

**Skillnader som gör skillnader -  
organisatoriska och  
professionella ramar för en  
jämlik och samverkande  
sjukvård**

Svensk Familjeterapikongress,  
27-29 august, 2025, Storforsen,  
Älvsbyn

Rolf Sundet  
Universitetet i Sørøst-Norge  
rosundet@online.no



# Innledning og avgrensning

Posisjonen jeg snakker fra:

- Psykolog, spesialist i klinisk psykologi, videreutdanning i familierterapi og narrativ praksis, og utdanning («utbildning») som forsker (Ph.d). Nå professor emeritus).
- Snakker som praktiker, som terapeut og handledare, min primære faglige identitet.
- Argumentere for at det er en diskontinuitet mellom det å være praktiker og det å være forsker.
- Når jeg snakker om forskning og kunnskap er det for å styrke praktikerposisjonen.

# Innledning og avgrensning

- Arbeidserfaring fra Sverige:
  - Gøteborg Kompetanse Senter
  - Familjevårdstiftelsen
  - Gøteborg Universitet
- Oppdagelsene av forskjeller/skillnader mellom det svenske og norske språket («en bæsj»)

# Innledning og avgrensning

- På norsk «forskjell», på svensk «skilnad».
- «Likeverdige» på norsk er «jämlig» på svensk,
- «Samarbeid» på norsk, er «samverkande» på svensk,
- «Veiledning» på norsk er «handledning» på svensk.
- Lagt ut en ordliste
- Stopp meg ved problem

# Innledning og avgrensning

- Organisatoriske og professionella ramar vil søkes belyst.
- Gi faglige/professionella argument for å imøtegå New Public Management
- «Å gå over bekken etter vann», på svensk, «att korsa bäcken för att hämta vatten»: Møtet med Jonna Bornemark sin bok: Det omätbaras renässans. En uppgörelse med pedanternas värdsherrevälde. Jeg kan ikke tilføye så mye om New Public Management her.
- Utvikle tenkning fra et familieterapeutisk ståsted.
- Sentralt: Ideer, tanker, spekulasjoner om hva som skal til for å få et likeverdige/ jämlik helsevesen/sjukvård?

# New Public Management

- «Det målbare (mätbara) og markedet i sentrum for NPM.
- «Kontrollsystem, oppfølgingar, utvärderingar och avrapporteringar av effektivitet, besparinger och prestasjoner blev ... allt viktigare och tar än i dag alt mer tid ... NPM lovade større frihet och autonomi, vilket krävde en ökad kontrollapparat och skapade en ny byråkrati». (Bornemark, 2018, s. 32)
- Paradoks - -et byråkrati som skal fjerne byråkrati hvor mer utredning (utvärdering) er svaret på alle problem. Gir økt press på de profesjonelle
- Mer utredning, mer dokumentasjon, mer standardisering, mer seleksjon – fra terapeut til «saksbehandler» («handläggare»).
- Legger grunnlag for og avhengig av et spesifikt kunnskapsbegrep

# Det dominerende kunnskapsbegrep

- Spørsmål om evidens og det virksomme det avgjørende
- «Evidens»: To uavhengige, randomiserte, kontrollerte studier (**RCT**) som viser at en metode har (bedre) effekt sammenliknet med en annen metode.
- Evidens for gruppenivået og angir generaliseringer
- RCT som gullstandard for å etablere virksomme metoder
- Vekt på teorispesifisitet (på-forhånd-teorier/svar på etterskudd), fleksibel standardisert praksis, lett å dokumentere – passer med og styrker NPM.

# Det dominerende kunnskapsbegrep

Den amerikanske psykologforeningen sin prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis:

*«Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål».*

# Det dominerende kunnskapsbegrep

- Et framsteg: Pasient og terapeut må inkluderes i det å lage en evidensbasert terapi eller det en kaller en «virksom (effektiv) terapi».
- Samtidig «beste forskning» opprettholdes som RCT. Hva er problemet?
- Argument for RCT: “There are variations between humans, but there also is a relatively uniform human nature. This means that investigations that work on large groups of humans will probably work for random individuals” (Kennair et al., 2002, p. 9).
- Sagt på en annen måte: Hvis vi vet noe om de mange, da vet vi noe om den ene. Mer ekstremt, kanskje radikalisert/totalitært: det som gjelder for de mange, gjelder for den ene.

# Det dominerende kunnskapsbegrep

- RCT gir sannsynligheter («sannolikhet») på gruppenivå for et spesifikt resultat: Bli bra, bedre, ingen forandring, forverring.
- Sannsynlighet betyr ikke realitet, bare mulig realitet. Sannsynlighet på gruppe nivå gir ingen sikkerhet på individnivå, bare forslag (förslag). Det betyr at en virksom (effektiv) metode er ikke nødvendigvis en hjelpsom metode for den enkelte familie/pasient
- Virkeligheten mer komplisert enn at en kan gå direkte fra gruppenivå og sannsynligheter til hva en skal gjøre i praksis. Derfor diskontinuitet mellom det å være terapeut og det å være forsker.
- Det er det som skjer og viser seg i den faktiske terapeutiske relasjon og møte som er avgjørende for å lage («göra») en terapi som er hjelpsom for personen og familien.

# En kunnskapsbasert praksis

Hvordan forstå forholdet mellom forskningsfunn og hvordan praksis utføres, det vil si hva en kunnskapsbasert praksis må inneholde?

Mitt forslag: En kunnskapsbasert praksis må rette seg mot to kunnskapsområder:

1. Det som skapes gjennom forskningsmetoder, både kvantitative og kvalitative, og spesielt det randomiserte, kontrollerte studiet, hvor forskningsbasert kunnskap innebærer generaliseringer ut fra gruppedata.
  2. Kunnskap om å lage en terapi som passer den individuelle familien/pasienten, deres muligheter, situasjon og kontekst. Lage lokal, kontekstuell kunnskap i den enkelte behandlingskontakt.
- Bakgrunn i følgende «funn»: I beste fall får 60% hjelp og 40 % (variasjon her) får ikke hjelp.
  - Virksomme metoder er ikke nødvendigvis hjelpsomme for den enkelte familie/pasient

# Konsekvenser for vårt helsevesen («sjukvård»).

- Det doble innholdet i kunnskapsbasert praksis må få organisatoriske konsekvenser.
- Ledere, politikerne, byråkrater og terapeuter som tror på evidensbaserte metoder som svar på alle problemer, må ta inn over seg at hvis bare denne ene delen gis plass og forrang, da skapes problemer.
- Dagens problem: Den evidensbaserte delen får for stor plass, med lite kunnskap om hva gjør sammen med den andelen som slike metoder ikke hjelper, med akkumulering av personer som faller utenfor.
- Dagens utfordring («utmaning»): Utdanne («utbilda») de profesjonelle i å lage og anvende lokalt skapt, kontekstuell kunnskap i situasjoner hvor «det virksomme ikke virker» og en sitter fast og ikke vet.

# Konsekvenser for vårt helsevesen («sjukvård»).

- Problem og utfordring -- utenforskap («utomstående») skapes: Personer som faller utenfor våre tilbud i helsevesenet og/eller samfunnet generelt.
- En spådom (förutsägelse): Jo mer systemet blir rettet inn på generaliserte arbeidsformer, jo mer vil gruppen som faller utenfor øke (kan forskning følge samfunnets økte endringstakt?).
- Hvor vil dette merkes? I Norge helt klar i kommunen: helse- og sosialtjenestene, i barnevern, i russektoren og i psykisk helsevern/psykiatrien i akutteneheter .
- Det er her de som er utenfor vil dukke opp. I resten av psykisk helsevern/psykiatrien vil kampen hele tiden handle om seleksjon; hvem skal få og ikke få?

# Konklusjoner («slutsatser») så langt

- Avgjørende å tenke gjennom hvordan tjenester, både på samfunnsnivå og i den enkelte tjeneste, bør organiseres gitt det doble perspektivet på kunnskapsbasert praksis.
- Vi har et ekteskap mellom NPM og dagens kunnskapssituasjon hvor førende fagmiljø, politikere og helsebyråkrater lar ideen om at det er det vi vet om de mange som skal styre hva som skjer med den ene, med økning i dokumentasjon, standardisering, seleksjon og utenforskap.
- Vi trenger et nytt hjelpemiddel: La meg introdusere et begrep, det franske «agencement», på engelsk «assemblage», på svensk og norsk «arrangement».
- Jeg vil anvende det engelske ordet «assemblage» for å skille det ut fra den generelle bruken av ordet «arrangement».

# Assemblage (“et fransk systembegrep”)

- G. Deleuze og F. Guattari (2004) skriver: “We call an assemblage every constellation of singularities and traits deduced from the flow...” (Deleuze and Guattari, 1988).
- Et assemblage er produkt av historiske prosesser og kan ikke reduseres til noe annet, samtidig kan de oppløses, de kan kobles til og blandes med andre assemblage. De er definert av egenskaper, tendenser, intensiteter, disposisjoner, ferdigheter.
- Hvert assemblage er historisk enestående, og mer eller mindre like andre assemblage.
- De bygger, som systembegrepet, på ideen om at helheten er mer enn summen av delene. I det relasjonelle spillet mellom deler oppstår noe som ikke kan reduseres til de enkelte delene.
- Vi kan se familien som et assemblage akkurat som vi har sett familien som et system.

## Assemblage (“et fransk systembegrep”)

- Assemblage: De relaterte delene kan være objekter, tekster, tegn, personer, betydninger, dyr, følelser, intensiteter, diskurser, internett, telefon, mm. Ingen grenser for hva som kan inkludere og relateres (Ex. alt i salen her).
- Utgjør en form for kausalitet hvor en effekt sjelden er resultat av en årsak. Effekt(er) er resultat av samvirke av mange hendelser og deler.
- Et samspill av mange disposisjoner og tendenser for at en effekt, eksempelvis psykisk lidelse, blir en realitet. Det samme med bedring og endring («En ikke-deterministisk årsakstenkning --«kausalt tänkande»).
- Er det noe i det assemblage vi arbeider sammen i som kan hjelpe oss? Noe vi ikke har oppmerksomhet på (unntak/undantag, unique outcomes)
- Familevårdstiftelsen: Når en sitter fast og ikke vet hvordan gå videre da er en mulighet å anvende kontekstutvidelse som et hjelpemiddel.

# Familieterapiens systembegrep et problem?

- Jacob Priest (The Science of Family Systems Theory, 2021): Vektlegger evidensbasert kunnskap om familier, anvender von Bertalanffy sine begreper fra 60-tallet, til å peke ut hva vi ut fra forskning bør fokusere på som familieterapeuter.
- Lar forskningen gi opphav til essens- eller «innholds-teorier.
- Autonomi, tilpasning, tilknytning (anknytning), triangulering, emosjonsregulering er sentrale forskningsbaserte begrep vi må forholde oss til og bruke.
- Intet galt med disse fokus, men det paradoksale med essens- og innholdsteori er at det som skal hjelpe oss til å handle, samtidig begrenser vårt fokus. Et slikt systembegrepet, som all teori, blir derfor lett et begrensende begrep (Ex. reduksjon av tilknytningsfenomenet til 4 mønstre).

# Assemblage som hjelpemiddel

- Peker på at det alltid er noe utenfor våre beskrivelser, teorier og forskningsfunn som kan hjelpe oss (kontekstutvidelse, unike resultat, «görande» («doing-undergoing»)(virkeligheten er rikere enn teoriene)
- Forskningsframbrakt kunnskap via kvantitative og kvalitative metoder som angir generaliseringer, gir aldri svar om den enkelte familie, bare invitasjoner og muligheter til forståelse og hva vi kan gjøre sammen. Slik kunnskap kan bare foreslå.
- Hva som er viktig og avgjørende i det unike assemblage som en familie er, kan ikke bestemmes på forhånd. En må finne dette ut sammen med familien, om enn med inklusjon av generalisert kunnskap.

## **Et faglige («profesjonelt») (og politisk) standpunkt for vårt arbeid.**

- En kunnskapsbasert praksis innebærer sammenfletting av de to delene nevnt tidligere, samt et viktig pålegg for praksis; praksisbasert evidens (se senere)
- Disse tre delene eller aspektene blandes sammen og går over i hverandre og utgjør et «kunnskapsassemblage».
  - 1). Det som til enhver tid er den dominerende kunnskapsformen, «Royal Science, «kongelig science» (Deleuze og Guattari ). I dag dominert av kunnskap frambrakt gjennom studier på gruppenivå via randomiserte, kontrollerte studier.
- Populistisk sagt (igjen); troen på «at vet du noe om de mange, da vet du noe om den ene».

## **Et faglig («profesionelt») og politisk standpunkt for vårt arbeid.**

2). «Nomadic Science», nomadisk vitenskap (Deleuze og Guattari, 2004):

- Være bevegelig, kunne møte det nye og fremmed, med den ikke-vitende posisjon sin usikkerhet.
- Den enkeltstående familie har sin egen forskjellighet og unikhhet og vi trenger derfor kunnskap om hvordan møte denne forskjellighet og unikhhet
- Terapi er noe som lages (gjöra/gjörande) sammen med den aktuelle familien. Denne kan være mer eller mindre lik en evidensbasert metode.
- Populistisk sagt (igjen) «at bruk av en virksom metode, ikke nødvendigvis er en hjelpsom metode for den enkelte familie. Hva det er må vi finne ut sammen med familien».

## Et faglig («profesjonelt») og politisk standpunkt for vårt arbeid.

### 3. Praksisbasert evidens:

-- En kunnskapsbasert praksis må inkludere at en sammen med familien/pasienten produserer praksisbasert evidens: Rutinemessig utfallsvurdering (Routine Outcome Monitoring), bruk av feedbacksystem som FIT, OQ45 eller andre.

-- Fra min forskning: Disse er samtaleredskap, før måleredskap. Det er ikke målingen (mätningen) som er det avgjørende, det er samtalen om det som er målt som er avgjørende (Jfr. Rober & van Tricht, 2021).

-- Skalaer som ORS/SRS passer ikke alle. Alle tester, skjema og rutiner er samtaleredskap som gir samtalemulighet til å få feedback og gjøre endringer ut fra dette for den enkelte familie og pasient (Ex. å skrive journal sammen, ledermøtet på akuttavdeling).

## **Et faglig («profesjonelt») og politisk standpunkt for vårt arbeid.**

- En kunnskapsbasert og likeverdige praksis må inneholde alle disse delene. Hvis en blir dominerende eller bare en del råder da har en ikke en kunnskapsbasert praksis. Således har vi ingen kunnskapsbasert og likeverdige praksis i det norske helsevesen. Hva med Sverige?

To spørsmål:

- Hva er spesielt og viktig med familierapi i denne sammenhengen?
- Organisatorisk, hva må våre helsemyndigheter sørge for at inngår i et likeverdige assemblage?

# Familieterapiens unike grunnlag

- For oss er ikke likheter det avgjørende, for oss er det forskjeller, skillnader, som er avgjørende.
- Familieterapeuter er eksperter i å forholde seg til og arbeide med forskjeller.
- Den «kongelige» vitenskapen har sammenlikning og innsamling av likheter som sin agenda.
- Familieterapien er kritisk til ideen om at å bringe fram kunnskap i hovedsak innebærer å skape generaliseringer.

## Familieterapiens unike grunnlag

- Teorispesifikke individualterapier: Likheter som utgangspunkt. Kvantitativ (tall) og kvalitativ (ord) forskning er epistemologisk forskjellig, ontologisk like (basert i likheter). Gir en *identitetsontologi* -- troen på at virkeligheten består av fastlagte strukturer med en egen, avgrenset identitet («Kongelig vitenskap»).
- Familieterapeuter befinner seg innenfor en *forskjellontologi* -- troen på at det som virkeligheten består av alltid har grader av forskjeller hvor samspill mellom disse er avgjørende.
- Identitetsontologien -- virkeligheten som fastlagte strukturer muliggjør å kunne si hva virkeligheten «er» (strukturperspektiv).
- Forskjellontologien – virkeligheten som midlertidige strukturer («flow»), skapt og opprettholdt av prosesser (prosessperspektiv)
- Når en struktur gripes begrepsmessig, ex familie, er den allerede endret.
- Det som gjentas i all evighet er forskjeller («the eternal return»).

# Familieterapiens unike grunnlag

- Spørsmålet er ikke hva virkelighet i siste instans «er» (being), men hva den kan «bli» (becoming). Vi vet ennå ikke hva (familie)terapi kan bli.
- I vårt samarbeid med familier deltar vi i å bringe fram virkelighet (Maturana og å være «bring forthist»).
- Forskjell er ikke en avvisning av eller motsetning med den andre/det andre. Innebærer dog spenning, intensitet, ambivalens og konflikt.
- Å si ja til kunnskapsbasert praksis bestående av kongelig vitenskap, nomadisk vitenskap og praksisbasert evidens. Dette har organisatoriske konsekvenser.

## Organisatoriska och professionella ramar för en jämlik och samverkande sjukvård

To assemblage kan beskrives for dagens helsevesen/sjukvård, et dominerende og et ut fra familierterapiens grunnlag i forskjellsbegrepet.

Det rådende assemblage ---tre hoveddeler som samspiller:

**Del 1). Metamodell:** Den (psyko)medisinske modellen er profesjonelt/faglig rådende bestående av utredning, diagnostikk, behandling eller ikke, ofte i den spesifikk rekkefølgen.

- Utredning som styrende for hvordan inntak, førstekontakt, valg av evidensbasert metode og videre behandling skjer.
- Tendens til å individualisere og dekonstekstualisere psykisk lidelse rotfestet («rotade») i generaliseringer som blir overordnet, og hvor forskjeller nedgraderes.

## **Organisatoriska och professionella ramar för en jämlik och samverkande sjukvård**

**Del 2). Forskning:** Det er det randomiserte, kontrollerte studiet som toppen av et evidenshierarki hvor naturalistiske studier uten kontrollgruppe og en rekke kvalitative metoder har lavere posisjon (ex. Åpne dialoger sin marginalisering).

**Del 3). New Public Management:** Mål- og resultatstyring, konkurranseutsetting, innsatsstyrt finansiering, bestiller-utførermodell («beställare-utförande modell»), foretaksorganisering, standardisering, «best practice», bruk av ledelsesformer hentet fra det private næringsliv.

Det framstilles ofte som at brukermedvirkning, effektivitet, flat struktur og avbyråkratisering er viktig deler. Min erfaring er at i praksis er det omvendt med mangel på slike verdier og praksiser.

## **Organisatoriska och professionella ramar för en jämlik och samverkande sjukvård**

- Massiv økning i antall ledere i et styrket hierarki samt byråkratisering med vekt på dokumentasjon, overvåkning og detaljstyring fra ledelse høyt i organisasjonen ofte uten helse- eller sosialfaglig bakgrunn.
- Dette assemblage, den (psyko)medisinske modellen, det randomiserte studiet og NPM) fungerer autoritært, øker grad av seleksjon og utenforskap gjennom en avhengighet av å finne de pasientene som passer til anbefalte metoder, uten klare tilbud for de som faller utenfor.
- Dette assemblage og dets deler passer sammen som hånd i hanske: Ex. Å finne pasienter som passer til den evidensbaserte metoden krever utredning som gir opphav til økt vektlegging av standardisering, generaliseringer, seleksjon og eksklusjon av de som ikke passer metoden som igjen passer med NPM.

## **Organisatoriska och professionella ramar för en jämlik och samverkande sjukvård**

Et likeverdige assemblage rotfestet (rotad) i familierapiens arbeid med forskjeller (som gjør en forskjell)

«Loven om nødvendig variasjon». For å møte variasjon må en ha et repertoar av handlinger (åtgärder) som kan møte denne variasjon.

**I). Inklusjon av flere modeller.** En modell er ikke virkeligheten samtidig som beskrivelsen av modellen er del av virkeligheten og medbestemmende for hva virkeligheten kan bli.

Det dominerende assemblage med en modell er derfor en begrensning i hva som kan inkluderes av virkeligheten.

## Organisatoriska och professionella ramar för en jämlik och samverkande sjukvård

A). Den (psyko)medisinske modellen (biopsykiske forklaringer).

B). Den kontekstuelle modellen (tro, forventinger, relasjon, ritualer).

C). Samarbeidsmodellen:

*«Psykoterapi utgjør et individuelt og særegent forløp som danner en sammensetning av klientens/familiens og terapeuts ideer som kan, men ikke nødvendig må, resultere i en ny lokal teori med forklarende og forutseende gyldighet for den spesifikke klientens/familiens situasjon. Terapi utgjør en felles utvikling for klient/familien og terapeuten som fører til en framvoksende virkelighet bestående av følgende faktorer;*

*1) et rom for klientens og terapeutens bruk av egne ressurser og kunnskaper og*

*2) sikring av klientens positive opplevelse av alliansen med terapeutene og*

*3) styrking av klientens referanseramme eller endringsteori.»*

## Organisatoriska och professionella ramar för en jämlik och samverkande sjukvård

**II. Forskning:** Avvikle evidenshierarkiet med randomiserte studier sin dominans. Forskningsspørsmålet bestemmer forskningsmetode. Vi trenger et nettverk av metoder, ikke et metodehierarki.

- Vi trenger forskning (ex. bruk av AI?) på hvordan lage idiosynkratiske behandlinger for enkeltfamilier, med mindre vekt på innholds- eller essensteorier, og mer på praksisteorier. (Ex. Tom Andersen, Michael White og Jaakko Seikkula sine arbeidsmåter).
- Fokus er ikke på hva en skal snakke om, men hvordan snakke sammen slik at en kommer fram til hva som er viktig å snakke om for familien.

## **Organisatoriska och professionella ramar för en jämlik och samverkande sjukvård**

### **III. Alternativ til New Public Management.**

Jeg har ingen klare, gode alternativ, ,men vi vet noe om hva som må være tilstede.

- Rom for utprøving, oppfinnsomhet, & eksperimentering er nødvendig.
- Beslutningsautonomi i å møte med virkelighetens variasjoner.
- Sette forskjeller (sosiale, kulturelle og kontekstuelle, i behov, evner, bakgrunn, ferdigheter, økonomi med mer) og mangfold i sentrum
- Oppmerksom på om forskjeller gjør den forskjell at ulikhet oppstår gjennom reduksjon i variasjon, mangfold og utenforskap og eksklusjon.
- Redusere avhengighet av generaliseringer og øke mulighet for å møte variasjon gjennom tilpasning til pasienter, familier og deres kontekst, ikke omvendt. («Terapi lages i det fysiske rom, ikke i bøker og artikler»).
- En overgang fra «kontroll ledelse» til «samarbeidsledelse» («tillitsledelse»)
- Større lojalitet nedover enn oppover må fremelskes.

## Organisatoriska och professionella ramar för en jämlik och samverkande sjukvård

- «Trumpifisering» av byråkrati og fjerning av «bullshitjobs» (Unødige standardiseringer, dokumentasjonsoppgaver, styringsrutiner & «museklikk»).
- Ferdigheter i å gjøre brudd på regler og guider må være et krav som stilles til terapeuter der regler og guider ikke passer.
- Tillitt og autonomi til både pasienter, familier og deres terapeuter når det gjelder beslutninger om arbeidsmåter, frekvensen av møter, hvor og hvordan en møtes.
- NPM med sin tro på marked og konkurranse muliggjør ikke dette på en produktiv måte. Det alle norske og svenske skiløpere («skidåkare») vet er at konkurranse skaper flere tapere enn vinnere.
- Konkurranse må underordnes samarbeid

## To klasser av metoder: Et metodeassemblage

De som er avhengig av at familien(e)/brukeren(e) sier ”ja” til metodens premiss og rasjonaler:

- *Si ja (til metoden) og forandring vil følge. 'Nei` betyr lett motstand, mangel på motivasjon og at en ikke er klar for forandring før en sier 'ja`.*

- Psykoedukasjon er sentralt*
- Vektlegger tilpasset standardisering*
- Søker svar via en vitende posisjon*
- Grunnlag i likheter*
- Innholdsteori*

De som er avhengig av at brukeren sier ”nei” eller nøler til det metoden foreslår:

- *“Uten 'nei` (protest, nøling, spørsmålsstilling) er ikke en skreddersydd og hjelpsom praksis mulig”*

- Gjennomskinnelighet er sentralt*
- Vektlegger å lage idiosynkratisk og unik praksis til den enkelte familie*
- Søker svar via en ikke-vitende posisjon/situasjoner*
- Grunnlag i forskjeller*
- Praksisteori*

# Avsluttende ideer som har hjulpet meg

- Start alltid med behandling, utredning og diagnostikk er del av denne.
- Prioritering aldri uten at en diskuterer fordeling av ressurser.
- Utsagn om prioritering er (ofte) en hvitvasking av et helsevesen uten likeverd.
- Holde på den nordiske velferdsstaten sitt universalitetsprisnipp, avvis den neoliberale velferdsstaten som bygges nå.
- Innovasjon gjennom eksperimentering (husk; det kan gå galt) må oppmuntres
- Usikkerhet, ambivalens, uforutsigbarhet og ikke-vitende situasjoner må anerkjennes
- Ikke la generaliseringene ta overhånden (ta överhanden)
- Mangel på endring må fører til terapeutendring; skaff deg feedback.
- Virkelighet som det viktigste begrepet vi har («Return to reality-prosjektet») — våre teorier, forskningsfunn og fortolkninger må aldri komme imellom familien og oss terapeuter.

TAKK FOR  
MEG

