

Implementering av Funktionell familjeterapi (FFT) i Uppsala. En första utvärdering

Augusti 2007
Marie Söderlind
Kjell Hansson

Projektet har bekostats av:
IMS (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete) Socialstyrelsen, Uppsala kommun
och FoU IFO vid Regionförbundet Uppsala län

Förord

Uppsala kommun var tillsammans med barn- och ungdomspsykiatri i Uppsala län tidigt ute med att implementera Funktionell familjeterapi (FFT) som metod i den öppna barn- och ungdomsvården. När FFT introducerades i Uppsala kommun var det första försöket att använda en evidensbaserad metod inom socialtjänsten i länet. Därför har verksamheten följts med stort intresse både av FoU IFO vid Regionförbundet Uppsala län och av länets övriga kommuner.

Redan efter något år visade erfarenheterna från FFT-projektet att de familjer som deltagit i verksamheten var positiva till behandlingen. Remitterande socialsekreterare och BUP-personal såg också positiva resultat och FFT-terapeuterna ansåg själva att FFT-metodiken var verkningsfull i arbetet med ungdomar och att den gett dem ett mer professionellt förhållningssätt. För att få en vetenskapligt hållbar utvärdering har Uppsala kommun, FoU IFO samt IMS bidragit med ekonomiskt stöd. Professor Kjell Hansson, som introducerat FFT i Sverige, anlätades för utvärderingen.

När vi nu tagit del av resultatet av utvärderingen kan vi dra många lärdomar av den. Bl a kan vi fundera över om utvärderingen sattes igång för tidigt i implementeringsprocessen av FFT. FFT-terapeuterna har beskrivit svårigheter med att genomföra utvärderingen samtidigt som de varit upptagna av att hantera metoden på ett korrekt sätt. Utvärderingen kändes som en extra uppgift för personalen, som man inte avsatt tid för. Eftersom FFT-verksamheten i Uppsala finansieras via avgifter har personalen haft en press på sig att hinna med ett visst antal familjer, vilket varit en komplikation i sammanhanget. Kanske hade det varit enklare om en utomstående person haft till uppgift att sköta administrationen kring utvärderingen. Nu blev det en sammanblandning av roller vilket personalen hade vissa svårigheter att hantera.

En annan begränsning var att FFT-terapeuterna inte uppfattade att de kunde ha nytta av utvärderingsinstrumenten under behandlingsperioden. Om de redan från början fått kunskap om att den möjligheten fanns hade personalen förmodligen ansträngt sig mer för att få formulären ifyllda.

Ovanstående brister i utvärderingsförfarandet har lett till att urvalet av familjer i utvärderingen är diffust. Detta innebär att vi inte kan uttala oss om resultatets generaliserbarhet. Vad vi däremot med säkerhet kan konstatera är att för de ungdomar och familjer som ingår i utvärderingen har FFT lett till en betydande minskning av problem, kaos och lidande.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att när man ska göra en utvärdering av den här digniteten krävs det någon på plats som fungerar som motor och sammanhållande länk i utvärderingsprocessen.

Ett annat dilemma är att det finns en hel del problem förknippade med att vara pionjär. Förutsättningarna för implementeringen av FFT i Sverige har förändrats under resans gång, vilket gjort att implementeringsprocessen blivit mer utdragen än vad vi hade tänkt oss. Detta tillhör förmodligen pionjärskapets nackdelar och är svårt att undvika. För naturligtvis anser vi att det är angeläget att man utvecklar system för att säkra kvaliteten kring de nya metoder som nu lanseras inom socialtjänsten. Några måste förmodligen gå före och prova för att man ska bli medveten om vilka frågor som behöver klaras ut när metoden lanseras i större skala.

Eftersom de preliminära resultaten varit positiva har implementeringen av FFT till länets övriga kommuner redan startat. Personal från samtliga kommuner och från barn- och ungdomspsykiatri har deltagit, eller deltar för närvarande, i utbildning/handledning i FFT-metodiken. I sex av länets åtta kommuner finns FFT-team och i de återstående två kommunerna är team under uppbyggnad.

Uppsala i september 2007

Lena Chirico	Lena Hellman
FoU-samordnare	Kvalitetsledare IFO
Regionförbundet Uppsala län	Uppsala kommun

Innehållsförteckning.....	4
1 Inledning.....	5
1.1 Uppsala kommun.....	5
1.2 Bakgrund och syfte.....	5
2 Implementeringsteori.....	5
2.1 Kartläggning och adaptation.....	5
2.2 Programinstallation.....	6
2.3 Initial implementering.....	6
2.4 Full verksamhet.....	6
2.5 Innovation.....	6
2.6 Hållbarhet.....	7
2.7 Andra faktorer.....	7
3 Teoretiska aspekter.....	7
3.1 Blueprint.....	7
3.2 Funktionell Familjeterapi – FFT.....	8
3.3 Mätinstrument.....	9
3.3.1 Beskrivning av skattningsinstrument.....	9
4 Metod.....	10
4.1 Statistisk bearbetning.....	11
4.2 Urval och bortval.....	11
4.3 Tillvägagångssätt.....	12
4.4 Skattningsinstrument.....	12
4.5 Reliabilitet och validitet.....	12
4.6 Bortfall.....	13
4.7 Källkritik.....	13
4.8 Etiska överväganden.....	13
5 Resultat av intervjuer och dokumentation.....	14
5.1 Bakgrund till implementeringen.....	14
5.2 Förberedande arbete.....	15
5.3 Utbildning.....	16
5.4 Förändringar i personalgruppen.....	16
5.5 Uppstart.....	16
5.6Handledning.....	17
5.7 Certifiering.....	18
5.8 Remittering.....	18
5.9 Arbetsklimat.....	18
5.10 Vidareutbildning.....	19
5.11 Behandling.....	19
5.12 Det egna resultatet.....	19
6 Resultat från skattningsinstrumenten.....	20
6.1 Jämförande grupper.....	20
6.2 Pre- och post test.....	22
7 Diskussion.....	24
7.1 Analys utifrån implementeringsteorin.....	25
7.2 Analys av effektmätningen.....	27
7.3 Preciserad slutsats.....	27
7.4 Författarnas rekommendationer.....	27
8 Källförteckning.....	28

1 Inledning

1.1 Uppsala kommun

Uppsala kommun har drygt 185000 invånare varav ca 140000 är boende i centralorten Uppsala. Uppsala är Sveriges fjärde största stad varav drygt hälften av invånarna är i åldrarna 25-64 år och en femtedel är barn i åldrarna 0-18. Femtien procent av kommuninvånarna har en eftergymnasial utbildning vilket kan jämföras med trettiofyra procent i hela riket. Kommun, landsting samt universitetet är de största arbetsgivarna och erbjuder således flest arbetstillfällen i kommunen (www.scb.se).

1.2 Bakgrund och syfte

Funktionell familjeterapi, FFT, startade i Uppsala under 2003 och har idag etablerats och är på väg att implementeras i flertalet kranskommuner. Uppsala kommun var en av pionjärerna inom Funktionell familjeterapi i Sverige (bortsett från Lund och BUP Växjö) och drevs under 2003-2005 som ett pilotprojekt vilket sedermera övergick till en reguljär verksamhet 2006. När projektet startade fanns det inga projekterade pengar till utvärdering eller forskning. Pengar till detta har senare sökts och beviljats av IMS. Därav är detta en retrospektiv utvärdering med syftet att utvärdera implementeringsprocessen av Funktionell familjeterapi i Uppsala under åren 2002 till 2005.

2 Implementeringsteori

Även då det finns ett gediget forskningsunderlag för evidensbaserade program finns det idag förvånansvärt lite forskning om hur programmen ska implementeras på bästa möjliga sätt (Gotham, 2004). Implementeringsprocessen består av två tätt sammansvetsade delar som båda är involverade och avgörande för resultatet. Det ena är hur väl implementeringen har skett och det andra är resultatet av behandlingen, dvs. två sidor av samma mynt (Fixen et al, 2005).

The National Implementation Research Network, NIRN i Florida USA har i uppdrag att minska klyftan mellan forskning och praktik genom att vidareutveckla kunskap kring implementeringen av evidensbaserade program (<http://nirn.fmhi.usf.edu>). Genom en gedigen litteraturgenomgång har NIRN sammanställt implementeringsprocessen för evidensbaserade program i olika faser (Fixen et al, 2005).

2.1 Kartläggning och adaption

Denna första fas är en förberedande beslutsprocess i implementeringen. Det första steget är att tydliggöra ett behov av en ny metod inom organisationen. För att täcka behovet krävs ett

tillgängligt program som förväntas vara bättre än det som ersätts och det måste vara förenligt med existerande värderingar. Metodens för- och nackdelar bör diskuteras av berörda aktörer för att skapa en förståelse för dess relevans. Organisatoriska faktorer som praktisk planering och den ekonomiska budgeten ska diskuteras och en tydlig agenda över detta bör upprättas för att programmet ska kunna implementeras i någon användbar skala. På grund av många påverkande faktorer är det en fördel att redan här involvera en auktoritet inom området som kan agera som mentor tillika språkrör för metoden (Fixen et al, 2005).

2.2 Programinstallation

Innan de första klienterna anländer måste ett nytt arbetssätt införas så att det överensstämmer med programmets riktlinjer. Det kan innebära omgruppering eller nyanställning av personal som tillika ges adekvat utbildning. Det behövs även ett strukturellt fundament som inbegriper policyutveckling, remitteringsförfarande, riktlinjer för rapportering, ekonomisk planering samt en definiering av förväntat resultat. Tillika måste adekvata resurser säkras för att administrera arbetet både vad gäller tid och pengar (Fixen et al, 2005).

2.3 Initial implementering

Denna del av implementeringsprocessen är en mödosam fas som motverkas av många krafter, parallellt som beslutet om att adaptera programmet kan komma att ifrågasätts. Interpersonella faktorer så som sociala stressorer, interpersonell rivalitet och en rädsla för förändring blandas med strukturella problem i form av trögrörlighet i organisationen, personalomsättning och politiska påtryckningar. Det komplexa arbetet med att implementera något nytt måste därför tillåtas både inskolning och tid för att mogna (Fixen et al, 2005).

2.4 Full verksamhet

När verksamheten har en komplett personalstyrka, fullt deltagarantal och när den evidensbaserade arbetsmodellen har integrerats i behandlaren och i organisationen, påverkas programmet i positiv riktning. Tillika får programmet nu stöd från sin omgivning och samhället har anpassat sig till programmets existens. Enheten övergår till en permanent verksamhet där de förväntade och förutspådda resultaten bli synliga (Fixen et al, 2005).

2.5 Innovation

Vid en implementering av ett evidensbaserat program framkommer nya insikter om programmet som leder till utmaningar. Dessa insikter kan förfina eller svika programmets metodik, dvs. en innovation eller en glidning. För att inspirera innovation och undvika glidning är det av vikt att först genomföra programmet så bokstavstroget som möjligt till dess

att programmet är helt implementerat. Först därefter kan de positiva innovationerna införas för att på så vis försäkra sig om att det är ett skickligt handhavande av själva programmet och inte ett sätt att undfly kravet av att hålla sig till mallarna (Fixen et al, 2005).

2.6 Hållbarhet

De första intensiva faserna i implementeringen av ett program kan ta två till fyra år. Under de efterföljande åren blir uppdraget att upprätthålla stabilitet och hållbarhet för programmet. Målsättningen under denna fas är den långsiktiga överlevnaden och en fortsatt effektivitet av implementationen satt i sammanhanget av en föränderlig värld (Fixen et al, 2005).

2.7 Andra faktorer

Det kan vara svårt att skapa en konformitet i behandlingssätt även när behandlaren erhåller adekvat utbildning i behandlingsmetoden. Konformitet kan dock vidmakthållas när behandlaren får regelbunden handledning av kvalificerad auktoritet (Fixen et al, 2005). Det finns även stöd för att chefers förmåga att entusiasmera och motivera sin personal är en betydande faktor vid implementeringen av evidensbaserade program (Aarons, 2006). Likaledes ger ett positivt arbetsklimat och en konstruktiv arbetskultur ökade förutsättningarna för en lyckad implementering (Aarons & Sawitzky, 2006).

3 Teoretiska aspekter

Kärnan i det evidensbaserade arbetet är enligt nordisk Campbell Center¹ att omsorgsfullt, uttryckligt och kritiskt använda den mest aktuella kunskap som finns att tillgå, vid beslutsfattande om andra människors välfärd.

3.1 Blueprint

Genom att granska befintliga metoder som på något sätt arbetar för att reducera eller motverka ungdomsvåld har Colorados universitet i Boulder identifierat tolv väl fungerande program (Mihalic et al, 2001). Dessa program har benämnts som Blueprints och deras resultat har kunnat påvisa en signifikant reduktion av uppförandestörningar och ungdomskriminalitet av olika slag. För att kvalificeras som Blueprint måste programmet uppfylla tre kriterier.

- 1) Studierna måste grunda sig på en stark forskningsdesign, dvs. en experimentell eller kvasiexperimentell design.

¹ Nordisk Campbell Center är ett nordiskt forskningssamarbete som har i syfte att förena forskning, politik och praktik inom det sociala arbetet (<http://www.sfi.dk/sw22407.asp>)

- 2) Vid slutet av behandlingen ska en positiv effekt kunna påvisas vilken även ska kvarstå minst ett år efter avslutad behandling.
- 3) Behandlingsmodellen måste ha påvisat effekt vid minst två av varandra oberoende undersökningar på skilda platser.

3.2 Funktionell Familjeterapi – FFT

Ett av Blueprintprogrammen är Funktionell familjeterapi. Behandlingsmodellen är ett preventions och interventionsprogram som har utvecklats av Dr. James Alexander, psykologiprofessor på University of Utah, Salt Lake City. Metoden har funnits sedan 1967 och är idag en etablerad evidensbaserad familjebehandling (Mihalic et al, 2001). Behandlingen är manualbaserad och dess utförande kvalitetssäkras genom ett flertal faktorer (se FFT Sverige, <http://fft-sverige.se/>). Personal utbildas och genom uppföljning och handledning leder det vid erforderlig kunskapsnivå till en möjlig certifiering. Dessutom finns det krav på styrd behandlingsdokumentation för att kunna säkerställa programtrohet under behandlingen (Sexton & Alexander, 2004).

Målgruppen för Funktionell Familjeterapi är familjer med ungdomar i åldrarna 11-18 år, där den unge är i riskzonen för eller har ett utagerande beteende. Vanligen yttrar sig detta som brottslighet, våld eller drogmissbruk, ibland med ångest och depression med i bilden. Behandlingstiden sträcker sig vanligen över en 90 dagars period och har ett genomsnitt på 12 terapitimmars. För de mest komplexa fallen tar i regel inte mer än 25-30 behandlingstillfällen (Sexton & Alexander, 2004).

Utgångspunkten i FFT är att den unges uppförandestörningar är ett resultat av en större uppsättning problem inom familjen. Målsättningen är att öka familjens funktionalitet och för att kunna etablera förändring omfattar FFT tre faser som var och en har specifika tekniker och mål (Sexton & Alexander, 2004).

Engagemangs- och motiveringsfasen, är grundläggande inför all vidare behandling. Familjen stimuleras att se möjligheten till förändring och att de besitter kapaciteten att genomföra den vilket ska leda till att familjen fullföljer behandlingen. I denna uppbyggnadsfas arbetas även för att ändra felriktade emotionella reaktioner och uppfattningar. Med positiv omformulering tydliggörs oacceptabla beteenden vilka förflyttas till ett sammanhang där de får en mer positiv

betydelse. Invanda negativa mönster vänds för att inge tillit och hopp för att öka alliansen i familjen och skapa motivation för en varaktig förändring (Sexton & Alexander, 2004).

Beteendeförändringsfasen handlar om att ge familjemedlemmarna de individuella redskap de behöver för att kunna genomföra förändringen. Det sker genom att tillhandahålla olika förändringsverktyg på både emotionell-, kognitiv- och beteendeförändrande nivå. Dessa redskap omfattar exempelvis kommunikationsträning, problemlösning, träning i föräldrarollen och konflikthantering för att etablera både kortsiktig och långsiktig förändring (Sexton & Alexander, 2004).

I *generaliseringsfasen* etableras och stärks band med resurser utanför familjen. Då familjerna ofta haft ett mönster av att inte ta hjälp av omgivningen eller på grund av att omgivningen har tagit avstånd finns det ofta ett behov att upprätta eller återupprätta dessa kontakter. För att förhindra en tillbakagång av familjens beteende etableras således kontakt med ett större multisystemiskt nät av aktörer (Sexton & Alexander, 2004).

3.3 Mätinstrument

Att identifiera problem med hjälp av skattningsinstrument är ett etablerat arbetssätt och syftet med skattningen är att på ett neutralt sätt kvantifiera ett tillstånd eller varande utifrån de normvärden instrumenten har (Gambrill & Shlonsky, 2000). Fördelarna är att de anses vara överlägsna kliniska observationer vad gäller att identifiera problem och att de utesluter riskmomentet med bedömarens förutfattade mening (ibid.). I övrigt ligger dess styrka i att de är enkla att hantera för respondenten och bedömarens vilket sparar tid och ger mer resurser till utredning och behandling (Broberg, 1999).

Skattningsinstrumentens nackdelar är att de kan upplevas som opersonliga och att respondenten kan missa att fylla i vissa frågor vilket kan resultera i ett obrukbart resultat. Tillika finns det en möjlighet att respondenten kan ge fiktiva eller tillrättalagda svar som vid en intervju hade varit svårare att vidmakthålla (Broberg, 1999).

3.3.1 Beskrivning av skattningsinstrument

Child Behaviour Check List och Youth Self Report

CBCL och YSR besvarar frågor om barn och ungdomars psykosociala problem. Instrumentet består av två delar, kompetens och problematiska symptom varav det är den sistnämnda som

använts i Uppsala. Symtomlistan består av frågor kring hur den unges agerande har varit under det senaste halvåret och genererar i subskalorna Internalisering, Externalisering samt en Totalskala som indikerar den totala symtombelastningen (Achenbach, Edelbrock, 1979; Achenbach, 1991).

Symtom Check List – 90

SCL-90 är en symtomlista innehållande psykiatriska symtom och mäter respondentens upplevelse av hur denne har mått den senaste veckan. Instrumentet består av nio delskalor som reduceras till Totalskalan, GSI, som ger en bild av det generella måendet (Fridell et al, 2002).

Familjerelationskalan

FARS omfattar påståenden om familjesituationer som de enskilda familjemedlemmarna ska ta ställning till. Instrumentet mäter familjens funktionssätt i fem dimensioner och resulterar i en totalskala som beskriver relationerna inom familjen (Cederblad & Höök, 1992).

Familjeklimat

Familjeklimat är en adjektivlista där familjemedlemmarna väljer ut de adjektiv som de tycker bäst beskriver stämningen i familjen. Instrumentet mäter Närhet, Distans, Spontanitet och Kaos och påvisar upplevelsen av familjens interaktionsmönster (Hansson, 1989, Söderlind 2006).

Stegen

Även kallad Ladder of Life består av tre frågor som mäter individens förväntningar på livet utifrån bästa tänkbara livssituation. Instrumentet beskriver optimism och livstillfredsställelse i tidsperioderna, Nutid (stege 1), Dåtid (Stege 2) och Framtid (Stege 3) (Wiklund et al, 1992).

Känslan Av Sammanhang

Kasam mäter livshållning och i vilken utsträckning individen ser världen som ordnad, förutsägbar, lagbunden och begriplig. Instrumentet består påståenden/frågor vilka ger en indikation på respondentens förmåga att hantera livet (Antonovsky, 1991)

4 Metod

Utvärderingen är uppdelad i två delar. Den först delen är en intressentutvärdering (Vedung, 1998) och utgår här från kvalitativa intervjuer med dem som arbetar med och är yrkesmässigt involverade i Funktionell familjeterapi i Uppsala. Fördelen med intressentutvärdering är att

intressenternas olika kunskaper och aspekter ger en mångsidig bild av verksamheten samt att frågorna tillåts utvecklas och förändras under intervjuens gång (Vedung, 1998; Karlsson, 1995). Nackdelen är att det kan vara tidskrävande då flera intressenter ska kontaktas och att metoden inte ger några entydiga riktlinjer på vem som anses vara intressent (Vedung, 1998).

Den andra delen är en effektutvärdering och består av resultaten från skattningsinstrument som deltagande familjer har besvarat i syfte att utvärdera resultatet av behandlingen. Genom användandet av skattningsinstrument är det möjligt att jämföra olika grupper för att undersöka familjens mående. Dessutom möjliggör det en undersökning om det skett någon förändring hos familjerna under behandlingen. I denna studie har svaren genom statistisk bearbetningsmetod, jämförts med kliniska och icke-kliniska familjer² samt internt jämförts före och efter behandling, s.k. pre- och posttest.

4.1 Statistisk bearbetning

De statistiska begrepp som används i denna rapport är medelvärde, standardavvikelse och t-värde. Medelvärdet (m) beskriver det genomsnittliga värdet på skattningarna medan standardavvikelsen (std) beskriver hur stor spridning det är på individernas skattningar (Körner & Wahlgren, 1998). Prövningarna på om det finns någon skillnad mellan olika gruppers skattningar eller mellan pre- och posttest har gjorts med t-test med en signifikansnivå på 5 %. Alla beräkningar är gjorda i Stat View 5,0.

4.2 Urval och bortval

Urvalsramen är personer som på ett eller annat sätt har varit yrkesmässigt involverade i arbetet med Funktionell familjeterapi i Uppsala. På inrådan av FFT-Sverige³ kontaktades projektledaren för FFT i Uppsala vilken introducerade övriga intressenter. Förutom projektledaren inkluderades ytterligare tre som arbetar i FFT-teamet. För att få med bakgrunden till valet av Funktionell familjeterapi kontaktades även de som var med i uppstartsteamet, dvs. styrgruppen. Tillika kontaktades enhetschefen då denna har varit involverad sen implementationen påbörjades.

² En Icke-klinisk grupp kan likställas med en normalgrupp och en klinisk grupp är eller har varit inbegripna i återkommande insats inom sjukvården eller socialtjänstens verksamhet.

³ FFT-SVERIGE® är varumärke för utbildning och handledning i funktionell familjeterapi i Sverige.

Politikerna som var aktiva vid uppstarten hade förvisso en relevant funktion som beslutandeorgan men har valts bort på grund av att det politiska läget har omstrukturerats ett flertal gånger. FFT-Sverige har valts bort då dessa anlitas att ombesörja utvärderingen.

4.3 Tillvägagångssätt

Den första delen av utvärderingen utgår dels från ansökningar och rapporter som framtagits under implementeringens gång och dels på intressenternas subjektiva tolkning av processen. Då inga andra aktörer medverkat ger det endast en bild av deras upplevelse och inte den sammantagna redogörelsen av implementeringsprocessen.

Intervjuerna var semistrukturerade för att kunna ställa breda öppna frågor där intressenterna fritt fick berätta om sin upplevelse, för att sedan ställa mer direkta frågor under samtals gång. Intervjuerna med enhetschefen och med FFT-teamet var i deras respektive arbetslokaler på Ungdomscentrum. Då det inte fanns någon möjlighet att boka in möte med biträdande chef på barn- och ungdomspsykiatri och områdeschefen på Råd och stöd under samma dag, bokades dessa in vid ett senare tillfälle och då som telefonintervjuer. Intervjuerna dokumenterades med anteckningar under pågående intervju och sammanställdes direkt efter dessa.

4.4 Skattningsinstrument

Instrumenten som valts ut av FFT-Sverige är väl dokumenterade och har god reliabilitet och validitet (se beskrivning av skattningsinstrument). De har valts utifrån de dimensioner som ska undersökas, dvs. psykisk och social ohälsa, livstillfredsställelse, familjerelationer och förmågan att hantera sin livssituation. Alla instrument skattas av respondenten själv förutom CBCL som är en observationsskattning där föräldrarna skattar sina barn.

Tidsperioden för insamlandet har varit 2003 till och med 2006. Instrumenten har besvarats vid början av behandlingen och ett år efter avslutad insats. Den FFT-personal i Uppsala som ansvarat för den specifika familjen har likaledes lämnat ut och samlat in enkäterna i den samma. Tillvägagångssättet har skiljt sig åt beroende på personalens individuella rutiner.

4.5 Reliabilitet och validitet

För att en undersökning ska anses tillförlitlig krävs ett minimum av felaktigheter i studiens genomförande, dvs. det krävs att reliabiliteten och validiteten är god (Robson, 2002). Reliabilitet handlar om i vilken utsträckning en undersökning kan replikeras med samma

resultat vid olika tillfällen där övriga omständigheter är lika. Generellt har kvalitativa intervjuer låg reliabilitet då en upprepad undersökning troligtvis inte ger exakt samma resultat men anses acceptabel utifrån en kvalitativ aspekt (Wallén, 1996). Det är rimligt att resultatet skulle bli likvärt vid en ytterligare intervju med samma frågeställning varav reliabiliteten i denna utvärdering får anses acceptabel.

Validiteten avser att man mäter det man säger sig mäta (Wallén, 1996). Genom att ställa adekvata frågor till rätt grupp människor stärks undersökningens inre validitet och även den får anses tillfredställande då frågor om implementeringen har ställts till dem som på något sätt arbetat med FFT i Uppsala under åren 2003 till 2005.

4.6 Bortfall

Endast 19 utav 61 familjer har lämnat information. De höga bortfallet på skattningsinstrumenten gör att det inte går att dra slutsatsen att resultaten kan anses representativa för gruppen (Robson, 2002). Resultatet skulle bli mer tillförlitligt om fler familjer skattades men skulle även kunna ändra innebörd. Valet att använda skattningsresultaten beror på att de kan ge en indikation på hur det ser ut och om dessa familjer har påverkats av behandlingen eller inte samt att de representerar en ansträngning från teamet att göra en utvärdering.

4.7 Källkritik

Det har gått några år sedan implementeringen påbörjades och den information intressenterna idag besitter om processen är filtrerat genom senare tillkommen kunskap (Thurén, 2005). Det enda sätt att ha undvikit detta hade varit att göra utvärderingen i direkt anslutning till implementeringen. Då detta inte varit möjligt bör det beaktas, då saker kan ha glömts bort, blandats ihop eller fått annan betydelse.

Den information som lämnats av intressenterna var uppriktig och det framkom inga indikationer på att information hölls tillbaka. Däremot skiljer sig uppgifter åt både mellan intressenterna och inom dokumentationen angående antalet som utbildades, antalet inskrivna familjer och inskrivningstid vilket försvårar en korrekt återgivning.

4.8 Etiska överväganden

Vid en utvärdering är utvärderaren i en position där denne har legitim rätt att värdera andra människors insatser och sätta värden på processer och händelser (Rossi, Freeman & Lipsey,

1999). En strategi för att minska ett ojämnt förhållande mellan utvärderaren och den utvärderande parten är att främja deras medverkan i processen (Eriksson & Karlsson, 1998) vilket bejakas av intressentutvärderingen.

Alla medverkande har informerats om intervjuernas syfte och samtliga har informerats om sin rätt till anonymitet genom att personuppgifter inte kommer att lämnas ut i annan form än deras yrkesroll. Vad gäller familjerna som besvarat skattningsinstrumenten så har även de fått information om syftet av FFT-personalen och garanterats anonymitet. Anonymiteten har uppfyllts då den information som kommit mig tillhanda bestod av avkodade mätvärden.

5 Resultat av intervjuer och dokumentation

Resultatdelen består av två kapitel. Först presenteras en sammanställning av den dokumentation och de intervjuer som intressenterna i Uppsala bidragit med. Den första sammanställningen är Uppsalas beskrivning och författarnas kommentarer lämnas i slutdiskussionen. I nästkommande kapitel presenteras resultaten från de skattningsinstrument som besvarats av klienterna i Uppsala.

5.1 Bakgrund till implementeringen

De generella välfärdsnedskärningarna under 90-talet resulterade i att det i början av 2000-talet fanns ett ökat behov av vård och stödinsatser för ungdomar med särskilda behov i Uppsala. Både socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrien uppmärksammade fler hjälpsökande än tidigare och de årliga drogvaneundersökningarna indikerade att ungdomsmissbruket bredde ut sig. Det fanns en brist på kvalificerade öppenvårdsbehandlingar och att placera ungdomar på behandlings- eller fosterhem var ingen optimal lösning. Placeringarna var dyra och utfallet var bristfälligt med en hög återfallsfrekvens.

Den sammanlagda erfarenheten i kommunen var att det många gånger var samma ungdomar som vandrade mellan socialtjänsten och barnpsykiatrien. Barn- och ungdomspsykiatrien initierade ett samarbete för att på bästa möjliga sätt hjälpa de unga och deras familjer. För att undersöka behovet samt finna en för kommunen passande arbetsmetod inrättades således en styrgrupp bestående av tre personer; samordnaren för utvecklingsfrågor, socionom från ungdomsgruppen samt biträdande chef på barn- och ungdomspsykiatrien.

Styrgruppen definierade den tilltänkta målgruppen som ungdomar i åldern 11 till 18 år med uppförandestörningar eller utagerande beteende med symtom som aggressivitet, missbruk,

kriminalitet. Företräddelsevis där den unge riskerade att bli placerad på behandlings- eller fosterhem. Genom efterforskning kom de fram till att det som behövdes var en öppenvårdsbehandlig som vände sig till hela familjen och som bevisligen gav effekt. Tillika ville styrgruppen dra nytta av och förena socialtjänstens systemteoretiska angreppssätt med barn- och ungdomspsykiatrins kognitiva beteendeterapeutiska inriktning (KBT). Kommunikation var en annan viktig aspekt samt att arbetet skulle ske inifrån familjerna och ut. Då budgeten var begränsad var kostnadseffektivitet en given parameter.

5.2 Förberedande arbete

Samordnaren för utvecklingsfrågor var väl påläst i evidensbaserat socialt arbete. Och även då evidensbaserat arbete aldrig hade använts inom socialtjänsten i Uppsala län rekommenderade han användandet av ett evidensbaserat program för att säkerställa att metoden gav resultat. Genom att undersöka Blueprintprogram framkom Multisystemisk Terapi, MST, och Funktionell Familjeterapi som passande metoder. MST var etablerat i Norge och FFT i Växjö vilka styrgruppen besökte dessa enheter för mer information. Då FFT var en hemmaplanslösning som tillika uppfyllde deras behov fastnade styrgruppen för detta arbetssätt och etablerade en kontakt med kliniken i Växjö.

Barn- och ungdomspsykiatrin introducerade sedermera FFT till kommunen. Styrgruppen hade möten med chefer inom organisationen och uppvaktade socialnämnden. Det var aldrig någon självklarhet att FFT skulle accepteras utan marknadsföringsprocessen krävde en gedigen insats av styrgruppen. Det fanns ett intresse för evidensbaserat arbete inom kommunen men då det inte fanns så mycket erfarenhet av FFT i Sverige återfanns en skepticism om det verkligen kunde fungera. Genom att introducera nationell och internationell forskning om de positiva resultaten FFT genererade togs sedermera ett beslut av styrgruppen om att starta upp FFT i Uppsala kommun vilket även fick bifall av politikerna.

Samtidigt under denna period inledde kommunen en stor omorganisation med besparing i fokus. Så för att kunna etablera FFT behövdes den ekonomiska finansieringen lösas. Kommunen ansökte om pengar hos Länsstyrelsen som beviljade ett utvecklingsbidrag till implementering av FFT. Men för att finansiera de löpande kostnaderna så som löner och hyra beslöts att FFT skulle finansiera sig själv. Familjerna skulle remitteras från socialtjänsten och från barn- och ungdomspsykiatrin som en del av den unges vårdplan och remittenterna skulle betala en förutbestämd avgift för var inskriven familj.

5.3 Utbildning

Den första utbildningen påbörjades hösten 2002. Utbildningen vände sig till personer i chefsposition samt till olika aktuella professioner inom kommunen och barn och ungdomspsykiatri. Tanken med det breda urvalet var, förutom att utbilda i metodiken, att ge en insikt i och marknadsföra behandlingsmodellen. Tillika ville man införa olika yrkeskompetenser i det som senare skulle etableras som ett FFT-team. Sexton deltagare handplockades till utbildningen som totalt omfattade 11 dagar under hösten 2002 och våren 2003. I utbildningens slutskede skapades ett team bestående av sex personer som tillsammans kom att dela på 2,5 heltidstjänst. Detta innebar att tjänsterna fördelades mellan 20-100 procent och anledningen var att FFT skulle startas upp i en mindre skala för att se hur arbetet skulle fortlöpa.

Efter utbildningen avslutades bildades även en referensgrupp som bestod av personal från de remitterande instanserna. Denna grupp skulle agera som förespråkare för FFT samt bistå i implementeringsprocessen på respektive enhet.

5.4 Förändringar i personalgruppen

Under pilotstudiens gång har det skett vissa förändringar i personalgruppen. Samordnaren av utvecklingsfrågor som hade varit drivande i evidensbaserat arbete och tillika besatt stor kunskap i ämnet slutade i styrgruppen och ersattes av områdeschefen på Råd och Stöd. Den biträdande chefen för barn- och ungdomspsykiatri kom senare att även arbeta med utvecklingsfrågor och socionomen från styrgruppen anställdes som projektledare för FFT-Uppsala. Vad gäller FFT-teamet valde en av socionomerna och en psykiatrisjuksköterska att sluta (dessa borde ha intervjuats om utvärderingen skulle vara mera heltäckande). Kvar var tre socionomer, varav en var projektledare, och en psykiatrisjuksköterska. Ingen nyanställdes utan befintlig personal ökade sina timmar så de sammantaget uppehöll 2,5 tjänst. Enhetschefen för Ungdomscentrum har varit den samma under hela pilotprojektets gång.

5.5 Uppstart

FFT stationerades på Ungdomscentrum som var en nybildad öppenvårdsenhet som vände sig till ungdomar i Uppsala kommun. Ungdomscentrum sorterar under socialtjänstens Råd och stöd-verksamhet och omfattas inte av myndighetsutövning.

I den första planeringen förutsattes att teamet i full verksamhet skulle ta emot 40 familjer per år och den genomsnittliga behandlingstiden skulle vara sex månader. Likaledes fanns

förväntningar om att behandlingen skulle ge goda och varaktiga resultat med låg återfallsfrekvens.

Den första familjen remitterades i augusti 2003 men hos myndighetsgrupperna inom socialtjänsten var intresset för FFT delat. Vissa hade stor tilltro till evidensbaserad behandling medan andra var mer tveksamma eller direkt avogt inställda till det manualstyrda arbetssättet. Farhågor om att programmet skulle vara väldigt styrt och om det verkligen kunde ge utlovade resultat ventilerades. Det talades mycket om FFT och användes som ett flaggskepp i olika politiska sammanhang men supporten och uppbackningen uteblev.

Trots den skepticism och det ointresse som i början var närvarande förändrades attityden efterhand som FFT etablerade sig. Efter den första trånga passagen ökade intresset från både nämnda myndighetsgrupper och politiker efterhand som behandlingen påvisade resultat. Det fanns en uppfattning hos några av de intervjuade att det goda resultatet åsyftade nöjda familjer samt en upplevd minskning av antalet placeringar.

5.6Handledning

För kunskapsutveckling och upprätthållande av programtrohet har teamet erhållit handledning under en dag per månad av en psykoterapeut från FFT-Sverige. Handledningen har av teamet och cheferna upplevts som bra. Handledaren upplevs ha en gedigen kunskap i familjebehandling samt kunnat förmedla detta till teamet. Emellertid har teamet erfarit en förvirring kring programmets metodik. Riktlinjer har ändrats under resans gång och det som en gång varit rätt metod visade sig senare vara fel angreppssätt. Tillika säger sig teamet fått godkänt av handledaren i specifika situationer vilket sedan har reviderats med hänvisning till att det inte upprätthåller programtrohet. Denna inkonsekvens i handledningen har upplevts som nedslående och skapat en känsla av att aldrig göra rätt. Teamet har känt en avsaknad av riktlinjer om hur de ska gå tillväga och upplevt att den feedback de fått har varit starkt kritisk. När teamet har diskuterat bristen av direktiv med handledaren har det förklarats med att arbetsmaterial för svenska förhållanden är under uppbyggnad och inte ännu fastställt.

Det har även funnits en underliggande konflikt mellan barn- och ungdomspsykiatri och handledaren. Detta har enligt barn- och ungdomspsykiatri berott på att de har olika syn på diagnostisering av neuropsykiatriska sjukdomar varav handledningen vid flertalet tillfällen kommit att handla om diagnostisering och samarbetet har i viss mån infekterats.

5.7 Certifiering

Modellen för den svenska certifieringen har utarbetats av FFT-Sverige tillsammans med Dr. James Alexander. Intressenterna har uppfattningen att certifieringen ska ske efter ca 1,5 år men detta har inte förvekligats under pilotprojektet trots kontinuerlig handledning. Vid förfrågan om orsaken har teamet fått till svar av FFT-Sverige att de ännu inte är redo.

Ur ett arbetsgivarperspektiv ställer man sig frågande till hur lång tid det ska ta då det är viktigt att utbildningen och satsningen uppnår resultat i form av ett certifierat FFT-team. Detta faktum har försvårat diskussionen med politiker och chefer i beslutandeorgan när de ska marknadsföra och argumentera för FFT. Både vad gäller rättfärdigande av den befintliga verksamheten men även i argumentationen för en spridning av FFT i länet.

5.8 Remittering

Barn- och ungdomspsykiatri har haft den fördelen att man långt tidigare haft erfarenhet av evidensbaserat arbete vilket gjort att remitteringsförfarandet inte mött på motstånd. Hos socialtjänsten, som har en hög arbetsbelastning och hög personalomsättning, har remitteringen ibland gått trögt då nyanställda av naturliga skäl varken haft kunskap om sina klienter eller om FFT. Efterhand som FFT etablerade sig inom kommunen ökade antalet inkomna remisser och efterfrågan var större än vad FFT-teamet hade möjlighet att ta emot.

Då finansieringen sker utifrån antalet remitterade familjer är det viktigt att FFT erhåller full beläggning för att inte få ett ekonomiskt underskott. När antalet inskrivna familjer är för lågt, eller om intervallen mellan ut- och inskrivning blir för stort påverkar det verksamhetens ekonomi. Detta har upplevts som stressande och betungande för teamet som känt att de har svårt att kontrollera den administrativa handläggningen av ärendena.

5.9 Arbetsklimat

Samarbetet mellan de två huvudmännen har enligt alla parter fungerat väl. Båda har bidragit med sin specialkompetens samtidigt som de båda har dragit nytta av varandra. Över tid har de tillsammans etablerat ett gott samarbete med personalen på de remitterande instanserna och skapat ett brett kontaktnät med andra hjälporgan för de unga och deras familjer.

Inom teamet har klimatet hela tiden upplevts som mycket gott. Personalomsättningen har varit låg och dess sammansättning har bidragit till att det funnits en intern trygghet där de har tillåtits vara sårbara. Perioder av glädje och misströstan har varierat men då teamet har varit

tillåtande och stöttande har processen snarare verkat sammansvetsande än splittrande. Teamet har erhållit chefernas stöd då dessa känner stor tillit till sin personal. Detta förtroende har underlättat samarbetet och tillika inspirerat teamet att fortsätta trots upplevda motgångar.

5.10 Vidareutbildning

Uppsala teamet har haft en önskan att utbilda ytterligare personal i metoden. Deras upplevelse var att verksamheten var sårbar då det inte fanns fler FFT-terapeuter att sätta in om någon ordinarie sjukskrevs eller slutade. En annan önskan var att fler fick möjligheten att vidareutbilda sig. För att införskaffa mer erfarenhet av familjebehandling var det företrädevis en Steg 1 utbildning som efterfrågades och det hade varit önskvärt för teamet att delta i ytterligare en workshop med Dr. James Alexander för att öka sina kunskaper om FFT. Ledningen avsåg detta på grund av bristande ekonomiska resurser.

5.11 Behandling

Vid uppstarten riktade sig behandlingen i första hand till dem som var i stånd att placeras i behandlings- eller fosterhem. Familjerna som kom till FFT hade en komplex problematik och krävde många behandlingstillfällen. Målgruppen reviderades senare i den bemärkelsen att även unga som inte var i riskzonen för en placering aktualiserades för FFT (se de olika beskrivningarna i målgruppen i Lindahl, 2002; Boström, 2004). Denna förändring ledde till en uppblandning av klienternas problem och behandlingstiden kom att variera. Teamet fann efterhand den målgrupp som lämpade sig för behandlingen. Under pilotprojektet har 94 remisser inkommit varav teamet tagit emot och arbetat med 61 av dessa familjer.

Till en början arbetade två terapeuter tillsammans med var familj men efterhand som metodiken integrerades i verksamheten övergick de till en behandlare per familj. I stora drag känner sig personalen bekväm i rollen som FFT-terapeut då metoden överensstämmer med deras värderingar. Teamet upplever att de har strategier för de olika faserna i behandlingen samt att de kan utföra behandlingen enligt manualen. Inga moment känns särdeles svåra men genom handledningen har de förstått att något de gör måste vara fel.

5.12 Det egna resultatet

Under pilotstudiens gång har det inte förekommit någon egen konsekvent utvärdering av verksamheten. Redan i planeringsstadiet fanns en önskan om utvärdering men detta har omöjliggjort på grund av två skäl. Avsaknaden av kunskap om utvärdering inom kommunen samt frånvaron av adekvat dokumentation på Ungdomscentrum.

Familjerna har dock deltagit i ett avslutningssamtal sex månader efter avslutad behandling. Dessa samtal ligger till grund för en bedömning om familjen behövt mer stöd eller om den anses vara färdigbehandlad. Erfarenheten som teamet fått utifrån samtalen är att familjerna var nöjda med behandlingsformen och att speciellt kommunikationen inom familjen hade förbättrats. Emellertid vet teamet inte med säkerhet om familjen återgår till annan behandling inom socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri eller om de upplevda positiva resultaten är varaktiga. Det fanns en upplevelse hos de intervjuade, att färre ungdomar placerats utanför hemmet. Detta kunde troligen undvikas genom FFT-behandlingen samt att de placerade ungdomarna tagits hem tidigare än innan för att istället erbjudas FFT.

Den Funktionella familjeterapin har varken krockat eller konkurrerat med andra behandlingsformer i kommunen utan snarare tvärt om. FFT har befruktat andra verksamheter genom att personalen har tagit med sig kunskap i form av tankar kring kommunikation, motivation och allians till sina andra arbetsplatser.

6 Resultat från skattningsinstrumenten

Inför utvärderingen erhöll teamet en mängd skattningsinstrument för att kunna göra en effektmätning av behandlingen. Det fanns en ekonomisk och tidsmässig begränsning som låg till grund för beslutet att använda skattningsinstrumenten på endast 20 familjer. Upplevelsen av instrumenten har inte enbart varit positiv. Personalen har haft svårt att frigöra tid för hanteringen. Strukturen för information till familjerna, kontrollen av att enkäterna blivit korrekt/helt ifylla, registrering av vem och när skattningarna gjorts samt insamlandet av materialet har saknats. Personalen har upplevt att det gett ett merarbete som tagit tid från behandlingen och de hade önskat att insamlandet kunde ha skötts av administrativ personal.

6.1 Jämförande grupper

De värden som FFT-Uppsala hade vid början av behandlingen har jämförts med andra kliniska grupper samt normalgrupper för att se eventuella likheter och skillnader.

Tabell 1. FFT-Uppsala i jämförelse med MST, klinisk- och normalgrupp

	FFT-Uppsala	MST	Klinisk	Normal	Normal
	m (std)	m (std)	m (std)	m (std)	m (std)
Kvinna	n = 18	n = 147 ¹	n = 127 ²	n = 1308 ³	
CBCL, Internalisering	10,2 (9,0)	14,1 (8,5) ^{ns}	15,1 (9,3) ^{ns}	4,0 (4,3) ^{***}	
CBCL, Externalisering	21,7 (13,1)	28,6 (12,2) ^{ns}	25,7 (13,2) ^{ns}	5,6 (5,4) ^{***}	
CBCL, Total	48,9 (29,6)	66,1 (28,1) ^{ns}	59,4 (30,5) ^{ns}	14,3 (12,6) ^{***}	
Man	n = 16		n = 127 ²	n = 1308 ³	
CBCL, Internalisering	10,8 (7,4)		15,1 (9,3) ^{ns}	4,0 (4,3) ^{***}	
CBCL, Externalisering	24,8 (11,2)		25,7 (13,2) ^{ns}	5,6 (5,4) ^{***}	
CBCL, Total	49,6 (23,5)		59,4 (30,5) ^{ns}	14,3 (12,6) ^{***}	
Barn	n = 18	n = 152 ¹	n = 119 ⁴	n (F) = 1247 ⁵	n (P) = 1175 ⁵
YSR, Internalisering	14,2 (6,3)	13,5 (9,1) ^{ns}	17,1 (12,4) ^{ns}	13,7 (8,5) ^{ns}	9,5 (7,2) ^{**}
YSR, Externalisering	18,3 (9,0)	23,9 (10,9) ^{ns}	22,3 (10,0) ^{ns}	13,2 (6,9) ^{**}	13,8 (7,9) [*]
YSR, Total	55,2 (22,3)	59,1 (27,8) ^{ns}	52,9 (25,4) ^{ns}	43,6 (21,1) [*]	38,4 (20,8) ^{***}
Kvinna	n = 19	n = 132 ¹	n = 955 ⁶	n = 707 ⁶	
SCL-90, GSI, total	0,71 (0,35)	0,86 (0,65) ^{ns}	1,21 (0,73) ^{**}	0,49 (0,44) [*]	
Man	n = 17		n = 738 ⁶	n = 309 ⁶	
SCL-90, GSI, total	0,52 (0,30)		1,02 (0,69) ^{**}	0,32 (0,32) [*]	
Kvinna	n = 17		n = 81 ⁷	n = 159 ⁸	
FARS, Total	45,4 (19,9)		35,8 (17,9) ^{ns}	14,4 (10,5) ^{***}	
Man	n = 16		n = 41 ⁷	n = 159 ⁸	
FARS, Total	36,2 (16,9)		29,5 (16,6) ^{ns}	14,4 (10,5) ^{***}	
Barn	n = 17		n = 29 ⁷	n = 239 ⁹	
FARS, Total	40,8 (16,0)		34,5 (18,7) ^{ns}	28,9 (17,2) ^{***}	
Kvinna	n = 19		n = 33 ¹⁰	n = 631 ¹¹	
FK, Närhet	0,90 (0,90)		0,47 (0,88) ^{ns}	2,11 (0,72) ^{***}	
FK, Distans	0,74 (0,70)		0,58 (0,78) ^{ns}	0,19 (0,36) ^{***}	
FK, Spontanitet	1,31 (1,16)		0,82 (0,97) ^{ns}	0,95 (0,89) ^{ns}	
FK, Kaos	1,86 (1,83)		1,28 (1,62) ^{ns}	0,22 (0,60) ^{***}	
Man	n = 17		n = 33 ¹⁰	n = 624 ¹¹	
FK, Närhet	1,20 (0,93)		0,47 (0,88) ^{**}	2,18 (0,79) ^{***}	
FK, Distans	0,52 (0,62)		0,58 (0,78) ^{ns}	0,22 (0,41) ^{**}	
FK, Spontanitet	1,13 (0,88)		0,82 (0,97) ^{ns}	0,85 (0,86) ^{ns}	
FK, Kaos	1,54 (1,10)		1,28 (1,62) ^{ns}	0,22 (0,62) ^{***}	
Barn	n = 19		n = 47 ⁷	n = 313 ⁹	
FK, Närhet	1,10 (1,14)		1,34 (1,08) ^{ns}	2,11 (0,86) ^{***}	
FK, Distans	0,92 (0,85)		0,68 (0,75) ^{ns}	0,37 (0,43) ^{***}	
FK, Spontanitet	1,26 (1,12)		-	0,95 (0,98) ^{ns}	
FK, Kaos	1,38 (1,55)		1,29 (1,23) ^{ns}	0,39 (0,76) ^{***}	
Barn	n = 18		n = 118 ⁴	n (F) = 330 ¹¹	n (P) = 322 ¹¹
Stege 1(nu)	5,4 (2,0)		4,6 (2,2) ^{ns}	7,2 (1,7) ^{***}	7,3 (1,6) ^{***}
Stege 2 (dåtid)	5,0 (2,7)		4,7 (2,7) ^{ns}	6,3 (1,9) ^{**}	6,4 (1,9) ^{**}
Stege 3 (framtid)	8,2 (1,8)		7,7 (2,4) ^{ns}	8,2 (1,3) ^{ns}	8,3 (1,4) ^{ns}
Kvinna	n = 19		n = 103 ¹²	n = 83 ¹³	
Kasam, Total	133 (19)		141 (24) ^{ns}	151 (25) ^{**}	
Man	n = 17		n = 103 ¹²	n = 65 ¹³	
Kasam, Total	143 (22)		141 (24) ^{ns}	155 (18) [*]	
Barn	n = 19		n = 144 ¹⁴	n = 307 ⁹	
Kasam, Total	125 (21)		120 (28) ^{ns}	139 (23) ^{**}	

¹Gustle (2006), ²Olsson, Hansson & Cederblad (2006), ³Larsson & Frisk (1999), ⁴Olsson (2003), ⁵Broberg et al (2001), ⁶Fridell et al (2001), ⁷Sundelin (1999), ⁸Cederblad (1991), ⁹Nilsson et al (1994), ¹⁰Hansson (1989), ¹¹Reiss et al (2001), ¹²Hansson & Cederblad (1994), ¹³Hansson & Cederblad (1995), ¹⁴Hansson & Olsson (2001)

*p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Kvinnorna, dvs. mammorna från FFT-Uppsala (se Tabell 1) har likartade skattningar som de kliniska grupper de jämförts med. I förhållande till normalgrupperna så finns det signifikanta skillnader på alla instrumenten. FFT-kvinnorna upplever att deras barn har fler psykosociala problem och att de själva har fler psykiatriska symtom. Dessutom framkommer att de har sämre familjerelationer och mindre närhet och mer distans och kaos inom familjen. Likaså har mammorna ett lägre värde på Kasam än vad normalgruppen har. Skillnader mellan grupperna uppnår ibland inte statistisk signifikans där det finns stora siffermässiga skillnader. Detta beror sannolikt på få individer i FFT-gruppen.

Männen från FFT, dvs. papporna (se Tabell 1) har samma upplevelse som vad mammorna har. De anser sig dock ha signifikant mer närhet än den kliniska gruppen men signifikant mindre närhet än normalgruppen.

Barnen som grupp, de identifierade patienterna från FFT-Uppsala (se Tabell 1), är i alla avseenden lik en klinisk grupp med många psykosociala problem, upplevelsen av dåliga relationer inom familjen, en negativ livssyn samt sämre förmåga att hantera livet. I förhållande till normalgrupperna visar det sig vara en signifikant skillnad förutom det faktum att de unga flickorna i normalgruppen anser sig ha lika mycket internaliseringsproblem som de kliniska grupperna och att barnen från FFT-Uppsala och normalgruppen ser lika positivt på framtiden.

I jämförelse av kvinnorna och barnen mellan FFT-Uppsala och de kliniska grupperna återfinns ingen skillnad. Upplevelsen är att de unga har psykosociala problem och att kvinnorna har psykiatriska symtom i samma utsträckning.

6.2 Pre- och post test

För att undersöka om det har skett några förändringar i familjen har de fått fylla i skattningsinstrumenten vid början av behandlingen (pretest) samt ett år efter avslutad behandling (posttest). Antalet som gjort skattningarna vid uppföljningstillfället är generellt något lägre än vid början av behandlingen.

Tabell 2. Medelvärden och standardavvikelser vid pre- och post test

n = pre/post	Pre-test		Post-test		t-värde	
	m	(std)	m	(std)		
CBCL, Mor = 18/16						
Internalisering	10,2	(9,0)	7,7	(6,7)	2,77	**
Externalisering	21,7	(13,1)	11,2	(7,9)	4,79	***
Totalt	48,9	(29,6)	28,4	(19,6)	3,70	**
CBCL, Far = 16/14						
Internalisering	10,8	(7,4)	5,4	(5,9)	4,67	***
Externalisering	24,8	(11,2)	11,2	(5,8)	6,54	***
Totalt	49,6	(23,5)	24,1	(14,7)	5,85	***
YSR IP = 18/19						
Internalisering	14,2	(6,3)	9,7	(6,1)	3,48	**
Externalisering	18,3	(9,0)	13,4	(7,2)	2,29	*
Totalt	55,2	(22,3)	38,9	(20,5)	3,39	**
SCL-90						
GSI, total mor = 19/18	0,71	(0,35)	0,51	(0,39)	2,40	*
GSI, total far = 17/16	0,52	(0,30)	0,38	(0,37)	2,02	ns
FARS						
Total, Mor = 17/16	45,4	(19,9)	30,2	(18,7)	6,10	***
Total, Far = 16/14	36,2	(16,9)	21,6	(16,0)	3,73	*
Total, IP = 17/17	40,8	(16,0)	32,3	(4,0)	1,85	*
FK, Mor = 19/18						
Närhet	0,90	(0,90)	1,73	(1,04)	-3,43	**
Distans	0,74	(0,70)	0,43	(0,86)	1,30	ns
Spontanitet	1,31	(1,16)	0,98	(1,13)	0,83	ns
Kaos	1,86	(1,83)	0,80	(1,00)	2,27	*
FK, Far = 17/16						
Närhet	1,20	(0,93)	1,52	(1,11)	-0,86	ns
Distans	0,52	(0,62)	0,55	(0,73)	-0,09	ns
Spontanitet	1,13	(0,88)	0,79	(0,93)	1,11	ns
Kaos	1,54	(1,10)	0,95	(1,23)	1,53	ns
FK, IP = 19/18						
Närhet	1,10	(1,14)	1,81	(1,17)	-2,63	*
Distans	0,92	(0,85)	0,45	(0,55)	2,69	*
Spontanitet	1,26	(1,12)	1,06	(1,15)	0,89	ns
Kaos	1,38	(1,55)	0,58	(0,87)	2,14	*
Stegen IP						
Stege 1 = 18/19	5,4	(2,0)	7,3	(1,7)	-3,11	**
Stege 2 = 18/19	5,0	(2,7)	4,6	(2,7)	0,54	ns
Stege 3 = 17/19	8,2	(1,8)	8,4	(1,7)	-0,45	ns
Kasam						
Total, mor = 19/18	133	(19)	139	(15)	-1,93	ns
Total, far = 17/16	143	(22)	147	(22)	-1,10	ns
Total, IP = 19/18	125	(21)	132	(17)	-2,14	*

*p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Mödrarna (se Tabell 2) upplevde vid uppföljningen en signifikant förbättring av både den unges psykosociala problem och av sina egna psykiatriska symtom. Även familjerelationerna förbättrades och närheten ökade medan den kaotiska familjesituationen minskade. Däremot återfanns ingen förändring av deras känsla av sammanhang.

Hos fäderna (se Tabell 2) återfinns en annan upplevelse än mödrarnas. De upplever förvisso en signifikant minskning av den unges psykosociala problem samt att familjerelationerna har förbättrats. Däremot upplever de ingen skillnad vad gäller närhet, distans och kaos inom familjen och inte heller ser de någon minskning av sina egna psykiatriska symtom. Hos fäderna återfinns inte heller någon förändring av känslan av sammanhang.

De identifierade patienterna (se Tabell 2) upplever själva en signifikant tillbakagång av sina psykosociala problem och deras förmåga att hantera livet har ökat. Familjerelationerna har blivit till de bättre och i likhet med mödrarna anser de att det finns mer närhet och mindre distans och kaos i familjen. Synen på sin nuvarande livssituation har blivit signifikant bättre än när det påbörjade behandlingen.

7 Diskussion

Vid pilotprojektets början fanns det inte mycket forskning att tillgå vad gäller implementeringsteori och erfarenheten av svensk FFT var begränsad till studierna från Lund och Växjö. Detta till trots har FFT-Uppsala lyckats tänka på och ta med flera av de moment som forskningen idag anser som nödvändiga för att åstadkomma en verkningsfull implementering. Processen fullbordades aldrig under pilotprojektet utan har en bit kvar innan verksamheten är helt implementerad. Att FFT-Uppsala endast genomgått de första faserna i implementeringsprocessen är naturligt då dessa faser kan ta upp till fyra år att genomgå. FFT-Uppsala har för svenska förhållanden varit tidig i denna process och har på ett imponerande sätt spridit modellen i Uppsala och till övriga kommuner i länet. Effektvärderingen talar för att behandlingen har gett en positiv och varaktig effekt hos de familjer som besvarat skattningsinstrumenten. Många av familjernas skattningsvärden har förändrats till att närma sig de värden som representerar en normalgrupp varav behandlingen får anses ha uppnått sitt mål för dessa familjer. Däremot kan vi inte dra slutsatsen att behandlingen har gett positivt resultat för alla behandlade familjer då vi inte vet hur resultatet för deras skattningar skulle ha sett ut. För att modellen ska anses rimligen bra bör 50 % av familjerna förbättras, vilket vi vet inget om eftersom bortfallet var så stort. Denna del av utvärderingen har ändå givit teamet en viktig erfarenhet om hur man bör organisera en liknande utvärdering, träning i att samla in material, uppföljning m.m. Resultaten på längre sikt över t ex 2 år vet vi heller inget om. Det ska också sägas, att genomföra en utvärdering som denna är mycket ovanligt i kommuner, vilket gör att Uppsala tillhör de få som genomfört sådana försök.

7.1 Analys utifrån implementeringsteorin

I det första skedet kartlade styrgruppen kommunens behov och gjorde grundliga efterforskningar i val av metod varav förarbetet skapade goda förutsättningar att gå vidare och lyckas med implementeringen. Lobbyverksamheten för FFT bedrevs på flera nivåer för att i enlighet med implementeringsteorin etablera den så viktiga förankringen i organisationen. Styrgruppen hade en ambitiös ingång i projektet och startade upp FFT-Uppsala på ett föredömligt sätt.

FFT-teamet som bildades var medvetna om att de stod inför ett helt nytt arbetssätt och arbetade fram nödvändiga riktlinjer och definierade ett förväntat resultat. Ett av de förväntade resultaten var att FFT-Uppsala vid full verksamhet skulle behandla 40 familjer per år vilket var en beräkning på 10 familjer per heltidstjänst. Denna målsättning har inte uppnåtts då endast 61 familjer har behandlats under en treårsperiod och inte heller har tjänstgöringsgraden ökats då den konstant har legat på 2,5 tjänst. Bidragande faktorer till detta torde vara flera. Till en början remitterades företrädevis familjer med komplex problematik vilket fodrade långa behandlingsperioder. Att en ny behandlingsmodell får ta emot de svårare fallen är ett vanligt förekommande fenomen och en ingångssvårighet som teamet inte har kunnat råda över. Personalen arbetade i början två och två vilket minskade verksamhetens kapacitet ytterligare. Dessvärre har behandlingsmodellen inte till fullo integrerats i verksamheten varav det är möjligt att det förorsakat längre behandlingstider än nödvändigt. En annan faktor är att flera av teamets personal endast har arbetat deltid vilket föranlett att de inte har haft kapaciteten att ta sig an den tilltänkta kvoten eller haft möjligheten att fördjupa sig i behandlingsmodellen.

Avsaknaden av direktiv för hur FFT skulle genomföras i Sverige har spelat en viss roll gällande fördröjningen av att skapa programtrohet och för den uteblivna certifieringen (Nu har 2 terapeuter certifierats, de första i Sverige!). Eventuellt skulle utbildningen inte ha påbörjats förrän alla formella detaljer avseende certifieringen varit klara, men man var ivriga och ambitiösa och ville starta snarast. Teamet har uppburit kontinuerlig handledning under tre års tid vilket talar för att det finns andra brister än avsaknad av riktlinjer. Från intervjudelen saknar man en kritisk självvärdering som ersätts av att lägga problemen på utbildningsorganisationen. Detta kan förstås från att man var mitt i en svår certifieringsprocess. Det är viktigt att skilja på utbildningshandledning och verksamhetshandledning. Vid utbildningshandledning är handledarens uppgift också att

godkänna de handledda utifrån t ex modelltrogenhet och terapeutisk skicklighet. Detta ställer speciella krav både på handledare och de handledda. Som yrkesverksam är det inte helt enkelt att bli värderad i sin sedan gammalt inlärade yrkesroll. Som handledare är det en svår balansgång att vara både stödjande, undervisande och bedömande. I Uppsala tycks man vara nöjd med handledningen men missnöjd med bedömningen. Detta kan eventuellt bero på att man missförstått utbildningskonceptet. Att köpa en certifierande manualbaserad utbildning är inte detsamma som att alla som går utbildningen blir godkända och certifierade. Att en certifieringsprocess tar lång tid kan bero på att teamet har liten erfarenhet att arbeta med familjer, att arbeta ensam som terapeut i familjen, videoinspela sitt arbete, störande gruppprocesser m.m. De amerikanska erfarenheterna har visat att ca 50-75 % av dem som påbörjar utbildningar blir certifierade.

Det förväntade resultatet av behandlingen har uppnåtts utifrån den aspekten att man tycks ha minskat antalet placeringar utanför hemmet och samarbetet mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrien har resulterat i att de nått ut till den tilltänkta målgruppen. FFT-Uppsala var tidiga i Sverige med att etablera ett sådant samarbete vilket tillika genomförts på ett konstruktivt sätt. Förutom att gynna de familjer som tidigare hamnat mellan de båda huvudmännen har det befruktat de båda organisationerna och befrämjat behandlingen med olika specialkompetenser.

Den begränsade ekonomiska satsningen från huvudmännen har resulterat i att det inte funnits erforderliga medel att öka personaltätheten och inte heller har personalen kunnat erhålla behövlig kompetensutveckling. Likaledes har det budgetansvar som ålagts teamet verkat påfrestande för personalen som inte haft den strukturella kapaciteten att ombesörja detta. Verksamhetens organisatoriska struktur har generellt varit bristande då tillbörlig dokumentation inte har upprättats vilket är en viktig del i att kvalitetssäkra programmet. Även detta dilemma beror till viss del på att stora delar av personalen arbetar deltid och inte har den tid som krävs för att utföra detta på ett önskvärt sätt.

En annan viktig faktor i processen har varit den sammanhållning och det kollegiala stöd som funnits inom teamet och verkat inspirerande. Även de närmaste chefernas stöd har varit uppbyggligt och medverkat till att vidmakthålla den entusiasm som teamet känt inför sin verksamhet.

7.2 Analys av effektmätningen

Vid jämförelse mellan familjerna från FFT-Uppsala och andra kliniska grupper framkommer att de generellt har en likartad problembild. Det vill säga en negativ livssyn och psykosociala problem hos de unga, psykiatriska symtom bland föräldrarna, dåliga relationer inom familjen samt en bristande känsla av sammanhang. Däremot återfinns en signifikant skillnad gentemot normalgrupperna som representeras av goda familjerelationer och få personliga problem samt en positiv livssyn med en förmåga att se världen som hanterbar. Denna beskrivning är inte oväntad då grundantagandet i familjeterapi och tillika Funktionell familjeterapi är att den enskildes problem är ett symtom på problem inom familjen.

Vid uppföljningen ett år efter avslutad behandling är det generella resultatet att familjerna upplever sig ha fått det bättre. Familjerna är ense om att de ungas psykosociala problem har minskat signifikant och de unga upplever själva att de fått en mer positiv syn på sin livssituation och en bättre förmåga att hantera livet. Familjerelationerna har i stort blivit bättre och mödrarnas psykiatriska symtom har minskat. Fädernas psykiatriska symtom har inte minskat men det är inte ovanligt att fäderna inte är lika delaktiga i familjebehandlingen som övriga familjemedlemmar varav de inte heller uppnår samma behandlingsresultat.

7.3 Preciserad slutsats

Utvärderingens båda delar, implementeringen av Funktionell familjeterapi och effektutvärderingen av behandlingen har i stort påvisat goda resultat. FFT-Uppsala har trots stunder av motgång startats upp och utifrån de familjer som besvarat skattningsinstrument har familjerna uppnått en klar förbättring av problemen i familjen. Det tycks vara så att de som ingått i teamet inte lyckats arbeta 50 % med FFT vilket sannolikt skulle ha underlättat certifiering och genomströmning av familjer. FFT Uppsala har startats under ett uppbyggnadsskede av FFT i Sverige vilket kan ha varit hämmande för teamet. Detta har tagits hänsyn till vid certifieringen. Det integrerade teamet är en viktig organisatorisk enhet där BUP för ovanlighetens skull ägnar tid åt uppförandestörda ungdomar och deras familjer. En av de få som uppfyller Barnpsykiatriutredningens ambitioner!

7.4 Författarnas rekommendationer

- Teamet bör fokusera på och arbeta för full verksamhet (minst 50 % per teammedlem) innan de går vidare med att etablera verksamheten.
- Teamet bör med jämna mellanrum öppna upp för självvärdering för att se vad man kan göra bättre.

- Verksamheten bör åtminstone under perioder fullfölja dokumentation och utvärdering av det terapeutiska arbetet på ett mera konsekvent sätt (t ex via Journal Digital eller liknande). Det är viktigt att hela tiden ha kontroll över att ca 50 % av familjerna förbättras.
- Att man i det dagliga arbete integrerar de existerande adherence skalorna, som bör ligga till grund för de dagliga kontakterna med familjerna.
- Spridningen av FFT till andra kommuner utanför Uppsala är viktig men resultaten från denna utvärdering bör vara vägledande och hjälpande.

8 Källförteckning

- Achenbach Thomas, & Edelbrock, Craig S (1979) The child behaviour profile: II Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 47, No 2, 223-233
- Achenbach, Thomas (1991) *Manual for the Youth Self-Report & 1991 Profile*. Department of Psychiatry. University of Vermont
- Aarons, Gregory A (2006) Transformational and transactional leadership: Association with attitudes toward evidence-based practice i *Psychiatric Services*, Vol. 57, Nr 8, 1162-1169
- Aarons, Gregory A & Sawitzky, Angelina C (2006) Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice i *Psychological Services*, Vol. 3, Nr 1, 61-72
- Broberg, Anders (1999) Ungdomars självskattning av psykisk ohälsa- svenska erfarenheter av YSR i *Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa*. Socialstyrelsen, Rapport 1999-77-001
- Broberg A. G, Ekeröth, K, Gustafsson, P A, Hansson, K, Hägglöf, B, Ivarsson, T & Larsson, B (2001) Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR i *European Child & Adolescent Psychiatry*. 10;186-193
- Cederblad, Marianne (1991) Östgötastudien: stressreaktioner och beteendestörningar hos barn på 80-talet i Östergötland. Rädda Barnens rapportserie, 1991:1
- Cederblad, Marianne & Höök, Börje (1992) Familjerelationsskalan (FARS) – ett självvarsformulär för mätning av familjefunktion i *Forskning om barn och familj* Nr 1, 1992. Lund; Lunds universitet.
- Eriksson, Bengt & Karlsson, Per-Åke (1998) *Utvärdera bättre: för kvalitetsutveckling i socialtjänsten*. Stockholm; Gothia
- Fixen Dean L, Naom, Sandra F, Blase, Karen A, Friedman, Robert M & Wallace Frances (2005) *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL; University of South Florida
- Fridell, Mats, Cesarec, Zonimir, Johansson, Monica, Malling Thorsen, Stine (2002) SCL-90 svensk nominering, standardisering och validering av symtomskalan. SIS följer upp och utvecklar. SiS Rapportserie, 4/02
- Gambrill, Eileen & Shlonsky, Aron (2000) Risk Assessment in Context i *Children and Youth Services Review*, Vol. 22 Nr 11/12 s. 813-837
- Gotham, Heather J (2006) Advancing the implementation of evidence-based practice into clinical practice: How do we get from there to here? i *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 37, Nr 6, s. 606-613
- Gustel, Lars-Henry (2007) Implementering och korttidsuppföljning av Multisystemisk terapi. Akademisk avhandling. Lunds universitet; Institutionen för Psykologi
- Hansson, Kjell (1989) *Familjediagnostik*. Akademisk avhandling. Lunds universitet; Institutionen för barn- och Ungdomspsykiatri
- Hansson, Kjell & Cederblad, Marianne (1994) Salutogen utredning och behandling. Forskningsplan
- Hansson, Kjell & Cederblad, Marianne (1995) Känsla av sammanhang. Studier från ett salutogent perspektiv. *Forskning om barn och familj*. Nr 6. Skriftserie. Lunds universitet; Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri
- Hansson, Kjell & Olsson, Martin (2001) Känsla av sammanhang – ett mänskligt strävande i *Nordisk Psykologi*, Vol 53, nr 3, 238-255
- Karlsson, Ove (1995) *Att utvärdera – mot vad?* Stockholm; HLS Förlag
- Körner, Svante & Wahlgren, Lars (1998) *Statistiska metoder*. Lund; Studentlitteratur
- Larsson, B & Frisk, M (1999) Social competence and emotional/behaviour problems in 6-16 years-old Swedish

- school children i *Child & Adolescent Psychiatry* 8:24 – 33
- Mihalic, Sharon, Irwin Katherine, Elliott Delbert, Fagan Abigail & Hansen Diane (2001) Blueprints for Violence prevention Boulder, CO: Center for the Study of Violence Prevention
- Nilsson, Ann, Oscarsson, Christina, Törnblom, Marie (1994) *Tonårsutveckling och familjefaktorer*. C-uppsats, Lunds Universitet: Socialhögskolan
- JournalDigital.se ”Familjeklimat barn från Journal Digital”
- Olsson, Martin (2003) Resultatsammanställning av Familjehusets metodutveckling. Rapport. Lund; Socialhögskolan
- Olsson, Martin, Hansson, Kjell & Cederblad, Marianne (2006) Sense of Coherence: definition and explanation I *International Journal of Social welfare*, 15, 219 – 229
- Reiss D, Pedersen LN, Cederblad M, Lichtenstein P, Hansson K, Neiderhiser JM, Elthammar O (2001) Genetic probes of three theories of marital adjustment: Recent evidence and a model. i *Family Process*, 40:3, 247-260
- Robson, Colin (2002) *Real world research*. Cornwall; Blackwell Publishing
- Rossi, Peter H, Freeman, Howard E & Lipsey, Mark W (1999) *Evaluation: a systematic approach*. Thousand Oaks CA; Sage
- Sexton, Thomas L & Alexander, James F (2004) *Functional Family Therapy. Clinical training manual*. Seattle WA; FFT LLC
- Sundelin, Johan (1999) *Intensive family therapy, a context for hopes put into practice*. Akademisk avhandling. Lunds Universitet: Medicinska fakulteten, Barn- och ungdomspsykiatri
- Söderlind, Marie (2006) *Vad är Familjeklimat? En begreppsundersökning av skattningsinstrumentet Familjeklimat*. Magisteruppsats. Lund; Socialhögskolan
- Thurén, Torsten (2005) *Källkritik*. Stockholm; Liber
- Vedung, Evert (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund; Studentlitteratur
- Wallén, Göran (1996) *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund; Studentlitteratur
- Wiklund, I, Gorkin, L, Pawitan, E, Schron, E, Schoenberger, J, Jared, L L, & Schumaker, S (1992) Methods for assessing quality of life in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). *Quality of Life Research*, Vol. 1, No. 3, 187-201

Internetkällor

- FFT-Sverige, <http://www.fft-sverige.se/> 2007-05-07
- FFT-USA, <http://www.fftinc.com/> 2007-05-07
- National Implementation Research Network, <http://nirn.fmhi.usf.edu/> 2007-05-12
- Nordisk Campbell Center, <http://www.sfi.dk/sw22407.asp> 2007-05-22
- Statistiska centralbyrån, www.scb.se 2007-06-04

Dokumentation från Uppsala

- Andersson, Gunilla (2007) FFT-projektet i Uppsala län. Delrapport maj 2007
- Boström, Agneta (2004) Ansökan om utvecklingsmedel till öppenvårdsinsatser för ungdomar och missbrukare
- Boström, Agneta (2006) Slutrapport för projektet Funktionell familjeterapi, FFT
- Chirico, Lena (2005) Ansökan om utvecklingsmedel till spridning och implementering av Funktionell familjeterapi (FFT) i Uppsala län
- Lindahl, Ingrid (2002) Ansökan om utvecklingsmedel