke ønsket resultat oppnås samsvarer med kunderollen der valgfrihet og autonomi er sentralt. Dette samsvarer med NPM og neoliberalismen. Vi ser her eksempel på det Dean peker på

knyttet til at innen neoliberalismen blir offentlig sektor organisert slik at tjenestene skal fungere på premisser som minner om det frie økonomiske markedet og intensjonen her om ansvarliggjøring, effektivitet og rasjonalisering.

I forhold til bruk av KOR, ser vi også den ambivalente frihetsposisjonen gjennom å hevde at en tilrettelegger for større grad av brukermedvirkning dersom alle bruker det samme kliniske verktøyet for tilbakemelding for å måle og optimalisere allianse og måle resultat. Ved å hevde at det er behov for en felles overordnet ramme for å bedre kvalitet i terapi, kan vi også se denne ambivalente frihetsposisjonen. Dersom en har en fullstendig frihet til å velge trenger en vel ikke en felles overordnet ramme å velge innenfor? Ved pålegg om klinisk verktøy oppstår et dilemma knyttet til hvordan terapeuter med redusert autonomi gjennom pålegg kan bidra til økt autonomi for klientene. Det blir lagt vekt på at makt skal overføres fra terapeuten til klienten som skal være i en posisjon der han kan velge, også metode i terapi. Dette innebærer da å ha fått tilstrekkelig informasjon slik at en kan velge. Det at klienten skal velge metode i terapien, og det at familievernets prosjekt blir beskrevet som en unik ”forretningsidè”, samt fokus på effektivitet og resultat gjenspeiler en ordbruk og tenkning som stammer nettopp fra markedstenkning, NPM og neoliberalisme.

Harald Grimen (2008) peker på at det mellom profesjonelle og klienter er epistemisk asymmetri. I dette ligger at den ene parten har kunnskap som den andre trenger. Han sier at den kunnskapsfattige mangler vesentlige ressurser for å utfordre den kunnskapsrike sin definisjon av situasjonen og kan dermed bli manipulert. Det er sentralt å ha fokus på maktaspektet i terapi og den forskjell i kunnskap og rolle som Grimen her peker på. Er det mulig å oppheve denne asymmetrien slik at klienten har oversikt over ulike metoder, og slik har de nødvendige forutsetninger for å velge? Kliniske metoder blir her framstilt som en slags vare som terapeutene skal selge, og ser ut til å være hentet fra en markedstenkning og en tenkning om at brukeren eller klienten skal være en autonom og myndiggjort aktør, og der demokratiseringsperspektivet står sentralt. Vi ser kanskje her også transparenskravet som innebærer at klientene selv skal ta valg, og slik selv blir ansvarliggjort for disse valgene. En konsekvens av dette kan være at terapeuten og systemet i større grad kan ha ”ryggen fri.” I det at klienten skal velge metode i terapi ligger også en forutsetning om at terapeutene må kunne ta i bruk ulike metoder, og slik ha en tro på at de ulike metodene vil være virksomme. Dette er ikke uten videre en selvfølge, og det kan gi assosiasjoner til en mer instrumentell holdning til kliniske metoder, enn den relasjonelle og kontekstuelle holdningen vi har vist til som sentral i

den rådende kunnskapstradisjonen, og som også ligger til grunn i dokumentene. Slik sett kan det at klienten skal velge metode framstå som noe motsetningsfullt.

### ***Er fenomenet terapi målbart?***

For å sikre brukermedvirkning er det altså innen neoliberalismen nødvendig med overvåkning eller refleksiv styring (Dean 2008, Power 1999). Power (1999) stiller spørsmål ved om de ulike måleprosedyrene måler det de er satt til å måle. Han mener at dersom dette ikke er tilfelle, kan det føre til uintenderte og dysfunksjonelle konsekvenser. KOR skal måle allianse og resultat fra terapi, og det kan hentes ut statistikker på dette fra familievernets dataprogram Fado. Prosjektleder for innføring av KOR i familievernet Marianne Bie sier at det ikke er planer om en ”big brother” – kultur, samtidig som en ser muligheten for å kunne få ut rapporter som viser brukernes opplevelse av endring. Hun hevder dette vil gi en ny og bedre måte å dokumentere nytten av familievernets arbeid, og at dette vil gi riktigere målinger enn for eksempel antall uker ventetid, noe en kan måle i dag (Bufdir 2010).

Vi har vist til Per Jensen (2006), som peker på at ikke alle sider ved kommunikasjonen i terapi er målbar, og at det ofte blir sagt at terapi både er vitenskap og kunst. Han sier, som vi har vist til, at dette kan tolkes slik at bare en del av den terapeutiske praksis som er innenfor det en tenker på som vitenskap, og som en kan fange opp gjennom forskning. I tillegg til denne kunnskapen, finnes det en kunnskap som tilhører den delen av kommunikasjonen som ikke kan fanges ved hjelp av det digitale språket, men som like fullt er sentralt i forhold til hvordan kommunikasjon og forhold mellom mennesker forstås og oppleves. Vi har også vist til Eriksen (2009) som peker på at ved kvantifisering kan nettopp det unike og det ikke-kvantifiserbare forsvinne og bidra til ytterligere byråkratisering. Dette er etter vårt syn viktige perspektiv å ha med seg ved innføring av et klinisk verktøy som også skal tjene som dokumentasjon og være retningsgivende for styring. Bruk av KOR innen den kliniske konteksten vil ha som formål å justere og la tilbakemeldingene bestemme terapiens retning. Dette vil da bli brukt som ledd i all den kommunikasjonen som foregår i terapien. Når dette skal hentes ut som tall og brukes til styringsformål eller tilsyn, vil da denne viktige kommunikasjonen være fraværende.

Hvordan vil ”det tredje blikket” eller staten som ”co-terapeut” påvirke den kommunikasjonen som foregår i den enkelte terapi? Dette vil trolig oppleves ulikt. Når KOR blir brukt kun til kliniske formål, vil det være klientens blikk og terapeutens blikk som avgjør retning og kommunikasjon i terapien. Når resultatene nå også skal dokumenteres og overvåkes, kan en



spørre hvilken status dette ”trede blikket” vil få. Blir terapi bedre med kontroll? Vil en kunne se for seg at det blir viktig for terapeuten å vise til gode resultat overfor ledelsen? Er dette synonymt med kvalitet? I terapi er det mange faser, det er ofte flere klienter i samtalen og dermed flere allianser å ivareta. En arbeider med relasjoner og ofte med klienter i kriser og vanskelige livssituasjoner. Prosesser og endringer kan ta tid, og det å telle resultat kan kanskje ikke fange opp den kompleksiteten en finner i fenomenet terapi. Ord som effektivitet, likhet og resultat vil kanskje ikke alltid samsvare med det som skaper god kvalitet i terapi. Etter vår erfaring kan av og til ord som langsiktighet, standhaftighet, forskjellighet og prosess være like relevante innen terapi.

### ***Klientens posisjon***

Hvordan vil det så være for klienten å gi tilbakemeldinger i terapi ved hjelp av KOR, og på denne måten gi tilbakemelding om problemutvikling og alliansen til terapeuten? Dette vil selvsagt også oppleves ulikt, og vil, etter vårt syn, være avhengig av kommunikasjonen i den enkelte kliniske konteksten og da også formålet med bruken av KOR. For oss framstår det som en vesensforskjell om dette kun skal brukes innen en klinisk logikk, eller om det også skal brukes innenfor andre logikker. Rolland (2005) hevder at brukerundersøkelser åpner for en ny politisk kommunikasjonskanal, som kan uttrykke brukernes opplevelser av tjenestene og er således viktige vurderinger. Han uttrykker imidlertid skepsis overfor brukerundersøkelser der profesjonsutøverne selv står for innsamling av data fra sine klienter, og begrunner dette med at gjensidig tillit er helt nødvendig for en relasjonell kontrakt og samarbeid, for at et behandlingsresultat skal oppleves positivt. Klienten er her en viktig aktør i tjenesteproduksjonen og Rolland mener at i slike situasjoner er det meningsløst å gjennomføre brukerundersøkelser for å måle kvaliteten på behandlingen.

Karl Robertsen (2004) stiller spørsmål om hvor egnet brukerundersøkelser er som styringsverktøy for offentlig tjenesteproduksjon. Han uttrykker skepsis til påliteligheten ved å måle kvalitet fordi respondenten i stor grad er involvert i ”samproduksjonen”. Han hevder videre at det er vanskelig å standardisere tjenester og at respondenter kan reagere ulikt på samme tjeneste. Han sier at de offentlige tjenester er av en slik karakter at det blir for snevert å bare basere kvalitetsvurderinger på brukernes oppfatning. En kan gå glipp av andre viktige kvalitetsaspekt, eller risikere feilmålinger, og i styringsperspektiv er dette alvorlig. Også Knut Hunnes (2010) konkluderer i sin studie med at dersom en skal få inn kvalitativt gode data om

brukernes oppfatning, må det være uavhengige personer og instanser som gjør dette og ikke terapeutene i løpet av terapien.

Vi mener ut fra det vi her har trukket fram at det er belegg for å si at det er en vesensforskjell på KOR brukt innen det kliniske delsystemet der kommunikasjon og tolkning rundt resultat og avkryssing er med å forklare, utdype og understreke kompleksiteten, og KOR brukt innen logikker fra tilsyn og styring. Her får en kun fram tall uten den vesentlige kommunikasjonen som kan utdype og nettopp vise til kompleksitet og forskjellighet i forhold til tolkning.

Dersom resultat fra klinikk blir brukt til andre formål enn den enkelte kliniske kontekst står en derfor i fare for å forenkle og redusere den kompleksiteten som kjenner terapi som fenomen, og slik ikke måle det som er intensjonen, nemlig resultat og kvalitet i terapi.

### ***Et bedre familievern med en mer evidensbasert praksis?***

Vil resultat fra forskning og det å ha fått betegnelsen ”evidensbasert” sikre kvalitet og gjøre terapi bedre? Familievernet får i de nye føringene presentert en trinnvis arbeidsmodell for å arbeide evidensbasert. Vi har tidligere vist til at definisjonen ”individualisert evidensbasert behandling” inneholder en selvmotsigelse fordi evidenstenkningen ikke opererer på individnivå, dette er forskning på gruppenivå og kan vanskelig overføres til individnivå. Det går fram at forskning skal ha en større plass i familievernets arbeid, men ikke slik at denne forskningen skal instruere praksis. Forskning i forhold til KOR blir derimot vektlagt som en av grunnene for å velge KOR. Fra ledelsen i Bufdir blir det argumentert for at KOR er et klokt valg fordi en har forskningsdokumentasjon på at det virker, og at det er et etisk imperativ å ta KOR i bruk når forskning viser at det har dokumentert effekt (Bufdir 2010).

Ekeland (2009) viser til at det ikke er vitenskapelig grunnlag for å påstå at det i psykoterapi finnes spesifikke virkninger og at det er en stabil og kausal relasjon mellom type intervensjon og virkning. Han drøfter videre hvorfor yrkesgrupper som har sin praksis innenfor for eksempel psykoterapi, som den amerikanske og den norske psykologforeningen, ikke tar konsekvensen av at det ikke er evidens for evidensbasert psykoterapi, men heller slutter seg til denne bevegelsen. Han viser til at prinsipperklæringen fra psykologforeningen som omhandler definisjonen av evidensbasert praksis er et interessant og innholdsrikt dokument som viser til mye forskning. Han hevder likevel at denne prinsipperklæringen er et profesjonspolitisk dokument og ikke et vitenskapelig dokument. Han problematiserer at det kan være en redsel hos profesjonene for å bli definert ut av vitenskapen med tap av legitimitet

dersom en ikke er deltakere i evidensbegrepet og vedkjenner seg dette som grunnlag for sin praksis. Dette er noe vi gjenkjenner ved at ledelsen i organisasjonen i forbindelse med innføring av KOR peker på behovet for å øke status og legitimitet for familievernet, og hevder at Stortinget i større grad må se gevinsten av familievernets arbeid (Bufdir 2010). Som vi har nevnt slutter også dokumentene seg til at det ikke er evidens for evidensbasert praksis i psykoterapi (Bufdir 2009 – A, Bufdir 2009 – B). Vi kan i denne sammenhengen oppfatte budskapet: *”Det er ikke evidens for evidensbasert praksis i psykoterapi – MEN vi må arbeide mot en mer evidensbasert praksis for å sikre brukermedvirkning og kvalitet i terapi”* som eksempel på en skorpionsetning (Sørbø 2002). Ekeland hevder:

*”I stedet for å si at evidensortodoksien rett og slett av gode vitenskapelige grunner ikke passer på dette feltet, jenger en det til og i konsensusen sitt navn reformulerer evidenskonseptet slik at man både kan være for og imot, og fortsatt kalle seg evidensbasert. Etter mitt syn avslører dette at evidensretorikkens betydning for egen profesjonslegitimitet overordnes vitenskapelig redelighet”* (Ekeland 2009: 161).

KOR skal nå søkes inn som et evidensbasert tiltak, begrunnet i at dette vil styrke familievernets faglige fundament (Bufdir 2010). Dette samsvarer også med at en gjennom vitenskapeliggjøring av arbeidet ønsker å heve status og få legitimitet for det arbeidet en utfører, og er i samsvar med neoliberalismen og den tillitsreparasjonen en ser fra profesjonenes side.

### ***”Kontekstuell medisin”***

Ekeland (2004) viser nettopp til at begrepet ”evidensbasert praksis” kan ses som et eksempel på en tenkemåte som springer ut av forskningssystemet og som kobler seg mot praksis slik at det utøver definisjonsmakt over hvordan praksis bør utøves. Budskapet har vært at evidenssystemet vil kvalitetssikre praksis. Det at profesjoner i større grad må dokumentere kvalitet kan da nettopp være med å skape nye rammer for praksis. Konseptet har en ambisjon om å oppdra klinikerne til å oppføre seg evidensbasert. I dette ligger det en utfordring for autonomien fordi skjønnet kan bli mindre. Forsking og praksis er ulike kontekster og har ulike formål. I forskning må en alliere seg med det vitenskapelige og i praksis er det klienten som er førstealliansen. I terapi kan en ikke, som vi har pekt på, basere seg på statistikk og det som gjelder for et gjennomsnitt, fordi den enkelte terapikontekst ikke er forutsigbar. Klinikerne kan nyttiggjøre seg forskning ved å utvide sin kunnskap om ulike tema. I dette ligger at vi kan

bruke forskning og teoretisk kunnskap til å reflektere og utforske, men ikke som en oppskrift. Subjektivisering står helt sentralt i den kliniske logikken og objektivisering hører normalt vitenskapen til. Praksis har sitt fundament i subjektiveringen, terapi er nettopp et møte mellom subjekt. Ekeland sier følgende om forholdet mellom evidenstenkningen og psykoterapi:

*”Konklusjonen på denne empiriske forskninga gjennom 40 til 50 år er at psykoterapi er det vi kan kalle ”kontekstuell medisin”(Wampold 2001). Dermed er det ikkje grunnlag for generalisering på metodenivå, og standardisering er ikkje i samsvar med denne praksisen sin natur. Der er med andre ord ikkje evidens for evidensbasert praksis på dette området. Det er sannsynleg at dette må gjelde for all praksis som er basert på språk og kommunikasjon. Trass dette har ein innan desse praksisfeltene hengt seg på evidenskarusellen og standardisert metodane ved utvikling av behandlingsmanualar og algoritmar” (Ekeland 2004:43).*

Per Olav Vandvik (2009) sier at klinikere flest ikke har problemer med å akseptere definisjonen av evidensbasert medisin som innebærer at en skal treffe gode beslutninger ved hjelp av å kombinere forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning. Denne definisjonen inneholder, som vi har pekt på, de samme momentene som definisjonen til den amerikanske og norske psykologforeningen, og samsvarer også med definisjonen som Bufdir bruker og som altså blir betegnet som en ”individualisert evidensbasert behandling” (Bufdir 2009 – B). Grimen (2009) peker på at definisjonen kan gi inntrykk av at evidensbasert praksis består av tre likeverdige moment. Han stiller spørsmål ved hvordan denne definisjonen forholder seg til evidenshierarkiet. Han stiller videre spørsmål om forholdet mellom evidens og klinisk skjønn, og påpeker at det ligger en motsetning i å likestille de tre komponentene fordi de kan gi motstridende svar. Han sier at forholdet mellom evidens og skjønn i denne modellen og definisjonen blir uklare. Også Ekeland (2009) drøfter denne problemstillingen, og hevder at definisjonen sier lite om hva klinikeren skal gjøre når disse tre momentene er motstridende. Definisjonen gir heller ikke svar på hvem som avgjør fortolkningen og vekten av de ulike momentene. Han sier:

*”Om realiteten var slik definisjonen antyder, og at dette er vurderinger som gjøres autonomt av den enkelte praktiker stilt overfor det enkelte tilfellet, var det ikke særlig mye nytt å diskutere” (Ekeland 2009:151).*

Om det er slik, er familievernets arbeid allerede evidensbasert, og de nye føringene vil ikke innebære noe nytt. Denne tenkningen og definisjonen av evidensbasert praksis vil vel heller

ikke samsvare med et pålegg om klinisk verktøy for tilbakemelding. Hvordan slik tilbakemelding skal innhentes vil da bli en vurdering i den enkelte samtale basert på vurderinger knyttet til de tre elementene i definisjonen ”individualisert evidensbasert behandling”.

Vi har tidligere vist til at denne definisjonen ikke har fått vesentlig gjennomslag i styringsnivå eller i forhold til sentrale aktører der evidensbegrepet har sin opprinnelse eller forankring. På bakgrunn av dette blir ofte den best tilgjengelige forskningen trolig sammenfallende med evidenshierarkiet der kontekstfrie RCT-studier er i toppen.

Både Ekeland (2009) og Grimen (2009) peker på at evidenstenkningen har fellestrekk med positivismen og dens nøytrale, objektive og kontekstfrie ideal. Grimen viser til at det er likheter mellom noen trekk ved evidenstankegangen og positivismen, men at det også er flere ulikheter. Han viser til at et trekk evidenstenkningen har til felles med positivismen er troen på en relativt enkel, nesten reseptmessig, oversettelse fra vitenskap til praksis, og en tendens til å betrakte forholdet mellom vitenskap og praksis som en type oversettelsesproblem som er det samme, uansett fagfelt. Han sier at en likevel ikke nødvendigvis kan kalle evidenstenkningen gammel positivisme i ny drakt, selv om det er betydelige likheter. Dette fordi evidenstenkningen har blitt noe åpnere enn før i forhold til for eksempel kvalitative studier.

Grimen (2009) skisserer noen problemstillinger og utfordringer knyttet til debatten om evidensbasering. Han sier at slik han ser det er det tre nye trekk knyttet til evidenstenkningen. Det ene er opprettelsen av egne organisasjoner for kvalitetskontroll av den kunnskapen som skal brukes i profesjonell yrkesutøvelse. Han viser til at dette fører til nye former for ekspertvelde versus demokratisering av kunnskap og beslutningsmakt. Det andre trekket er knyttet til evidenstenkningens grenser. Han peker på at denne tenkningen var intendert fra medisinen, men at dette spesifikke settet av kunnskapssøking og kunnskapshåndtering spres raskt til de fleste profesjoner. Det tredje trekket er at de nye kvalitetskontrollerende organisasjonene får politisk mandat til å drive med dette. Dette fører til at det er nødvendig å debattere eventuelle nye betingelser for profesjonelt ansvar og de juridiske og moralske sidene ved dette.

Arild Bjørndal (2009) opplever evidensbasert praksis som positivt ved at kunnskapsbasert praksis rokker ved faglige hierarkier og flytter beslutningsmakt til folket. Dette er også et sentralt element som Bufdir legger vekt på med målsettingen om en mer evidensbasert praksis i familievernnet, at brukeren skal ha beslutningsmyndighet og en ønsker å overføre mer makt

til brukeren, noe som også samsvarer med handlingsteknologier innen neoliberalismen (Dean 2008). Grimen (2009) sier han er skeptisk til demokratiseringsargumentet knyttet til evidenstenkningen og hevder at antagelsen om at når beslutningsmakt flyttes fra de profesjonelle, så dukker den opp hos folket er tvilsom. Han mener at makten heller går til nye ekspertgrupper som skal stå for kvalitetskontrollen av den kunnskapen som skal innføres i profesjonell yrkesutøvelse. I tilknytning til dette sier han at evidensbasering slik blir institusjonalisert i store organisasjoner med oppgave å summere kunnskap og gi råd om hva som bør gjøres. Dette kan føre til at både forskere og de profesjonelle får en større avstand og mindre oversikt over prioriteringene som gjøres og hva som faller utenfor og blir marginalisert. Dette kan også vise seg å bli sentrale organisasjoner i forhold til å påvirke politisk planlegging og politiske beslutninger.

### *Evidenstenkningens grenser*

Hvor går så grensene for evidenstenkningen? Passer dette i familievernet og bedrer det terapi? Grimen (2009) sier at vi neppe har med et universalmiddel å gjøre som kan brukes overalt, og at det er sentralt å drøfte hvor grensene går for evidenstenkningen. Han sier at kjernen i denne diskusjonen handler om hvordan den best dokumenterte forskningen kan informere praksis på en pålitelig måte. Han viser til et eksempel der man søker etter den best dokumenterte kunnskap om hvordan en intervensjon virker, og at en da, som vi har vist til innen evidenstenkningen skal lete etter studier med RCT- design. Bare dersom man ikke finner slike studier, skal man søke etter studier med andre design. Prosedyrene en da finner må alltid tolkes i lys av den situasjonen de blir brukt i. I situasjoner der disse prosedyrene ikke kan begrunnes som allmenne regler for profesjonsutøvelsen, hevder Grimen (2009) at vi kan være ved grensene for hvor evidensbasering er rasjonelt.

Familievernets arbeidsoppgaver er knyttet til psykoterapi. Vi har pekt på at relasjonen mellom klient og terapeut er mer sentral enn metoden og ulike intervensjoner. I dette ligger da at den enkelte terapikontekst vil bestemme hvordan en spesiell metode eller intervensjon vil virke eller ikke virke. Grimen (2009) viser også til dette, og at det er liten ulikhet i dokumenterte virkninger mellom terapiformer, men derimot stor ulikhet mellom terapeuter (Grimen 2009). Dette blir også vektlagt i dokumentene. Grimen kaller dette utøvereffekter. Han diskuterer dette begrepet og sier at en gjennom å pålegge yrkesgrupper å følge bestemte prosedyrer for kunnskapsinnhenting og håndtering på individnivå vil kunne redusere

utøvereffekten. Han sier at dette kan ha ulike effekter og peker på at en gjennom dette kan fjerne både bunnen og toppen, slik at resultatet kan bli dårligere samlet sett. I dette legger han at de gode terapeutene kanskje kan nyttiggjøre seg prosedyrene på en fornuftig måte i lys av konteksten. De mindre gode terapeutene kan kanskje bli avhengig av prosedyrene og kan i liten grad bruke disse selvstendig og fleksibelt i forhold til den enkelte kontekst. Rønnestad (2009) sier forskning viser at utøvereffekter ikke oppheves eller reduseres av manualisering. Grimen peker på at det å kultivere utøvereffektene også kan være en vei å gå. En kan da ha som utgangspunkt at utøverne får utvikle seg innenfor det de selv føler seg fortrolig med. Grimen sier følgende i sin drøfting knyttet til grensene for evidensbegrepet:

*”Evidenstenkningens grenser ligger derfor muligens i situasjoner på områder hvor utøvereffektene er betydelige og kanskje ureduserbare, samtidig som det er vanskelig å dokumentere forskjeller i metodeeffekter. Det trenger selvsagt ikke å bety at metodene ikke virker. Det betyr bare at det er vanskelig å dokumentere forskjeller mellom dem. I slike situasjoner kan det være irrasjonelt å institusjonalisere evidensbevegelsens prosedyrer for kunnskapssøking og kunnskapshåndtering på individnivå, dvs. å pålegge profesjonsutøverne å følge dem i yrkesutøvelsen. Forskning på hva som virker eller ikke, er selvsagt like rasjonelt der som andre steder, og det kan gi viktige innsikter for mange formål. Men det er bare en del av hva evidensbevegelsen vil. De vil også institusjonalisere prosedyrer som gir praktikerer tilgang til og setter ham i stand til å bruke kunnskapen, dvs. prosedyrer for kunnskapssøking og kunnskapshåndtering i klinisk praksis. Hvis da forskning viser at på et felt er utøvereffektene store, mens det er små dokumenterbare forskjeller i metodeeffekter, så gir forskningen et vitenskaplig argument for at det å institusjonalisere bestemte prosedyrer kan være irrasjonelt på individnivå eller på andre nivåer. Av og til kan det være like rasjonelt eller mer rasjonelt å gjøre det man alltid har gjort eller det man føler seg fortrolig med” (Grimen 2009: 208).*

Ut fra dette kan en slutte at evidensbasering fungerer best der utøvereffektene er minst. Når det er slik at relasjonelle forhold står svært sentralt, som i familievernets terapi, blir det et sentralt spørsmål om det er ønskelig å redusere utøvereffekter, og hvilke konsekvenser dette vil få for skjønn og autonomi. Vi har pekt på at en i de nye føringene trolig har valgt KOR nettopp for å ikke gripe mer enn nødvendig inn i autonomi og klinisk skjønn. En ønsker ikke å få pålegg om kliniske metoder eller manualisering i familievernet. I dette kan da ligge at en ønsker å redusere utøvereffektene i minst mulig grad og beholde valgfrihet i forhold til

metode både for klient og terapeut. Samtidig ser vi at argumentasjonen knyttet til bruk av KOR nettopp er begrunnet i evidenstenkningen og en slutning om at denne forskningen gjør terapi bedre og dermed virker kontekstuavhengig. Slik tar en altså avstand fra denne tenkningen i forhold til valg av metode i terapi, men slutter seg til denne tenkningen i valg av klinisk verktøy for tilbakemelding. Vi har tidligere pekt på at dette er en måte å tilpasse seg forventningene til profesjoner og praksisregimer om å legitimere arbeidet sitt gjennom vitenskapeliggjøring og dokumentasjon. Etter vår oppfatning innebærer dette en motsetning ved at en både ønsker å ivareta og fremme utøvereffektene, samtidig som en gjennom pålegg reduserer utøvereffektene.

Dersom definisjonen på ”individualisert evidensbasert behandling” skal tas bokstavelig, vil den ikke innebære en vesentlig endring i praksis, den vil bare konkretisere at både kunnskap framskaffet gjennom forskning, terapeutens perspektiv og klientens perspektiv skal være sentrale element i terapi. Den vil dermed ikke slutte at en metode eller tilnærming er bedre enn andre, men at en skal vektlegge kunnskap fra alle disse tre momentene i terapien og i valg av tilnærming. Det problematiske oppstår når integreringen av disse elementene i mindre grad gjøres i den enkelte kliniske kontekst, men i større grad blir definert utenfra.

Forskningsresultater knyttet til KOR skal instruere praksis, bedre praksis, sikre kvalitet og brukervedvirkning. KOR representerer her på en måte den beste praksis. En kan altså på bakgrunn av dette predikere utfall i framtid ved bruk av KOR i terapi. Slik sett kan vi konkludere med at pålegg av KOR er forankret i den rådende evidenstenkningen i større grad enn definisjonen ”individualisert evidensbasert behandling” gir inntrykk av.

Om det å ha fått betegnelsen evidensbasert fører til en bedre terapi er også noe som må svares på i den enkelte kontekst, men betegnelsen evidensbasert vil altså i seg selv ikke være en garanti for kvalitet. Dette fordi det ikke vil være mulig å overføre resultat fra et gjennomsnitt i forskning til et individnivå og til den enkelte kontekst (Ekeland et al., 2011). Begrepet evidensbasert ser i stor grad ut til å være et kvalitetsstempel og et ledd i det som blir kalt en tillitsreparasjon overfor både overordnede nivå og også gjennom informasjon til klienter. Dette er likevel ikke det samme som at det er et kvalitetsstempel i den enkelte terapikontekst. Utfall kan ikke forutsies, og bruk av verktøy eller metode vil samspille med, og være avhengig av mange andre faktorer i terapi. I en kommunikativ, kontekstuell og relasjonell aktivitet som terapi, kan forskning informere praksis og gi ny kunnskap, og slik gjøre terapi bedre, men dersom en lukker gapet mellom forskning og praksis vil dette imidlertid innebære en grenseoverskridelse mellom det kliniske delsystemet og delsystemet som handler om



forskning, jevnfør den systemteoretiske modellen (Ekeland 2004, Ekeland et al., 2011).

Logikken fra forskning som har objektivitet og gjennomsnitt som sitt utgangspunkt, kan da stå i fare for å gripe inn i terapi som har det unike og det subjektive som sitt utgangspunkt, og da nettopp føre til et press om standardisering på individnivå.

Vi har gjennom denne drøftingen pekt på at vi kan se innføringen av KOR i familievernet i lys av moderniseringsprosjektet og rådende styringsmentaliteter i samfunnet. Dette er i tråd med det mange praksisregimer opplever i dag. Diskursen knyttet til den kliniske logikken i familievernet, er innleiret i og blir påvirket av, andre logikker fra andre delsystemer, noe som kan være med å endre den kliniske logikken og dermed handlingsbetingelsene for praksis.

## **8. Oppsummering, konklusjon og avslutning**

### ***Kort oppsummering av våre funn***

Vi har vist til at moderniseringen av samfunnet, der neoliberalisme ser ut til å være den dominerende styringsmentaliteten, kommer helt inn i familievernets terapi gjennom de nye føringene og innføringen av KOR. Disse overordnede strukturelle forholdene vil også påvirke og være med å legge betingelser for andre praksisregimer, og slik være relevant også for andre tjenester i samfunnet. Vår analyse faller således inn under Deans analyse av neoliberalisme som styringsmentalitet i vår tid, og at strukturelle faktorer er med på å skape nye betingelser både for brukermedvirkning og for praksisregimer.

Kravet fra departementet til Bufdir om å utarbeide en metode for kvalitetssikring i familievernet, og den påfølgende prosessen og beslutninger knyttet til ”Brukerrettet kvalitetsutvikling”, har ført til at det kliniske verktøyet for tilbakemelding i terapi, KOR, nå blir innført i hele tjenesten. Det er også utarbeidet en trinnvis arbeidsmodell for å arbeide etter prinsippene for evidensbasert praksis. Målet er at familievernet skal tilby en ”individualisert evidensbasert behandling” som bygger på resultat fra forskning, terapeutens egen erfaring og kliniske skjønn, samt kunnskap fra klienten. Om en skal ta denne definisjonen av evidensbasert praksis bokstavelig, vil dette i stor grad bety videreføring av dagens praksis, forutsatt at integreringen av disse elementene avgjøres i den enkelte terapikontekst, og ikke som styring utenfra. I denne definisjonen ligger det imidlertid en selvmotsigelse, og den er ikke er i tråd med definisjonen av evidensbegrepet, slik dette begrepet brukes, i de organisasjonene (for eksempel Cochrane og Campell) som sorterer kunnskap i samsvar med evidenshierarkiet. Andre forskningsdesign blir dermed marginalisert. Om det å ha fått

betegnelsen ”evidensbasert” fører til bedre terapi i implementert praksis, er noe som må svares på i den enkelte terapikontekst. Betegnelsen ”evidensbasert” vil i seg selv ikke være en garanti for kvalitet siden det ikke vil være mulig å overføre og predikere resultat fra gjennomsnitt i forskning, til individnivå og den enkelte terapikontekst.

Vi har gjennom vår analyse trukket ut to ulike representasjoner av virkeligheten fra de to dokumentene som omhandler prosessen ” Brukerrettet kvalitetsutvikling”. Disse representasjonene har vi kalt ”den dominerende diskursen” og ”den alternative diskursen”. Den alternative diskursen samsvarer i stor grad med det tradisjonelle synet på terapi, eller den rådende kunnskapstradisjonen i familierapien. Den dominerende diskursen henter mye av sin språkbruk fra den alternative diskursen, og framstår som motsetningsfull. Vi finner at den dominerende diskursen, gjennom retorikk og språkbruk, ikke framstår med så klare konsekvenser for klinisk logikk og praksis som vår analyse har avdekt. Den dominerende diskursen gir tvert imot inntrykk av å ikke interferere mye med dagens praksis.

Faglig instruksjon og pålegg er imidlertid ikke i tråd med familievernets kunnskapstradisjon eller den alternative diskursen. Den dominerende diskursen hevder at dokumentasjon og pålegg er nødvendig for å bedre kvalitet og sikre brukermedvirkning i terapi. Det ser ut til at intensjonen med å velge KOR har vært å bevare størst mulig grad av autonomi og valgfrihet i forhold til klinisk metode eller tilnærming, dette med begrunnelser forankret i den kontekstuelle modellen. Selv om den dominerende diskursen vektlegger den kontekstuelle modellen og sentrale fellesfaktorer i terapi, framfor evidensstøttede metoder, ser pålegg om bruk av KOR likevel ut til å være forankret i tenkningen knyttet til evidensstøttede metoder. Dette er implisert av, at forskningsresultat er tenkt bli direkte overført til praksis, og skal instruere praksis med det formål å sikre brukermedvirkning, bedre kvalitet og resultat i terapi. På bakgrunn av dette forutsetter den dominerende diskursen at KOR bedrer kvalitet og sikrer brukermedvirkning kontekstuavhengig.

Bruk av KOR skal gi dokumentasjon som kan øke familievernets status og gi legitimitet. Det skal også gi grunnlag for styring av tjenesten. På denne måten kommer formål og logikker fra tilsyn og styring helt inn i terapirommet. Den kliniske logikken kan da bli ”spist” av en styrings- og tilsynslogikk, hvis overordnede mål er å dokumentere accountability. Dette kan gradvis føre til at styringslogikker vil selektere fagspørsmål tilpasset en administrativ struktur, og på denne måten kan familievernets kunnskapsgrunnlag bli endret, ikke av faglige, men av styringspolitiske grunner.

## ***Konklusjon***

I vår problemstilling stiller vi spørsmål ved om et evidensbasert familievern blir et bedre familievern. I tilknytning til dette spør vi om pålegg om klinisk verktøy for tilbakemelding i terapi gjør terapi bedre, samt om resultat fra forskning og det å ha fått betegnelsen evidensbasert vil sikre kvalitet og gjøre terapi bedre. Disse spørsmålene stiller vi fordi dette ligger implisitt i Bufdirs prosjekt ved innføring av KOR, og prosessen knyttet til ”Brukerrettet kvalitetsutvikling” i familievernet. Bufdir hevder at et evidensbasert familievern blir et bedre familievern, og at innføring av KOR vil sikre brukervedvirkning og bedre kvalitet i terapi. Påstanden om at dette blir et bedre familievern kommer fra Bufdir, og de har dermed ”bevisbyrden” i forhold til dette.

Vi har funnet at prosessen ”Brukerrettet kvalitetsutvikling” og innføring av KOR er styrt av en annen motivasjon og begrunnelse, nemlig at familievernet skal moderniseres i tråd med rådende styringsmentaliteter i samfunnet. Disse styringsmentalitetene er med å påvirke og endre vilkår for praksisregimer, og gjelder dermed langt utover familievernets situasjon. Dette samsvarer med styringsmentaliteter og strukturelle forhold, også globalt, jevnfør Dean.

Hvorvidt et mer evidensbasert familievern og innføringen av KOR vil gjøre familievernet bedre er et åpent og empirisk spørsmål. Vi finner imidlertid at de nye føringene og pålegg om bruk av KOR vil skape et annet familievern med en annen logikk for hva som er sentralt for kvalitet i terapi.

Bufdir har fått et oppdrag som innebærer å tilrettelegge for accountability. Dette fører til krav om dokumentasjon og innsyn. Dette er en ”top-down” beskjed. Innføring av KOR som klinisk verktøy for tilbakemelding blir da Bufdirs valg for å tilpasse seg kravene om modernisering, og samtidig prøve å bevare familievernets egenart. Familievernets egenart og moderniseringsprosjektet forankret i nye styringsmentaliteter er vanskelig å forene fordi dette er logikker og formål som på mange områder står i motsetning til hverandre. Forsøket på å forene dette fører til dobbelkommunikasjon. Dersom denne dobbelkommunikasjonen var tydeliggjort, ville det kanskje nettopp være lettere å bevare familievernets egenart. Vi har funnet at denne dobbelkommunikasjonen er kamouflert. Det å bevare sin egenart kan da bli et mer kortsiktig prosjekt, fordi nye styringslogikker, og bruk av kliniske verktøy til andre formål enn klinikk, gradvis kan endre diskursen om den kliniske logikken i familievernet. En kan da oppleve at kunnskapsutvikling skjer utenfra feltet, og ikke innenfra, som i den rådende kunnskapstradisjonen.

### *Drøfting av oppgaven i lys av begrepene relevans, validitet og refleksivitet*

Kirsti Malterud (2008) peker på at den endelige fasiten på om oppgaven er relevant og interessant for det feltet vi studerer, får vi kanskje først når studien er presentert og vi får tilbakemeldinger i forhold til dette. Det å bringe inn nye spørsmål, og kanskje også nye erkjennelser i et felt vil være et tegn på at studiet har relevans for feltet. Dette er noe av det vi ønsker og har prøvd med vårt arbeid. Med vårt sosialkonstruksjonistiske utgangspunkt er vi ikke opptatt av å slå fast sannheter, men heller peke på dilemma, stille spørsmål og komme med tolkninger og vurderinger som kan være relevante for en videre drøfting blant kolleger i familievernet og i organisasjonen vi arbeider i.

Begrepet kommunikativ validitet blir ofte brukt i forhold til kvalitative studier. Dette innebærer å overprøve gyldigheten av tolkninger og observasjoner i dialog med andre. Gyldig kunnskap oppstår når motstridende påstander og synspunkter blir diskutert i dialog. Hva som blir oppfattet som en valid tolkning og observasjon blir bestemt gjennom deltakernes argumenter i en samtale (Fangen 2008, Kvale & Brinkmann 2009). Vi ser både gjennom Knut Hunnes (2010) sin studie og forskningsprosjektet som drives av Rune Weltzin og Stål Bjørkly (in press) at tematikken knyttet til innføring av KOR i familievernet har relevans. Dette er noe flere som arbeider i familievernet er opptatt av. Familievernet er nå midt inne i den prosessen vi beskriver, med innføring av KOR i hele tjenesten. Dette ser vi på som en styrke for vår oppgave, fordi vår problemstilling og analyse da kan inngå i en debatt i feltet, og kanskje kan være med å påvirke denne debatten.

I kvalitative studier kan det være relevant å spørre hva dette er sant om, hvilken rekkevidde og overførbarhet har våre resultat (Malterud 2008). Studien vår omhandler konkrete føringer for familievernet og den konteksten disse føringene er en del av. Vi har forholdt oss kun til teksten og innholdet i dokumentene i vår analyse. Det kan tenkes at dette har begrenset den informasjonen vi sitter med, og at vi hadde fått utvidet bildet noe om vi for eksempel hadde intervjuet sentrale aktører i innføringen av KOR og i prosessen knyttet til "Brukerrettet kvalitetsutvikling".

I utgangspunktet kan en tenke at våre funn og vurderinger ikke er overførbare fordi det handler spesifikt om en tjeneste, familievernet, og konkrete dokument og retningslinjer for denne tjenesten. Vi mener, som vi tidligere har hevdet, at studien likevel kan ha en viss overførbarhet for andre praksisregimer i vårt samfunn. Dette fordi vi knytter vår analyse til teorier og analyser av styringsmentaliteter og strukturelle endringer i samfunnet. Vi har brukt

Dean og hans governmentalityanalyse som et overordnet teoretisk utgangspunkt. Vi ser gjennom dette at moderniseringsprosjektet og neoliberalisme som styringsmentalitet er noe som har gyldighet for familievernet, men også langt ut over familievernets situasjon. Disse strukturelle forholdene er med å legge premisser for praksisregimer, profesjoner og brukere i dagens samfunn, også mer globalt, jevnfør Dean (2008). Vi belyser tema knyttet til modernisering av offentlig sektor, og i forbindelse med dette endringer i forholdet mellom profesjoner og samfunn, om brukermedvirkning, om evidensdebatten og dominerende styringsmentaliteter. Dette er tema som gjelder mange, både profesjoner, ledere og klienter eller brukere, og som derfor kan gjøre studien gjenkjennelig og aktuell også for andre.

Det å oppnå repeterbarhet eller at en annen forsker skal komme til det samme resultat er sjelden mulig i kvalitative studier. Vi som personer med vårt utgangspunkt vil selvsagt påvirke studien i stor grad.

*”Ved kvalitative forskningsstrategier er det et mål å utnytte det mangfoldet som dette representerer, og vi erkjenner at det finnes flere gyldige versjoner av kunnskapen”*  
(Malterud 2008:25).

Dette sitatet sammenfatter noe av den tenkningen vi har redegjort for, både i familievernets kunnskapstradisjon og i diskursanalyse som metode. Dette innebærer at det er ulike måter og posisjoner å beskrive innføringen av KOR i familievernet på. For vår studie og vårt utgangspunkt blir da spørsmålet om gyldighet nært knyttet til konsistens og troverdighet i oppgaven og de valg vi har tatt, at det er en indre sammenheng. Dette gjelder i forhold til om det er sammenheng og gode begrunnelser knyttet til teorivalg og metodevalg, og at vi også er bevisst på studiens begrensninger (Malterud 2008).

På samme måte som vi analyserer tekst, retorikk og språk, kan nok også vår oppgave og tekst analyseres med et kritisk blikk, og en vil kanskje også da finne motsetninger. Dette selv om vi har tilstrebet konsistens og sammenheng. Vi har vist til at språk og retorikk er sterke virkemiddel. Dette er også noe som gjelder oss, og den måten vi tolker, analyserer og argumenterer rundt våre funn på.

Begrepet refleksivitet er knyttet til forforståelse hos forskeren og at det er viktig å dele sin forforståelse med leseren av oppgaven slik at forskerens utgangspunkt er klart (Fangen 2008, Malterud 2008). Dette er noe vi har lagt vekt på. Det er viktig for oss at leseren av oppgaven kan følge forskningsprosessen og får innsyn i det som er gjort og de valg vi har tatt underveis. Dette vil gjøre det lettere for leseren å stille kritiske spørsmål til studien, men kan også gjøre

det lettere å få tillit til de valg som er tatt. I en diskursanalyse er forskeren med å definere og avgrense diskursen, og det er sentralt å få leseren med på denne prosessen (Jensen 2010). Dette forutsetter da en åpenhet om begrunnelser og refleksjoner knyttet til de valg vi har tatt gjennom hele oppgaven.

En svakhet ved vår studie kan nettopp være at vi står midt inne i det feltet vi studerer og møter det materialet vi analyserer med en forforståelse som er preget av denne nærheten. Dette kan føre til at vi overser sentrale poeng som kunne fått konsekvenser for våre tolkninger og funn, og at vi kan beskyldes for å lete etter poeng som bekrefter vår forforståelse. På den andre siden kan det være en styrke å kjenne konteksten og historien til det feltet vi studerer. Foucault sier, som vi har pekt på, at en ikke kan snakke fra utsiden av diskursen, vi er inne i den og en del av den. Dette gjelder både for vår del og for dokumentene og prosessen vi analyserer. Språket som blir brukt vil dermed gjenspeile våre representasjoner av virkeligheten, som Foucault sier det: *"Språket representerer tanken, slik tanken representerer seg selv"* (Foucault (1966)2006:119).

**Litteratur:**

- Aadland, E. (2002 - 3.opplag) *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori og metode i helse- og Sosialfag*, Oslo: Universitetsforlaget
- Andersen, N. Å. (1994) *Institutionel historie – en introduktion til diskurs- og Institutionsanalyse*, København: COS-forskningsrapport nr. 10
- Anker, M. G., Duncan, B. L. & Sparks, J. A. (2009) *Using Client Feedback to Improve Couple Therapy Outcomes; A Randomized Clinical Trial in a Naturalistic Setting*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (4), s. 693-704
- Asay, T. P & Lambert, M. J (2005) The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings, i M. A. Hubble, B. L. Duncan og S. D. Miller (red) *The Heart & Soul of change. What Works in Therapy*, s. 23-56 Washington, DC: American Psychological Association
- Askheim, O. P. (2005 - 4.opplag) *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bateson, G. (1979) *Mind and nature: a necessary unity*, USA: New York, E. P. Dutton
- Berg, O. (2005) *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel* Tidsskriftets skriftserie – Den norske lægeforening
- Bergström, G. & Borèus, K. (2005 – 2. opplag) *Diskursanalys*, i G. Bergström og K. Borèus (red.) *Textens mening och makt. Metodbok i saqmhällsvetenskaplig text- och Diskursanalys*, s. 305-358, Danmark: Narayana Press
- Bially, Janice (1998) *The Power Politics of Identity*, PhD delivered to Yale University
- Bjørndal, A. (2009) Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester, i H. Grimen og L. I. Terum (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, s. 125-144, Oslo: Abstrakt forlag AS
- Brox, O. (1999) *Hva er samfunnsvitenskap?* Bergen: Fagbokforlaget AS
- Bufdir (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet) (2009-A) v/Skauli, G. Ø. *Evidensbasert praksis i familievernnet – En litteraturgjennomgang av forskning på parterapi* (Hareide, B. red.)Familievernets skriftserie nr 1/2009

Bufdir (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet) (2009-B) v/Skauli, G. Ø.

*Rapport fra "brukerrettet kvalitetsutvikling" 2006-2008. Bedre og bedre dag for dag. Et kunnskapsbasert familievern som driver forbedringsarbeid grunnlagt på brukernes perspektiv, Bufdir – rapport*

Bufdir (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet) (2010) *Brukermedvirkning i familievernet* (Hareide, B. red.) Familievernets skriftserie nr. 2/2010

<http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Familievern/Skriftserie/Familievern%202010-02.pdf>

Bufetat (Barne-, ungdoms- og familieetaten) (2011) *Disponeringsbrev for 2011- datert 15.04.11- til regionens familievernkontor, Trondheim: Bufetat, Region Midt-Norge*

Cruikshank, B. (1993) *Revolutions within: self-government and self-esteem*  
Economy and society 22 (3) s. 327-344

Dean, M. (2007) *Governing Societies: Political perspectives on domestic and international rule*, England: Open University Press, McGraw – Hill Education

Dean, M. (2008 – 2. opplag) *Governmentality. Magt & Styring i det moderne samfund*  
Danmark: Forlaget Sociologi

Denzin, N. K. & Giardina, M. D. (2006) (red.) *Qualitative Inquiry and the Conservative Challenge*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press

Det kongelige Barne- og familiedepartementet *St.meld. nr. 40 2001-2002 – Om barne- og ungdomsvernet*

Det kongelige Barne- og familiedepartementet *Ot.prp. nr. 9 2002-2003*

Det kongelige Barne- og familiedepartementet *Q-19/2003 - Rundskriv - Statgidokument – statligovertakelse av fylkeskommunale oppgaver, barnevern og familievern*

Det kongelige Barne- og familiedepartementet (BFD) (2005)

*Tildelingsbrev til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet for 2006- ref. 200502862 /HLEØSI*

Det kongelige Barne- og familiedepartementet *St.prp. nr. 1 2005-2006*

Det kongelige Barne- og likestillingsdepartementet *St.prp. nr. 1 2006-2007*

Det kongelige Barne- og likestillingsdepartementet *St.prp. nr. 1 2007-2008*



Det kongelige Barne- og likestillingsdepartementet *St.prp. nr. 1 2008-2009*

Det kongelige Barne- og likestillingsdepartementet *Prop. 1 S 2009-2010*

Det kongelige Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) (2010)

Tildelingsbrev til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2010 – ref. 201000054  
/HEA

Duncan, B. L., Miller, S. D. & Sparks, J. A. (2004) *The Heroic Client. A Revolutionary Way to Improve Effectiveness Through Client-Directed, Outcome Informed Therapy*, USA: San Francisco, Jossey-Bass

Duncan, B. L. (2007) Forord, i A. Ulvestad, A. K. Henriksen, A. G. Tuseth, og T. Fjeldstad (red.) *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid* s. 15-19, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Ekeland, T. - J. (2004) *Autonomi og evidensbasert praksis. Arbeidsnotat nr. 6/2004*  
Høgskolen i Oslo – Senter for profesjonsstudier

Ekeland, T. - J. & Heggen, K. (2007) *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk? I T. - J. Ekeland og K. Heggen (red.) Meistring og myndiggjering. Reform eller Retorikk*, s. 13-28, Volda/Oslo: Gyldendal Akademisk/Gyldendal Norsk Forlag AS

Ekeland, T.- J. (2009) *Hva er evidensen for evidensbasert praksis? I H. Grimen og L. I. Terum (red.) Evidensbasert profesjonsutøvelse*, s. 145-168, Oslo: Abstract forlag AS

Ekeland, T. - J., Stefansen, J. & Steinstø, N. O. (2011) *Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. Tidsskrift for velferdsforskning vol. 14 (1) s. 2-14*. Bergen: Fagbokforlaget AS

Eriksen, E. O. (2009 – 3. opplag) *Demokratiets sorte hul l- om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*, Oslo: Abstrakt forlag AS

Fangen, K. (2008 – 2. opplag) *Deltagende observasjon*, Bergen: Fagbokforlaget AS

Foucault, M. ( (1966) 2006/oversatt av K. O. Eliassen) *Tingenes orden. En arkeologisk undersøkelse av vitenskapene om mennesket*”, Oslo: Spartacus Forlag AS

Grimen, H. (2008) *Profesjon og tillit*, i A. Molander og L. I. Terum (red.) *Profesjonsstudier*, s. 197-215, Oslo: Universitetsforlaget AS

- Grimen, H. & Terum, L. I. (2009) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, H. Grimen og L. I. Terum (red.), Oslo: Abstrakt forlag AS
- Grimen, H. & Terum, L. I. (2009) Profesjonsutøvelse – kvalitet og legitimitet, i H. Grimen og L. I. Terum (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, s. 9-16, Oslo: Abstrakt forlag AS
- Grimen, H. (2009) Debatten om evidensbasering – noen utfordringer, i H. Grimen og L. I. Terum (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, s. 191-222, Oslo: Abstrakt forlag AS
- Hansen, H. F. & Rieper, O. (2009) Evidensbevegelsens rødder, formål og organisering i H. Grimen og L. I. Terum (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, s. 17-37, Oslo: Abstrakt forlag AS
- Hirschman, A. O. (1970) *Exit, Voice and Loyalty*, USA: Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts
- Hoffmann, L. (1987) *La oss legge makt og kontroll bak oss, mot en 2.ordens systemisk Familierapi*, Fokus på familien nr. 15, Oslo: Universitetsforlaget AS
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2005) Introduction, i M. A. Hubble, B. L. Duncan og S. D. Miller (red) *The Heart & Soul of change. What Works in Therapy*, s.1-22, Washington, DC: American Psychological Association
- Hunnes, K. (2010) *Brukarmedverknad – kvalitetsutvikling eller kvalitetskontroll? Ei kvalitativ undersøkning vedrørende brukarmedverknad i Familievernet*  
Volda: Masteroppgave ved Høgskulen i Volda
- Hårveit, H. & Jensen, P. (1999) *Familien – pluss èn. Innføring i familierapi*  
Oslo: Tano Aschehoug
- Jensen, L. C. (2010) *Norsk oljeboring for å hjelpe miljøet: Diskurskoptering som nytt analytisk begrep*, Norsk statsvitenskapelig tidsskrift nr. 3, s. 185-203, Oslo: Universitetsforlaget AS
- Jensen, P. (2006) *Hvordan kan "den store psykoterapidebatten" påvirke forståelsen av familierapiforskningen?* Fokus på familien nr. 2, s. 91-106, Oslo: Universitetsforlaget AS
- Johannesen, G. (1981) *Om den norske skrivemåten. Eksempler og moteksempler til belysning av nyere norsk retorikk*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

- Johannessen, B. F. (2004) *Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*  
Notat 22-2004 – Stein Rokkan senter for flerfagelige samfunnstudier  
Bergen: Universitetsforskning
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (2010 – 7.opplag) *Diskursanalyse som teori og metode*, Danmark: Roskilde Universitetsforlag/Samfunnslitteratur
- Kunnskapssenteret (2009) *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – 2009*, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009 – 1.opplag) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: Gyldendal Akademisk/Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lambert, M. (1992) *Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration*, J. C. Norcross og M. R. Goldfried (red.), USA: Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic
- Lov om familievernkontor (Familievernkontorloven) / Lov 1997-06-19-62.  
I krafttredelse 1998-01-01
- Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) / Lov 1999-07-02 nr. 63
- Luhmann, N. (2000) *Sosiale systemer. Grundrids til en almen teori*, København: Hans Reitzels Forlag
- Lukes, S. (1974) *Power: A Radical View*, London: Macmillan
- Lundby, G. (2003 – 3. opplag) *Historier og terapi – Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*, Oslo: Tano Aschehoug
- Læg Reid, P. (1992) *Tendenser i utvikling av offentlig sektor* LOS-senter notat 37/92  
Bergen: Det samfunnsvitenskapelige fakultet
- Malterud, K. (2008 - 4.opplag) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, Oslo: Universitetsforlaget AS
- Neumann, I. B. (2010 - 3.opplag) *Mening, materialitet, makt: En innføring i Diskursanalyse*, Bergen: Fagbokforlaget AS

- NOU (Norges offentlige utredninger) 2003:19 *Makt og demokrati – Sluttrapport fra Makt- og demokratiutredningen* Utredning fra en forskergruppe oppnevnte ved kongelig resolusjon 13.mars 1998. Avgitt til Arbeids- og administrasjonsdepartementet 26.august 2003.  
Oslo: Statens forvaltningstjeneste/Informasjonsforvaltning
- Norman, V. (2002) *Fra ord til handling. Modernisering, effektivisering og forenkling i offentlig sektor*. Redegjørelse for Stortinget 24.01.02, Oslo: Arbeids- og Administrasjonsdepartementet
- Power, M. (1999) *The Audit Society. Rituals of verification*, Oxford: Oxford University Press
- Robertsen, K. (2004) *Hvor egnet er brukerundersøkelser som styringsverktøy for offentlig tjenesteproduksjon?* Tidsskriftet Magna nr. 5, Bergen: Fagbokforlaget AS
- Rolland, A. (2005) *Brukertilfredshetsundersøkelser som offentlig styringsverktøy*, Statistisk sentralbyrå Notat 2005/50 (Avdeling for Personstatistikk), Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Rønnestad, M. H. (2008) *Evidensbasert praksis i psykologi*, Tidsskrift for Norsk Psykologforening 45 (4) s.444-454 Oslo: Universitetsforlaget AS
- Rønnestad, M. H. (2009) Evidensbasert psykologisk praksis, i H. Grimen og L. I. Terum (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, s. 39-61, Oslo: Abstract forlag AS
- Schaanning, E. (1997) *Vitenskap som skapt viten. Foucault og historisk praksis*  
Oslo: Spartacus Forlag A/S
- Skog, O. J. (2007 – 3. opplag) *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*  
Oslo: Gyldendals Norsk Forlag AS/Gyldendal Akademisk
- Solem, M.-B., Tilden, T. & Thuen, F. (2008) *Å ta empirien på alvor. Er forskningsbasert kunnskap relevant for systemiske familiebehandlere?* Fokus på familien nr. 2, s. 88  
106, Oslo: Universitetsforlaget AS
- Sprenkle, D. H, Blow, A. J (2004) *Assessment of Couples and Families*  
USA: New York: Brunner-Routledge

- Sundet, R. (2010) “*Client directed, outcome informed therapy in an intensive family therapy unit – A study of the use of research generated knowledge in clinical practice*”  
Tidsskrift for Norsk Psykologforening 47 (4) s.344-345, Oslo: Universitetsforlaget AS
- Sørbø, J. I. (2002) *Hans Skjervheim. Ein intellektuell biografi*  
Oslo: Det Norske Samlaget
- Tomm, K. (2000) *Systemisk intervjumetodik. En utveckling av det terapeutiska samtalet*  
Sverige: Bokförlaget Mareld
- Tuseth, A.- G., Sverdrup, S., Hjort, H. & Friestad, C. (2006) *Å spørre den det gjelder. Erfaringer med bruk av Klient – og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid*  
Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse – Helseregion ØST og SØR
- Tuseth, A.- G. (2007) Med 40 års klinisk forskning som veiviser, i A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A. – G. Tuseth, A. G. og T. Fjeldstad (red.) *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*, s. 40-63, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A. – G. & Fjeldstad, T. (2007) *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Vandvik, P. O. (2009) Evidensbasert medisin, uvurderlig verktøy for klinikere, i H. Grimen og L. I. Terum (red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, s. 111-144, Oslo: Abstrakt forlag AS
- Vik, L. J. (2007) Makt og myndiggjering – utfordringer for helse- og sosialarbeidarar, i T. –J. Ekeland og K. Heggen (red.) *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk*, s. 83-101, Volda/Oslo: Gyldendal kademisk/Gyldendal Norsk Forlag AS
- Wampold, B (2001) *The Great Psychotherapy Debate: models, methods and findings*  
Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates
- Weltzien, R. og Bjørkly, S. *En case-control studie av den terapeutiske alliansen i parterapi* (In press)
- Ølgaard, B. (2001 - 6 opplag) *Kommunikasjon og økomentale systemer ifølge Gregory Bateson*, Danmark: Akademisk Forlag AS

## VEDLEGG 1

## APPENDIKS

**Hva er problemet og hvordan er det problematisk?**

(side 64 i oppgaven)

**1. Kvaliteten på arbeidet og forbedringsarbeidet ved kontorene er ikke godt nok dokumentert.**

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-A) Side: 10, 11, 12, 13

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-B) Side: Forord, 12, 13, 19, 21, 22

**2. For lite systematisk tilbakemelding i terapi fører til at ikke alle klienter får god nok hjelp.**

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-A) Side: 3, 13, 18, 19, 20, 35, 36, 37, 38, 39, 40

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-B) Side: 7, 9, 13, 15, 16, 17, 20, 21

**3. Det er stor forskjell på terapeuter i forhold til hvilke resultater en oppnår.**

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-A) Side: 12, 13, 14, 16, 27, 28, 32, 35, 39

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-B) Side: 15, 19, 21

**4. Et krav fra etaten om effektivitet, dokumentasjon og kvalitetssikring. Det er mangel på slik dokumentasjon i dag.**

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-A) Side: 2, 9, 10, 16, 17, 20, 33, 37, 39, 40, 41

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-B) Side: Forord, 2, 3, 5, 6, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

**For hvem er dette et problem?**

(side 66 i oppgaven)

**1. Dette er et problem for staten og etaten fordi det er mangel på dokumentasjon på resultater og kvalitet i tjenesten.**

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-A) Side: 2, 10, 11, 30, 39

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-B) Side: Forord, 3, 6, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22

**Hvordan ser det ut når problemet er løst?**

(side 68 i oppgaven)

**1. Det skal etableres kunnskapsbaserte kvalitetsforbedringssystemer i familievernnet.**

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-A) Side: 2, 3, 40, 41

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-B) Side: Forord, 15, 16, 17, 20, 21

**2. Familievernkontorene skal tilby en ”individualisert evidensbasert behandling.”**

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-A) Side: 3, 7, 8, 9, 23, 40, 41

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-B) Side: 2, 9, 16, 17, 20, 21

**3. Demokratisering og utjevning av makt ved at klienten skal bli satt i stand til å velge metode og rutinemessig få tilbud om skifte av metode eller terapeut om ikke forventet utvikling skjer.**

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-A) Side: 2, 9, 10, 11, 27, 33, 34, 35, 41

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-B) Side: 8, 9, 12, 16, 17

**4. Det skal utarbeides kvalitetsindikatorer som styringsredskap.**

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-A) Side: 31, 32

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-B) Side: 7, 18, 19, 22

**5. Bruk av KOR skal innføres i hele familievernnet både for å bedre behandlingsresultater og som styringsverktøy for ledelsen.**

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-A) Side: 19, 20, 26, 27, 37, 38, 41

Bufdir v/forfatter Skauli, Geir Ø. (2009-B) Side: 4, 5, 8, 10, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22.  
Samt i vedlegg ”Forslag til implementeringsplan for system for kvalitetsutvikling i familievernnet basert på brukernes perspektiv.”

**VEDLEGG 2:**

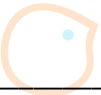
**Skalaer/skjema brukt i "Klient- og resultatstyrt praksis" (KOR). Disse skjemaene skal brukes i terapisaamtalene og måler resultat og allianse i terapi.**

**Vedlagt:**

- **Outcome Rating Scale (ORS) Skala for endringsvurdering - voksne**
- **Child Outcome Rating Scale (CORS) Skala for endringsvurdering – barn og unge**
- **Skala for endringsvurdering**
- **Session Rating Scale (SRS) Skala for samtalevurdering – voksne**
- **Children session rating scale (CSRS) skala for samtalevurdering – barn og unge**

## Outcome Rating Scale (ORS)

Skala for endringsvurdering – voksne


Navn _____ Alder (År): _____
ID nr. _____ Kjønn: M / K
Samtale nr. _____ Dato: _____
Hvem fyller ut skalaen? Kryss av: Selv _____ Andre _____
Hvis andre fyller ut; hva er din relasjon til denne personen? _____

---

Kan du hjelpe oss å forstå hvordan du har hatt det den siste uken (eller etter siste samtale) inkludert dagen i dag, ved å vurdere disse områdene i livet ditt?

Et merke mot venstre betyr dårlig og mot høyre betyr bra. *Dersom du fyller ut for en annen, fyll da ut skalaen slik du tenker at denne personen har det.*

---



**Personlig:**

(Hvordan jeg har det med meg selv)

|-----|

**Mellommenneskelig:**

(Partner, familie, og nære relasjoner)

|-----|

**Sosialt:**

(Arbeid, skole, venner)

|-----|

**Generelt:**

(Generell opplevelse av hvordan jeg har det)

|-----|

Institute for the Study of Therapeutic Change

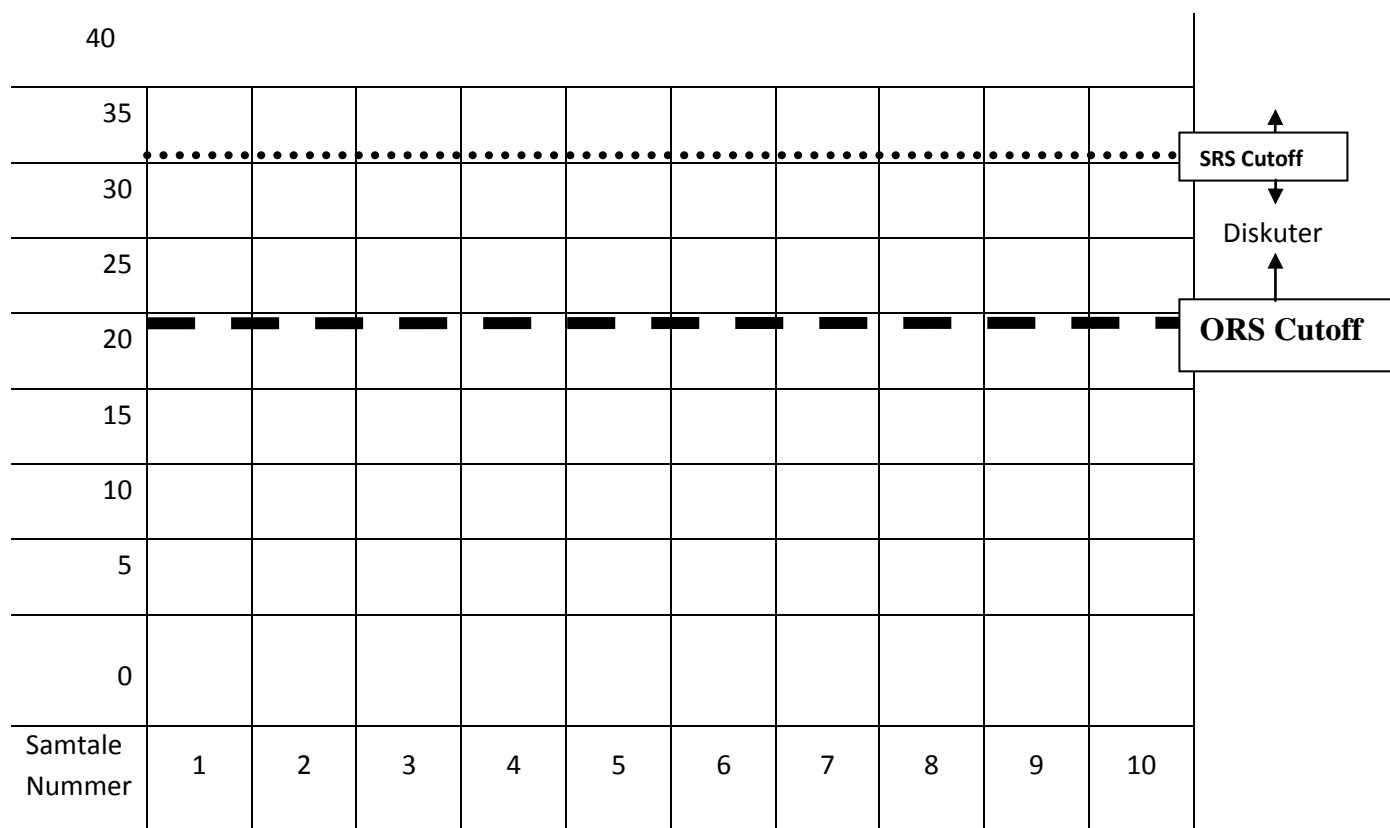
---

[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

## Skala for endringsvurdering

Terapeut: \_\_\_\_\_ J.nr: \_\_\_\_\_ Periode: \_\_\_\_\_



## Session Rating Scale (SRS V.3.0)

Skala for samtalevurdering – voksne

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K _____
Samtale nr. _____	Dato: _____

---

Kan du gi en vurdering av samtalen i dag ved å sette et merke på linjene slik det best passer din egen opplevelse.

---

# Forholdet mellom deg og terapeuten:

Jeg opplevde *ikke* at jeg ble hørt, forstått og respektert.

|-----|

Jeg opplevde at jeg ble hørt, forstått og respektert.

## Mål og tema:

Vi snakket *ikke* om det jeg ville snakke om, og arbeidet *ikke* med det jeg ville arbeide med.

|-----|

Vi snakket om det jeg ville snakke om og arbeidet med det jeg ville arbeide med.

## Tilnærming eller metode:

Terapeutens tilnærming passer *ikke* så godt for meg.

|-----|

Terapeutens tilnærming passer godt for meg.

## Generelt:

Det manglet noe i samtalen i dag.

|-----|

Som helhet var samtalen i dag bra for meg.


Institute for the Study of Therapeutic Change

[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

## Child Outcome Rating Scale (CORS)

Skala for endringsvurdering – barn og unge

  
Bufetat

Navn \_\_\_\_\_ Alder (År): \_\_\_\_\_

ID nr. \_\_\_\_\_ Kjønn: M / K

Samtale nr. \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Hvem fyller ut skalaen? Kryss av: Barnet \_\_\_\_\_ Foresatt \_\_\_\_\_

Hvis foresatte fyller ut; hva er din relasjon til barnet?

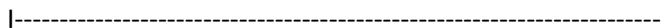
---

Hvordan har du det? Hvordan går det i livet ditt? Kan du å hjelpe oss å forstå ved å sette et merke på linjene nedenfor. Det går bedre jo nærmere du setter merket det blide fjeset, og det går dårligere jo nærmere du setter merket det sure fjeset. *Dersom du er foresatt, fyll da ut skalaen slik du tenker barnet har det.*

---

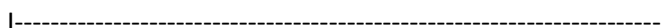
## Meg selv

(Hvordan jeg har det)



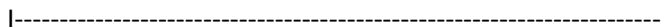
## Familien

(Hvordan jeg har det i familien min)



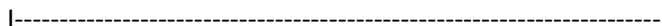
## Skolen

(Hvordan jeg har det på skolen)



## Alt i alt

(Hvordan jeg har det alt i alt)



Institute for the Study of Therapeutic Change

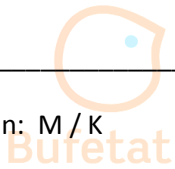
[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, & Jacqueline A. Sparks

## Child Session Rating Scale (CSRS)

Skala for samtalevurdering - barn og unge

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____



---

Hvordan var det å være her i dag? Kan du sette en strek på linjene nedenfor for å vise oss hva du synes.

---

Hørte ikke så godt på meg.



## Å bli hørt

hørte godt på meg.



-----

Det vi gjorde og snakket om var ikke så viktig for meg.



## Hvor viktig

Det vi gjorde og snakket om var viktig for meg.



-----

Jeg likte ikke det vi gjorde i dag.



## Det vi gjorde

Jeg likte det vi gjorde i dag



-----

Jeg ønsker å gjøre noe annet.



## Alt i alt

Jeg håper vi kan gjøre noe lignende neste gang.



-----

Institute for the Study of Therapeutic Change

[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks, & Lynn D. Johnson