



Olav Sanness Vika, familierapeut BUPA Tønsberg, studieleder for barnevernspedagogene i spesialistutdanningen ved R-BUP, Helse øst og sør.

Brit Jørgensen, klinisk sosionom i BUP Hamar og praksiskoordinator R-BUP Helse øst og sør.

Sosialt arbeid – nødvendig i psykisk helsevern

En fagpolitisk oversiktsartikkel

Det sosialfaglige og sosialpsykiatriske perspektivet marginaliseres i psykisk helsevern. Bekymringen dreier seg ikke om snever profesjonskamp: Vår påstand er at det er blitt mindre plass til å jobbe med folk i deres livs sammenheng.

Vi jobber i helsevernet for barn og unges psykiske helse (BUP), men vi ser den samme utviklingen i barnevernet, rusomsorgen, og i voksenpsykiatrien. Dette skjer ikke fordi sosialt arbeid og sosialpedagogikken har utspilt sin rolle, men fordi sterke krefter og «trender» påvirker mulighetene til å praktisere våre fag. Utviklingen er ikke entydig, men preget av motsetninger. Bjarne Håkon Hanssens samhandlingsreform gjør denne problemstillingen viktig også i kommunene. Kan vi der skape det nødvendige handlingsrommet for sosialfaglige tilnærminger, eller vil den føre til en ytterligere patologisering av folks problemer? Vi vil derfor synliggjøre de prosessene som fører til marginalisering, og gi en oversikt over kunnskap om det som gjør våre profesjoner nyttige og nødvendige.

MED LUA I HÅNDA?

Vi får tilbakemeldinger fra kollegaer og kandidater som føler seg lite verdsatt. De opplever seg ikke hørt i fagdebattene, og at deres vurderinger blir overprøvd i hierarkiene. De får ikke lov til foreta akuttvurderinger lenger selv med 20 års erfaring. En kollega sa at han følte det som å stå med lua i hånda.

Vår forståelse av dette tar utgangspunkt i Foucault`s

(2006) syn på moderne makt: Makt utøves gjennom å definere gyldig eller viktig kunnskap. Maktbruken blir lite synlig og det er vanskelig å skjønne opplevelsen av marginalisering. Ubehaget knyttes til konkrete hendelser som at sosionomstillinger blir omgjort til psykologstillinger. Virkninger av moderne makt gjør oss gode til å undertrykke oss selv. Det dominerende synet på gyldig kunnskap i vårt fagfelt internaliseres i oss, og vi aksepterer rammene for diskusjoner som «bare er sånn» (Foucault 2006, Bourdieu 1998/2000). Disiplineringen skjer på ulikt vis, som i diskusjoner om hva en «spesialisthelsetjeneste» skal og ikke skal gjøre. Eller i form av søken etter å finne den rette diagnosen, og den evidensbaserte behandlingen av problemet. Selv om vi vet at livssammenhenger og individuelle forskjeller betyr mer enn diagnose, stilner våre profesjoners stemme i møte med sterkere profesjoners definisjonsmakt, og feltets krav om evidensbasering.

Politiske styringssignaler peker i en annen retning. Både stortingsmelding nr 25; Åpenhet og Helhet (Sosial- og helsedepartementet, 1997) og Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (Helsedepartementet, 2003) peker tydelig på at god behandling for psykisk helse skal hjelpe folk til å mestre sine liv i sitt nærmiljø. Alt skulle tyde på at sosialt arbeid og sosialpedagogisk praksis med sin vektlegging av barn og familier i sin livs sammenheng gjennom integrering, empowerment (selvstendigjøring), og utviklingsøkologi skulle få sin renessanse. Marginaliseringen av sosialfaglig kompetanse i fagfeltet psykisk helsevern er derfor et merkelig fenomen.

TRE ÅRSAKER TIL MARGINALISERING

Marginaliseringen av sosialt arbeid skjer ikke som utslag av tilfeldige valg eller ulike lokale kulturer. Det er vårt syn



at dette skjer som følge av en praksis som systematisk fremmer andre perspektiver enn å jobbe med folks livssituasjon.

Psykisk helsearbeid skjer i et fagfelt preget av makt og profesjonskamper, og det er sårbart for samfunnets politiske «trender». Vi vil peke på tre forhold som gjør at vi ikke lykkes i å få den anerkjennelsen som våre fag burde få i vårt fagfelt:

1. New Public Management – og drømmen om effektive resultatenheter.
2. Evidensbasert praksis og den medisinske reduksjonistiske tankegangen i spesialisthelsetjenesten.
3. Manglende anerkjennelse av vår praksisbaserte og kontekstuelle kunnskap.

1. New Public Management (NPM)- tenkning preger organiseringen av helseforetakene. Innføringen av et driftsøkonomisk språk, og mål for våre tjenester av typen refusjonsberettigede tiltak pr. behandler, er en logisk konsekvens av denne rådende ideologien. I 1.linjetjenesten fører NPM til små resultatenheter og bestillingskontorer. Fokuset i tjenestene er på avgrensning av kjerneoppgaver, budsjett disiplin og oppgavefordeling. Virkningen av en slik

«Folk lever ikke sitt liv i tiltakskjeder, de lever liv i sammenhenger.»

markedsøkonomisk tankegang er bredt drøftet andre steder (Eilertsen, R., 2003, Tranøy, 2006). Konsekvensene for vår praksis er at ideen og målsettingen om helhetlig behandling ikke lar seg realisere – vi deler opp folks liv i fragmenterte tilbud. Som profesjonelle aktører blir vi opptatt av våre ulike ansvar. Vi legger vekt på at BUP er en spesialisthelsetjeneste, og forholder oss ikke til konteksten som skaper, opprettholder og øker psykiske vansker. Det kreves at vi leverer en produksjon av samtaler, diagnoser og epikriser. Denne effektiviteten fremmer ikke kvalitet og helhetlig hjelp. Den begrenser mulighetene til å oppsøke skoler, ha møter hos samarbeidspartnerne eller hjelpe foreldrene i kontakten med Nav. Empowerment, integrering og brukerperspektivet svekkes. Karlsson (2008) konkluderer

der gjennomgangen av opptrappingsplanens målsetninger om å se mennesket i kontekst, og gi hjelp på ulike arenaer over lengre tid slik: «*de politiske helsereformene og New Public Management står i motsetning til mulighetsbetingelsene for å kunne realisere disse gode intensjonene*» (s 161).

2. Kravet til evidensbasert praksis er også knyttet til markedsgjøringen av den menneskelige sfære. Trenden kommer fra USA hvor forsikringselskapene krevde bevis for effekten av behandlingen. Den forsterkes også av legemiddelindustriens finansiering av forskning, og ønske om å gjøre medikamentell behandling til «*treatment of choice*» (Duncan B. og Miller S. D., 2000). Det medisinske kunnskapssynet er dominerende, med vekt på dobbelt blinde undersøkelser, forskning på behandlingseffekt, standardiserte/manualiserte behandlingsformer (en forutsetning for evidensbasert forskning). Økende fokus på diagnoser og standardiserte formalutredninger følger av denne utviklingen. Som forskning genererer dette nyttig kunnskap til vårt fagfelt, men som en dominerende praksis er den farlig. Den marginaliserer andre viktige kunnskapsområder. Forskningen innen utviklingspsykologi, utviklingspsykopatologi, sosialt samspill, sosialt arbeid og relasjoner er etter vårt syn like viktige kilder til klinisk praksis (Mæhle, M., 2003, Johnsen, A., Torsteinsson, V.W.; Sundet, R., 2000). Vår erfaring er at denne kunnskapen svekkes i de rådende diskursene i spesialisthelsetjenesten. Evidensbasert praksis med standarder og manualer passer derimot som hånd i hanske inn i New Public Management- tenkningen. På enkelte poliklinikker i voksenpsykiatrien er trenden å standardisere lengden på en samtale, og hvor mange samtaler det er rimelig å gi en pasient med en bestemt diagnose. På noen BUP'er kommer barna til første møte kartlagt gjennom det nettbaserte spørreskjemaet DAWBA. Skjemaet gir forslag til diagnose, før samtalen om hva som er vanskelig og hvordan for eksempel uroen kan forstås. Blind for kulturelle forskjeller i syn på uro, eller sammenhengen den oppstår i, startes behandlingen.

3. Det rådende kunnskapssynet svekker praksisbasert og kontekstuell kunnskap. Vi vet mye om sammenhenger mellom materielle levekår, sosial integrasjon og psykisk



helse. Materielle, sosiale og økonomiske belastninger over tid påvirker menneskers selvopplevelse og hverdagsfungering. Levekår og livsbelastninger har stor betydning for både utvikling og opprettholdelse av problemer og symptomer og for hvordan vi hjelper folk til å skape endring i livet (Dalgard, S. et al 1988, 1995; Fyrand, L. 1994; Aamodt, L. G.; Aamodt, I., Jørgensen, B. 2002). Utredning av sammenhengen mellom livssituasjonen og symptomer hos den enkelte er nødvendig. Individuelle og sosiale ressurser må mobiliseres og styrkes, ofte gjennom praktiske handlinger. Dette er kjernen i sosialt arbeid og i sosialpedagogikk.

Våre brukere opplever at deres livserfaringer og kompetanse blir ugyldige i møte med psykiatriens språk og etablerte praksiser (Aamodt, L. G.; 2005). Troen på «den rette» diagnosen og behandlingen kan frata folk muligheten til å være aktør i eget liv og knuse håp og drømmer. Arnhild Lauveng (2006) gir i sin bok «I morgen var jeg alltid en løve» en tankevekkende beskrivelse av hva en slik praksis gjør med pasienter. Når fagfolkene fortalte at hun måtte forberede seg på å leve resten av livet med sin schizofreni fikk hun ikke mye håp for framtiden eller om å bli frisk. Våre uttalelser om at folk er «mer enn diagnosen» eller «brukeren i fokus» blir tomme fraser når vår utrednings- og evidensbaserte praksis «ruller over» unger og familier. Mennesker er handlende aktører, men også slaver av sin livssammenheng, og de historiene som skaper rammer og gir mening til livet. Vigdis Wie Torstensson (2000) understreker at vår etiske utfordring er å romme både den vitenskaplige kunnskapen og våre pasienters kunnskap om, forutsetning for, og drømmer om eget liv. Hun sier at: «Det etiske perspektivet peker dermed også på de forpliktelsene som knytter enhver forteller til den eller de som det fortelles om» (s. 228). Om psykisk helsevern for barn og unge fortsetter ferden mot formalutredninger, standardiserte metoder, og stor pasientgjennomstrømming, kan vi komme i et etisk uføre hvor vi mister fortellingene om barnet og familien i sin livsverden. Det er etter vårt syn en viktig etisk fordring på fagpersoner og politikere å sørge for at vi ikke «glemmer» sammenhengene som barn og familiers problemer lever i, og som skaper psykiske vansker.

Sammenhengen mellom livsvilkår og psykisk helse er anerkjent kunnskap, men rammene for å adressere konsekvensene av denne kunnskapen i psykiatrien blir dårligere. Hva skjer da med fagfolkene når erfaring og forskning ikke lar seg anvende i praktiske handlinger? Erfaringen blir ikke gyldig, og det nytter lite med teoretisk og dokumentert kunnskap dersom

rammene for praksis ikke gjør det mulig å realisere fagets verdier og mål. Man gjør som best man kan når man befinner seg i et spenningsfelt mellom motsetninger, men det har en pris å være talsmann for de mest sårbare og utsatte mennesker som trenger hjelp. Det skaper et ubehag at egne erfaringer, opplevelser og kunnskap om fag og rolle blir mindre.

BRUKEREN – KILDEN TIL FORANDRING?

Kravet om brukermedvirkning er kanskje det som gir mest håp. De politiske føringene er sterke om at vi både skal høre på brukerne, og gi dem innflytelse. Pasientrettighetsloven gir brukerne rett til innflytelse både i valg av metoder og mål for behandlingen. Nå er ikke den trenden ny; som Rolf Sundet sa på R-BUPs fagborg på Lillehammer i 2005: «I 40 år har vi fagfolk sagt at vi skal høre på brukerne, men de opplever ikke at vi gjør det». Det er stadig mange beretninger fra brukere i psykiatrien som opplever at de ikke blir hørt og tatt på alvor (Jørgensen, B., Aamodt, I, og Aamodt, L. G. 2002; Aamodt, L. G. 2005; Myrvold, T. M., m.fl. 2007).

Etter vårt syn er vanskene knyttet til makten vi utøver i terapeut- og ekspertposisjonene våre. Om barna, ungdommene og familiene får større innflytelse – hvem taper da makt? Laila Aamodt (2005) peker på at kompetente brukere (aktører) automatisk underkaster seg rammene og tilbudet i behandlingsapparatet. Brukermedvirkning må derfor jobbes fram, og skapes i møte med folk. Sosialt arbeids vekt på empowerment, og sosialpedagogikkens vekt på å hjelpe de utstøtte i deres kontekst blir viktige metoder i dette perspektivet. Fokuset på personen i situasjonen og barnet i sin kontekst gir et annet fokus enn diagnose og den medisinske modellen.

Forskningen i vårt fagfelt dreier seg heldigvis ikke bare >>

om evidensbaserte metoder. Resiliens er kunnskap om hva som gjør at noen mennesker ikke blir skadet til tross for store belastninger, og recovery er kunnskap om hva folk sier har vært viktig for at de er blitt friske. I resiliensforskningen står Antovnoskis begrep *sense of coherens* sentralt. Når belastningene vi opplever får en mening og en sammenheng, blir det mulig å gå videre. Resiliens dreier seg således ikke bare om terapi eller grupper – det dreier seg om å få orden på livet igjen og skape mening og mest-

«Det er et paradoks at de dårligste og minst motiverte barna og ungdommene i dag får tilbud i de mest sårbare tjenestene i vår velferdsstat, i kommunen og i barnevernet.»

ring rundt det vonde. Det dreier seg om å bli integrert i en meningsfull livssammenheng. Det er i «levd liv» sosial støtte oppstår (Borge, A. I. H. (red), (2007)). Forskningen om hvordan folk blir friske etter alvorlig psykisk sykdom – recoveryforskning – gir et enda tydeligere bilde. Marit Borg (2007) sier i sin doktoravhandling at recovery må bli sett som: «*an integrated part of peoples' everyday lives, and at least as much a social as a personal and unique process. The informants of these studies inform us that recovery is about living*» (ibid. s. 52). De faktorene som fremmer recovery tydeliggjør at sosialt arbeid er en nødvendig del av det psykiske helsevernet. Onken et al (2002) sin gjennomgang av forskningen fremhever de sosiale faktorene som grunnleggende: Nok materielle ressurser, sosiale relasjoner, meningsfull aktivitet og støtte fra andre brukere. De personlige ressursene som selvfølelse, håp og følelse av mening kommer deretter. Valgmuligheter og å være uavhengig er også viktig. Den siste faktoren pasienter mente hjalp dem er oss hjelpere; det formelle støtte- og behandlingssystem, og medarbeidere i systemene. Skal vi ta denne kunnskapen på alvor må vi bli mer opptatt av folks liv og livsbetingelser, og mindre opptatt av våre spesialiserte utredninger og metoder.

Metaforskning på behandlingseffekt peker i samme retning. Denne tradisjonen i behandlingsforskningen har hatt et sterkt fokus på fellesfaktorene i terapi. Funnene legger vekt på relasjon (behandlingsallianse) og klientfak-

torer. Lambert (i Duncan, M. og Miller, S. D., 2000) har på grunnlag av metaanalyser av 40 års behandlingsforskning laget en modell for ulike faktorerens betydning for forandring:

Fig: 1

Den største delen er klientfaktorene. De omfatter klientens egen tro på og erfaring med hvordan forandring skjer, og forandringer i livet. Denne forskningen peker på at folk blir bedre av få en jobb, skifte bolig, forelske seg, få venner. Med unn-

tak av forelskelse er dette temaer som våre faggrupper tradisjonelt har jobbet med. I sosialt arbeid er inntektssikring, bolig og

mestring av livet sentralt. Sosialpedagogikkens mål er integrering i livet og samfunnet. Veiene er mange som nettverksintervensjoner, nettverkskart, støttekontakter, arbeide for å få ungdommen inn i fritidsklubber, eller tennisklubben for den saks skyld. Å hjelpe folk med de vanskene de definerer, på måter de selv tror på, i den retningen de ønsker, er avgjørende for en vellykket behandling. Vi må derfor gå ned fra «terapiens elfenbenstårn», og samarbeide med folk (Miller, S. D., Duncan, B. L., Hubble, M. A., 2003). Dette understreker betydningen av å arbeide sammen med våre brukere om endringer i hele livskonteksten på deres premisser. Det ville de fleste av oss for noen år siden kalt sosialt arbeid eller sosialpedagogikk.

Det er ikke vårt syn at diagnoser eller utredninger er uten betydning. En diagnose kan gi et svar på hvorfor barnet sliter, og minske opplevelsen av skam over å være annerledes. Diagnosen kan øke forståelse, gi medisiner som hjelper, utløse rettigheter knyttet til skole- og trygdesystemet. Faren er at diagnoser kan forme framtiden slik at barn «blir en ADHD-diagnose» i egne og andres øyne. Bekymringen vår er at diagnostisering får en for stor plass i fagfeltet på bekostning av behandling og sosialt arbeid. På tross av iherdige forsøk på å finne den rette behandlingsmetoden for en diagnose, har man ikke lykket. Hos voksne er det slik at tidlig bedring og kvaliteten på relasjonen gir en langt bedre mulighet til å forutse behandlingsutbytte (ibid). Det er ikke forsket like mye på terapi med



barn og ungdommer. Stephen Shirk (2006) oppsummerte at det kan virke som om aktive metoder som innbærer elementer av læring er mer virksomme enn innsiktsorienterte metoder, og at foreldreveiledning er den mest effektive hjelpen for små barn. Men det ser ut som tidlig bedring er av minst like stor betydning. Birgit Svendsen (2007) understreker alliansens betydning for utfallet av terapi med barn som viktigere enn en bestemt metode. Sentralt er barnets opplevelse av terapeuten som hjelper og samarbeidet om mål og metoder tilpasset barnets livsverden. Fra et sosialpedagogisk og utviklingspsykologisk perspektiv er dette ikke et overraskende funn. Miljøterapeuter har alltid vært opptatt av å skape situasjoner hvor barn og ungdom mestrer og gjør nye erfaringer. I sosialt arbeid er problemer og symptomers virkning på barnets og familiens hverdag på ulike arenaer en viktig del av utredningen. Det danner grunnlaget for å utvikle samarbeid med foreldrene og med barnet om å skape en endring de ønsker. Vissheten om at hjelpsøkende mennesker også underkaster seg ekspertenes forståelse og metoder, gjør det til en forpliktelse for fagfolk å forsikre seg om at foreldre og barn er medskapere i å utvikle forståelsen av hva som skal endres og hvordan. Både de hjelpsøkendes og hjelpernes kunnskaper er nødvendige i denne prosessen.

Oppsummerende kan vi si at funnene i de senere års massive forskning om behandlingseffekt, viser at det å hjelpe folk med å mestre sin tilværelse, og kjempe mot sine vansker på egne premisser, er en langt mer avgjørende faktor enn diagnoser og bestemte behandlingsformer.

FATTIGDOM SKAPER SYKDOM

Det er godt dokumentert at fattigdom skaper helseproblemer både somatisk og psykisk. Sammenhengen mellom marginalisering og psykisk sykdom er for eksempel dokumentert i den klassiske undersøkelsen til Brenner

fra 1979. Den viser at 1% økning i arbeidsledighet fører til 6% nye innleggelse i psykiatriske sykehus og 4% økning i selvmord. Denne forskningen er senere bekreftet og er lagt til grunn for den engelske planen for psykisk helsevern (Waldegrave, C. 2005).

Det er en tilsynelatende enighet om kontekstens betydning i vårt fagfelt. Samtidig kommer det stadig flere terapeutiske modeller som tar utgangspunkt i at det skal finnes en måte å bekjempe et problem på når det er forstått og isolert. I diskusjonen rundt dette framholdes det heldigvis ofte at en også må se på familiehistorikk og fenomener som vold og overgrep. Det er bra, men det er ett perspektiv som ofte glemmes: Følgene av fattigdom, marginalisering, og stigmatisering. Kanskje er grunnen at begreper som sosial klasse og ulikhet ikke passer så godt inn i vårt moderne, reduksjonistiske og markedsstyrte helsevesen?

Sosioøkonomiske perspektiver blir ofte glemt når vi snakker om behandling. Arbeidsgivere har sagt at spesialisthelsetjenesten ikke har behov for sosialfaglig kompetanse fordi bolig og inntektssikring er kommunens ansvar. Igjen møter vi konsekvensen av dagens organisering av velferdsstaten med vekt på avgrensninger og resultatenheter. Faglig er det en tvilsom argumentasjon. I klinisk praksis er det mange eksempler på at behandlingen ikke har ført fram fordi folk opplever seg som låst i umulige livssituasjoner. Arbeid med dette må skje parallelt med terapien dersom samtaler eller pillene skal være virksomme. Folk lever ikke sitt liv i tiltakskjeder, de lever liv i sammenhenger. De grelleste eksemplene ser en i akuttpsykiatrien. Hvor ofte har ikke pasienter blitt stabilisert på en akuttavdeling, og sendt ut til et liv i kaos, med mangel på et sted å bo, jobb, og innhold i hverdagen? Verdien av medisiner eller innleggelse blir liten, og svingdørsproblematikk blir resultatet. Erfarne klinikere på BUP´ene vet at det er nærmest umulig å hjelpe et barn med en stor egen problematikk når det er kaos på skolen eller hjemme. Økt vekt på ambulant jobbing og individuell plan er et svar på denne problematikken, men ikke tilstrekkelig. Vårt anliggende er at vi trenger et sosialfaglig fokus integrert i hele det psykiske helsevernet, ikke bare i noen saker hvor man kan henvise til det ambulante teamet eller til de kommunale tjenestetilbudene.

>>

I en tid med vekt på effektivitet og økende henvisninger legges det mye arbeid i å avgrense hva som er vårt ansvar, og skyve mange av oppgavene over på andre – oftest i 1. linja. Det er ikke mulig «å skrive ut» noen av en kommune grunnet manglende behandlingsmotivasjon eller behandlingsresultater. Det er et paradoks at de dårligste og minst motiverte barna og ungdommene i dag får tilbud i de mest sårbare tjenestene i vår velferdsstat, i kommunen og i barnevernet. Den rådende tanken i organiseringen av velferdsstaten er tiltakskjeder for å gi sammenhengende og helhetlig hjelp. Organiseringen med vekt på spesialisering, resultatenheten og nivåer gjør at pasienten lett skyves gjennom systemet som pakkepost uten å se behovet for parallelle prosesser i hjelpetiltakene. Derfor fører tiltakskjeden til at mange opplever at de faller mellom stolene, eller som en far til en gutt sa: «Det er en heltidsjobb å fly på møter, skjønne hvem som gjør hva og prøve å få det til å henge sammen». Når BUP ikke starter behandlingen før omsorgssituasjonen er avklart, kan vi gå glipp av terapeutiske muligheter til å hindre at flytting skaper sår, eller hjelpe et barn med å tilpasse seg slik at fosterhjemmet ikke sprekker. I utredningen får BUP en ofte inngå-

«Sosialarbeidere og terapeuter har en etisk forpliktelse til å være samfunnets termometer for smerte.»

ende kjennskap til barns lærings- og mestringsstrategier, og noen ganger også til deres kognitive fungering. Denne kunnskapen kan forbli på BUP'en, eller oppsummeres i generelle rapporter. Der er den mindre nyttig enn hos læreren på skolen.

VEIER UT AV UFØRET

Vi må supplere, og kanskje til og med langt på vei erstatte tiltakskjedetekningen med et samtidighetsprinsipp. Et radikalt svar på kravene om en effektiv barne- og ungdomspsykiatri peker derfor i en annen retning enn på raske formalutredninger, standardisert behandling og korte behandlingsforløp før en overfører ansvaret til 1. linjen. Vi må stille spørsmål om hvordan møte mellom kunnskapen vår kan bli nyttig for dette barnet og familien. Dersom den

rådende modellen i spesialisthelsetjenestene erstattes med ideen om utviklingsstøtte, får vi andre perspektiver. Da blir ikke strevet med å finne de vitenskapelige sanne svarene det sentrale, men å finne den forståelse som hjelper barnet, foreldrene, skolen til å fremme barnets utvikling det viktigste perspektivet.

Utviklingen på Nordkalotten med vekt på åpne samtaler, og det barne- og ungdomspsykiatriske prosjektet i Gällivare som utreder barna sammen med 1. linjetjenesten, peker på andre mulige veier å gå (Kjellberg, 2003). Når foreldres og skolens syn på, og kompetanse på barnet blir viktig og verdsatt, blir vår rolle annerledes. Vi tvinges til å ta utviklingsøkologien inn over oss, og se muligheter og begrensningene i barnets livssituasjon. Det kan gjøre oss ydmyke for at det finnes andre forklaringer enn de snevre diagnostiske, og det kan sikre at kunnskapen om det enkelte barns sterke og svake sider ikke blir liggende hos ekspertene, men at de som gir den daglige utviklingsstøtten blir myndiggjort og får en økt forståelse.

Et skifte i synet på hva som er det sentrale i behandlingen vil endre troen på de lukkede behandlingsrom, og på at innsikt og tankens kraft alene kan endre barn og unges

liv og selvforståelse. Vi må være opptatt av å bringe inn livsverden som tema i våre samtaler og intervensjoner. Å følge en mor i møtet med sosialtjenesten, å snakke med

en ungdom og en lærer sammen kan være minst like viktig som 10 timer med individualterapi, selv om det kanskje ikke gir samme status og økonomiske uttelling. Det vil i disse møtene ofte oppstå ny kunnskap som kan hjelpe oss og barnet videre – selv om det ikke tillegges samme verdi som et strukturert diagnostisk spørreskjema. Det er forunderlig å se hva et barns bekymring for familiens økonomi eller mors helse kan gjøre både med konsentrasjon og depresjon hos barn. At en lærer skjønner hvor mye angst en elev kan oppleve i et kaotisk klasserom, kan dempe angst like effektivt som medisiner. I Storbritannia har Dr. Steve Kingsbury (2007) ledet et prosjekt for å gi barn og familier informerte valg om hvilken behandling og utredning de skal ha, og avklare andre hjelperes rolle. Erfaringen er at familien som oftest velger et mindre til-

bud enn det ekspertene ville gitt. Tilnærmingen gir familien og ungdommen makt over egen behandling, og det minsker stigmatiseringen og ubehaget over å søke hjelp for psykiske vansker. De lykkes i få til et bedre samarbeid med og gode tilbakemeldinger fra resten av hjelpeapparatet.

Forskningen og terapitradisjonen knyttet til *Just therapy* handler om å jobbe med sosialt arbeid i behandlingsfeltet. Waldegrave (2005) mener at når vi skal gi behandling til samfunnets utstøtte og marginaliserte grupper, kan vi ikke bare behandle symptomene. Når vi velger å gi et menneske med dårlige boforhold, fattigdomsproblemer, og et kaotisk liv behandling «bare» for angsten eller depresjonen, bidrar vi ikke da i beste fall bare til en midlertidig lindring, eller til å tildekke urett i samfunnet? Waldegrave (ibid) tar til orde for at vi må adressere fattigdom, undertrykking og rasisme. Hvis ikke har vi som terapeuter liten eller ingen troverdighet i møtet med de dårligst stilte gruppene i samfunnet. Sosialarbeidere og terapeuter har en etisk forpliktelse til å være samfunnets «termometer for smerte». Dersom lidelse, fattigdom, og de samfunnsprosesser som skaper lidelse skal bli et politisk tema, og noe en snakker om rundt frokostbordet til «det velberga og fornøyde flertallet», må noen synliggjøre det.

I praksis har vi alle mange eksempler på betydningen av sosioøkonomiske forhold. Ungdommen som sliter med isolasjon fordi familien ikke har penger til deltagelse i ungdomsaktivitetene, kan lett bli forstått som sosialt isolerte og deprimerte – om en ikke er opptatt av den konteksten adferden skjer i. Bengtson m.fl. (2004) peker på at barn som utsettes for vold får symptomer som oppfyller kriteriene til ADHD. Vi risikerer å begå overgrep mot folks forståelse av seg selv, og tilsløre overgrepene om vi i spesialisthelsetjenesten lar den diagnostiske kunnskapen bli den dominerende. Gir man bare en nevrologisk forklaring på årsaken til et barns vansker, risikerer man at viktig kunnskap om egen smerte, og sinne mot overgripere blir ugyldiggjort. Det skaper stor smerte og frustrasjon, og gir lite rom for bearbeidelse, selvinnsikt eller forsoning. Laila Aamodts (2005) skriver om behandlernes makt: Våre definisjoner av virkeligheten og foretrukne arbeidsformer blir lett de dominerende. Folk er godt opplært gjennom skole, møte med helsevesenet, og erfaringen med at kunnskap om eget liv er av liten verdi. De underkaster seg våre sys-

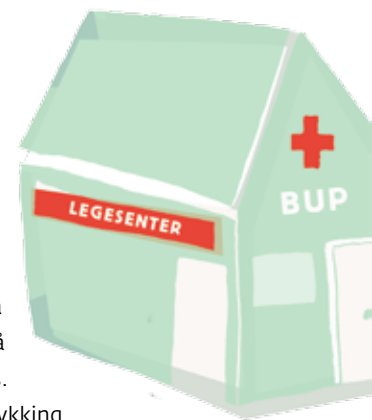
temer og vår ekspertkunnskap umerkelig, uten å stille spørsmål, og uten stemme til å gjøre sin kunnskap om eget liv gyldig. Vi må ta et radikalt annet standpunkt for å lykkes.

Vi må våge å gjøre folks liv, nederlag, undertrykking, vold og fattigdom til temaer i behandlingen i det psykiske helsevernet. For å gjøre hennes ord til våre – vi må våge å være radikale.

ER VÅR KUNNSKAP ET RADIKALT PERSPEKTIV?

Vi startet denne artikkelen med å peke på at det er dominerende krefter i vårt fagfelt som fremmer de trendene som skyller over oss. Vi opplever at våre faglige perspektiver og arbeidsmåter ikke verdsettes. Behandlings hjemmene med målsetning om stabile relasjoner over tid og et sosialpedagogisk utgangspunkt om å lære barna bedre fungering, erstattes av sykehusavdelinger med vekt på diagnoser og medisinerer. I poliklinikken vektlegges sosioøkonomiske forhold lite. I kommunen har psykiatriteamene ofte ikke sosialfaglig kompetanse. Plassen for barnevernspedagogers og sosionomers kunnskap og praksis blir trang.

Vi må stå opp mot denne utviklingen. Som fagpersoner må vi se barn og familier i deres kontekst, og fremheve «evidensen» for våre perspektiver. Sosialpedagogikk og sosialt arbeid er kunnskapsbaserte tilnæringer til folks problemer. Vi må ta kunnskapsdebatten, og bidra til at fagfeltet ikke har et ensidig fokus på å generere kunnskap på gruppenivå. Det er i møte med den enkeltes unike situasjon at kunnskap om behandling har sin gyldighet. Vi er derfor skeptiske til den dominerende plassen effektforskning og evidensbaserte terapiformer er i ferd med å få i både BUP og barnevernsfeltet. Vår kritikk er at denne trenden og New Public Management i liten grad fanger opp det sentrale ved behandling i offentlig regi. De barn og familier som kommer til oss har sammensatte vansker som krever innsatser på mange av livets områder. Laura Fruggeri (2002) sier at kjennetegnet ved psykoterapi i offentlig regi er behovet for flere intervensjoner, profesjoner og institusjoner i de vanskelige sakene. Dette er en av grunnene til at systemisk terapi har stått og fortsatt står sterkt i vårt fagfelt og til at systemteori er en sentral metateori i sosialt arbeid. Det finnes heller ikke forskning >>



som sier at profesjon har betydning for effekten av terapi (Orlinsky, D. E., og Rønnestad, M. H. (2005). Våre profesjoner har som terapeuter like stor plass i fagfeltet som de andre.

Erfaringene fra arbeid i BUP-feltet og sakene våre studenter kommer med er at terapeutene med sosialfaglig bakgrunn får multiproblemfamiliene. Vi jobber derfor med familier og barn med alvorlige psykiske symptomer som også sliter med fattigdom, følgene av en ødelagt barndom, vold og overgrep. Vi samarbeider tett med barnevern, sosialtjenesten, og klientens nettverk. Det ligger i dette arbeidets natur at det er vanskelig å se hvilken av innsatsene som gir behandlingseffekt. Er det familiesamtalene, individualsamtalene, eller at de fikk avlastning eller en tilpasset bolig? Våre brukere blir som oftest ekskludert i de evidensbaserte undersøkelsene, de har for mange lidelser og belastninger. Det gjør ikke vår kompetanse mindre nødvendig eller verdifull – det er liten tvil om behovet for en slik bredspektret innsats. Psykoterapi i offentlig regi må derfor bygge på et bredt empirisk grunnlag, og flere profesjoners bidrag (ibid). Det bør derfor være et anliggende for våre politikere og helsemyndigheter å bidra til dette – og fokusere på dette perspektivet i samme grad som på behovet for leger, psykologer, eller forskning på effekten av enkelt tiltak. Vår utfordring er vanskelige med å dokumentere behovet for en styrking av sosialt arbeids metoder i psykiatriens tilbud til barn og familier med sammensatte problemer etter krav fra den evidens-

baserte medisinen. Vi må fremme forskning som kan hjelpe oss til å synliggjøre og dokumentere våre fags bidrag.

Fokuset må endres fra en spesialisthelsetjenestetankegang som legger vekt på å avgrense oppgaver til forpliktende samarbeid. Den innsatsstyrte finansieringen må trappes ned, og det meningsløse målet om antall samtaler per behandler må nyanseres. Sist men ikke minst må spesialisthelsetjenesten ta sitt ansvar for å samarbeide med barn og familier, barnevern, skoler, og kommuner. Vi er trøtte av store reformer i offentlig sektor, men vi må se på

hvordan vi kan skape felles arenaer for å hjelpe de barn og unge som har store funksjonsproblemer. De opplever ofte vansker i omsorgssituasjonen og har psykiatriske lidelser. Skal vi slå sammen BUP og barnevernet på statlig nivå? Den gamle barnevernssklinikken hadde mye for seg. Samhandlingsreformen kan gi en ny mulighet til å skape et rom for å hjelpe folk i deres livssammenheng, med jobb, nettverk, bolig og et meningsfylt liv. Det krever en faglig tydelighet fra oss, og dristige politikere som tør å utfordre de sterke kreftene som vil redusere den psykososiale forståelsen og tilbudet ved å bare tenke sykdom og diagnoser. Erfaringen fra rusreformen skremmer – den har svekket de sosialfaglige perspektivene.

Vi har valgt å legge vekt på forskning og kunnskap som peker på nytten og effekten av det vi gjør fordi vi har opplevd at dette er nødvendig i møte med tidens trender. Vi vil også understreke den ideologiske og etiske begrunnelsen for sosialt arbeid. Vi har i tråd med våre etiske retningslinjer et ansvar for å hjelpe folk til økt sosial integrering, økt livskvalitet, møte dem «der de er» og til å fremme deres evne til å mestre egne liv.

TA TILBAKE SOSIALT ARBEID!

Vi har kjent på et ubehag for situasjonen vi beskriver, og har i denne artikkelen forsøkt å synliggjøre våre profesjoners plass i psykiatrien. Vi har erfaringer med at profesjonskamper fører til «tverr» faglighet, og har opplevd hvordan det er når vår kunnskap blir marginalisert av profesjonene som har mer makt i BUP-hierarkiet. Selv om vi erkjenner at et anliggende er å sikre at vi fortsatt har plass i BUP, er det ikke det sentrale. Vårt poeng er at sosialt arbeid og sosialpedagogikk er kompetanse som trengs i store deler av det psykiske helsevernet. Vi kan ikke la diagnoser og den snevre evidensbaserte kunnskapen alene bestemme hva slags hjelp som tilbys. Vi kan ikke støtte ekspertenes elfenbenstårn. Vi må få et større fokus på hvordan hjelpe det unike barnet og familien med de vanskene de opplever i den livskontekst de faktisk lever i. I den grad det også er profesjonskamp involvert, handler det likevel primært om å gi større plass til våre profesjoners nødvendige, og radikale faglige bidrag. ■



LITTERATUR

- Bengtson, Mette, Steinsvåg, Per Øistein og Terland, Hans** (2004) *Ungdom bak volden*. Universitetsforlaget, Oslo
- Bourdieu, Pierre** (1998/2000). *Den maskuline dominans*. Oslo: Pax Forlag.
- Borg, Marit** (2007). The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems. Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science.
- Borge, Anne Inger Helmen** (red) (2007), *Resiliens i praksis - Teori og empiri i et norsk perspektiv*, Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalgard, Odd Steffen, Sørensen, Tom, red.** (1988) *Sosialt nettverk og psykisk helse*. Oslo: Tano.
- Dalgard, Odd Steffen, Døhlie, Elsa og Ystgaard, Mette, red.** (1995) *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget
- Duncan, Barry L. og Scott, D. Miller** (2000): *The Heroic Client*. San Francisco, Jossey-Bass
- Duncan, Barry L. Hubble, Mark A. og Scott, D. Miller** (2003): *Beyond integration: the triumph of outcome over process in clinical practice*. Psychotherapy in Australia v.10 no.1 Nov: 32-41,73-80
- Eilertsen, Roar** (2003) *Når sykehus blir butikk - om etableringen av et sykehus-marked i Norge*. Oslo: De Facto - kunnskapssenter for fagorganiserte.
- Foucault, Michel** (2006) *Tingenes orden : en arkeologisk undersøkelse av vitenskapene om mennesket*. Oslo: Spartacus forlag
- Fuggeri, Laura og Mattenini, Massimo** (2002): *Fra dualisme til kompleksitet: Metodologiske aspekter ved psykoterapi i offentlig regi. I Fokus på familien*. Nr. 4 s. 241-251. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fyrand, Live** (1994) *Sosialt nettverk. teori og praksis*. Oslo: Tano
- Helsedepartementet** (2003): *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse ... sammen om psykisk helse...* Oslo: Helsedepartementet.
- Johansen, Astrid, Sundet, Rolf og Tørsteinsson, Vigdis Wie** (2000): *Samspill og selvopplevelse*, Oslo: Tano Aschehoug.
- Jørgensen, Britt, Aamodt, Ingrid og Aamodt, Laila Granli** (2002). *Enslige mødre - familier med store psykososiale belastninger*. Nordisk Sosialt Arbeid, nr. 4.
- Karlsson, Bengt,** (2008) *Psykisk helse i spennet mellom krav til produksjon og levd liv. I tidsskrift for psykisk helsearbeid, volum 5 nr. 2*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kjelberg, Eva.** (red) (2001). *Man kan inte så noga veta*. Stockholm: Mareld
- Kingsbury Steve** (2007). Foredrag på R-BUPs konferanse om utfordringer i ambulant terapi, Oslo 25-26-01.2007, og <http://www.camhsnetwork.co.uk/Childlayer1pages/CAPA.htm>
- Lauveng, Audhild** (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen.
- Myrvold, Trine Monica, Kristofersen, Lars B. og Sverdrup, Sidsel,** (2007): *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid - Idealer og realiteter*. Oslo: NIBR-rapport 2007:02
- Mæhle, Magnar** (2003): *Re-inventing the child in family therapy*, Psykologisk fakultet. Universitetet i Bergen
- Onken, Steven Justin et al** (2002): *Mental Health Recovery: What helps and what hinders? A National Research project for the development of recovery facilitating system performance indicators*. NTAC.
- Orlinsky, David & Rønnestad, Michael Helge** (2005). *How psychotherapist develop: A study of therapeutic work and professional development*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shirk, Stephen R.** (2006). *Forelesning på allsangsekskurset i R-BUPs spesialistutdanning*, Oslo: 9. mars.
- Sosial- og helsedepartementet** (1997): *Stortingsmelding nr. 25: Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sundet, Rolf** (2005). *Foredrag på R-BUPs fagtorv*. Lillehammer: 24. -25. november.
- Svendson, Birgit** 2007 «utvikling av alliansen i psykoterapi med barn» i *Haavind, H. og Øveereide, H. (red) (2007): Barn og unge i psykoterapi. Samspill og utviklingsforståelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tranøy, Bent Sofus** (2006). *Markedets makt over sinnene*. Oslo: Aschehoug
- Rønnestad, Michael Helge og von der Lippe, Anna** (2002). *Det kliniske intervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Waldegrave, Charles** (2005). «Just Therapy» with families on low incomes, Child welfare nr. 2 March/April: Child welfare league of America s 265-275.
- Vigdis Wie Torstenson** (2000) i **Johansen, Astrid, Sundet, Rolf og Tørsteinsson, Vigdis Wie** (2000): *Samspill og selvopplevelse*, Oslo: Tano Aschehoug
- Aamodt, Laila Granli** (2005). *Familien mellom mange hjelpere*. Bergen: Fagbokforlaget.