



PSYKOTERAPISÄLLSKAPET
I STOCKHOLM AB



Implementering av Funktionell Familjeterapi FFT

Remittenters upplevelser av FFT-projektet i Uppsala län

Författare:
Gunilla Anderson

Handledare:
Gunilla Burell, fil dr i psykologi
Institutiionen för folkhälso- och
vårdvetenskap, Uppsala
universitet

Examinator:
Björn Wrangsjö, docent i barn-
och ungdomspsykiatri

Psykoterapeututbildning med inriktning familjeterapi 60 poäng
Uppsats 10 poäng
Vårterminen 2008

SAMMANFATTNING

Inom den medicinska vården finns det en långvarig tradition av att använda sig av evidensbaserade modeller. Inom socialt arbete är implementering av evidensbaserade modeller ett relativt nytt forskningsområde.

Många kommuner och landsting arbetar i ökad grad med att införa evidensbaserade behandlingsmodeller. I Uppsala kommun påbörjades ett arbete år 2002 med att implementera en evidensbaserad metod, Funktionell familjeterapi, FFT, med syfte att i öppenvård ge familjer med barn/ungdomar med utagerade svårigheter behandling på hemmaplan. Detta arbete fortsatte senare att spridas till Uppsala läns alla kommuner när man år 2005 startade Länsprojektet för FFT. Länsprojektet är ett samarbete mellan Uppsala läns alla kommuner, Uppsala län landsting och Regionförbundet Uppsala län. Författaren till uppsatsen har varit projektledare för Länsprojektet.

Denna undersökning beskriver Uppsala läns implementering av FFT med en fördjupning i remittenters erfarenheter och upplevelse av FFT-projektet. Remittenters kunskap och uppfattning är av stor vikt för att familjer ska ges adekvat behandling. De är också en viktig länk i kedjan av aktörer för implementering av nya behandlingsinsatser för barn och ungdomar.

I denna studie har fyra remittentgrupper i två olika kommuner intervjuats drygt ett år efter projektets start. Gruppintervjuer har gjorts av en utomstående intervjuare. Totalt har 12 personer intervjuats.

Resultaten visar att remittenter har en positiv attityd till metoden och till FFT-teamen. Studien visar vidare att remittenter önskar en strukturerad kontakt med FFT-teamen med tydliga feedbackprocesser där nya remittenter särskilt beaktas. Studien visar att implementeringsarbetet behöver vissa strukturerade förbättringar i samarbete mellan remittenter och FFT-verksamheter för att resurserna ska användas optimalt.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	5
1.2. Bakgrund	5
1.3. Implementering, teoretisk bakgrund och tillämpningsområde.....	6
1.3.1. Centrala begrepp	6
1.3.2. Teoretisk bakgrund.....	6
1.3.3. Viktiga faktorer vid implementering.....	6
1.4. Funktionell familjeterapi, FFT	7
1.4.1. Länsprojektet FFT Uppsala län	8
1.4.2. Målgrupp för FFT-behandling i Uppsala Län:.....	9
1.5. Syfte	9
1.5.1. Frågeställningar	9
2. METOD.....	10
2.1. Forskningsdesign.....	10
2.2. Urval av intervjugrupper	10
2.3. Intervjuare	10
2.4. Intervjufrågor	11
2.5. Tillvägagångssätt.....	11
2.6. Metod för analys och tolkning	11
2.7. Etiska överväganden	12
3. RESULTAT	12
3.1. Beskrivning av hur remittenter gör sina bedömningar.....	12
3.2. Remittenters syn på familjens roll.....	13
3.3. Remittenternas syn på när FFT är användbar.....	15

3.4. Remittenters syn på samarbetet med FFT-teamen	18
4. DISKUSSION	20
4.1. Diskussion av resultaten i relation till implementeringsfaktorer	23
4.2. Metoddiskussion.....	26
REFERENSER.....	28
BILAGOR	29

1. INLEDNING

1.2. Bakgrund

Många kommuner söker olika former av hemmaplanslösningar för barn och ungdomar med allvarliga beteendeproblem i form av bl a aggressivitet, kriminalitet och missbruk. Inom socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ökar intresset och behovet av evidensbaserade behandlingsmodeller dvs. metoder som har stöd i forskning och vilar på den mest tillförlitliga forskningsmetodiken. Inom hälso- och sjukvården är personalen enligt lag skyldig att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom socialt arbete är implementering av evidensbaserade modeller ett relativt nytt forskningsområde (Gustle, 2007). Med evidensbaserad vård menas i denna studie en medveten och systematisk strävan att bygga vården på bästa möjliga vetenskapliga grund och bygga sina beslut på dessa resultat, som ett komplement till annan kunskap och i samråd mellan klient/patient och behandlare (www.sbu.se).

Regeringen gav 2001 Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra ett utvecklingsprogram, *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten*. Det har därefter presenterats ett antal forskningsbaserade kunskapsöversikter av den internationella forskningen inom prevention och behandling för barn och unga (www.socialstyrelsen.se/IMS). En medvetenhet har också vuxit fram om svårigheten att implementera de evidensbaserade metoderna och att det krävs kunskap om vilka faktorer som främjar respektive motverkar en lyckad implementering (Söderholm Carpelan, 2006). Att arbeta enhetligt och följa en modelltrogenhet för kvalitetssäkring har hög prioritet i arbetet med evidensbaserade metoder och hur implementeringsarbetet genomförs blir en viktig uppgift. Implementeringsarbetet med evidensbaserade metoder inom folkhälsoområdet och inom socialt arbete är ett område man idag lägger stor vikt vid både nationellt och internationellt. För att öka kunskapen och inspirera till svensk forskning inom området implementering arrangerades en konferens i Stockholm i oktober 2007, där man bjudit in världsledande forskare inom området. Konferensen arrangerades av bl a Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, IMS, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (www.socialstyrelsen.se/IMS).

En evidensbaserad behandlingsmetod är Funktionell Familjeterapi och i Uppsala län pågår ett arbete med att implementera denna modell i länets alla kommuner i samarbete med BUP i Uppsala läns landsting.

1.3. Implementering, teoretisk bakgrund och tillämpningsområde

1.3.1. Centrala begrepp

Evidensbaserad: Innebär att man fattar beslut om interventionernas innehåll och implementering på basis av forskningsresultat från studier som använt sig av lämpliga vetenskapliga principer och metoder (Ferrer-Wredner et al, 2005).

Implementera: Införa, genomföra, fullfölja (Ferrer-Wredner et al, 2005).

1.3.2. Teoretisk bakgrund

Implementering är ett relativt nytt forskningsområde och i takt med att evidensbaserade behandlingsmetoder börjat spridas och efterfrågas, har också implementeringsforskningen kommit igång. Forskning om hur implementeringen av de evidensbaserade programmen bör gå till på bästa sätt pågår men har ännu inte resulterat i tydliga slutsatser vad gäller effektiva strategier för spridning (Gustle, 2007).

Lars-Henry Gustle (2007) redogör i sin avhandling *Implementering och korttidsuppföljning av Multisystemisk terapi (MST)*, för ett antal olika teorier och tidigare studier kring implementering. En tidigare studie är ”*Successful Program Implementation: Lessons From Blueprints*” (Michalic et al, 2004) gjord av en forskargrupp på Center for the Study and Prevention of Violence at the University of Colorado at Boulder. Forskargruppen har utvärderat kvaliteten av nio behandlingsprograms implementering för att se vilka faktorer som utgör förutsättningar för lyckad implementering och identifierat följande faktorer.

1.3.3. Viktiga faktorer vid implementering

Utvärdering av arenan (site assesment) handlar om att göra en behovsanalys av den arena som är aktuell, se över åtaganden och resurser före implementeringen.

Effektiv organisation (effective organization) innebär att det krävs administrativt stöd för implementeringen. Det krävs vidare stabilitet i organisationen. T ex kan stor personalomsättning försvåra implementeringen. Det är viktigt att det finns en delad vision, att alla som är involverade i programmet har samma mål. Vidare kan samverkan krävas mellan olika organisationer som berörs av implementeringen.

Kompetent personal (qualified staff). Motivation, stöd och acceptans för programmet från personalens sida är viktigt för att implementeringen skall lyckas. Andra faktorer är

personalens kompetens och erfarenheter för arbetet, liksom ersättning till personalen och att det finns möjlighet att avsätta tillräckligt med tid.

Programförsvarare (program champion) är ofta en person som har inflytande i organisationen men som också behöver ha bra kontakt med dem som ska genomföra implementeringen och som kan motivera dem. Ett program kan misslyckas om programförsvararen lämnar organisationen utan att man har lyckats engagera någon annan.

Programintegration (program integration) handlar om att integrera programmet med andra program och åtaganden inom organisationen.

Utbildning och teknisk assistans (training and technical assistance) handlar om utbildning, seminarier, workshops osv. Teknisk assistans är hjälp att komma vidare när man stöter på problem vid implementeringen, ex IT-stöd.

Programintegritet (implementation fidelity) handlar om hur pass likt programmet implementeras i förhållande till den ursprungliga programdesignen (Gustle 2007).

1.4. Funktionell familjeterapi, FFT

Familjeterapins utveckling började i USA för ca 40 år sedan. Det psykoterapeutiska arbetet var på den tiden präglad av psykoanalysen och det psykodynamiska perspektivet. Ur dessa teorier har det uppkommit olika rörelser där familjeterapirörelsen utgör en. Därefter har det inom familjeterapirörelsen utvecklats olika inriktningar (Hårtveit & Jensen, 2004).

FFT är en multimodal familjeterapeutisk behandlingsmodell som vänder sig till ungdomar i åldern 11-18 år 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. (Elliot, 2002). Metoden bygger på systemteori, social inlärningsteori och kommunikationsteori, samt med det svenska tillägget av salutogenes. FFT har hämtat delar från kommunikationsteori (Watzlawick et al 1967, Satir, 1975) och från den strukturella skolan inom familjeterapi (Minuchin, 1977), samt från den strategiska skolan (Haley, 1976). FFT vilar vidare på forskning kring risk- och skyddsfaktorer på individ-, familje- och samhällsnivå. Metoden är evidensbaserad och det finns ett ovanligt gott stöd för FFT, med ett flertal studier och replikationer kring metoden i Sverige, USA och Kanada. FFT är ett av de 11 program

som finns med på s.k. ”Blueprints for violence prevention” (Elliot, 2002), ett projekt vid University at Boulder i USA där man undersökte prevention- och behandlingsprogram som har till syfte att minska bl a våld och kriminalitet. FFT har introducerats i Sverige av Kjell Hansson, professor i socialt arbete och Marianne Cederblad, professor i barn- och ungdomspsykiatri (Hansson et al, 2001).

FFT är manualiserad i tre faser: motivation/bedömningsfasen, beteendeförändringsfasen och generalisering/avslutningsfasen. Av manualen framgår vad man bör göra i varje fas. Metoden är inte detaljstyrd utan lägger stor vikt vid terapeutens egen förmåga. FFT-arbetet är beroende av behandlarens förmåga att skapa allians och en bekräftande hållning där det skapas värme, humor för att ge hopp och ökad motivation. Behandlaren skall kunna hålla struktur och ha en aktiv roll i arbetet (Elliott, 2000).

FFT-behandlingen bör vara en korttidsintervention på ca 3 till 6 månader. Behandlingen innehåller i genomsnitt 12 träffar, men det kan variera från 6 till 30 sessioner. Behandlingen ges i familjens hem eller på en mottagning.

1.4.1. Länsprojektet FFT Uppsala län

I september 2005 startade det tvååriga Länsprojektet för FFT i Uppsala län.

Länsprojektet bygger på ett samarbete mellan Landstinget och kommunerna i länet samt Regionförbundet Uppsala län. Målet för projektet var att sprida metoden Funktionell Familjeterapi till sex kommuner i Uppsala län och att bistå kommunerna med implementeringen av metoden. Målgruppen för projektet var i första hand socialarbetare i de sex kommunerna, samt barnpsykiatrisk personal från motsvarande lokala BUP-team. Dessutom ingick särskilda informationsinsatser i projektet där lokala beslutsfattare och remitterande personal i berörda verksamheter ingick i målgruppen. I alla kommuner medverkar socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatrin och i fyra kommuner ingår också skolan i projektet.

Uppsala län består idag av åtta kommuner, Enköping, Heby, Håbo, Knivsta, Uppsala, Tierp, Älvkarleby och Östhammar. Uppsala kommun har i Länsprojektet varit modellkommun, då Uppsala kommun i samarbete med Landstingen påbörjade sin implementering av FFT redan år 2002. Heby kommun inkorporerades från Västmanlands län till Uppsala län i januari 2007 och har därför inte ingått i Länsprojektet.

Projektet startade med en utbildning i FFT med 30 behandlare från hela länet. Efter avslutad utbildning i januari 2006 startades FFT-team i alla kommuner. I varje team ingår personal från socialtjänst och BUP och i de kommuner där skolan ingår medverkar personal från skolan. Varje team består av tre till sju personer. Personal från Uppsalateamet, som varit i FFT-arbetet sedan 2003, fungerade som mentorsstöd i igångsättandet till de nya teamen. Projektet leddes av en projektledare som höll i implementeringsprocessen.

Efter den teoretiska utbildningen gavs metodhandledning för vidare certifiering till FFT-terapeut. Syftet med metodhandledning är att följa modelltrogenhet (adherence), för att användningen av metoden skall vara likt den ursprungliga programdesignen som utarbetats av Jim Alexander. Genom den länsövergripande organisationen samlas alla FFT-behandlare några gånger per år för erfarenhetsutbyte, seminarium och fortbildning.

1.4.2. Målgrupp för FFT-behandling i Uppsala län

FFT vänder sig till familjer med utagerade barn. Målgrupper har definierats på olika sätt i olika forskningsstudier och replikationer internationellt och nationellt (Elliot, 2002). I

Uppsala län har de samverkande myndigheterna utformat följande målgrupp:

- Ungdomar i ålder 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.
- Ungdomar i åldern 15-18 år som är dömda till vård inom socialtjänsten.

För att medverka i FFT-behandling är kunskap i svenska språket en nödvändighet, vilket innebär att vid alltför bristfälliga kunskaper i svenska övervägs annan behandling (Anderson, 2007).

1.5. Syfte med studien

- Att undersöka remittenternas uppfattning och attityder till FFT-projektet i Uppsala län samt analysera dessa i relation till framgångsfaktorer för implementering av evidensbaserade behandlingsmetoder.

1.5.1. Frågeställningar

- Vilka erfarenheter har remittenterna hittills av FFT som projekt och behandlingsmetod?
- Vilka faktorer tar remittenterna hänsyn till vid remiss till FFT-projektet?

2. METOD

2.1 Forskningsdesign

Studien är en kvalitativ intervjustudie. Halvstrukturerad intervju användes som datainsamlingsmetod. För bearbetning av det kvalitativa intervjumaterialet användes en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2003).

2.2. Urval av intervjugrupper

Fyra intervjugrupper bedömdes vara tillräckligt omfattande för att kunna ge studien trovärdighet inom ramen för uppsatsens omfattning. Två kommuner valdes ut och i varje kommun intervjuades två grupper bestående av representanter från två remissinstanser, socialtjänst och BUP. De fyra aktuella cheferna kontaktades per telefon och gavs en presentation av studien. Uppgifter om hur många personer som var möjliga remittenter till FFT inom respektive organisation och hur man bäst skulle kunna få personer att ingå i studien samlades in av cheferna. Utifrån dessa uppgifter sändes ett informationsbrev till chefen för verksamheten som i sin tur delade ut brevet till den personal som har möjlighet att remittera till FFT. Samtliga personer i dessa fyra grupper erhöll ett erbjudande om att ingå i studien.

Totalt delades 35 brev ut. Personal som erhållit brev uppmanades att svara på en svarstalong inom två veckor om de ville medverka i studien. 16 personer tackade ja till att ingå i studien. 15 kvinnor och en man. Svarebrev sändes till författaren som i sin tur kontaktade intervjuaren och meddelade vilka personer i respektive grupper som tackat ja till att medverka. Två personer som tackat ja deltog inte och två personer var tvungna att avbryta intervjun p g a klientbesök. Således kom 12 personer slutligen att ingå i studien.

	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3	Grupp 4
Inbjudna	12	10	10	3
Svarade ja	9	2	2	3
Deltog	6	1	2	3

2.3. Intervjuare

Uppsatskrivaren har varit projektledare för Länsprojektet för implementering av FFT. För att ge grupperna möjlighet att vara mer fria i sina uttalanden genomfördes därför intervjuerna av en extern intervjuare. Intervjuaren är en oberoende person och har ingen annan roll i FFT-projektet än som intervjuare för denna uppsats.

2.4. Intervjufrågor

För att uppnå syftet med uppsatsen formulerades intervjufrågor utifrån frågeställningen. Fyra övergripande frågeområden ringades in: öppningsfrågor, bedömningsfrågor, familjefrågor och frågor om FFT. De var öppna till sin karaktär och syftade till att låta intervjupersonerna tala fritt om ämnet för att på så sätt få in en bredd av synpunkter och erfarenheter av remittenterna.

2.5. Tillvägagångssätt

De personer som gav sitt medgivande att delta i studien kontaktades via e-post och telefon av intervjuaren för inbokning av tid för intervju. Intervjuaren erhöll en introduktion av ämnet, samt en frågeguide (Bilaga 2). Intervjuaren har genomfört en intervju per grupp. Intervjuerna har skett mellan den 15 maj 2007 och den 19 juni 2007. Varje gruppintervju har skett vid ett tillfälle under 60-90 minuter.

Samtliga intervjuer har förlagts på dagtid, oftast på den ordinarie mötestid som respektive grupp har inbokad i sin verksamhet. Intervjuerna spelades in på bandspelare. Intervjuerna har därefter transkriberats till text. I grupperna ingick en till sex personer då några föll bort under processens gång när tiden för intervjuerna var bestämda.

2.6. Metod för analys och tolkning

Tolkningen och analysen har gjorts av författaren. Analysen genomfördes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2003). Tolkningen av intervjumaterialet utfördes i flera steg. Initialt lyssnades alla intervjuerna igenom för att få en känsla av helheten. Sedan lästes den transkriberade texten som helhet vid flera tillfällen. Därefter kategoriserades de olika övergripande meningsenheterna som uttrycks av intervjupersonerna. Därefter identifierades och markerades meningsenheter som hade likheter.

För att göra meningsenheterna mer hanterbara har intervjuerna struktureras enligt ”meningskoncentrerings”, vilket innebär att de meningar som intervjupersonerna uttryckt formuleras mer koncist. Långa uttalanden pressas samman i kortare uttalanden, i vilka den väsentliga innebörden av det som sagts omformuleras i några få ord. Koncentrerings av meningen innebär således att större intervjutexter reduceras till kortare och koncisare formuleringar. Utifrån det mönster som visade sig bildades teman. Texten kondenserades på nytt och en gruppering i olika områden bildades. Det bildades fyra teman som dominerade intervjuvären. Dessa teman knöts ihop till en resultatbeskrivning (Graneheim & Lundman, 2003).

2.7. Etiska överväganden

Innan intervjuerna ägde rum fick informanterna muntlig och skriftlig information om syftet med undersökningen samt att deltagandet var frivilligt. Personalgrupperna som intervjuades garanterades anonymitet genom att insamlade data förvarades oåtkomligt för andra än författaren. Det insamlade materialet är sekretessbelagt. Namnen på de valda kommunerna och informanterna förekommer inte i uppsatsen. Deras kön och befattning uppges ej på ett sådant sätt att det kan kopplas ihop med ett specifikt uttalande. De intervjusvar som återges i texten har avidentifierats på så sätt att namn ändrats till hon/han/FFT-behandlare.

3. RESULTAT

Fyra teman kunde urskiljas i intervjusvaren:

- Beskrivning av hur remittenter gör sina bedömningar
- Remittenters syn på familjens roll i behandlingen
- Remittenternas syn på när FFT är användbar
- Remittenters syn på samarbetet med FFT-teamen

3.1. Beskrivning av hur remittenter gör sina bedömningar

Remittenterna beskriver bedömningsprocessen på liknande sätt. De gör individuella bedömningar genom samtal med varje familj. De flesta utredningar utmynnade inte i någon vidare åtgärd utan att de avslutas med utredningen. Vissa beskriver att bedömningsprocessen för att komma fram till vilken behandlingsinsats som passar för familjen sker genom intuition och erfarenhet. När man som utredare gjort sin bedömning diskuterar vissa med sin arbetsgrupp och rådgör med sina kollegor om vad som kan vara en lämplig insats, andra gör bedömningen själva. I de fall där remittenterna bedömer att familjerna behöver vidare insatser kan insatsen vara intern eller extern behandling. Vissa familjer erbjuds behandling på den egna mottagningen när remittenterna anser att de har bra metoder inom den egna verksamheten. Några remittenter beskriver att de ibland rådgör med t ex FFT-teamet som kan vara ett bra bollplank om ärendet ska till dem eller till någon annan verksamhet.

De familjer man remitterar till FFT är familjer där det finns riskbeteenden med bl a kriminalitet och missbruk hos ungdomen, samt familjer där man tidigare har provat många andra insatser. Intervjupersoner uppger att FFT inte är den första insatsen som erbjuds. Det är först när familjen ger uttryck för att de inte längre klarar situationen som FFT föreslås. T ex när familjen har känslan av att:

”...nej vi fixar inte mer, ta bort ungdomen när dom redan velat lämna dem i receptionen.”

Vidare beskriver vissa att det skett en förskjutning under projektets gång vilka som bedöms lämpliga för FFT. I början var remittenterna inriktade på bara kriteriet kriminalitet, men idag har de, efter samtal med FFT-teamet, vidgat synen på vilka de kan remittera. Idag tänker man att FFT kan användas när familjen är i kris och har kommunikations- och relationssvårigheter och där man också gör en bedömning att ungdomen är i risk för en fortsatt väg in i kriminalitet eller andra destruktiva utagerande beteenden. De gör en bedömning att ungdomen

” har ett kriminellt tänkande utan att ha gjort något kriminellt och det kan räcka för att vi ska kunna remittera.”

Det har också skett en förändring i synsätt med att remittera till FFT samtidigt som andra insatser pågår. Tidigare remitterade man inte till FFT, om det pågick andra insatser. Detta med anledning av den information de fick om FFT, att det inte ska finnas andra pågående insatser i familjen. Idag vet man att FFT-teamet tagit emot familjer där ungdomen hade en annan insats.

När det gäller neuropsykiatri görs en beskrivning att FFT kan vara en lämplig insats och att FFT och medicinsk behandling vid ADHD-problematik kan vara en lämplig kombination. Det är dock viktigt enligt remittenten, att FFT-behandlaren har kunskap om funktionshindret så att man ställer rätt och rimliga krav.

” Säg att till exempel du har en familj, med en familjemedlem med ADHD. De får betydligt lättare att ta till sig FFT som metod om de är medicinerade. Detta gäller också medicinering mot depression. Om det är en familjemedlem som medicinerar mot depression så är ju medicinen tänkt att höja individens prestationsförmåga.”

3.2. Remittenters syn på familjens roll

Samtalet runt föräldrarnas förmåga är ett återkommande ämne under intervjuerna.

Intervjupersonerna ger över lag bilden av en helhetssyn på människan, där man ser familjen som en grund för behandling och rehabilitering. Intervjusvaren beskriver hur föräldrarnas förmåga genomgående är en indikation på vilken behandling barnet får. De intervjuade

uppgger att de alltid inkluderar föräldrarna på något sätt i behandlingen och i viss grad även syskon.

Hur bedömningen av föräldrarnas förmåga konkret görs ligger utanför denna studie, men ett par av remittenternas reflektioner om föräldrarnas roll och ungdomens behov redovisas nedan.

”Ganska ofta brister föräldrarna och man får jobba med bara ungdomen eller barnet och sedan försöka jobba med föräldrarna. Föräldrarnas förmåga finns inte riktigt där alla gånger. Då fokuserar man på vad man kan ge till barnet. Föräldrarna är kanske lågbegåvade eller har något missbruk eller vägrar inse sitt eget ansvar eller sina fel.”

”Om det är föräldrar med goda resurser så är det lättare att koppla in dem. Det finns föräldrar som kanske inte vill illa men som på något sätt inte förmår och då kan ungdomen dras ner av dem. Om ungdomen har mer resurser än sina föräldrar [...] då kan man jobba mer med ungdomen själv. [...] Man måste hjälpa ungdomen att leva trots sina föräldrar, trots familjen, som kanske är lite trasslig. Ha strategier att förhålla sig till familjen som fungerar för dem.”

De två ovanstående citaten får representera flera röster i intervjuerna.

När det gäller synen på familjens roll i behandlingen finns vidare en medvetenhet hos remittenterna om funktionshinder och behovet av stöd till dessa familjer.

”Jag tror inte att det är särskilt bra om man förlägger allting till kommunikationen. Säg att familjen har ett, eller kanske flera, funktionshinder och att man aldrig uppmärksammar det. Vi vill ju veta varför, varför gör jag på det ena eller på det andra sättet och då hamnar vi i den gamla sjuttitalsfällan att relationen är allt. Om en person inte fungerar så är det aldrig så att han eller hon har ett funktionshinder utan det berodde på nåt som föräldrarna gjorde under tidig barndom eller nånting.”

En annan intervjuperson berättar:

”Inom vår verksamhet är det ganska sällan som vi jobbar enbart med ett barn eller en ungdom. Väldigt ofta behöver familjen, kanske inte regelrätt

behandling, men de behöver åtminstone förhållningsråd om hur de ska bete sig för att inte återigen hamna i den situationen som de var i när de sökte hjälpen. Men ibland handlar det om ren utbildning och man behöver inte gå som katten runt het gröt hur vi kommunicerar med varandra utan det blir ren och skär undervisning; depression fungerar så här, man blir bättre om man gör så här och sämre om man gör så här.”

3.3. Remittenternas syn på när FFT är användbar

Intervjusvaren kring FFT-metoden och FFT-teamens verksamhet rör i hög grad fördelen med att involvera hela familjen i behandlingen. De flesta intervjugrupper beskrev att FFT-metoden tar del av hela familjesystemets syn på ett bekymmer. Genom att se ett beteende hos en ungdom vidgar man synen från ett individuellt problem till en större helhet. FFT gör att man kan nå en balans i familjesystemet genom att hjälpa familjen att få ner ångesten och oron på en hanterbar nivå för att jobba vidare med grundmönstren.

”Att hela familjen är med i behandlingen ser jag som en framgångsfaktor. Det jag tänker är skillnad är om man ser det som att det är en person som står för ett bekymmer i en familj eller i en grupp och att man istället ser att alla påverkar varandra i det här som är ett bekymmer så tror jag att man har mycket större möjlighet att förändras och se en förändring över tid.”

En grupp beskriver att samhället och skolan ofta förväntar sig att så fort socialtjänsten kommer in ska allting hända. De tror att FFT relativt snabbt kan visa att det faktiskt händer någonting och att man på så sätt kan vända synen på familjen, så att omgivningen också ändrar sin syn.

Begrepp som helhet, balans och syn på beteende återkommer i svaren.

”Vi har ofta barn och ungdomar som är symptom på att någonting inte är bra i familjen. FFT ser mer till helheten istället för att behandla barnet eller ungdomen med olika insatser och insatser på insatser och det händer ingenting. Här kan du verkligen förändra ett beteende.”

En annan röst beskriver:

”Vi har ofta barn och ungdomar som är symptom på att någonting inte är bra i familjen och FFT ser mer till helheten. Genom att nå alla i familjen så ändrar

du ungdomens beteende därför att allt runtkring hänger ihop, allting påverkar och det är ofta som vi ser att det är just relationsproblem mellan föräldrar och så visar det sig i ungdomens beteende. För mig är det att få det som fungerar att fungera bättre. Att man får ihop den här helheten.”

Andra ofta återkommande begrepp i intervjuvaren är funktion, fungera och flexibel och att man tänker i termer av relations- och kommunikationsproblem:

”...att återfå funktionen, kontrollen och att ställa tillrätta på nåt sätt.”

Flexibiliteten kommer av att remittenterna upplever att det finns en frihet inom ramen för FFT, att man kan jobba hemma hos familjen om de så vill. Flera beskriver att FFT är ett sätt att hjälpa familjer att strukturera det som är bekymmersamt och kunna prata med varandra på ett mer strukturerat sätt.

”Jag tror att FFT är bra på att inte gräva och gå tillbaka utan ta fram det som är positivt och, utifrån KBT:n titta på här och nu och framåt. Det, och sen att få det att fungera helt enkelt.”

Av intervjuerna kan man se en förändring i synen på familjens roll och en tydlig tro på att FFT kan undvika en placering:

”Tidigare var det väldigt [inriktat på] att man skulle ge insatser till ungdomen. Det var behandlingshem, kontaktfamiljer eller kontaktpersoner. Du kan sätta folk på behandlingshem och institutioner, men så länge familjen inte fungerar kan du inte förändra beteendet hos ungdomen. Och det är ju ett tänkande som jag tycker har förändrats hos mina kollegor”.

Intervjugrupperna ser även begränsningar med FFT. Några beskriver FFT som en metod bland flera metoder. FFT klarar inte allt utan är ett komplement till andra metoder som redan finns. FFT beskrivs dock som ett viktigt redskap i verktygslådan att nå olika familjer och det bidrar till

”dimensioner som vi kanske inte riktigt har haft tidigare, men som inte räcker till allt.”

En annan röst beskriver:

”I FFT har vi fått ett redskap som vi har saknat.”

Av intervjuvaren framkommer att remittenterna inte remitterar till FFT i följande situationer.

- Föräldrar som inte ger sitt samtycke till FFT. Man remitterar endast om det finns en vilja hos den ena föräldern eller båda föräldrarna.

- Föräldrarnas oförmåga i att ingå i behandling. Föräldrarnas förmåga att ta till sig en behandling är avgörande för flera remittenter.

”Sedan tänker jag också på hur föräldrarna är. Är det föräldrar där det finns en föräldraförmåga? Kan de börja jobba med det här? [...] Sedan om ungdomen har olika grader av svårigheter [...] men föräldraförmågan måste ändå finnas där.”

- FFT faller bort som alternativ om det t ex är väldigt mycket ohälsa hos föräldrar, stora psykiska svårigheter eller missbrukande föräldrar/förälder.

- FFT faller bort när anmälningsplikten enligt Socialtjänstlagen tar över.

”Om det är uppenbar fara och risk för ungdomen då blir det ju att man anmäler till socialtjänsten istället så får de göra bedömningen.”

- Pågående allvarligt missbruk.

- Barnpsykiatrisk problematik, specifikt ångestsyndrom eller depression.

- Intervjugrupperna remitterar inte till FFT när man bedömer att ungdomen behöver formulera sig kring sin egen tillvaro och behöver några gånger själv innan föräldrar kopplas på i samtalen.

” Om det finns en klar barnpsykiatrisk problematik, till exempel något specifikt ångestsyndrom, då jobbar man ju med det. [...]De pedagogiska inslagen t ex hur övriga familjemedlemmar ska tänka på att göra och inte göra, det ingår ändå i den behandlingen, så då behöver man inte FFT. Om det till exempel är ren neuropsykiatri gör vi kanske bedömningen att familjen kanske behöver lära sig mer om funktionshindret och då försöker vi nog med det i första hand.”

- Behov av ett långsiktigt stöd. I dessa fall remitterar de istället till habiliteringen.

3.4. Remittenters syn på samarbetet med FFT-teamen

Av intervjusvaren framkommer att familjer kommer till FFT behandling i de undersökta kommunerna via remiss, men också genom en egen ansökan direkt från familjer. De som remitterar är socialtjänsten, BUP och skolan.

Intervjusvaren ger en spridd syn på hur samarbetet bör se ut mellan en FFT-terapeut och en remittent under pågående FFT-behandling. Vissa remittenter önskar få mer insyn och feedback i pågående ärenden:

”Vi vet ju inte riktigt vad som har hänt med de vi har remitterat mer än att en del har kommit tillbaka hit som enskilda kontakter, eller önskemål om enskild kontakt.”

Andra tycker att det är bra att lämna över ärendet och att FFT-teamet har behandlingen och endast återkommer till remittenten vid behov.

”Det är en bra form av samverkan när det inte ska vara dubbeltid på allting. Då kan man lika gärna ha det själv så att säga i sin egen organisation. Vi bedömer och kanske kollar med dem om de tycker att det är [lämpligt med] FFT. Sedan remitterar vi över och de håller i det tills det kanske blir någonting för oss igen. Det är bra upplägg!”

I intervjusvaren framkommer att de flesta har god kunskap om FFT och kännedom om FFT-teamens verksamhet. Några få av de intervjuade har ingen erfarenhet av FFT-teamens arbete då de är nya inom sitt verksamhetsfält. Ett par personer vet inte vad FFT är eller var FFT-teamen bedriver sin verksamhet. Intervjusvaren visar att remittenterna är positiva till metoden generellt och visar tilltro till behandlingsformen. Intervjupersonerna beskriver att FFT-teamens verksamhet fortfarande känns ny och att de inte kan uttala sig om effekten av behandlingen i deras kommun ännu. De beskriver att teamens sammansättning med professioner från olika myndigheter är positivt.

”Utifrån min synvinkel tycker jag att det är jättebra som det är. De finns tillgängliga här en gång i veckan och behöver man något annat så kan man kontakta den som kanske är inne i den familj man har remitterat. Jag är väldigt belåten.”

Andra är inte lika nöjda och ger uttryck för en osäkerhet i relationen mellan remittenter och FFT- terapeuter.

”Jag kan inte ta kontakt med FFT-terapeuten och fråga hur det går och göra en förhandsbedömning eftersom det pågår FFT-insatser. Jag tycker att jag går in och stör. Jag tror också att vi handläggare har lite känslan att vi inte vill störa. Samtidigt är man mån om sina klienter, man vill veta hur det går.”

Flera remittenter beskriver att de vill att remittenter och FFT-team ska hitta former för samarbete och informationsutbyte. Att kunna konsultera FFT-teamet och dela erfarenheter efterfrågas. Man pekar även på att särskilt ny personal behöver inbjudas till FFT-teamen för att få information och börja bygga upp relationer till varandra.

Det framkommer att de som är mycket nöjda har tillgång till konsultation hos FFT teamet en gång i veckan. De har möjlighet att presentera nya familjer som de vill rådgöra kring för att se om FFT kan vara lämpligt. Intervjupersonerna beskriver att det har gjorts att de remitterat fler familjer och att den samverkansform de arbetat fram förenklat remissförfarandet.

Remittenterna återkommer ofta under intervjuerna till fördelarna med sammansättningen av FFT-teamen, med personal från olika verksamheter; socialtjänst, BUP och skola. De ser att teamets kompetens skulle kunna användas på ett vidare sätt och inte endast till frågor som rör FFT.

”Jag kan ju tänka så här att som rådfrågning, för dom sitter på olika kompetenser. Det är psykiatri, det är skola, det är socialtjänst, ofta blir det ju i det läget FFT eller inte. [...] att få någon som är utomstående och inte har någon personlig, eller en annan koppling till de här människorna. [...] Det skulle man ju kunna använda dem till och inte bara sånt som är kopplat till FFT.”

Det framkommer i intervjuerna att man i kommunerna har lite resurser som ska delas på många olika projekt och verksamheter. Ny verksamhet måste få utvecklas men intervjupersonerna uttrycker farhågor över framtiden för basverksamheten. Brist på ekonomiska medel och personal kan undergräva verksamheter, speciellt i mindre kommuner. Det ses som viktigt att basverksamheter i form av mottagning för utredning/bedömning/ behandling har tillräckliga resurser. Samtidigt som man kan se att t ex FFT-projektet kan avlasta basfunktionen.

”.... jag tycker det här ska kunna leva i längden. För på nåt sätt känns det som att det är som med alla projekt att det ska liksom göras inom en befintlig ram

och det blir ingen påfyllning av terapeuter eller ja det är en liten kommun och alla kan inte bidra med en person till varje projekt och slutar nån så... ”

4. DISKUSSION

Syftet med denna uppsats har varit att undersöka remittenternas uppfattning och attityder till FFT-projektet samt analysera dessa i relation till framgångsfaktorer för implementeringen av evidensbaserade behandlingsmetoder.

Av intervjuvärdens framgång att remittenter ser barnet/ungdom ur ett familjeperspektiv där de tar hänsyn till familjens behov och resurser när de gör sina bedömningar. Några återkommande ord i intervjuerna är helhet, balans, synen på beteende, relation, kommunikationsproblem, funktion, fungera och flexibel. Studien visar att flertalet av de intervjuade har god kunskap om metoden och FFT-teamens arbete. Några har mindre kunskap och några få ingen erfarenhet av FFT-teamens arbete. Detta faktum kan härledas till att personal som varit med i implementeringsprocessen från start har god kunskap och ny personal har mindre kunskap. Behovet av dialog och information till ny personal är av stor vikt i implementeringsarbetet.

På frågor om remittenternas syn på FFT och tankar kring FFT är svaren samstämmiga. Intervjupersonerna är positiva till metoden och visar på tilltro till att behandlingsformen kan ge goda effekter. De beskriver att de har hög tilltro till effekten av modellen generellt. Det är dock för kort tid som verksamheten varit igång (ett år) i respektive kommun för att de ska kunna uttala sig om effekten i just deras kommun. Man kan här se att remittenterna inte är helt ”troende” till modellen utan har en mer avvaktande inställning –

”att vi får se hur det går på lång sikt”.

Detta är en bra utgångspunkt, att de har en realistisk och vettig skepsis för att kunna invänta en effekt. De första faserna i implementeringen av ett program kan ta två till fyra år. Under de efterföljande åren är uppdraget att hålla stabilitet och hållbarhet för programmet (Hansson Söderlind, 2007). Man kan uttyda vikten av feedbackprocesser där man kan uppvisa resultat i den egna kommunen.

Intervjuvärdens beskriver att de ser att FFT är en metod bland flera metoder/insatser och arbetssätt som familjer har att tillgå. De beskriver att FFT inte är en universalmetod som

passar för alla. De har en realistisk syn på metoden och de flesta är insatta i den målgrupp som metoden är avsedd för. Man kan här notera att i intervjuvären görs beskrivningar av att FFT kan förhindra en placering för en ungdom och att metoden visar på tillit till att familjen kan utgöra en god jordmån till förändring med hjälp av FFT-insatser.

När det gäller remisser till FFT-teamen har en förskjutning skett under projektets gång. Intervjupersonerna beskriver att de uppfattat målgruppen mer strikt från början av projektiden och att man med tiden lättat på ingångskriterierna för FFT-behandling. Intervjupersonerna beskriver bl a att andra pågående insatser kan få förekomma parallellt vilket var mer strikt från början. Tidigare var man mer noga i FFT-behandlingen att man ville vara "helt ensamma på plan". Vissa remitter har i början av projektet uppfattat att metoden mer var för kriminella. I intervjuvären beskrivs att det uppstått en utveckling från då till nu i synen på målgruppen. Nu remitterar de familjer där det förekommer stora svårigheter i kommunikation och relationen och där det finns riskfaktorer för begynnande kriminalitet eller andra utagerande beteenden. Man kan här utläsa att det på vissa håll har rått missförstånd när det gäller målgruppen. Under projektets gång har det ur det gemensamma arbetet mellan remittent och FFT-team utkristalliserat sig en mer realistisk målgrupp som är anpassad efter behov och verklighet. Intervjupersonerna ger en tydlig bild över familjer de inte remitterar till FFT, bl a då det finns en klar barnpsykiatrisk problematik som specifikt ångestsyndrom eller depression väljer man andra metoder samt familjer där remittenten gör en bedömning att föräldrar har begränsningar i form av bl a stora psykiska svårigheter eller missbruk. Det finns anledning för remittenterna och FFT-teamet att tillsammans närmare utforska FFTs lämplighet även för dessa familjer.

Ingen grupp har i intervjuerna hänvisat till den definition av målgrupp för FFT-behandling i Uppsala län som finns i den information som bör ha distribuerats till alla remitterter av FFT-teamen. Slutsatsen blir att remitterter inte har definitionen av målgruppen i fokus vid bedömningar utan har införlivat den i sitt kunskapsområde, samt att vissa inte har kännedom om dokumentet för beskrivning av målgruppen.

Några remitterter skulle vilja ha mer kontakt och samarbete med FFT-teamen och att det blev en tydlig struktur runt samarbetet. Andra är väldigt nöjda och tycker att det är bra som det är och att de har en struktur. En klar skillnad märks mellan de som varit anställda innan projektet startades och de som kommit efter. De "nya" har inte samma naturliga kontakt med teamet

och kunskap om FFT. Det framkommer att remittenter och FFT-team behöver känna till varandras funktion mer.

Samarbetet är det område där intervjupersonerna tar upp förslag på förändringar. Man kan se att de remittenter som upplever att de har god kännedom om FFT-teamets medarbetare och FFT-teamets rutiner har större nöjdhetsfaktor än de som har mindre kännedom. Av intervju svaren kan man utläsa att vissa remittenter önskar ett mer strukturerat samarbete och möjlighet att ta del av FFT-teamets kunskaper på fler nivåer.

Flera remittenter beskriver att de vill att remittenter och FFT-team ska hitta former för samarbete och informationsutbyte. Att kunna konsultera FFT-teamet och dela erfarenheter efterfrågas. Man pekar även på att särskilt ny personal behöver inbjudas till FFT-teamen för att få information och börja bygga upp relationer till varandra. Remittenterna återkommer under intervjuerna till fördelarna med sammansättningen av FFT-teamen med personal från olika verksamheter; socialtjänst, BUP och skola. De ser att teamets kompetens skulle kunna användas på ett vidare sätt och inte endast till frågor som rör FFT. Önskemål om att utvidga FFT-teamet till ett bredare "bollplank" eller "konsultativt" team framförs i intervjuerna. Man beskriver att det i FFT-teamen finns kunnig personal från socialtjänst, skola och BUP som skulle kunna användas i flera sammanhang när det gäller samarbete runt barn och ungdomar.

Det framkommer att de som är mycket nöjda har tillgång till konsultation hos FFT teamet en gång i veckan. De har möjlighet att presentera nya familjer som de vill rådgöra kring för att se om FFT kan vara lämpligt. Intervjupersonerna beskriver att det har gjort att de remitterat fler familjer och att den samverkansform de arbetat fram förenklat remissförfarandet.

En farhåga som framkommer i intervjuerna är kommunernas brist på resurser och att FFT ska delas med många andra projekt och verksamheter. Remittenter känner viss oro att det tas alltmer resurser från basverksamheter och att dessa verksamheter inte får påfyllning. Man kan idag se att remittenters situation är klart ansträngd. Ur ett implementeringsperspektiv är erfaren personal och en stabil basfunktion en förutsättning för en lyckad implementering. Inom socialtjänstens utredande myndighetsgrupper står ofta unga socionomer ensamma i sitt arbete med svåra bedömningar och hög arbetsbelastning. Detta gäller också BUP, där öppenvårdsenheterna är hårt belastade och har svårt att avsätta resurser till projekt.

4.1. Diskussion av resultaten i relation till implementeringsfaktorer

Hela implementeringsprocessen handlar om en kedja av aktörer och handlingar där remittenter är en länk i kedjan. Det är viktigt att denna länk är stabil för att åstadkomma en lyckad implementering. Remittenter har vissa funktioner i denna kedja. När man granskar förutsättningar för implementering enligt den modell som uppsatsen presenterar kan det vara så att vissa av dessa faktorer har högre relevans än andra just för remittenterna.

Utvärdering av den aktuella arenan

Det handlar om behov, åtaganden och resurser för den kommande implementeringen.

Intervjupersonerna beskriver behovet av att nå målgruppen för FFT och att FFT utgör ett verktyg som tidigare saknats, samt att man ser att FFT kan förhindra placeringar och att kommunerna har behov av att hitta effektivare metoder för denna målgrupp.

Effektiv organisation

Här menas att det krävs en stabilitet i organisationen, t.ex. kan stor personalomsättning försvåra implementering.

Vad gäller resurser kan man se tänkbara hinder i form av ekonomiskt och personalmässigt slag. Att bygga upp hemmaplanslösningar för barn och ungdomar kräver personalresurser. Att ta personalresurser från basfunktioner kommer att utgöra ett problem långsiktigt.

Denna studie visar att när remittenter känner till FFT-teamet och dess funktion underlättar det samarbetet. Låg personalomsättning befrämjar relationen mellan remittent och FFT-team. Studien visar även att det varit svårare för nyanställda remittenter att få kännedom om FFT-teamens verksamhet. Ny personal måste ges möjlighet att lära känna personalen i FFT-teamen och ta del av dess verksamhet och målgrupp och vice versa.

Kompetent personal

Där ingår motivation, stöd och acceptans samt ersättning till personalen och att det finns möjlighet att avsätta tillräckligt med tid för implementeringen.

Kompetens och erfarenhet hos personal både som remittent och som FFT-behandlare är viktigt. Det krävs hög kompetens, erfarenhet och god bedömningsförmåga för att göra medvetna urval av familjer som remitteras till FFT. I början av projektet var urvalet mer strikt

efter vissa kriterier som satts upp. Dessa kriterier har sedan kommit att luckras upp och behov och samspel mellan remittent och FFT-team har fått en större betydelse. Det framkommer av intervjuerna att urvalet av familjer sker med stöd av ”tyst kunskap”. Tyst kunskap innebär utveckling som går från explicit följsamhet mot regler till intuitiv bedömningsförmåga (Kvale 1999). Den tysta kunskapen bygger på erfarenhet och kompetens kring vilka familjetyper och situationer som ska remitteras till FFT-teamen och när annan insats skall erbjudas. Denna tysta kunskap är svår att formulera, men har visat sig, i denna studie, vara den övervägande bedömningsmetoden som används.

Flera remittenter uppger att det i många fall saknas feedback från FFT-teamen till remittenterna. Undersökningen bidrar till att synliggöra behovet av feedback från FFT-teamet. Remittenter behöver få bekräftelse i det arbete de utfört. Det underlättar för remittenten när denne ska göra en ny bedömning för en ny familj. Tid behöver avsättas för former av samarbete/samråd/feedback. Ett ständigt pågående informations- och erfarenhetsutbyte mellan remittenter och FFT team behövs. En kontinuerlig marknadsföring genom spridning av information krävs samt kunskap man att kan aldrig stanna upp i detta arbete.

Ett annat sett att se det är att remittenter inte ska behöva ha kunskap om alla behandlingsmetoder utan att de remitterar till en öppenvårdsenhet och där gör man bedömningen vilken typ av insats som familjen behöver. Då blir remittentens uppgift att bedöma behovet av vidare behandling men inte specificera behandlingsmetoden. FFT blir på så sätt ett arbetssätt bland många och en del i en större verksamhet.

Vidare tas tidsfaktorn upp i flera av intervjuerna. I mindre kommuner behövs personal till en bred verksamhet, personalen har många uppgifter på sin arbetstid och det är svårt att hålla en specialisering. Detta försvårar en lyckad implementering.

Vad gäller kompetensen hos de lokala FFT-teamen ger intervjuerna beskrivningar att man önskar anlita FFT-teamens personal för konsultationer vid bedömningar. Detta kan ses med stor tilltro till bred och stor kompetens i FFT-teamen.

Programförsvarare

Programförsvarare är ofta en person som har inflytande i organisationen och har bra kontakt med och kan motivera den som ska genomföra implementeringen. Ett program kan

misslyckas om programförsvaren lämnar organisationen utan att man har lyckats engagera någon annan.

I denna studie kan vi inte härleda några intervju svar till denna faktor. Det är troligt att så länge remittenterna förutsätter de att programmet kommer att fortsätta.

Programintegration

Programintegration handlar om att integrera programmet med andra program och åtaganden i kommunen.

Vi kan i studien utläsa att remittenters bedömningar har förändrats under projektets resa. Man kan se att processen har lett till en anpassning av målgruppen. Kriterier för FFT-behandling har anpassats till behoven att integrera FFT mer till kommunens och familjers behov. Detta faktum befrämjar implementeringen. Tidigare tänkte man att FFT ensamt skulle utgöra en insats i familjen, vilket man i huvudsak fortfarande har som huvudregel, men en anpassning har skett till förmån för remittenters arbete. Om man tror att man ska få familjer till FFT som bara har FFT som insats, faller det bort många eftersom remittenter vill ha möjlighet att kunna kombinera insatser. Remittenten behöver kunna ha utrymme för sin bedömning vilket kan inkludera fler insatser. Studien visar att alla remittenter inte känner till FFT-teamets verksamhet, samt att flera beskriver att de vill hitta former för ett bättre informations- och erfarenhetsutbyte.

Utbildning och teknisk assistans.

Länsprojektet består av att FFT-behandlarna återkommande erhåller erfarenhetsutbyte med andra i länet, samt fortbildning och handledning. I intervjuundersökningen kan man se att remittenterna inte berör den skrivna ramen för målgruppen till FFT-behandling i Länsprojektet. Detta kan betyda att de inte fått tillräcklig utbildning och information.

Studien visar att man har hög tilltro till modellen generellt, men är osäker på effekten i den egna kommunen. Man hänvisar till att tiden för projektet är för kort och att de har för lite erfarenhet med för få avslutade behandlingar. FFT-teamen skulle kunna visa på en effektmätning, med en före- och eftermätning av behandlingen skulle man avhjälpa detta faktum. När man introducerar evidensbaserade metoder bör det ingå metoder för effektmätning och kvalitetsuppföljning med datorstöd.

Programintegritet

Handlar om hur pass likt programmet implementeras i förhållande till den ursprungliga programdesignen.

Denna faktor berör inte remittenter utan tillhör kvaliteten på behandlarnas arbete. Det framkommer att remittenter dock vill få mer feedback i hur behandlingen fortlöper.

4.2. Metoddiskussion

De remittenter som intervjuades utgjorde ungefär en tredjedel av den totala gruppen. Därmed vet man inte vad de som inte intervjuades skulle ha sagt. Dock var inte studiens syfte att få total representativitet utan syftet var att kartlägga upplevelser som kan finnas bland remittenterna.

En grupp bestod endast av en person. Att endast ha fyra grupper blev på så sätt sårbart. Utifrån studiens syfte kan jag dock se att det resultat som ändå kom fram av intervjuerna, trots det låga antalet intervjuade, är tillfredställande för att kunna dra vissa konklusioner som är överförbara till andra remittentgrupper i andra kommuner. I efterhand kan jag tycka att det kunde ha varit värdefullt att ta med Uppsala kommun i studien eftersom Uppsala vid tiden för studiens genomförande använt FFT i fyra år. Att jämföra uppfattning och attityder bland remittenter från en ”ny” kommun och en ”gammal” kommun skulle kunna ha gett ett större djup till studien.

Genom valet av intervjuare stärktes pålitligheten då det var en utomstående person. Tanken var att personerna som intervjuades skulle känna att det var en oberoende person och på så sätt känna sig mer fria i sina uttalanden. Jag har analyserat intervjusvaren och samtidigt varit projektledare för implementering av metoden i kommunerna. En förförståelse som kan ha inverkat på analysen både för och emot. Dessa delar kan väga upp varandra varför pålitligheten kan sägas vara tillfredställande.

Konstruktionen av intervjufrågorna skulle ha kunnat vara färre och mer öppna. Frågorna kan ha gjort att det inte framkommit andra teman vid analysen än de frågor som låg till grund för intervjuerna.

Slutligen ser jag att för ett fortsatt gynnsamt implementeringsarbete behövs en kontinuerlig dialog mellan remittenter och FFT-team. Information och feedback är en process som ständigt bör vara i aktiv rörelse. Det kommer även att vara värdefullt vid kontakter med remittenter att kunna visa på konkreta resultat som framkommit av behandling för att ge remittenter bättre underlag för sina bedömningar över vilken insats man rekommenderar. Vidare ger studien material till att diskutera målgruppen för FFT tillsammans med remittenter. Speciellt där remittenter gjort bedömning att föräldrar har för låg förmåga att tillgodogöra sig FFT-behandling.

REFERENSER

Anderson, G., (2007). *FFT-projektet i Uppsala län. Delrapport juni 2007*. Landstinget i Uppsala län och Regionförbundet Uppsala län.

Elliott, D.S., (2002). *Blueprints for violence prevention (Series Ed)*. University of Colorado, Centre for the Study and Prevention of Violence, Boulder, CO: Blueprints Publications.

Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Lorente, C. C., Rubman, J., & Adamson, L., (2005). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt*. Gothia.

Gotham, H.J., (2004). *Diffusion of Mental Health and Substance Abuse Treatments: Development, Dissemination, and Implementation*. Clinical Psychology: Science and Practise, 11 (“), 160-176.

Gustle, L-H., (2007). *Implementering och korttidsuppföljning av multisystemisk terapi*. Institutionen för psykologi, Lunds Universitet, KFS i Lund AB.

Graneheim, U.H., Lundman, B., (2003). *Qualitative content analysis in nursing reseach: consepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Education to Day.

Haley, J., (1976). *Strategisk psykoterapi*. Natur och Kultur.

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

Hansson, K, Söderlind, M., (2007). *Implementering av Funktionell Familjeterapi (FFT) i Uppsala. En första utvärdering*. Regionförbundet Uppsala län.

Hårtveit, H., Jensen, P., (2004). *Familjen plus en*. Mareld.

Kvale, S., (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur.

Mihalic, S., Irwin, K., (2003). *Blueprints for violence prevention. From research to real-world settings – factors influencing the successful replication the successful replication of model programs*. Youth violence and Juvenile Justice, 4, 307-329.

Minuchin, S., (1977). *Familjer i terapi*. Wahlström & Widstrand.

Satir, V., (1975). *Familjeliv*. Wahlström & Widstrand.

Söderholm Carpelan, K., (2006). *Behandlingsintegritet - ett krav vid implementering av nya metoder*. Socionomen, 4, 38-41.

Watzlawick, P. et al., (1967). *Pragmatics of Human Communication* W.W. Norton, New York.

Hemsidor:

www.fft-sverige.se

www.colorado.edu/cspv/blueprints/model/overview.html

www.socialstyrelsen.se/IMS

www.sbu.se

BILAGOR

1. Informationsbrev
2. Intervjufrågor/frågeguide



Härmed tillfrågas du om deltagande i en intervjuundersökning om FFT

Inom ramen för länsprojektet för FFT planeras en undersökning av remittenters syn på FFT-behandling i Uppsala län. Ni som tillfrågas om att medverka i intervjuerna är fyra grupper från länsprojektet. Intervjuerna kommer att ske gruppvis på varje arbetsplats och omfattar 1,5 timmes intervju/grupp. Intervjuerna kommer att hållas av en extern intervjuare för att behålla neutralitet. Intervjuerna sker på arbetstid.

Att just du blir tillfrågad beror på att vi är intresserade av intervjupersoner från både kommun och landsting från olika orter i länet. Vi tillfrågar alla som har remittentfunktion och av de intresserade kommer några att tas ut till intervju.

Intervjupersonerna kommer att garanteras anonymitet och sekretess och kommer inte att nämnas i rapporten. Enligt forskningsetiska regler har intervjupersonerna när som helst rätt att avbryta sin medverkan.

Resultaten kommer att redovisas dels till FFT-teamet, dels till Regionförbundet. En särskild rapportering kommer att ske i form av en uppsats som skrivs inom Psykoterapeutprogrammet på Psykoterapisällskapet i Stockholm. Uppsatsen ska skrivas av Gunilla Anderson, projektledare för FFT i Uppsala län. Handedare för uppsatsen är fil dr/forskare Gunilla Burell, Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.

Om du är positiv till att medverka, ber vi dig att fylla i nedanstående svarstalong och skicka den i det bifogade svarskuvertet inom två veckor. Därefter kommer du att kontaktas av intervjuaren Inger Ohlsson. Om du vill veta mer om undersökningen, kontakta Gunilla Anderson tel. 018-611 22 74, 0703- 55 58 31.

Tack på förhand för din medverkan!

Gunilla Anderson
Projektledare
gunilla.anderson@akademiska.se

Gunilla Burell
Fil dr, forskare, handledare
gunilla.burell@pubcare.uu.se

Jag är villig att medverka i intervjustudien om FFT.

Namn:

Arbetsplats:

Telefonnummer:

Mobil:

E-postadress:.....

Bilaga 2

Gruppintervjuer:

Inledning:

Kort presentation av dig själv (neutral, ej inom projektet) och de som ska intervjuas. Se på brevet tillsammans som skickats ut. Introduktion görs innan bandspelare sätts på. Max 1,5 timmes intervju. Ett samtal kommer att hållas med öppna frågor. Sekretess.

Det finns inget rätt o fel. Inget facit. Allas röster är viktiga o riktiga. Försöka prata en åt gången för bandspelarens skull (sekreterarens). Ställ gärna följdfrågor, nedan kommer huvudfrågor.

Frågeguide:

Övergripande öppningsfrågor:

Kan ni berätta lite vad tänker ni på när ni hör ordet FFT?

Vad är er syn på FFT?

Vad har ni för tankar kring effekten av FFT-behandling?

Bedömningsfrågor

Kan ni berätta lite om hur ni gör era bedömningar.

Kan ni beskriva lite om vilka ärenden ni behåller inom er grupp och vilka ni söker hjälp för utanför er grupp.

Kan ni beskriva i vilka lägen ni väljer FFT och när ni väljer något annat. Berätta hur tänker ni runt de valen och vilka val ni brukar stå inför?

Familjefrågor:

När tänker ni att hela familjen ska erbjudas behandling och när tänker ni att ungdomen ska erbjudas enskild behandling?

Berätta lite hur ni ser på familjens roll?

FFT-frågor:

Beskriv lite kring när ni tycker att FFT-teamet kan vara till hjälp?

När kan det inte vara till hjälp?

Berätta lite hur ni tycker att samarbetet fungerar med FFT-teamet?

Hur skulle ni vilja att samarbetet såg ut?