



Landstinget i Uppsala län



REGIONFÖRBUNDET
Uppsala län

FFT-projektet i Uppsala län

Slutrapport december 2007

Gunilla Anderson
Projektledare

SAMMANFATTNING

Många kommuner i landet undersöker möjligheter och prövar olika hemmaplanslösningar för barn och ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Placeringar av barn och ungdomar på institution har i forskningsstudier visat sig inte ge det resultat som önskats. (Andreassen, 2003)

I Uppsala län har ett tvåårigt länsövergripande projekt pågått under åren 2005 till 2007 med syfte att sprida metoden Funktionell Familjeterapi (FFT) till sex av länets kommuner samt att bistå kommunerna med utbildning och implementering av metoden. Målgruppen för projektet var i första hand socialarbetare i de sex kommunerna och personal inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Projektet hade även till syfte att informera lokala politiker samt berörd personal från remitterande instanser. Projektet har erhållit ekonomiskt stöd från Länsstyrelsen Uppsala län, Regionförbundet Uppsala län och s k Miltonpengar genom Uppsala läns landsting.

Styrgruppen för FFT Uppsala län beslutade under hösten 2007 att projektet ska övergå i permanent verksamhet med ett fortsatt länsgemensamt implementeringsarbete.

Länsprojektet för FFT Uppsala län är först ut i landet med att försöka implementera FFT i ett helt län. Rapporten beskriver uppbyggnaden och arbetet i de lokala teamen i länet. Länsprojektet bygger på ett tidigare projekt i Uppsala kommun, som har använts som modellkommun. Utifrån Uppsalaprojektets modell bildades ett gemensamt team bestående av personal från de olika myndigheterna i varje kommun. En övergripande styrgrupp med ledningspersonal från respektive kommun samt BUP och Regionförbundet har styrt projektet. En projektledare var ansvarig för genomförandet av projektet.

Alla kommuner har fullföljt sitt arbete men en kommun gjorde under det andra projektåret en "timeout" och kommer under 2008 tillbaka i FFT arbete. Under det sista projektåret har ytterligare en kommun, Heby, inkorporerats i Uppsala län och har också anslutit sig till FFT-samarbetet. Sammanlagt är det idag åtta kommuner i Uppsala län som använder FFT som en öppenvårdsmetod för ungdomar med beteendeproblem.

Projektet startade med utbildning av 30 personal från de olika myndigheterna. Utbildning samt påföljande handledning i metoden gavs av företaget "FFT-Sverige" en gång i månaden. Under projekttiden har två personer certifierats från "FFT-Sverige" (www.fft-sverige.se). Varje team hade en mentor från Uppsala som stöd i starten av det lokala FFT-teamen. 183 ungdomar med familjer har inkommit via remiss till länets alla FFT-team under perioden januari 2006 till sista juni 2007. Av dessa var 98 flickor och 85 pojkar.

Resultatet av projektet är att ett nytt behandlingsutbud i öppenvård finns att tillgå för barn och ungdomar med allvarliga beteendeproblem i Uppsala län. Projektet har utvärderats av ett externt utvärderingsföretag, E-o-S, som visar att projektet givit goda resultat på flera områden. Enligt utvärderingen har projektet uppnått mer än det förväntade resultatet. Härmed har Uppsala län tillgång till ett välfungerande och kvalificerat öppenvårdsalternativ. FFT-teamens personalsammansättning med socialtjänst, BUP och i vissa fall skola har varit det framgångsrika konceptet som givit verkningsfulla spinnoffeffekter och kreativitet inom andra områden. Att man haft en evidensbaserad familjehandlingsmodell att enas kring har gjort att engagemanget varit stort och lustfyllt.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

IMPLEMENTERING AV FUNKTIONELL FAMILJETERAPI I UPPSALA LÄN	4
BAKGRUND	4
ORGANISATION OCH METODER	6
- MÅL OCH SYFTE FÖR LÄNSPROJEKTET	6
- MÅLGRUPP	6
- LÄNSNIVÅ	6
- LOKAL NIVÅ	7
- BESKRIVNING AV FFT-METODEN	7
- GENOMFÖRANDE AV IMPLEMENTERING AV FFT I UPPSALA LÄN	8
- Information och förankring	8
- Målgrupp för FFT-behandling i allmänhet	8
- Målgrupp för FFT-behandling i Uppsala län	8
- Utbildning	8
-Handledning	9
- Mentorstöd/projektledning	10
- Uppföljning/kvalitetssäkring	10
- LOKALA FFT-TEAM	11
- Personal	11
- Lokaler	12
- Remissgång	12
- Intagningskriterier	12
- Statistik/uppföljning	12
RESULTAT	13
- Statistikuppgifter	13
- Reflektioner från FFT-teamen och mentorer	15
- Mentorernas reflektioner	15
- Remittenters erfarenheter och upplevelser	16
- Extern utvärdering	16
- Utvärdering av FFT i länet	16
- Utvärdering av FFT i Uppsala kommun	17
FRAMTIDEN	18
SLUTKOMMENTAR	18
KÄLLHÄNVISNINGAR	20
BILAGOR	21
- Bilaga 1 Kompletterande beskrivning av FFT-metoden	21
- Bilaga 2 Adherenceformulär- Allmänna färdigheter hos mig som terapeut	24
- Bilaga 3 Statistiklista	26

IMPLEMENTERING AV FUNKTIONELL FAMILJETERAPI (FFT) I UPPSALA LÄN

Samtliga kommuner i Uppsala län är inne i en process där man alltmer söker olika former av hemmaplanslösningar för barn och ungdomar med allvarliga beteendeproblem, vilket också är en viktig fråga för barn- och ungdomspsykiatri. Bakgrunden till detta är att placeringskostnaderna är en tung post inom socialtjänsten, samtidigt som utfallet av många institutionsplaceringar som gjorts inte givit det resultat som önskats (Andreassen 2003). Via bl a de kunskapsöversikter som framtagits på uppdrag av Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS)/numera Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS), finns också en medvetenhet om att det idag finns effektiva metoder för behandling av ungdomar i öppenvård.

Detta är en slutrapport av projektet implementering av Funktionell familjeterapi (FFT) i Uppsala län under perioden 1 september 2005 till den 31 augusti 2007. Projektet bygger på tre pelare. För det första är projektet en länsövergripande insats, för det andra inbegriper projektet flera myndigheters samarbete och för det tredje handlar projektet om införandet av en evidensbaserad behandlingsmodell. Projektet är ett samarbete mellan Älvkarleby, Tierp, Östhammar, Knivsta, Uppsala, Enköping och Håbo kommun, samt Landstinget och Regionförbundet i Uppsala län. FFT-projektet är det första försöket att använda en evidensbaserad metod inom socialtjänstens barn- och ungdomsverksamhet i Uppsala län. Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har tidigare erfarenhet av arbete med evidensbaserade modeller inom sin verksamhet och införandet av evidensbaserade metoder är en viktig utvecklingsstrategi för BUP i Uppsala län.

Syftet med rapporten är att beskriva hur Funktionell familjeterapi kommit att bli en behandlingsmodell i öppenvård för ungdomar i samtliga kommuner i Uppsala län. Heby som inkorporerats i länet 2007 kommer att starta upp ett FFT-team 2008. Både styrgruppen för FFT-projektet i Uppsala län och andra skall kunna dra nytta av de erfarenheter som gjorts av projektet. Rapporten bygger på FFT-teamens statistik och verksamhetsberättelser, samt intervjuer med mentorerna och projektledarens erfarenheter, samt en extern utvärdering av implementeringsprocessen.

BAKGRUND

År 2002 beslutade Uppsala kommun och Landstinget i Uppsala län att starta ett samarbetsprojekt kring Funktionell familjeterapi som metod. Detta projekt pågick i Uppsala under tre år och visade positivt utfall i familjearbetet. Projektet bidrog bl a till att utveckla samarbetet mellan de två olika organisationerna (Anderson 2006). Det projektet namnges i rapporten som Uppsalaprojektet. Det goda resultatet från Uppsalaprojektet och tidigare positiva erfarenheter av länsövergripande verksamheter tillsammans med BUP, ledde till att kommunerna i länet valde att starta ett gemensamt projekt kring implementeringen av FFT. Författaren till rapporten, Gunilla Anderson, har varit projektledare för båda projekten. Under Uppsalaprojektet var projektledaren anställd inom Uppsala kommun och under Länsprojektet anställdes projektledaren av BUP.

Bakgrunden till projektet var att barn- och ungdomspsykiatriens ledning inhämtade kunskaper om FFT i början av 2000-talet och gjorde en förfrågan till Uppsala kommun om de ville delta i ett gemensamt projekt kring FFT. En viktig anledning var att man ville hitta samarbetsformer kring de utagerande ungdomar som föll mellan de olika myndigheternas stolar och som ofta ställde till svårigheter för alla parter. Uppsala kommun undersökte då tillsammans med BUP de program som finns med på listan över "Blueprints" (Hansson m fl 2001), vilket innebär att de är evidensbaserade. FFT var då ett av de 10 program som uppfyllde kriterierna för att ingå i "Blueprints". Idag uppfyller 11 program kriterierna.

Under 2002 påbörjades i Uppsala kommun en förstudie av evidensbaserade modeller för hemmaplanslösningar för ungdomar med utagerande problematik. Ledningspersonal från socialtjänsten inom Uppsala kommun besökte Oslo för att få information om Norges stora satsning på Multisystemisk terapi (MST) och BUP i Växjö där de arbetat med och forskat om FFT. Man valde att fördjupa sig närmare i dessa två modeller, då de båda ingick i ”Blueprints” och passade den tilltänkta målgrupp som socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin enats om att samarbeta kring.

Förstudien ledde till att FFT bedömdes vara den modell som ansågs bäst lämpad för Uppsala utifrån att metoden visat på goda forskningsresultat också i Sverige. MST hade vid det tillfället inte implementerats i Sverige och gruppen som stod för förstudien ansåg att MST skulle innebära en alltför stor ekonomisk insats och ett mer styrt manualbaserat program än FFT. Av de kunskaper förstudiegruppen tillägnat sig, ansåg de att FFT gav mer utrymme för terapeuten i behandlingsarbetet medan MST innebar större manualstyrning. Man ville också avvakta forskningsresultat från Norge. FFT bedömdes som lättare att implementera, då det fanns utbildare och handledare i Sverige. Det var inte heller lika kostsamt som MST.

Det fanns ett ovanligt gott stöd för FFT eftersom det fanns ett flertal forskningsstudier kring metoden. Resultaten från den svenska studien av modellen visade, vid både ett och två års uppföljningar, goda resultat. De motsvarade de resultat man fått i studier från USA där återfallsfrekvensen i normbrytande beteende var hälften jämfört med kontrollgruppen (Hansson m fl 2000). FFT är en av de metoder som lyfts fram i en översikt av forskningsbaserad familjebehandling ”Familjebehandling på goda grunder” (Hansson 2001). Boken ingick bl a i en 10 poängs FoU-utbildning som anordnades av dåvarande Kommunförbundet Uppsala län 2002. Kommunförbundet anordnade samma år en temadag med bl a Kjell Hansson, professor i socialt arbete, som föreläsare, vilket innebar att kunskap om FFT och andra evidensbaserade behandlingsmodeller spreds till socialarbetare och behandlingspersonal i Uppsala län.

FFT-verksamheten i Uppsala följdes med stort intresse av länets övriga kommuner och diskussioner fördes mellan BUP och kommunerna om att sprida metoden. Även Statens institutionsstyrelse (SiS), Eknäs och Bärby, var intresserade av att delta i detta utvecklingsarbete. Grundförutsättningen för uppbyggnad av FFT-team är att medarbetarna får en grundläggande utbildning i metoden. Efter utbildningen var målsättningen att FFT-team skulle byggas upp i samtliga kommuner i länet, med personal främst från kommunernas socialtjänst och från BUP, vilket också genomfördes. Uppsalaprojektet skulle utgöra grundkonceptet för uppbyggnaden av likartade team i länet. Planeringen var att använda Uppsalaprojektets erfarenheter i implementeringen i länets övriga kommuner. Detta samarbete utmynnade i att Uppsala Läns Landsting i juni 2005 ansökte om sk Miltonpengar och att Regionförbundet i sin tur ansökte hos Länsstyrelsen om utvecklingsmedel till spridning och implementering av Funktionell Familjeterapi (FFT) i Uppsala län. Projektet beviljades medel och startade den 1 september 2005. Projektet pågick till och med den 31 augusti 2007 och samordnades av Regionförbundet i Uppsala län.

FFT i Uppsala län bygger på ett nära samarbete med utbildare/handledare Gun Drott Englén, socionom och psykoterapeut. Hon har i sin tur ett nära samarbete med Kjell Hansson och tillsammans samarbetar de med professor Jim Alexander och professor Tom Sexton i USA. FFT hade, innan Uppsala startade sitt projekt, använts i Växjö och i Lund, där också forskning hade bedrivits. Utöver dessa städer användes metoden bl a i Skellefteå och Umeå kommun i samarbete

med Västerbottens läns landsting. När Länsprojektet påbörjades i Uppsala län hade FFT Sverige ingen uttalad plan för hur FFT skulle implementeras i Sverige. Beslut har tagits under vägen och Uppsala län har, i nära samarbete med Gun Drott Englén, medverkat i utformningen av en modell för implementering av FFT i Sverige. Under Länsprojektets gång har Kjell Hansson och Gun Drott Englén bildat ”FFT-Sverige”, ett varumärke som ger utbildning och handledning i FFT och certifierar FFT-terapeuter (www.fft-sverige.se). Uppsala län är det första länet i Sverige som gjort en länsövergripande satsning av FFT i samarbete mellan BUP, skola och socialtjänsten. Länsprojektet i Uppsala län har utgått från den implementeringsmodell som BUP utarbetat för tidigare samverkansprojekt i länet. Samtliga kommuner och BUP har gemensamt beslutat att fortsätta det länsövergripande samarbetet med FFT.

ORGANISATION OCH METODER

MÅL OCH SYFTE FÖR LÄNSPROJEKTET

Projektets mål var att sprida metoden Funktionell Familjeterapi (FFT) till sex kommuner i Uppsala län och att bistå kommunerna med implementeringen av metoden.

Länsprojektet syftade till att:

- sprida kunskap om och utbilda fler medarbetare i Funktionell Familjeterapi i Uppsala län.
- medverka i utvecklandet av ett organiserat samarbete mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri runt utagerande ungdomar och deras familjer.
- utveckla ett kvalificerat familjearbete för utagerande ungdomar i öppenvård i form av FFT-team i samtliga kommuner i Uppsala län, med personal från BUP och från socialtjänsten.

MÅLGRUPP

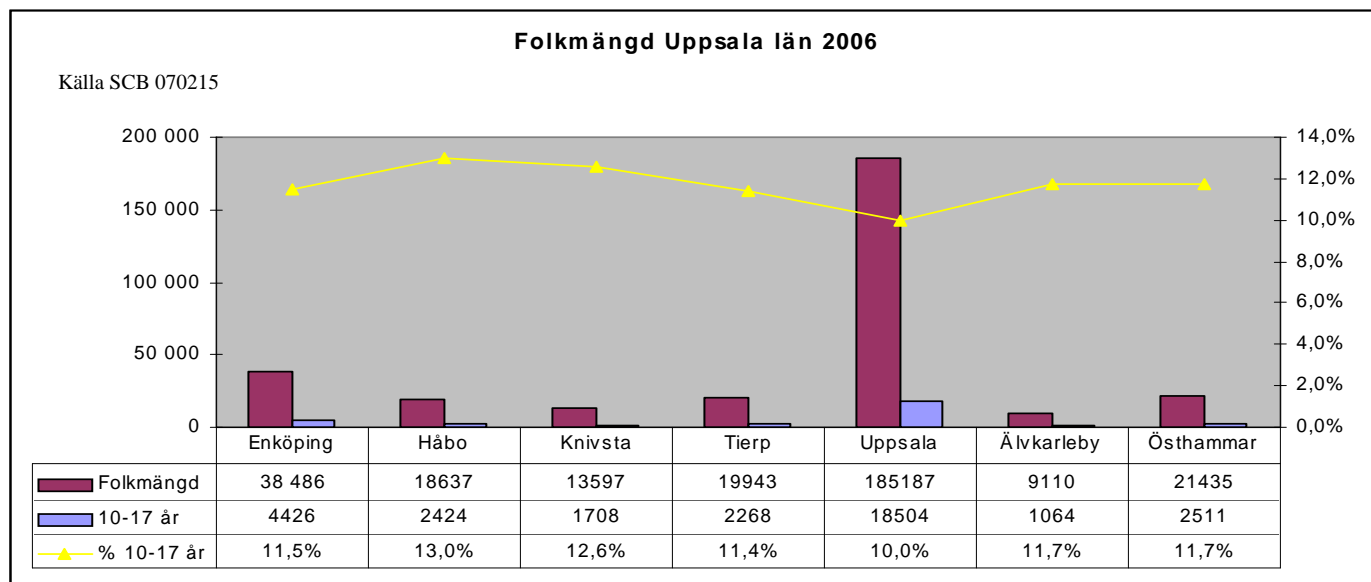
Projektets målgrupp var i första hand socialarbetare i de sex aktuella kommunerna, samt barnpsykiatrisk personal från motsvarande lokala BUP-team. Dessutom ingick särskilda informationsinsatser i projektet och där var lokala beslutsfattare och remitterande personal i berörda verksamheter målgrupp.

LÄNSNIVÅ

Arbetet med FFT i Uppsala län var ett samarbete mellan kommunerna i länet, Landstinget och Regionförbundet Uppsala län. I alla kommuner medverkade socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatri och i fyra kommuner, Östhammar, Uppsala, Enköping och Håbo, ingick även skolan i projektet. Uppsala kommun ingick inte formellt i det länsprojekt som beviljats projektmedel från Länsstyrelsen men deltog ändå i samarbetet. FFT-teamet i Uppsala har fungerat som ett pilotprojekt, vilket innebär att de varit generösa och delat med sig av sin erfarenhet. Sedan januari 2007 ingår Heby kommun i Uppsala län. De kommer att ansluta sig till FFT-arbetet under 2008.

Arbetet leddes av en styrgrupp med representanter på ledningsnivå från varje enhet. Styrgruppen omfattade 12 personer och hade möten två till tre gånger per termin, samt däremellan kontakt vid behov. Lena Chirico, FoU-samordnare vid Regionförbundet Uppsala län, var sammankallande och Staffan Lundqvist, utvecklingschef vid BUP, var ordförande. Styrgruppen fattade övergripande beslut om FFT-arbetet och de länsgemensamma projektmedlen. Den fungerade samtidigt som ett nätverk för erfarenhetsutbyte mellan respektive verksamheter.

Kommunerna i Uppsala län är mycket olika i storlek vilket framkommer nedan.



LOKAL NIVÅ

I fyra av kommunerna finns en lokal referensgrupp som lever vidare även efter projektets slut. Där ingår personal på ledningsnivå från socialtjänst och BUP och i förekommande fall även från skolan. De lokala FFT-teamen samt projektledaren deltar också i referensgruppernas möten. Övriga kommuner har av olika anledningar valt att för tillfället inte ha någon referensgrupp.

Referensgrupperna har möten ca två gånger per termin. Under dessa möten diskuteras och löses praktiska frågor om bl a lokaler, teknisk utrustning, personalfrågor och remissintag.

FFT-teamen var under projekttiden indelade i tre mentorsgrupper med var sin mentor. Mentorerna var erfarna FFT-behandlare som kom från det ursprungliga FFT-teamet i Uppsala.

BESKRIVNING AV FFT-METODEN

FFT är en multimodal familjeterapeutisk öppenvårdsmodell som lämpar sig som en ”hemmaplanslösning”. Den är evidensbaserad med goda forskningsresultat i USA, Canada och Sverige (Hansson m fl 2001). FFT vänder sig till ungdomar med utagerande beteende i form av bl a aggressivitet, missbruk och kriminalitet. FFT har utarbetats under drygt 30 år av professor Jim Alexander i Utah, USA.

Metoden bygger på systemteori, social inlärningsteori och kommunikationsteori, samt med det svenska tillägget av salutogenes. FFT har hämtat delar från Virginia Satir samt från den strukturella skolan inom familjeterapin med förgrundsgestalten Salvador Minuchin och från den strategiska skolan med Jay Haley. FFT bygger vidare på forskning kring risk- och skyddsfaktorer på individ-, familje- och samhällsnivå.

FFT är en fasindelad och manualbaserad terapiform med tre faser, motivations/bedömningsfasen, beteendeförändringsfasen och generaliserings/avslutningsfasen. FFT har introducerats i Sverige av Kjell Hansson, professor i socialt arbete, och Marianne Cederblad, professor i barn- och ungdomspsykiatri. (Se närmare beskrivning av modellen i Bilaga 1)

GENOMFÖRANDE AV IMPLEMENTERINGEN AV FFT I UPPSALA LÄN

Information och förankring

Efter avslutad utbildning höll Gun Drott Englén ett informationsmöte för chefer, förtroendemän och tjänstemän i länet. I början av 2006 åkte Staffan Lundqvist, utvecklingschef på BUP, samt projektledaren runt till alla kommuner och presenterade projektet och introducerade teamen i respektive kommun för berörd personal inom skola, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri och politiker. Denna modell för förankringsarbete utgick från de erfarenheter som BUP hade från tidigare implementeringsprojekt.

Under projekttiden har ytterligare informationsmöten hållits av projektledaren i kommunerna. Teamen själva har haft samverkansmöten med remitterter.

Målgrupp för FFT-behandling i allmänhet

FFT vänder sig till utagerande ungdomar med beteendeproblem. Jim Alexander beskriver målgruppen ”ungdomar i åldern 11-18 år som löper risk för och/eller brottslighet, våld, missbruk av kemiska substanser samt ungdomar med uppförandestörning, trotssyndrom eller utagerande stort beteende”. Utifrån denna ram har olika verksamheter definierat sina målgrupper. I projektet ”Snabba insatser” i Växjö var målgruppen ”Ungdomar som begår sitt första eller andra brott” och i Lund ”Ungdomar som är arresterade av polisen för allvarlig lagöverträdelse”. I USA har flera projekt vänt sig till ”Ungdomsbrottslingar i åldern 13-16 år och till ungdomar som riskerar placering för sitt beteende” (Alexander m fl 2000).

Målgrupp för FFT-behandling i Uppsala län

Målgruppen för FFT i Uppsala län har vidgats i jämförelse med tidigare FFT verksamheters målgrupp i Sverige. Anledningen till det var att socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin hade behov av att nå en bredare grupp. Uppsala läns målgrupp har dock utformats inom ramen för Jim Alexanders forskning och definition.

Länsprojektet har följt den målgrupp som fastställdes av Uppsalaprojektet, d v s:

- * Ungdomar i åldern 11-18 år som visar ett utagerande beteende/uppförandestörning i form av brottslighet, missbruk, våld och aggressivitet vid upprepade tillfällen, samt ungdomar som riskerar placering med anledning av sitt beteende.
- * Ungdomar i åldern 15-18 år som är dömda till vård inom socialtjänsten.

I Uppsalaprojektet ville man nå den grupp av ungdomar som kunde remitteras både från BUP och socialtjänstens myndighetsgrupper. De ungdomar som ofta föll mellan de olika myndigheternas stolar och som hade kontakt med både socialtjänsten och BUP, där inte sällan samarbetssvårigheter uppstod. Från BUP:s sida ringade man in ungdomar med diagnosen trotssyndrom och uppförandestörning (conduct disorder) enligt DSM IV. Det har visat sig att BUP i Uppsala län sällan ställer diagnosen trotssyndrom och uppförandestörning. Benämningen har dock gjort det enklare för personal inom BUP att remittera de ungdomar som lämpar sig för FFT-behandling. Från socialtjänstens sida var ungdomar med ett utagerande riskbeteende enklare att ringa in. Målgruppen godkändes av Gun Drott Englén som i sin tur samrådde med Kjell Hansson.

Utbildning

Den första utbildningen i FFT för Uppsalaprojektet påbörjades hösten 2002. Utbildningen planerades då av projektledaren tillsammans med utbildarna, Gun Drott Englén och Per

Johansson, skötare/leg. psykoterapeut från Växjö. Den omfattade 11 dagar varav två dagar kring samarbetsfrågor mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri, samt två dagars handledning. 16 blivande FFT-terapeuter samt deras chefer deltog i utbildningen. Cheferna deltog för att få en fördjupad kunskap om modellen och för att utveckla samarbetet mellan myndigheterna inför kommande implementeringsarbete. Gun Drott Englén har därefter, från hösten 2003 och fortfarande, anlitats som handledare och utbildare i länet.

Den andra FFT-utbildningen hölls av Gun Drott Englén och Kjell Hansson och omfattade sju dagars teori med uppföljande handledning. 30 personer från de sex kommunerna som ingick i Länsprojektet samt Uppsala kommun, BUP och Statens Institutionsstyrelse (SiS) i Uppsala län, Bärby och Eknäs skolhem, deltog. Utbildningen hölls under hösten 2005, åtta dagar vid fyra tillfällen. Utbildare var Gun Drott Englén och vid den sista utbildningsdagen föreläste Kjell Hansson. Utbildningen bestod av föreläsningar varvat med praktiska övningar. Därtill kom litteraturstudier.

Förkunskapskraven för utbildningen var socionom, psykolog, socialpedagog, sjuksköterska eller skötare med grundläggande psykoterapeututbildning (steg 1) eller motsvarande. Arbetsgivaren valde ut personal som sökte utbildningen och styrgruppen beslutade vilka av de sökande som skulle gå. Styrgruppen samrådde med Gun Drott Englén om vilka deltagare som skulle få gå utbildningen. Ett antagningskriterium var att de som skulle gå utbildningen skulle ha möjlighet att arbeta med FFT efter avslutad utbildning.

De som utbildades i Uppsala län hade varierande förkunskaper både vad gäller teori och erfarenheter av familjeterapeutiskt arbete. Detta har gjort att önskemål om vidareutbildning är stort från FFT-personalen i länet. Styrgruppen har därför diskuterat olika möjligheter till en vidareutbildning med familjeterapeutisk inriktning. Att implementera öppenvårdsbehandling kräver personal som har kompetens att ge insatser av god kvalitet till brukarna.

En tredje FFT-utbildning i Uppsala län har genomförts hösten 2007 med 25 deltagare. 22 av deltagarna kom från Uppsala län och syftet med utbildningen var att fullfölja implementeringsprocessen.

Under projektiden har fortbildningsdagar arrangerats med bl a professor Holly Waldron och professor Jim Alexander från USA som föreläsare.

Handledning

Efter avslutad utbildning bildades sex nya team och Uppsalateamet utökades med nya medarbetare. Dessa sju team delades upp i tre handledningsgrupper. Några personer valde att inte fortsätta att arbeta med FFT efter avslutad utbildning och personal från Eknäs hade utifrån dåvarande arbetsbelastning ej möjlighet att ingå i det fortsatta arbetet. Personal från Bärby fortsatte en termin i handledning och avslutade därefter sin medverkan i FFT utifrån privata omständigheter.

Handledning har givits fyra gånger per termin, en halv dag per handledningsgrupp. I handledningen, som betecknas som metodhandledning, beskriver terapeuterna familjearbetet muntligt, samt visar videospelade sessioner. Handledaren och terapeuterna använder ”Adherencemått/formulär” (Bilaga 2) som hjälp för att bedöma modelltrogenheten. Därtill kommer handledarens bedömning av inspelade videoband. Handledaren ska kunna se att terapeuten tagit till sig handledningen mellan handledningstillfällena. Handledningen pågick i fyra terminer efter

avslutad utbildning.

Handledningen finansierades av projektet under de första tre terminerna och den fjärde terminen av FoU-medel från Regionförbundet Uppsala län.

Mentorstöd/Projektledning

Eftersom FFT-metoden på många sätt skiljer sig från traditionellt socialt arbete var det av avgörande betydelse att implementeringen av metoden skedde på ett strukturerat och väl genomtänkt sätt. Därför var det angeläget att de kommuner som hade för avsikt att börja arbeta med FFT fick kollegialt stöd i implementeringsprocessen av FFT-teamet i Uppsala, som genomgått samma process. Stödet bestod av konsultation kring hur implementeringen bör utformas.

Tre mentorer från FFT-teamet i Uppsala tog ansvar för var sin handledningsgrupp. Älvkarleby, Tierp och Östhammar var en grupp, Uppsala och Knivsta en och Enköping och Håbo en grupp. Mentorerna har erhållit handledning av Gun Drott Englén en halvdag i månaden för handledning på mentorskapet samt för att nå certifiering i behandlingsarbetet. Tanken var att mentorerna skulle ha varit certifierade innan de nya teamen började sitt arbete i januari 2006, men certifieringen har dragit ut på tiden.

Mentorerna deltog i en del av utbildningen för att skaffa sig information om situationen i de sex aktuella kommunerna och om den process som ingick i uppbyggnaden av de lokala FFT-teamen. Därigenom fick de ett bättre underlag för att kunna fungera som mentorer i implementeringsprocessen. Mentorernas uppgift var att ge praktisk vägledning i FFT-arbetet och vara "bollplank". Deras roll var att vara tillgängliga och ge trygghet åt grupperna i igångsättandet av FFT i kommunerna.

Mentorerna var mest aktiva i början kring uppbyggnaden av det praktiska arbetet runt teamen. Efter hand har Knivsta slagit ihop sina mentorträffar med Uppsala. Diskussioner påbörjades under 2006 om att även slå ihop Tierp och Älvkarleby, vilket genomförts till viss del under 2007.

En projektledare var ansvarig för implementeringen av FFT i Uppsala län. Det inbegrep att ge stöd till mentorer, FFT-team och ledningspersonal, samt att, i samarbete med "FFT Sverige", säkerställa metodutveckling hos teamen och metoduppföljning. Projektledare har även skött samordning av handledning och fortbildning i samarbete med FFT-Sverige. I rollen har även ingått att ha funktionen som en gränsöverskridande ledare mellan projektet och de ordinarie verksamheterna, samt delta i olika möten ute i länet. Vidare har projektledningen inbegripit ansvar för insatser för att befrämja den fortsatta implementeringen av FFT i länet, t ex införande av datorstöd för utvärdering och uppföljning, fortbildning och vidareutveckling av samarbetsfrågor. Projektledaren har även spridit kunskap mellan teamen och försökt öka motivation och hopp under projekttiden, t ex genom att samla länets FFT-arbetare en gång per termin för en så kallad "FFT-verkstad". Under dessa träffar har teamen berättat om sina verksamheter och haft fördjupade diskussioner/reflektioner. Därigenom har man blivit ökat känslan av att ingå i ett länsammanhang.

Uppföljning/kvalitetssäkring

FFT-terapeuter som genomgått "FFT-Sveriges" utbildningskoncept certifieras av Gun Drott Englén och Kjell Hansson när de uppfyller fastställda kriterier. Certifieringen är tidsbegränsad till två år och kan förlängas ytterligare två år efter uppföljning. Certifieringen är till för att trygga implementeringen och underlätta behandlingsutvecklingen (www.fft-sverige.se). Det är viktigt att

poängtera att om man ska kunna påräkna de goda resultat som uppvisats på andra håll krävs att man inte gör avsteg från den modell som utvecklats av Jim Alexander och som visat goda resultat i flera utvärderingar. Inom Länsprojektets ram t o m den 31 augusti 2007 har två personer från Uppsala kommun blivit certifierade. Ytterligare tre terapeuter har certifierats under hösten 2007. Dessa terapeuter är de första i Sverige som certifierats.

Under den period som FFT implementerats i Uppsala län har ”FFT-Sverige” utvecklat sitt koncept för utbildning och handledning. Det var inte klart när Uppsala län startade med FFT, vilket inneburit att förutsättningarna har förändrats under projektets gång. Det saknades t ex en manual på svenska, en struktur för effektmätning av behandlingsinsatsen och uppföljning av modelltrogenhet. Manualen har översatts av ”FFT-Sverige” och blev klar i november 2007. *Adherence-formulär* (ett formulär för bedömning av i vilken grad behandlaren följer manualen) har tillkommit och en viss struktur för hur certifiering skulle gå till.

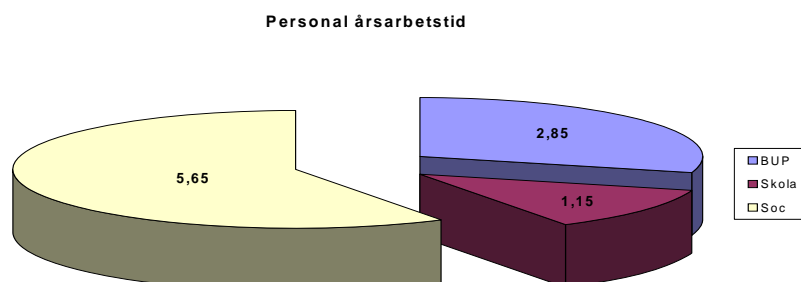
LOKALA FFT-TEAM

I januari 2006 bildades efter avslutad utbildning ett team i varje kommun. Teamen startade med praktiska och administrativa uppgifter, samt också att lära känna varandra. Många personer var nya för varandra. Kommunerna stod för lokaler till FFT-verksamheten. Varje team erhöll en informationspärm med ett ”Implementeringsprogram” innehållande informationsfolder, statistikunderlag, ansökningsblankett, lathund, förslag på formulering till Åklagarkammaren m m. Materialet hade arbetats fram av Uppsalaprojektet och man såg det som angeläget att alla team gav samma information till alla remitterter och andra berörda i hela länet. Teamen träffas en gång per vecka för planering och genomgång av remisser och för kollegial handledning. Mentorererna stödde teamens uppbyggnad och var med vid möten med jämna mellanrum.

I januari 2007 beslutade teamet från Håbo att göra ett uppehåll i arbetet med FFT, då de ansåg att de inte hade de organisatoriska förutsättningarna. Håbo kommun utbildade under hösten 2007 ytterligare en person i FFT och kommer från 2008 på nytt med i metodhandledningen. En person från BUP i Älvkarlebyteamet avslutade sitt arbete i december 2006. Personal från BUP i Tierps FFT-team har därefter varit konsultativt stöd för Älvkarleby. I övrigt har personalen varit konstant under projektets gång.

Personal

I tre kommuner kommer personalen i FFT-teamen från socialtjänst och BUP och i fyra kommuner finns därutöver skolan med i teamen. Sammanlagt är det 26 personer som ingår i FFT-team i länet delat på 9,0 årsarbetare (inklusive Uppsala). I varje team ingår tre till sju personer. De flesta teammedarbetarna arbetar deltid med FFT och har annat arbete inom sin organisation på den övriga arbetstiden. Arbetstiden i FFT-teamet varierar från 20 till 100 % per person. Personalen har grundutbildning till behandlingsassistent, psykolog, psykiatrijuksköterska, skötare, socionom och/eller socialpedagog. Fyra har steg 1 kompetens. Det var inte möjligt att hitta personal med psykoterapeututbildning eller motsvarande i alla kommuner.



Lokaler

Alla sju teamen har sin verksamhet i kommunens lokaler. I sex av sju kommuner finns FFT-teamets verksamhet inom kommunens öppenvårdsverksamhet. I Älvkarleby finns FFT-teamets verksamhet i Nätverkshuset, i Tierp på IoF Resursgruppen, i Östhammar inom Råd och Mellanvårdsgruppen, i Uppsala på Ungdomscentrum, i Knivsta i Resursteam Fröhuset, i Håbo inom Familjeteamet och i Enköping har man sina lokaler bredvid myndighetsgrupperna inom Individ- och Familjeomsorgen. I Enköping har man beslutat att starta "Familjens Hus" där FFT kommer att bli en av flera strukturerade öppenvårdsinsatser. Samtliga lokaler är utrustade med funktionella möbler som ger en trivsam arbetsmiljö för familjer och behandlare. I lokalerna finns teknisk utrustning för videofilmning och TV.

Remissgång

I starten av verksamheten tog alla teamen in familjer via remiss från socialtjänstens myndighetsgrupper eller BUP:s behandlingspersonal, samt i fyra kommuner från skolan. Familjen blev hänvisad genom ett beslut av t ex socialsekreterare. FFT ingick i den strukturerade öppenvården inom kommunerna. Tanken var att varje familj har en remittent och vid avslutad behandling, eller vid avbruten behandling, återför man ungdomen och familjen till remittenten. Efter hand har flera kommuner ändrat remissgången och familjer kan nu komma direkt till FFT utan beslut av myndighet eller andra mellanhänder.

Varje team har totalt mellan 1,0 och 3,0 årsarbetare. Vissa team har under projektets gång ökat sin procentuella personalstyrka då inflödet av remisser varit stort. Varje team har en teamansvarig/remissansvarig. Denna person är anställd av kommunen och ansvarig för att ta emot förfrågningar vad gäller remisser, samt att ta emot och fördela remisser i teamet. Remissansvarig är sammanhållande länk i teamet och statistikansvarig för verksamheten, samt håller i teammöten och kontakt med projektledaren.

Intagningskriterier

Intagskriterier i FFT-teamen har formulerats utifrån målgruppen för FFT i Uppsala län (Se sidan 5). Remissansvarig tar emot en förfrågan och förhör sig om beteendeproblemen hos ungdomen och familjesituationen. Därefter tar remissansvarig upp ansökan i FFT-teamet för bedömning om ungdomen uppfyller kriterierna och om en FFT-behandling kan påbörjas. Om FFT-kriterier inte föreligger ska ärendet återremitteras. I vissa fall har teamen tagit emot familjen i behandling trots att de ej uppfyllt kriterierna.

För att medverka i FFT-behandlingen är kunskap i svenska språket en nödvändighet, vilket innebär att bristfälliga kunskaper i svenska är ett exklusionskriterium.

Statistik/uppföljning

Statistikuppgifter inhämtas från varje FFT-team (bilaga 3). Remissansvarige fyller i statistiken och rapporterar till projektledaren. Där redovisas ungdomens födelseår, kön, antal syskon, mål med behandlingen, inkommet datum, remittent, typ av ärende, intagningskriterier, andra pågående insatser, namn på terapeut, start- och slutdatum, antal samtal, fullföljd behandling, måloppfyllelse och vidare insatser. Därutöver har FFT-teamet skrivit ner sina reflektioner i samband med rapportering av statistikuppgifter i januari 2007.

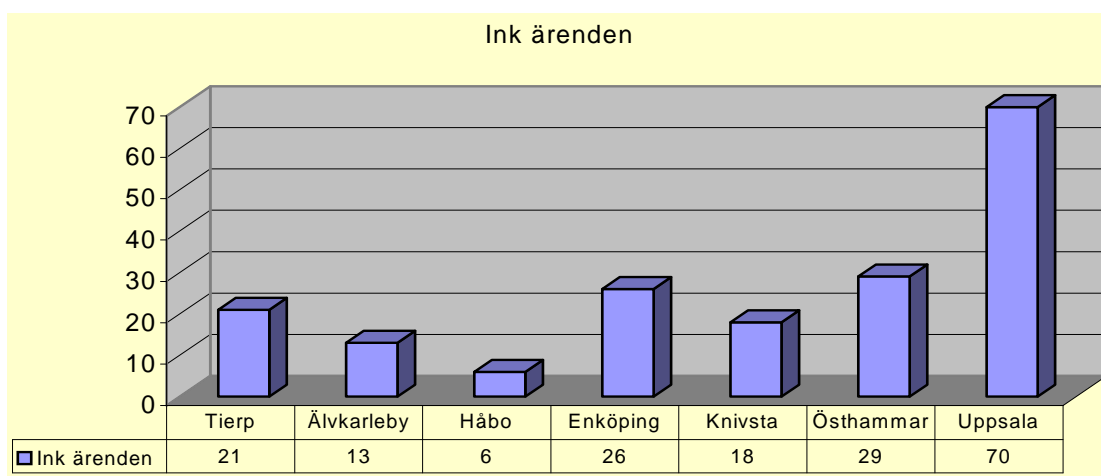
Projektledaren har även inhämtat remittenters erfarenheter och upplevelser drygt ett år efter att FFT-teamen startade. Remittenters kunskap och uppfattning är av stor vikt för att familjen ges adekvat behandling, eftersom de utreder och bedömer familjer och därför bör ha kunskap om

vilka behandlingsformer som finns i och utanför kommunen. De är också en viktig länk i kedjan av aktörer för implementering av nya behandlingsinsatser för barn och ungdomar. I studien, som utformas av projektledaren, har fyra remittentgrupper i två kommuner, totalt 12 personer, intervjuats av en oberoende socialarbetare.

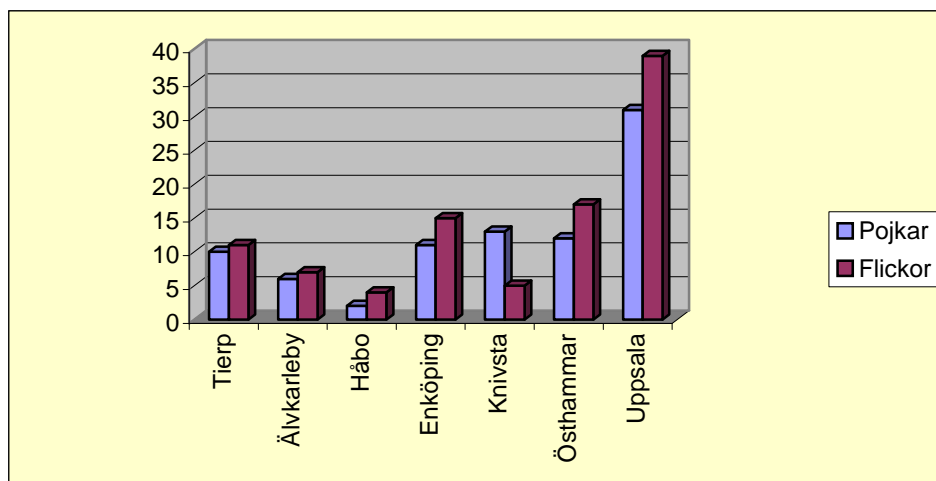
RESULTAT

Statistikuppgifter

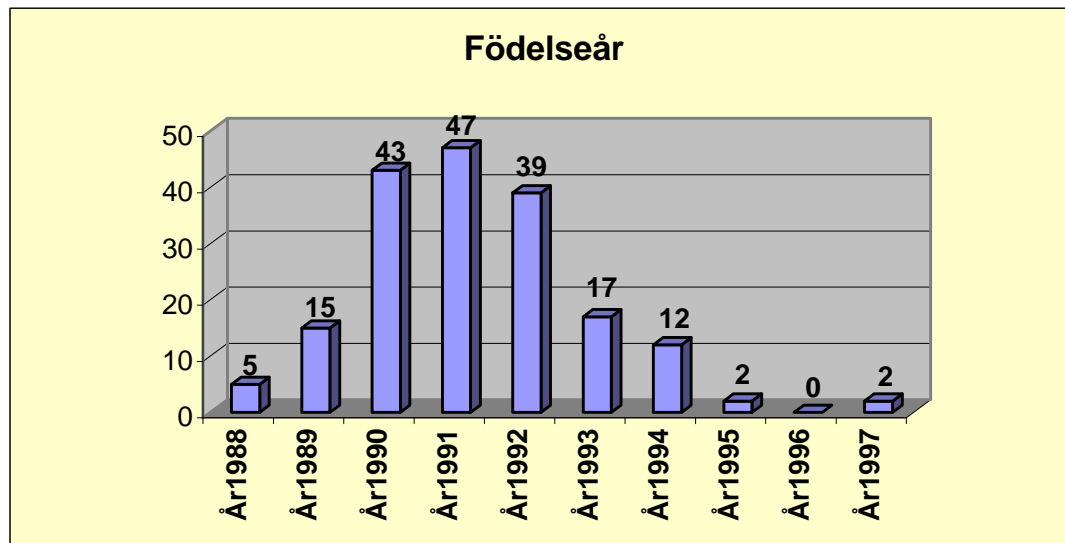
Antal inkomna ärenden till de olika FFT-teamen i länet under perioden 060101—070630 var 183 ungdomar. Av dessa kom 124 från socialtjänsten (med och utan myndighetsbeslut), 38 från BUP, 20 från skolan och en från annan ingång.



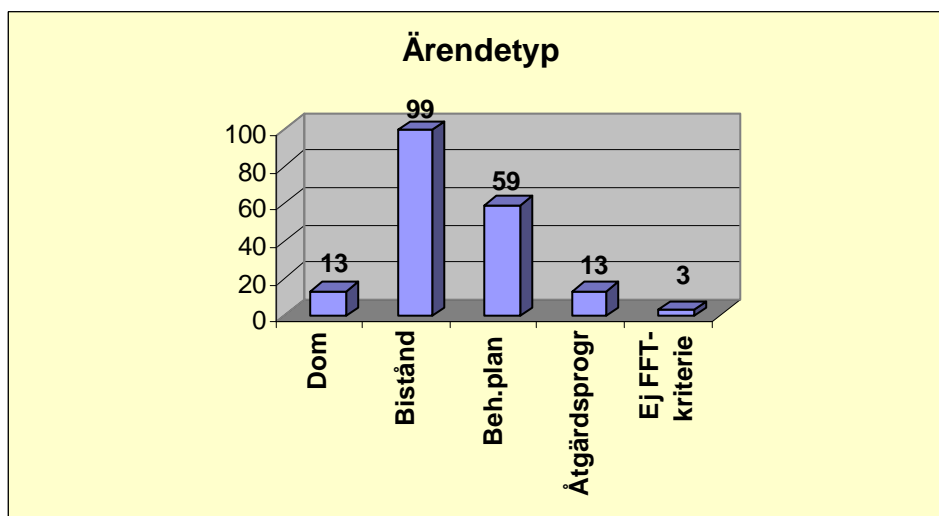
Av dessa var 98 flickor och 85 pojkar.



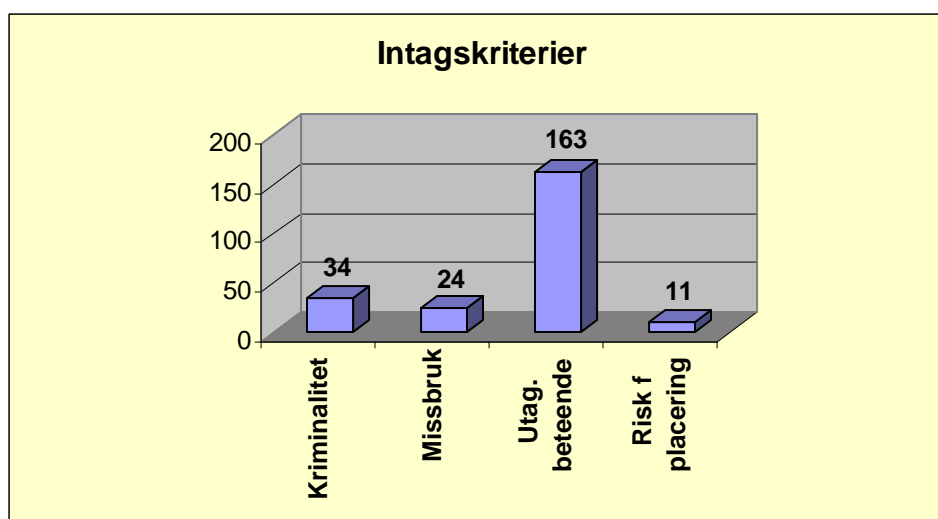
Flertalet var födda mellan 1990 och 1992.



De flesta ungdomarna inkom som ett biståndsärende från socialtjänsten eller via behandlingsplan från BUP (ett ärende kan ingå i flera ärendekategorier).



Intagningskriterierna har delats in i tre kategorier. Flera ungdomar har flera intagskriterier. Det vanligaste är utagerande beteende.



Reflektioner från FFT-teamen och mentorer

Kommentarerna från de sju teamen varierar. Det handlar bl a om hur projektet har förarbetats i de olika kommunerna. Vissa kommuner var fullt på det klara med hur FFT skulle implementeras medan andra var mindre förberedda. Vissa FFT-team beskriver en sårbarhet med anledning av att teamen är små. Här nedan kommer några kommentarer från grupperna, som illustrerar de synpunkter som framförts.

”Human och respektfull metod och framförallt användbar.”

”Resultatet efter utbildning och ett års praktik är att jag låter mig överraskas och glädjas av metodens förhållandevis enkla verktyg som är så användbara och som också ger mig frihet att använda mina kunskaper, min kreativitet och fantasi.”

”Vi har i teamet pratat om hur synd det var att handledningen kom igång innan vi hade en chans att träffa familjer.”

”Vi har stort utbyte av handledningen med Gun Drott Englén. Till en början upplevde vi den som mycket strängt metodtrogen. Den känslan är reviderad till en viss del.”

”Vi har känt positiv förväntan och en välvillig inställning till FFT från våra kollegor, men vi har väl haft lite svårighet i att få uppdrag från våra kollegor”.

”I och med arbetet med FFT har samarbetet och kontakten mellan oss som arbetar med ungdomar i olika verksamheter ökat. Det finns också en kraft i det kontaktnät som skapats i den länsövergripande FFT-verksamheten.”

”Gruppen använder uttryck som kreativt, stödjande och många fria diskussioner. Våra olika arbetserfarenheter samt det faktum att vi kommer från olika huvudmän gör vår diskussion spännande och konstruktiv.”

”Arbetet med familjerna är inte utvärderat utifrån de utvärderingsinstrument som tidigare använts. Detta ser vi som en brist och hoppas på att vi kommer att kunna utvärdera familjearbetet framöver.”

Samarbetet mellan kommun och landsting uppskattas och många beskriver att det befrämjar familjearbetet och även ger andra sidovinster.

Flera beskriver det som positivt att man under året har öppnat upp ännu en ingång till FFT-teamen i vissa kommuner, direkt från Råd och stödenheterna inom socialtjänsten. Det innebär att det inte behövs någon utredning/beslut för att komma till FFT.

Mentorernas reflektioner

Projektledaren har inhämtat mentorernas synpunkter på implementeringsarbetet. Mentorerna beskriver att de praktiska frågorna kring lokaler, informationsmaterial etc. dominerade i början av året. Därefter har grupprocesserna varit det viktigaste. Mentorerna har arbetat för en sammanhållning i teamen. De använde sin egen erfarenhet av de tre år de arbetat tillsammans i

Uppsalaprojektet. FFT är ett behandlingsarbete som bygger på kollegial handledning, vilket gör att terapeuterna är beroende av varandra och där krävs en öppenhet som bygger på tillit. Ett citat från en av mentorerna illustrerar detta.

”Om man ska samarbeta över gränserna krävs det också att man liksom kommer nära in på varandra, man kommer varandra väldigt nära, man blir sårbar.”

I teamen har det varit många diskussioner och en ödmjukhet för andra verksamheter både inom BUP och inom socialtjänsten. Det finns mycket respekt och är högt i tak, men att få till en genuin teamkänsla tar tid och är ett hårt arbete. Mentorerna är rörande överens om att det finns en stark länskänsla i FFT. De sju teamen träffas ett par gånger per termin och där finns en gemensam känsla av glädje i lärande, utveckling och sammanhållning.

Mentorerna ser att det har varit skillnader i mentorskapet beroende på fysiska avstånd och storlek på grupperna, samt förkunskaper i behandlingsarbete inom teamen. Uppsala hade varit igång i två år och hade byggt upp en bas med administration och kunskap i FFT-metoden. Uppsala och Knivsta slog tidigt ihop sina grupper, då de hade samma mentor, vilket gjorde att de blev en grupp på nio personer som träffades en gång i veckan för kollegial handledning. Det har upplevts positivt av gruppen, vilket lett till att det finns tankar om att slå ihop fler grupper.

Remittenters erfarenheter och upplevelser

Remittenterna har en positiv attityd till metoden och till FFT-teamen. Studien visar också att remittenterna önskar en strukturerad kontakt med FFT-teamen med tydliga feedbackprocesser där nya remittenter särskilt beaktas. Det behöver vara en aktiv rörelse i flödet mellan remittenter och FFT-verksamheter för att resurserna ska användas optimalt (Anderson, 2008).

Extern utvärdering

Utöver det uppföljningsmaterial som tagits fram av projektmedarbetarna har Länsprojektet och Uppsalaprojektet utvärderats på olika sätt. Utvärderingarna omfattar flera aspekter. I Länsprojektet har en processutvärdering av implementeringsprocessen gjorts. I Uppsalaprojektet har det gjorts en effektutvärdering avseende de ungdomar som deltagit i FFT-behandling.

Utvärdering av FFT i länet

Länsprojektet har utvärderats av konsultfirman EoS (Effektiv Organisation med hälsa som Strategi) i samarbete med fil. dr. Gunilla Burell, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet. Utvärderingen syftade till att följa upp om och hur FFT har kommit igång i de aktuella kommunerna.

Utvärderingen av implementeringsprojektet har genomförts i tre delar:

- Baslinjemätning innan utbildningen startade, hösten 2005.
- Utvärdering av utbildningen, årsskiftet 2005/2006.
- Utvärdering av implementeringsprocessen, hösten 2007.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det i samband med kursstart fanns en tydlig vilja att arbeta med FFT som metod. De blivande FFT-terapeuterna var motiverade att använda FFT eftersom de efterfrågade bra verktyg i arbetet med målgruppen och deras familjer och hade ett stort behov av att utveckla nya arbetssätt. Den höga motivationen kvarstod även vid uppföljningen 1½ år senare. Flertalet terapeuter upplever att metoden är strukturerad, respektfull och ger hopp åt familjerna om att problem kan hanteras. Någon invändning har kommit från mindre kommuner att målgruppen kan vara något smal och att det kan vara svårt att få tillräckligt många familjer till teamen p g a detta.

Inledningsvis framkom att tilltron till den egna förmågan var stor medan det fanns en tveksamhet i fråga om tilltro till organisationernas förmåga att skapa förutsättningar för det samarbete som man önskade utveckla. De problem som beskrevs rörde sig om gemensamma mål, tydliga roller och förväntningar på andra aktörers möjligheter. Vid den tredje datainsamlingen framkom att projektet överträffat deltagarnas förväntningar. Samarbetsformerna mellan olika instanser har fungerat väl och kontaktvägarna har blivit smidigare. Samarbetet har också bidragit till intern kompetensutveckling.

Det är viktigt med stöd från kollegor och chefer. Teamen har genomgående beskrivit mentorerna som viktiga för projektets fortlevnad och mentorerna har fått mycket positiva omdömen för sina insatser. Det är i mentorsgrupperna deltagarna inhämtat inspiration, bytt erfarenheter och arbetat med problemlösning.

Tid och prioritering av arbetsuppgifter belystes som en viktig faktor. De som uttrycker detta som ett problem har i regel mindre än 50% tjänst i FFT-arbetet.

Innan utbildningens start visade sig tidigare erfarenhet av familjearbete och adekvat utbildningsnivå ha betydelse för informanternas upplevelse av förmåga att ta till sig kursinnehållet och tilltron till egen förmåga att arbeta med FFT. Vid sista uppföljningen visade det sig dock inte finnas någon självklart samband mellan tidigare utbildning och erfarenhet och tilltron till den egna förmågan. Många terapeuter påtalade dock behov av kompletterande vidareutbildning.

Utvärdering av FFT i Uppsala kommun

FFT-verksamheten i Uppsala kommun har utvärderats av Kjell Hansson, professor i socialt arbete, och Marie söderlind, socionom/utvärderare. Eftersom Uppsala varit modellkommun för övriga team, redovisas en sammanfattning av resultatet av den utvärderingen i denna rapport.

Effektstudien *"Implementering av FFT i Uppsala län"* färdigställdes i augusti 2007. Den bekostades av IMS (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete), Uppsala kommun och FoU IFO vid Regionförbundet i Uppsala län.

Utvärderingen hade som syfte att undersöka hur väl implementeringen av FFT i Uppsala hade skett, samt att utvärdera behandlingsresultatet. Genom kvalitativ intervju och dokumentanalys bedömdes de olika införandefaserna utifrån implementeringsteori. Genom pre- och posttest utvärderades om det skett någon förändring i familjerna gällande psykisk och social ohälsa, livstillfredsställelse, familjerelationer och förmågan att hantera sin livssituation. De skattningsinstrument som användes var Child Behaviour Check List (CBCL), Youth Self Report (YSR), Symtom Check List –90 (SCL-90), Familjerelationskalan (FARS), Familjeklimat, Stegen och Känslan Av Sammanhang (Kasam).

Resultaten som framkom var att både implementeringen av FFT samt behandlingen i stort sett påvisat goda resultat. Ett konstruktivt samarbete mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrien som befrämjat behandlingen. De första faserna i införandet av FFT var grundligt genomfört men vid pilotprojektets slut återfanns inte programtrohet i den utsträckningen att certifiering av personalen kunnat genomföras. Å andra sidan påvisade effektutvärderingen att behandlingen hade givit en positiv och varaktig effekt hos de familjer som deltog i studien. Däremot var materialet för litet för att kunna dra några säkra slutsatser om detta gällande alla familjer som deltagit i behandlingen.

De slutgiltiga rekommendationerna var att personalen i fortsättningen bör arbeta minst halvtid med FFT för att kunna fördjupa sig i och etablera behandlingsmodellen, att FFT-team med jämna mellanrum bör lägga fokus på självvärdering för att se om något kan göras bättre, samt att utvärdering av det terapeutiska arbetet bör göras på ett mer strukturerat sätt förslagsvis med dataprogramstöd. De existerande adherenceskalorna bör också integreras i behandlingen och ligga till grund för den dagliga kontakten med familjerna. Författarna framhävde även vikten av att resultaten från utvärderingen används som vägledande och hjälpande i spridningen av FFT i länet vilket också har skett (Söderlind & Hansson, 2007).

FRAMTIDEN

I oktober 2007 beslutade styrgruppen för FFT i Uppsala län att fortsätta FFT- verksamheten i alla åtta kommunerna som en länsövergripande verksamhet. En ny organisation för verksamheten kommer att bildas med en lokal styrgrupp i varje kommun och en länsövergripande referensgrupp. Den länsövergripande referensgruppen kommer att sammankallas av Regionförbundet. Projektledaren blir verksamhetsledare och anställs av BUP på deltid för samordning, fortbildning, kvalitetssäkring och handledning.

SLUTKOMMENTAR

Arbetet med att implementera en evidensbaserad familjeterapimetod i länet har krävt personer med kunskap och erfarenhet av implementering. I Uppsala län finns det kunskap sedan cirka 10 år av arbete med implementering av olika modeller. I de flesta fall har BUP varit navet för de projekten, t ex VITS (vardagsnära insatser) och COPE (The Community Parent Education Program). Utifrån ett nav har man byggt upp en styr- och referensgrupp som fungerat som en grund i spridningen över länet. FFT har haft nytta av tidigare goda erfarenheter av gemensamt arbete myndigheter emellan samt uppbyggda kontakter och relationer.

FFT är en metod som kräver förkunskaper och erfarenheter av arbete med familjer. Det kräver tid för att fördjupa sig i arbetet och att ingå i grupprocessen/kollegiehandledningen i teamen. I länsprojektet har det visat sig att många har mycket att göra på sin andra arbetstid och det tar lätt över och ger stress. Det vore önskvärt att FFT-behandlarna får möjlighet att avsätta mer av sin arbetstid till FFT-arbetet för en framgångsrik och ansvarsfull utveckling av behandlingsarbetet.

Vidare behöver former för kommuner och landstinget i länet vidareutbilda personal för att kunna utveckla och kvalitetssäkra öppenvårdsarbetet. Att satsa på hemmaplanslösningar kräver att personalen har/får vidareutbildning för att kunna bedriva kvalificerat behandlingsarbete. Mentorerna och teamen i Länsprojektet påpekar behovet av utbildning i grundläggande psykoterapi med familjeinriktning och kognitiv beteendeterapi, KBT.

Under projektets gång har fler kommuner valt att öppna upp så att familjer själva kan söka hjälp direkt utan myndighetsbeslut. Detta ställer andra krav på regelverk när det gäller bl a dokumentation. Man behöver se över datorstöd för dokumentation för öppenvårdsbehandling enligt gällande etiska riktlinjer.

Andra framtidsfrågor som bör processas är att målgruppen för FFT-behandling i länet bör vidgas. Det finns önskemål om att ungdomar med riskbeteende och skolkproblematik bör inkluderas i målgruppen, samt familjer som är i behov av tolk.

En implementeringsfråga är hur metodhanledningen under utbildningstiden kan kompletteras med processhandledning och andra stödåtgärder för att utbildningsprocessen ska få ett effektivare utfall.

Uppsala december 2007

Gunilla Anderson

Projektledare

Tel: 018/611 22 74 eller 0703/55 58 31

E-post: gunilla.anderson@akademiska.se

KÄLLHÄNVISNINGAR

Alexander J., Pugh C., Parsons B., Sexton T., (2000). *Blueprint for Violence Prevention. Book Three. Functional Family Therapy*. Editor Elliott D.S., Institute of Behavioural Science, University of Colorado, Boulder.

Alexander J., (070509) föreläsningmaterial Stockholm.

Andershed H., Andershed A-K., (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Gothia.

Anderson G., (2006). *Slutrapport för projekt Funktionell Familjeterapi, FFT*. Uppsala kommun.

Anderson, G. (2008). *Implementering av FFT. Remittenters upplevelser av FFT-projektet i Uppsala län*. Psykoterapisällskapet i Stockholm AB.

Andreassen T., (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?* Centrum för utvärdering av socialt arbete, Statens institutionsstyrelse och Gothia.

Aronsson H., (2002). *Samverkan.nu. Om professionella nätverk för ungdomar med särskilda behov*. Edita.

Drott-Englén G., Johansson P., Benderix Y. & Hansson K., (1999). *Funktionell familjeterapi i tillämpning. En samarbetsmodell vid ungdomskriminalitet*. Fokus på familjen, vol 27, Nr 1, 11-20.

Ferrer-Wreder L., Stattin H., Cass Lorente C., Tubman J. G., Adamson L., (2005). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga*. Gothia.

Hansson K., Cederblad M. & Höök B., (2000). *Funktionell familjeterapi*. Socialvetenskaplig tidskrift, 3, 231-243.

Hansson K., Hedenbro M., Lundblad A-M., Sundelin J., Wirtberg I., (2001). *Familjebehandling på goda grunder*. Gothia.

Söderlind M. & Hansson K. (2007), *Implementeringsprocessen av Funktionell familjeterapi i Uppsala*. En första utvärdering. Regionförbundet Uppsala län.

Hemsidor:
www.fft-sverige.se

www.fftinc.com

www.colorado.edu/cspv/blueprints

KOMPLETTERANDE BESKRIVNING AV FFT-METODEN

Här nedan ger rapportskrivaren en förenklad beskrivning av FFT-modellen för att ge läsaren en bild av vad FFT är. För en fördjupad beskrivning av metoden hänvisas läsaren till "FFT Sveriges" hemsida www.fft-sverige.se. "FFT-Sverige" ansvarar för utbildning och handledning i funktionell familjeterapi i Sverige. Företaget har utvecklat sin verksamhet under det senaste året.

FFT är en fasindelad och manualbaserad terapiform med tre faser, motivations/bedömningsfasen, beteendeförändringsfasen och generaliserings/avslutningsfasen. Av manualen framgår vad som bör göras under varje fas. Metoden är inte detaljstyrd, utan lägger stor vikt vid terapeutens förmåga. FFT-arbetet är beroende av terapeutens förmåga att skapa allians och en bekräftande hållning där det skapas hopp, samt att terapeuten skall hålla struktur och kunna visa värme och humor i mötet med familjemedlemmarna.

FFT-behandling ska vara en korttidsintervention på ca 3 till 6 månader. Terapin innehåller i genomsnitt 12 träffar, men den kan variera från 6 till 30 sessioner. Innan behandlingen påbörjas försöker man minimera andra eventuella pågående insatser från myndigheter. Man vill vara den som håller i behandlingen och därmed vara "ensam på plan" i början av behandlingen, för att eventuellt senare ta in andra behandlingsinsatser. Inledningsvis är terapin mer intensiv. Behandlingen kan ges i familjens hem eller på en mottagning. Terapeuten ska vara flexibel och möta familjens behov och önsknings. Många familjer har låg motivation att gå in i behandling eller avbryter behandling. När en behandlare är mer tillmötesgående angående var man ska träffas och när, minskar drop-out från behandlingen och ökar familjens motivation. I FFT tar terapeuten ansvar för behandlingen. Det är FFT-terapeutens ansvar att motivera familjen till behandlingen. Uteblir familjen eller någon av familjemedlemmarna är det terapeutens uppgift att arbeta mer intensivt för att motivera dem för behandlingen. I FFT arbetar man huvudsakligen ensam som terapeut i familjen.

Introduktion/motivationsfasen

Motivations- och bedömningsfasen bygger på att skapa en god kontakt med och att motivera och engagera alla familjemedlemmar. Terapeuten har i denna första fas ett relationsfokus. I FFT går familjen först och terapeuten använder en s.k. "FFT lins" i mötet med familjen "to see families in relational, strength-based and non-judgemental ways" (Alexander 070509). Andra pågående insatser bör avslutas eller ta paus i avvaktan på FFT-behandlingen. Att vara "ensamma på plan" är en hjälp för familjen och terapeuten i alliansbyggandet. Familjen och behandlarna har med sig mätbara mål under hela behandlingen. I behandlingen har man ett familjefokus där man funderar på vad beteenden gör med familjen. Man utforskar beteendens funktion i relation till alla familjemedlemmar.

Forskning har påvisat att familjer med barn med utagerande problematik har mer av försvarsinställd kommunikation. Det innebär mer av kränkningar och klander som uttrycks på destruktiva sätt. I FFT intar terapeuten en aktiv roll och i början av en terapi går terapeuten in och avbryter negativa kommunikationsmönster. Det är viktigt att klander etc. inte "släpps lös i rummet" så att terapirummet blir som det kan vara hemma.

I motivations- och bedömningsfasen undersöker terapeuten risk- och skyddsfaktorer på individ-, familj- och samhällsnivå i de familjer man arbetar i. Man noterar riskfaktorer och arbetar aktivt för att öka på skyddsfaktorerna utifrån det salutogena perspektivet.

I samtal med samtliga familjemedlemmar gör terapeuten en bedömning av familjens kommunikationsmönster och familjemedlemmarnas individuella relationsbehov utifrån begreppen närhet och distans. Det handlar om att terapeuten ska upptäcka på vilket sätt som familjen interagerar och kommunicerar med varandra. Terapeuten utforskar de mönster i familjen som gör att problem i familjen blir dysfunktionella. Tillsammans undersöker man vad varje medlem i familjen gör när problem uppstår. I denna första fas pratar terapeuten med familjen på ”göra-nivå”, vad gör mamma när flickan gör så, vad gör pappa när flickan gör så etc. Relationsbehoven undersöks i de olika dyader som ingår i familjen. Ett exempel på hur FFT-arbetet kan se ut i denna fas är t ex en flicka som rymt hemifrån vid upprepade tillfällen till olika riskmiljöer. Då funderar terapeuten på vad beteendet fyller för funktion i relation till mamman respektive pappan. Flickan kan uttrycka ”- Ingen bryr sig ändå - de skiter i vad jag gör, de har fullt upp med sitt” etc. Det är behandlarens uppgift att utforska vad beteendet fyller för funktion i relation till mamman och pappan. Det flickan kan förmedla till terapeuten är att hon känner sig ensam och söker närhet till båda föräldrarna. I andra fall skulle det kunna vara att flickan söker avstånd. Mamman i detta fall tycker kanske i sin tur att hon har gjort allt i alla år och att det nu är pappans tur. Hon vill få tid för sig själv och uttrycker ett behov av distans i relation till dottern. Mamman vill hitta ett nytt sätt att umgås med sin tonårsdotter. FFT-terapeuten kan nu, tillsammans med familjen, vara öppen med vad han/hon ser och märker.

I FFT-behandlingen arbetar terapeuten med det negativa samspelelmönstret. En typ av intervention, som enligt forskning visat goda resultat, är när terapeuten gör en positiv omformulering. Positiv omformulering (reframing) är en teknik som terapeuten använder för att sätta ett oacceptabelt beteende i ett annat ljus. Positiv omformulering används inom många familjeterapiformer, men har en avgörande betydelse i FFT (Hansson m fl 2001). T ex att tjata kan betyda att man inte har givit upp utan är engagerad. Med positiva omformuleringar vill terapeuten ge familjemedlemmarna en möjlighet att se på konflikten på ett nytt sätt. Samtidigt visar man familjen hur man kan nå en stödjande kommunikation. FFT-terapeuterna funderar under denna fas på vad beteenden fyller för funktion familjemedlemmarna emellan. Innan man lämnar motivationsfasen ska familjen ha tillägnat sig en mer stödjande kommunikation. När man som terapeut börjat se mönster i familjen, vad beteendet fyller för funktion för relationsbehoven och att kommunikationen blivit mer stödjande kan man gå över i nästa fas, beteendeförändringsfasen. Man kan inte ändra relationsbehoven men man kan hjälpa familjemedlemmarna att hitta andra, mer funktionella, sätt att uttrycka sina behov i relationen.

Beteendeförändringsfasen

I den tredje fasen är terapeuten mer edukativ. Familjen gör övningar, hemuppgifter etc., där de får öva på att förändra strategier utifrån de nya insikter och känslor som de tillägnat sig under motivationsfasen. Hemläxor och övningar ges utifrån familjemedlemmarnas olika relationsbehov. Man kan dela upp beteendeträningen i kommunikationsträning och färdighetsträning. T ex kan flickan, som nämndes ovan, få sina behov av närhet mer tillfredställda och mamman sitt behov av distans. Det kan bestå av att pappan, som tycker att mamman aldrig släppt in honom tidigare, tar en mer aktiv roll i förhållande till flickan. Övningarna är konkreta, som t ex att pappa och dotter lagar middag tillsammans flera dagar i veckan. Pappan och flickan går till utvecklingssamtalet som mamman och flickan gjort tidigare. Flickan och mamman åker iväg själva till några vänner

en weekend och pappan står mer för basen i vardagen. Terapeuten fortsätter i denna fas att vid behov göra positiva omformuleringar.

Generaliseringsfasen

I avslutningsfasen har terapeuten fokus på hur förändringen i familjen ska vidmakthållas. Här ser man till att vid behov koppla på nätverket kring familjen. I avslutningsfasen ser terapeuterna till var och ens individuella behov. Här kan det vara en eller flera familjemedlemmar som behöver fortsatt stöd. Det kan t ex handla om en förälder med utmattningsdepression eller en förälder som behöver hjälp för sina alkoholproblem. En del föräldrar är i behov av fortsatt stöd, t ex i form av familjerådgivning eller att FFT-terapeuterna erbjuder fortsatt samtal kring föräldrarollen. Familjen kan även behöva stöd i samtal med t ex övrig släkt, skola, barnhabilitering. FFT-terapeuten kan medverka för att vidmakthålla den förändring som skett genom att bygga broar till stödpersoner. Andra familjer avslutas helt utan vidare insatser. Remissvar skickas till den eventuelle remitterande myndigheten när behandlingen är avslutad.

06-05-06

ALLMÄNNA FÄRDIGHETER HOS MIG SOM TERAPEUT

1 = Mycket dåligt**2 = Dåligt****3 = Det händer****4 = Bra****5 = Mycket bra**

Färdigheter i engagemangs- & motivationsfasen	1	2	3	4	5
Kan jag skapa god kontakt i familjen?					
Kan jag skaffa den information som behövs?					
Kan jag skapa en balanserad relation till alla familjemedlemmar?					
Kan jag hålla en god struktur i samtalet?					
Kan jag dra in alla i samtalet?					
Kan jag återföra till det terapeutiska tema som avhandlas?					
Kan jag skapa ett relationsitiskt tema?					
Kan jag använda positiv omformulering?					
Kan jag väva samman omformuleringarna till ett tema för familjen?					
Kan jag tillämpa omformuleringar så att de matchar varje familjs särskilda problembild?					
Kan jag ändra problemdefinitionen till "något mellan människor"?					
Kan jag tänka relationellt, snarare än att sätta en diagnostisk etikett på familjen?					
Kan jag reducera skuldbeläggning och negativitet?					
Klarar jag av FFT:s engagemangs- och motivationsfas inom FFT:s tidsram?					
Kan jag arbeta med kommunikation?					
Kan jag arbeta med enactment eller rollspel?					

06-05-06

Färdigheter i beteendeförändringsfasen	1	2	3	4	5
Kan jag göra bedömningar av närhet-distans behov?					
Kan jag utveckla förändringsmål som är specifika för familjen?					
Är "beteendeförändringsmålet" en liten, uppnåelig förändring?					
Fokuserar jag beteendeförändring på utveckling av specifika färdigheter?					
Tillämpar jag intervention för beteendeförändring som "matchar" relationsfunktionerna i familjen?					

Färdigheter i generaliseringsfasen	1	2	3	4	5
Börjar generalisering endast efter lyckad "beteendeförändring"?					
Fokuserar jag särskilt på att förebygga återfall?					
Fokuserar jag särskilt på generalisering inom andra områden?					
Tillämpar jag generalisering inom familjen på ett sätt som "matchar" familjen?					
Hänvisar jag familjen till andra insatser som "matchar" familjen?					

Allmänna FFT-färdigheter	1	2	3	4	5
Är jag flexibel i att erbjuda tjänster på ett sätt som passar familjens tidschema?					
Har jag en teoretisk förståelse av FFT-modellen?					
Tillämpar jag framgångsrikt min förståelse av relationella funktioner?					
Kan jag tänka på barn i ett utvecklingspsykologiskt perspektiv?					
Arbetar jag oförtrutet med familjen?					
Använder jag FFT-handledarens förslag och feedback?					
Visar jag följande egenskaper gentemot familjen:					
a. konsekvent terapeutiskt fokus					
b. värme					
c. icke-dömande					
d. icke-skuldbeläggande					
e. humor					
f. tillåtande acceptans					

