

FFT-prevention

En utvärdering av metoden och resultatbeskrivning



Firouzeh Badiee & Agneta Wiik
2013



VÅRD & BILDNING
RÅD & STÖD

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
1.1 Bakgrund	3
1.2 Syfte och frågeställningar	3
1.3 Uppsatsens disposition	3
2. Tidigare forskning	3
3. Teori	4
Systemteori – Systemisk familjeterapi	4
Social inlärningsteori	4
Kommunikationsteori	4
Anknytningsteori	4
Det salutogena perspektivet	5
Risk och skyddsfaktorer	6
Funktionell Familjeterapi, FFT	6
Grunden i FFT	7
FFT Prevention	7
Målstyrd behandlingsmanual	7
Målsättning	8
Behandlingens olika faser	8
Faser i FFT-Prevention	9
Motivations- engagemangsfasen	9
Beteendeförändringsfasen	9
Generaliseringsfasen	9
Uppföljning ”BOOSTER”	10
4. Metod	10
4.1 Tillvägagångssätt	11
Självskattingsformulär	11
Analysmetod	13
Programteori	13
4.3 Informanter	15
5. Resultat	15
Signifikanta skillnader	15
Icke signifikanta skillnader	16
6. Avslutande diskussion	18
6.1 Summering	18
Resultatet visar att familjen upplever signifikanta skillnader vad gäller	18
Icke signifikanta skillnader visar	18
Önskvärt resultat	18
6.2 Övergripande diskussion	19

1. Inledning

Tillsammans med regionförbundet i Uppsala har vi gjort en utvärdering av FFT-Prevention. FFT står för Funktionell Familjeterapi och kommer i fortsättningen att förkortas till FFT.

1.1 Bakgrund

Ett stort antal barn befinner sig i riskzon eller är utsatta för att hamna i onödigt lidande vilket ger betydande samhällskostnader om inget stopp sker. (Nilsson, 2009). Barndomsdebuterande normbrytande beteende så som skolk hänger ofta ihop med en utveckling som i vuxenålder innebär problem. Det normbrytande beteendet ”skolmisslyckanden”, är en nyckel/riskfaktor för att barn kan hamna i en ogynnsam utveckling med framtida psykosociala problem (Social rapport 2010).

Intentionen med preventionsprogrammet är att stödja familjer att bryta ett normbrytande beteendet så tidigt som möjligt, där skolk och beteendeproblem i tidig ålder är några av kriterierna. Uppdraget är att utveckla och utvärdera former för föräldrastöd/familjearbete som riktas till föräldrar med barn med tidiga tecken på utagerande problematik eller andra tidiga riskbeteenden i skolgången i åldrarna 8-12 år.

Detta projekt bygger i huvudsak på strategier från Funktionell familjeterapi (FFT).

1.2 Syfte och frågeställningar

Vi ville få svar på, om resultatet av FFT prevention motsvarar det som man kan förvänta eller önska sig utifrån självskattningsformulärens värdekriterium? Under rubriken ”Data insamling” redogörs vilka självskattningsformulär vi har använt för detta ändamål.

Vi ville veta om resultatet på något sätt är en produkt av interventionen?

För att svara på effektfrågan krävs egentligen en randomiserad kontrollerad studie (RCT).

Men man kan resonera om effekten även via kvalitativa bedömningar, där kan programteori användas.

Utvärderingsverkstaden pågick under ett år. Under tiden arbetade vi med FFT-Prevention som metod och försökte ha så mycket underlag som möjligt till utvärderingen.

FFT-prevention började som en pilotstudie i Uppsala samt Knivsta. Det har utarbetats en manual för metoden

Målgruppen är familjer med barn i årskurs 3-6.

1.3 Uppsatsens disposition

Vi kommer att presentera olika teorier, metod, tillvägagångssätt av hur vi har gått till väga för att undersöka om hjälpen hjälper. Vi kommer också att redogöra för risk och skyddsfaktorer och självskattningsformulären. Vi kommer även att gå igenom vilken analysmetod vi har använt. Därefter kommer vi att redogöra för resultatet. Vi avslutar med en diskussion och summering av vilka slutsatsen man kan dra av studien.

2. Tidigare forskning

Med hjälp av socialtjänstbiblioteket har vi sökt på tidigare forskning kring familjebaserade interventions program för barn i åldrarna 9-12. Vi har även sökt på svenska sidor.

Det vi kan konstatera är att den typen av preventionsprogram som vi har jobbat med har vi inte kunnat hitta någon tidigare forskning på. Däremot så finns det forskning på olika

specifika grupper så som barn med depression, missbruk hos föräldrar och dess påverkan på barnen, överviktiga barn, osv.

Vi har även sökt på ”intervention” och där finns det en del program men inget av det handlar om just det vi tänkte oss med FFT-Prevention.

3. Teori

Systemteori – Systemisk familjeterapi

Generell systemteori om samspelsmönster, kan tillämpas på system inom en mängd olika områden. Den bygger på vissa grundantaganden bl. a att helheten tillsammans är mer än delarna är var för sig. Alla delarna i ett system påverkar och påverkas ömsesidigt av varandra och av strukturen som helhet. Att system strävar efter en viss balans, att hålla sin jämvikt. Ur ett systemteoretiskt perspektiv är alla i systemet delaktiga och ansvariga för systemets relationer. Det som preciseras som orsak eller verkan beror på var interaktionssekvensen begränsas. Interaktionen i systemet familjen, är en process utan vare sig början eller slut. (Bateson, 1998; Forsberg & Wallmark, 2005)

En händelse ses i relation till andra händelser, som går in i andra händelser, cirkularitet.

System är uppbyggda i en hierarkisk struktur, där det inom systemet finns subsystem och där systemet själv ingår som subsystem i övergripande system mellan olika subsystem osv. (Schjodt & Egeland 1994) Mellan dessa övergripande system finns gränser som definierar vem som är del i systemet och hur gränserna ser ut. Är gränsen flexibel eller stel, är gränsen öppen eller sluten i systemets relationer till omvärlden? (Lundsby, et al,2007)

Social inlärningsteori

Social inlärningsteori utvecklades på 60-talet och som ursprungligen ville besvara frågan: Hur lär sig barn och ungdomar om vad som händer runt omkring dem och om vilka förväntningar som ställs på dem? Teorin bygger på behavioristiska, socialpsykologiska och kognitiva idéer om hur människor tillägnar sig sociala färdigheter och beteenden genom inlärning och imitation. Social inlärningsteorin fokuserar även på de känslor och kognitiva processer som påverkar beteenden, exempelvis hur felaktiga tankeprocesser skapar dysfunktionell eller olämpliga beteenden(Olson & Pettit, 1999).

Kommunikationsteori

Beteenden definierar och skapar interpersonella relationer och har mening och betydelse bara i sin relationella kontext. Kommunikation och överförande av budskap, är grundelementet i mänskligt samspel och därmed i relationer. Varje kommunikation har en innehållsaspekt och en relationsaspekt och dessa två aspekter samspelar. Det är alltid på relationsnivån som en förändring sker (Satir, 1975).

Anknytningsteori

Anknytningsteorin handlar om individers nära relationer, hur människan använder sig av ett litet antal människor (anknytningspersoner) som en ”trygg bas och säker hamn” och varför dessa anknytningspersoner är så viktiga för personlighetens utveckling (Wennerberg, 2007). Ett nyfött barn känner inte att det är för varmt, för kallt eller hunger utan känner endast ett obehag. Då barnet inte kan lösa detta själv är instinkten att larva någon som kan ta bort obehaget. Barnet skriker och undsättning är på väg i form av att föräldern försöker avhjälpa bekymret.

Anknytningsteorin utgår från tanken att all utveckling, har sin grund i tidigare erfarenheter. Det ger också en möjlighet till att varje ny erfarenhet kan ge stoff till att omforma tidigare erfarenheter. Med begreppet anknytning menas dels anknytningsbeteende, de beteende som hjälper barnet att få till och behålla fysisk närhet till anknytningspersonen genom exempelvis leende och gråt. Dels anknytningssystem, att samtidigt ha förmågan att ta och behålla den fysiska närheten till anknytningspersonen ”trygg bas” och samtidigt kunna utforska världen under rimligt säkra villkor ”säker hamn”.

Anknytningspersonen har motsvarande anknytningsbeteende och anknytningssystem i omvårdnadsbeteende och omvårdnadssystem. Det lite äldre barnet och den nyblivne tonåringen behöver fortfarande en trygg bas och tillgång till säker hamn emellanåt.

Anknytningssystemet aktiveras nu av andra hot än tidigare, exempelvis misslyckanden i skolan, mobbing, utfrysning.

Barn och ungdomar i de här åldrarna har nu lärt sig att rätta sitt beteende om de så önskar efter omgivningen, till skillnad från det lilla barnet. Under dessa år kommer vänner att få en allt viktigare roll och föräldrarnas betydelse som trygg bas och säker hamn blir inte lika påtaglig. (Broberg A, et al, 2006).

Det salutogena perspektivet

Antonovsky ställer sig frågan i boken Hälsans Mysterium. ”Hur skall vi göra för att kunna förklara hälsa i stället för sjukdom?” (Antonovsky 2007). Det salutogena perspektivet handlar om en grundläggande tanke kring att alla levande organismer karakteriseras av en ojämnavikt och en ordning mellan det som är friskt och det som är sjukt. Detta synsätt gör att vi inte delar upp människor i friska eller sjuka utan snarare ser var de befinner sig på en multidimensionell axel mellan hälsa och ohälsa. Detta synsätt menar Antonovsky hindrar oss människor från att bara se till det som inte är bra, utan vidgar synfältet till att se helheten. I stället för att ställa sig frågan: Varför man mår dåligt eller känner sig sjuk, bör man titta på vad det är som upprätthåller och eller skapar en rörelse mot den friska polen på den multidimensionella axeln och ställa sig frågan: Varför mår jag bra eller hur kan jag må så bra trots allt som hänt? Copingresurser blir då en viktig del i det salutogena perspektivet.

Vidare menar Antonovsky att ha en förmåga till att röra sig mot den friska polen på den multidimensionella axeln handlar om ens känsla av sammanhang, KASAM. Antonovskys egen definition av begreppet, känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (Begrifflighet) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång, är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (Hanterbarhet). De resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (Meningsfullhet) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang (Antonovsky, 2007).

Sammanfattningsvis handlar KASAM om i vilken mån en person upplever sig ha en begriplig, hanterbar och meningsfull tillvaro. KASAM kan mätas med hjälp av ett självvarsformulär med 29 frågor som Antonovsky har arbetat fram. Där en hög poäng betyder högt KASAM (a.a.). I Sverige är det framför allt Marianne Cederblad och Kjell Hansson som fört fram det salutogena perspektivet. Antonovsky kom till Sverige och var gästforskare vid Lunds universitet, där han arbetade tillsammans med Marianne Cederblad och Kjell Hansson.

De två sistnämnda har arbetat vidare med begreppet salutogenes och utvecklat det till en övergripande teori med influenser från olika forskningsområden. Forskare har hittat flera olika faktorer som är skyddande för individen i riskmiljöer exempelvis ett positivt självförtroende vilket kan ge en mer öppen attityd och större ansvarskänsla och därmed en mer aktiv inställning till sin tillvaro (Cederblad & Hansson 1997).

Några andra exempel på salutogena faktorer för den enskilde individen är en god social kapacitet, självständighet, vara kreativ, utveckla ett intresse för en speciell hobby, förmåga till impuls kontroll samt hög aktivitet och energi. Några exempel på salutogena faktorer för familjen är förmåga att hjälpa andra, tillitsfulla och intima relationer, klart definierade gränser och subsystem i familjen, klara regler i hemmet samt en positiv föräldra- och barn relation (Cederblad & Hansson 1995). Antonovsky menar att det salutogena perspektivet inte skall vara allena rådande utan snarare ses som ett komplement till det patogena perspektivet (Antonovsky 2007).

Risk och skyddsfaktorer

Forskningen kring de olika mönster av risk och skyddsfaktorer som gör det mer eller mindre sannolikt att en ung människa kommer att utveckla problem expanderar oförtrutet. Stor uppmärksamhet har ägnats åt att undersöka faktorer som kan hota ungdomars utveckling. Riskfaktorer kan återfinnas såväl inom individen (individuella aspekter) som utanför (miljömässiga aspekter) och kan anta många olika former så som dysfunktion i familjen, brist på makt över sitt eget liv, dålig självkänsla, dålig organisation i skolan eller närsamhället, exponering för våld och/eller missbruk i eller utanför hemmet (Ferrer-Werde & Stattin et al, 2005). Då dessa faktorer uppträder samtidigt löper individen ökad risk och utvecklar problem och så småningom även anpassningssvårigheter i vuxenålder.

Funktionell Familjeterapi, FFT

I början på 1970-talet bedrev professor James Alexander, vid University of Utah, Salt Lake City, USA, forskning på vad som skiljer i kommunikationen mellan de familjer som har barn med asociala problem och de familjer som har barn utan dessa bekymmer.

Han fann att resultaten överensstämde med hypoteserna, att de familjer som hade barn med de asociala problemen visade en högre grad av defensiv kommunikation än normalgruppen som visade en högre grad av stödjande kommunikation. Hans förklaring till detta var att den defensiva kommunikationen skapar en försvarsinställd respons från mottagaren, vilket ger ett defensivt klimat och lösningen av problemet blir därmed svårare.

Den stödjande kommunikationen har en mer välvillig ton, urskiljer en tydligare omtanke hos mottagaren och detta leder till en lägre grad av spänning i samtalen och därmed en fruktbarare interaktion mellan familjemedlemmarna. Utifrån denna kunskap började James Alexander tillsammans med kollegor utveckla FFT metoden och ett mål med metoden blev därmed att ändra familjernas kommunikationsmönster till att bli mer stödjande.

FFT är en av tolv evidensbaserade metoder i Blueprint projektet som har visat ett mycket gott resultat i återfallsprevention hos ungdomar som begått brott eller använt sig av droger.

<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/modelprograms.html>

(11-04-27)

Ett ytterligare mål med skapandet av FFT som evidensbaserad metod var att skapa en behandlingsmodell som kunde fungera som en karta för terapeuterna. Samtidigt som

den skulle vara en grund till kliniska beslut, vilket gör att kunskapen om modellen och modelltrogenheten blir viktig (Alexander & Sexton, 2007).

Marianne Cederblad och Kjell Hansson introducerade FFT i Sverige på 1990-talet. De gjorde en studie i Lund och en i Växjö som båda visade ett gott resultat. FFT startades i Uppsala kommun tillsammans med BUP (Barn- och ungdomspsykiatri i Uppsala län) 2003 som ett projekt. 2005 övergick projekt till ett länsövergripande projekt där Landstinget, kommunerna i länet samt Regionförbundet i Uppsala län ingick.

Målet med projektet var att implementera FFT som metod i hela länet. I dagsläget har i stort sett alla kommuner i länet FFT- team. Detta projekt permanentades 2006 (Anderson, 2008). I dag håller metoden på att spridas över hela landet genom FFT-Sverige som utbildar, certifierar samt handleder terapeuterna (www.fft sverige.se). Målgruppen för FFT är ungdomar mellan 12-18 år som uppvisar ett utagerande beteende i form av bl.a. ungdomsbrottslighet, aggressivitet och missbruk (Anderson, 2008). Målgruppen för FFT Prevention är barn i åldrarna 9-12 år.

Grunden i FFT

FFT är en manualbaserad terapi uppdelad i fyra faser med uppföljning/boostersession. I FFT arbetar en behandlare och behandlingstiden är cirka tre till sex månader med ett genomsnitt på 12 samtal/familj.

Behandlingstiden kan både bli kortare eller längre beroende på problemets art (Anderson, 2008). FFT är en systemisk behandlingsmodell som Alexander och Sexton (2007) beskriver som en modell som har utvecklats genom en dynamisk integrering av olika modeller. Inom FFT finns en öppenhet för att se till ny forskning och nya idéer.

Tre viktiga ben i FFT är: Klinisk erfarenhet, teori och kunskap, samt empirisk evidens. Med empirisk evidens menas att man vill veta när, hur och vad i metoden som fungerar. Samt då det inte fungerar, ställa frågan: vad i metoden skulle behöva anpassas för att fungera? De teorier som ligger till grund för metoden är i huvudsak systemteori, delar från strukturell teori, relationistisk teori, kommunikationsteori, samt strategisk teori (Alexander & Sexton 2007).

Förutom de teorier som FFT bygger på ingår även psykologiska teorimodeller som utvecklingspsykologi samt klinisk barnpsykologi (a.a). I Sverige har ett tillägg gjorts av ett salutogent tänkande (Anderson, 2008).

FFT Prevention

Målstyrd behandlingsmanual

Behandlingen är manualstyrd vilket innebär att manualen ligger till grund för de kliniska besluten samt fungerar som en ledstång vilken terapeutens kreativitet kretsar kring. Det ställs stora krav på terapeuten att anpassa sig efter modellen och familjens behov samt att vara tidig med att se mönster i familjen. FFT-prevention är en kort intervention i förhållande till FFT vilket kräver att terapeuterna är snabba med att skapa allians, hitta mönster, funktionen av beteenden samt komma med förslag till problemlösningar. Detta kräver att behandlingens mål i samtalen/ faserna styrs utifrån familjens situation, behov och resurser. En stor hjälp i detta arbete med mål, är

familjens svar i de självskattningsformulär familjen fyller i samt att titta på risk och skyddsfaktorer.

Målsättning

FFT-Prevention är baserad på manualen för FFT utarbetad av Jim Alexander och Tom Sexton utgiven inom ramen för Blueprints – for violence prevention. ”Book three Functional Family Therapy” (Elliott, 2002) och ”Funktionell familjeterapi – en manual”(2007) översatt av Gun Drott-Englen. Anpassningarna till FFT-Prevention har utarbetats av professor Kjell Hansson (PP-bilder, 2009). Manualen har prövats kliniskt av certifierade FFT terapeuter i Uppsala län under tre år. Målsättningen med denna tidiga intervention är att erbjuda en tidig familjeorienterad insats under en kort period samt att se om insatsen har fallit väl ut med en uppföljning. Behandlingen ges av certifierade FFT- terapeuter under tre samtal, samt ett uppföljningssamtal tre månader efter behandlingens avslut. Tanken är att familjer ska kunna ta del av ett förebyggande stöd i ett tidigt stadium utan långa väntetider.

Målgrupp

FFT-Prevention är ett preventionsprogram och vänder sig till familjer med barn i årskurs 3 till 6 som uppvisar vissa tecken på beteendeproblem i form av bl.a. bråk i klassen eller på fritiden, svårigheter att sitta still, skolk, problem med kamratrelationer samt svårigheter att koncentrera sig. Modellen exkluderar familjer där barnet är under utredning på BUP eller har annan avancerad behandling inom exempelvis barnpsykiatri eller socialtjänsten.

Behandlingens olika faser

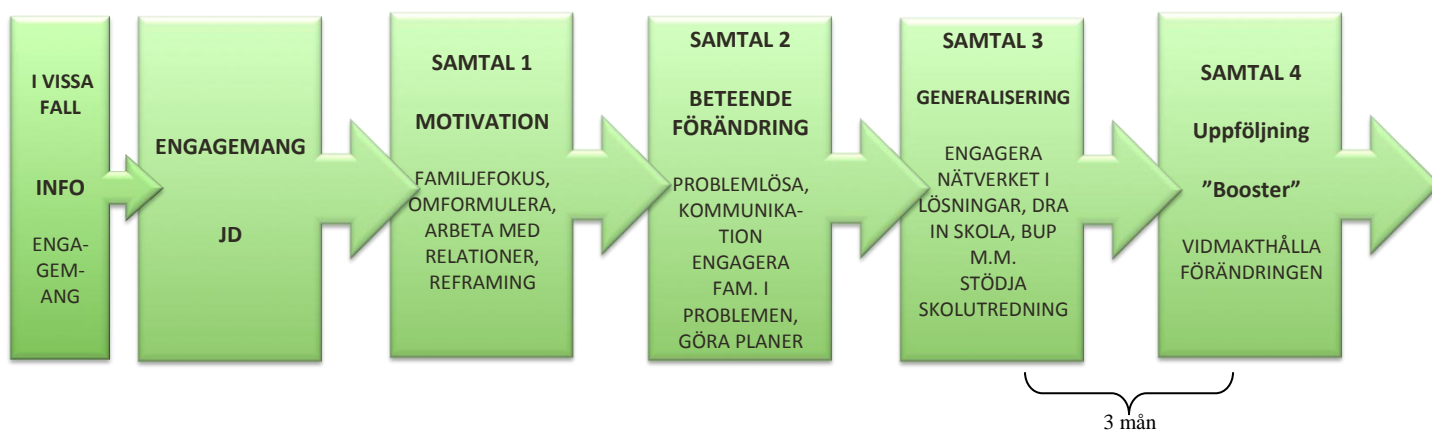
Behandlingsmanualen är uppbyggd för fem sessioner, små avsteg från detta kan tillåtas. Exempel på detta är informationsmöte/förmöte samt ett föräldrasamtal.

Informationsmöte/förmöte är ett möte för att ge familjen information om vad FFT prevention innebär samt att terapeuten kan bilda sig en uppfattning om FFT prevention är en bra intervention för just den här familjen. Denna information kan också utbytas vid exempelvis en elevvårds konferens. Därefter startar engagemangsfasen då familjen svarar på självskattningsformulären testtillfälle 1(T1).

I motivationsfasen, samtal 1, får familjen en återgivning av självskattningsformulären som terapeuten skapat hypoteser kring och hör med familjen om de tycker att de stämmer in på deras familj. Här gäller det att terapeuten är kvick med att omformulera samt att se mönster då denna fas är ett samtal. Detta har vi upplevt fungera då problematiken i familjen är i ett begynnande skede. Därefter följer beteendeförändringsfasen samt generaliseringsfasen som infaller med var sitt samtal.

I de flesta familjer vi hittills har arbetat med har fokus på parrelationen/samarbetet krävt ett extra föräldrasamtal. Behandlingen avslutas tre månader efter samtal 3, generaliseringsfasen med ett uppföljningssamtal/booster/ och testtillfälle 2 (T3). Om familjen vill så följer på detta en återgivning av T3. Skulle familjen vara i behov av fortsatt stöd, slussas familjen över till annan insats.

Faser i FFT-Prevention



Samtal 1

Motivations- engagemangsfasen

Målet i motivationsfasen är att familjen får en förståelse av problemen och blir motiverad till att förändra situationen. Terapeuten återger självskattningsformulären för familjen genom att presentera hypoteser. I bedömningen för denna fas tittar bl.a. terapeuten på hur kontexten ser ut för familjen (social anamnes) och remissorsak. Upplever familjen att det finns problem? Belysa relationerna för familjen, Hur organiserar sig familjen kring problemet? Hur ser det ut med risk- och skyddsfaktorer? Terapeuten utforskar motivations-graden samt ser till tidigare lösningsförsök. Interventionen i denna fas handlar om motivationsarbete, alliansbyggande och en balanserad allians med alla familjemedlemmar samt att arbeta med relationerna i familjen. Detta arbete sker med hjälp av positiva omformuleringar, reframing, ge hopp, sekvensering och att metakommentera.

Samtal 2

Beteendeförändringsfasen

Målet i beteendeförändringsfasen är att familjen konkret arbetar med förändring på kommunikations- och beteendenivå. I bedömning för denna fas tittar terapeuten på hur stödfunktionerna i familjen ska utvecklas samt ger familjen verktyg för att kunna komma åt och hantera problemet. Terapeuten skall också undersöka om det finns andra problem än det som familjen först sökte för. Interventionen i denna fas är att familjen skall arbeta med beteendeförändringar i ett familjefokus, vidare arbeta edukativt, och med enactment. I denna fas skall terapeuten också jobba med familjen runt problemlösningar samt göra planer. Mycket av jobbet i denna fas sker genom kommunikationsträning.

Samtal 3

Generaliseringsfasen

Målet i generaliseringsfasen är att familjen kan hantera den tidigare problemsituationen samt att de har kunskap var de kan inhämta hjälp alternativt ta emot rekommenderad stödsinsats. I bedömningen för denna fas fortsätter terapeuten att arbeta kring beteendeförändring med familjen om det är nödvändigt. Vidare undersöker terapeuten vilka resurser som finns i

familjens nätverk för att eventuellt kunna vara behjälpliga med vidmakthållandet av beteendeförändringen i familjen. Vidare skall terapeuten titta på om familjen behöver stöttning i att ta andra professionella kontakter så som exempelvis skola och BUP. Det är viktigt att bestämma tid för uppföljning/booster med familjen. Motivationen till detta kan vara lite låg då behandlingstiden är kort, har vi upplevt. Intervention i denna fas är att familjen skall ha hittat strategier för konflikt och problemlösning och applicera den kunskapen på framtida bekymmer i familjen. Vidare skall terapeuten vid behov hitta lösningar i familjens nätverk.

Par/Föräldrasamtal

En extra session kan vid behov ges kring parrelation inom manualens ram. FFT-Prevention tittar särskilt till föräldraskapet och parrelationen. Perspektivet är både pedagogiskt och utbildande, men inte behandlande. Målet med Par/föräldrasamtal är att förtydliga och belysa föräldrarnas kommunikationsmönster och hur detta påverkar familjeklimatet. Terapeutens fokus är att ringa in konflikter och svårigheter i föräldra- och/eller parrelationen samt att hjälpa föräldrarna hitta strategier för konfliktlösning i ett tidigt skede i sitt föräldraskap. Konsensus, konfliktlösning och samsyn är centrala variabler ur ett FFT-Prevention perspektiv. Interventionen i denna fas är att förstärka föräldrarnas empowerment och stödjande samarbete. Familjen skall hitta strategier för konflikt och problemlösning samt att strukturera vardagen på ett för familjen fungerande sätt.

Samtal 4 T3

Uppföljning ”BOOSTER”

Målet med uppföljning ”booster” är att terapeuten ger stöd till familjen att vidmakthålla den gjorda förändringen. Bedömningen i denna sista fas är att för terapeuten få en uppfattning om hur läget för familjen är. Titta på vad som har blivit gjort av den planering familjen hade bestämt sig för. En annan viktig del är att se om familjen behöver ytterligare insatser utanför FFT-Preventionens ram samt om familjen önskar återgivning av T3 samt ytterligare uppföljningsmöte. Interventionen i uppföljningen ”booster” är för terapeuten att beskriva den process och det gemensamma arbetet familjen har gjort samt att förstärka det positiva i detta arbete.

4. Metod

Vi har samlat ihop före och eftermätningar på sammanlagt 20 familjer i ett Excell dokument! Före och eftermätningar är gjorda på följande formulär; CBCL- SCL90- KASAM/Barn KASAM, FOF, STEGEN och familjeklimat. I vissa familjer där det har varit relevant finns även YSR. Mer utförlig beskrivning av formulären kommer under rubriken självskattningsformulär.

Vi har dock valt att fokusera på följande formulär, SCL90, CBCL, Familjeklimat och frågor om familjemedlemmar samt Livets steg.

Detta material kommer att bearbetas i statistikprogrammet SPSS. Därefter blir det möjligt för oss att ställa relevanta frågor till materialet.

4.1 Tillvägagångssätt

Vi har använt oss av måluppfyllelsemodellen för att ta reda på om resultatet av insatsen som visas upp/uppkommer med hjälp av våra självskattningsformulär i början och slutet av behandlingen, motsvarar insatsmålen? Vi ville mäta om behandlingen har gett effekt när det gäller, minska kaos, mindre utåtagrenade beteende, minska relationsproblem och kritik och klander inom familjen.

Blev det någon skillnad i familjen om hur man kommunicerar med varandra?

Vi ville mäta om denna minskning beror på behandlingen.

Insamling av data

De data vi analyserat finns inmatade i och sammanställda av Journal Digital som har ett utvärderingssystem med bland annat olika typer av självskattningsformulär.

Det gäller 19 barn som genomgick FFT – prevention 2010-2013.

Vi har under denna period provat att använda oss av FFT prevention i ca 40 familjer.

I cirka hälften av familjerna har vi av olika orsaker inte kunnat få in T3 (Test tillfälle 3). En del av familjerna har sagt att de är nöjda med hjälpen och en del har behövt annan hjälp och känt att det inte har varit angeläget att göra T3 för deras del.

I de 19 familjerna finns före -(T 1)och eftermätningar (T3) på varje familj.

Vi har jämfört värdena för varje variabel i resp. skattning i T1 med värdena i T3.

Självskattningsformulär

Familjeklimat

Familjeklimat är ett självskattningsformulär som består av 85 adjektiv. Adjektiven beskriver samspel och stämningen i en familj. Familjemedlemmar markerar minst 15 adjektiv som bäst beskriver klimatet – stämningen och samspel i familjen.

Formuläret kan besvaras med tanke på egen nuvarande familj, egen uppväxtfamilj eller annan välkänd familj. Beskrivningarna av familjeklimatet bygger på upplevelser och inte beteenden

1. **Närhet.** Beskriver ett klimat då personen i familjen upplever stor närhet, ett positivt klimat med

harmoni, trygghet och värme.

2. **Distans.** Beskriver ett familjeklimat som kännetecknas av kyla och avståndstagande (negativt i förhållande till närhet)

3. **Spontanitet.** Beskriver känslomässig uttrycksfullhet eller just spontanitet. Det går inte att fastslå om detta beskriver något positivt eller negativt.

4. **Kaos.** beskriver ett familjeklimat med förvirring, nervositet och instabilitet.

Målgrupp: Barn över 11 år och vuxna

KASAM/Sense of Coherence/Känsla av sammanhang/

Självsvarsinstrumentet KASAM har utvecklats av Aaron Antonovsky för att mäta en livshållning som uttrycker i vilken utsträckning en person har en varaktig känsla av tillit till att livet är **strukturerat, förutsägbart, begripligt, påverkbart** och ställer krav som är utmaningar värda investering och engagemang. KASAM består av 29 påståenden med 7 svarsalternativ. Målgrupp: Från 13 års ålder och uppåt

Barns Känsla av Sammanhang (Barn KASAM).

Självsvarsinstrumentet KASAM har utvecklats av Aaron Antonovsky och Malka Margalit för att mäta en livshållning som uttrycker i vilken utsträckning en person har en varaktig känsla av tillit till att livet är strukturerat, förutsägbart, begripligt, påverkbart och ställer krav som är utmaningar värda investering och engagemang. Barn KASAM består av 19 påståenden vilka skattas på en fyra-gradig skala.

Målgrupp: 7-12 år.

Livets steg (Ladder of Life)

Självsvarsformuläret mäter personens ”over all Life satisfaction” det vill säga nuvarande, framtida och tidigare livsförväntningar på en 10-poängsskala. Bedömningen är värderad på den nuvarande livsbedömningen.

Symptom Checklist (SCL -90)

Testet mäter hur man tycker sig ha mått den senaste veckan inklusive idag.

Självsvarsformuläret består av 90 frågor vilka låter sig fördelas över 9 subskalor samt ett totalt indexmått (GSI, Globalt svårighetsindex).

Somatisering, tvångsproblem, ångest, depression, paranoidea föreställningar, psykoticism, interpersonell känslighet, fobisk ångest och fientlighet.

Målgrupp: 18 år och uppåt

Child Behavior checklist (CBCL)

CBCL är en beteendefokuserad checklista som besvaras av ungdomens föräldrar eller motsvarande (Achenbach, 1991A, 1991B) Den mäter beteendeproblem i generella termer, samt i form av internaliserande kontra externaliserande problem.

Symptomdelen är uppdelad i 8 subskalor som mäter:

1. **Tillbakadragenhet** (Withdrawn), undvikande av oangenäma situationer.
2. **Somatiska symptom** (Somatic complaints), kroppsliga besvär.
3. **Ångest och depression** (Anxious/depressed, starkt obehag, svårmod och skräck.)
4. **Sociala problem** (Social problems), umgängesproblem med jämnåriga.
5. **Tankeproblem** (Thought problems), svårigheter att koppla samman tankar med verkligheten.
6. **Uppmärksamhets problem** (Attention problems), svårigheter att fokusera sig.
7. **Kriminellt beteende** (Delinquent behavior), bekymmer med samhällets normer.
8. **Aggressivt beteende** (Aggressive behavior), aggressivitet gentemot.

Målgrupp: 6-18 år

Frågor om familjemedlemmar (FoF)

Självsvarsinstrument mäter dyader inom ett familjesystem.

Instrumentet har 4 olika delskalor:

1. Upplevd kritik (UK). Om en person får höga värden på denna skala innebär det att man upplever att mycket kritik riktas mot sig från denna person. Låga värden betyder att man upplever ringa kritik från den personen man avser då man svarar.
2. Upplevd Emotionell Involvering (UEI). Höga värden innebär att man upplever att den andra personen i dyaden har emotionellt engagemang i den svarande. Låga värden betyder att man tycker att en andre inte är känslomässigt engagerad.
3. Kritiska kommentarer (KK). Höga värden innebär att man är kritisk till den andra parten i dyaden. Låga värden innebär att man är föga kritisk.
4. Emotionell Överinvolvering (EÖI). Höga värden innebär att man mycket känslomässigt involverad i den andra parten i dyaden, vilket innebär att man reagerar starkt på vad den andre gör, säger eller känner. Överinvolvering innebär att man försöker mäta en belastande närhet i relationen.

Målgrupp: 12 år och uppåt

Analysmetod

Programteori

Vi började med att skapa en programteori som är ett verktyg för att vi som utvärderaren ska kunna förstå och förklara (inte bara beskriva) ett program och dess utfall, samt för att vägleda själva utvärderingen.

Ett centralt mål med programteori är att generera en mer förklarande kunskap om sambandet mellan insatser och resultat och genom analys av en verksamhets (ofta outtalade) programteori kontinuerligt förbättra verksamheten.

I tabellen nedan har vi redovisat hur vi tänkte med t ex vilka resurser vi hade, vilka aktiviteter vi gjorde i samtalen (att följa interventionerna i manualen) och vilket önskat utfall vi ville nå med FFT prevention

Resurs	Mekanism	Aktiviteter	Mekanism	Aktiviteter	Utfall/familj	Aktivitet	Samhälle
<p>Målgrupp Barn årskurs 3-6 med tidig debut i utåtagerande beteende.</p> <p>Problem med Kamrat- relationer, skolk, Relations- problem hemma.</p> <p>Exkluderar barn som är under utredning på Bup</p> <p>Ledningen FFT- Terapeuter Föräldrar Skola Skolpsykol og/ Lärare Bup</p>	<p>Samarbete mellan olika I N S T A N S E R</p> <p>Ledningens godkännande</p> <p>Certifierade terapeuter</p> <p>Att skolan och BUP remitterar</p>	<p>FFT-som grund</p> <p>FFT- Preventions modellen/ manualen</p> <p>Engagemang Beteende- förändring Generalise- rings faser</p> <p>BOOSTER</p> <p>Synliggöra risk, skydds- faktorer</p> <p>Synliggöra mönstret i familjen</p> <p>Synliggöra problem- område</p> <p>Jobba aktivt med beteende- förändring</p>	<p>Olika vetenskap- liga teorier, såsom; Systemteori, Anknytnings teori,</p> <p>Social inlärnings- teori, Kommunika- tionsteori,</p> <p>Risk och Skydds- faktorer,</p> <p>FFT och det Salutogena perspektivet</p>	<p>Journal Digital, T1 och T3</p> <p>Familje- samtal</p> <p>Hjälpmedel, Tekniker; Sekven- sering, Reframing, Positiva omform. Enactment, Kommuni- kations- träning, Teamträffar</p>	<p>Sänka kaos i familjen,</p> <p>Öka närheten,</p> <p>Minska KK,</p> <p>Minska skolk,</p> <p>Mindre utåtageran- de beteende,</p> <p>Minska relationspro- blem</p> <p>Jobba aktivt med beteende- förändring Rollspela, träna på alternativa beteenden</p>	<p>Kommunika- tionsträning</p> <p>Öka skydds faktorer</p> <p>Minska riskfaktorer</p>	<p>Minska risken för arbetslös- het, krimina- litet och missbruk</p>

4.3 Informanter

Våra informanter har varit föräldrar, barnen/ungdomarna och i de fall som familjen blev hänvisad från skolan har läraren också fått svara på TRF(Teacher Raport Form).

5. Resultat

Data från 19 barn har inmatats och bearbetats i SPSS.

Nedan redovisas **signifikanta** och **icke signifikanta skillnader** medelvärdesförändringar mellan testtillfälle 1 och 3.

De skattningsformulär vi har tittat på är: Frågor om familjemedlemmar (FoF), Familjeklimat (FK), Symptom checklist (SCL 90) och Child Behavior checklist (CBCL)

Med IP menas det barn som föräldrarna sökte hjälp för, det var 12 pojkar och 7 flickor.

Signifikanta skillnader

Signifikanta skillnader - FoF-frågor om familjemedlemmar

Antal svarande vid de olika testtillfällena

Vid testtillfälle 1 svarade 17 mammor om sitt barn, vid T 3 svarade 16 mammor.

Vid T1 svarade 12 mammor om barnets pappa, vid T 3 svarade 11 st.

Vid testtillfälle 1 svarade 14 pappor om sitt barn, vid T 3 svarade 13 st.

Vid T 1 svarade 11 pappor om barnets mamma. Vid T 3 svarade 12 st.

17 barn (gäller både T 1 och T 3) svarade om sina mammor

Vid T 1 svarade 15 barn om sina pappor. Vid T 3 svarade 14 st.

	IP-MA	IP - PA	MA-PA	PA-MA	MA-IP	PA-IP
Upplevd Kritik (UK)	minskat		minskat	minskat		
Upplevd emotionell involvering (UEI)					minskat	
Kritik o klander (KK)			minskat	minskat	minskat	minskat
Emotionell överinvolvering	minskat				minskat	

Sammanfattning av tabellen

Mammorna upplever att barnen är mindre emotionellt involverade i dem

Mammorna upplever minskad emotionell överinvolvering i sina barn.

Mammorna ger mindre kritik/klander och klander till sina barn.

Mammorna får och ger mindre kritik/klander till barnens pappor.

Pappor ger mindre kritik/klander till sina barn.

Pappor får och ger mindre kritik/klander till barnens mammor

Barnen får mindre kritik/klander från sina mammor.

Barnen upplever mindre emotionell överinvolvering i sina mammor.

Signifikanta skillnader - Familjeklimat

18 mammor svarade

15 pappor svarade

2 barn svarade

	Mammor	Pappor	IP
Närhet			ökat
Distans		minskat	
Spontanitet			
Kaos	minskat		

Barnen upplever mer närhet.

Pappor upplever minskad distans.

Mammor upplever minskat kaos.

Signifikant skillnad - SCL90

Endast pappornas (15 st) symtombelastning har minskat signifikant.

Signifikanta skillnader - CBCL

Både mammor (T 1 19 st och T3 18 st) och pappor (16 st) upplever att barnens symtombelastning minskat.

Icke signifikanta skillnader

Icke signifikant skillnad -Frågor om familjemedlemmar (FoF)

	IP-MA	IP - PA	MA-PA	PA-MA	MA-IP	PA-IP
UK		minskat			Ingen skillnad	ökat
UEI	ökat	ökat	minskat	minskat		minskat
KK	minskat	minskat				
EÖI		minskat	minskat	minskat		minskat

Mammors svar om pappor

Upplever mindre emotionell involvering från papporna och upplever mindre emotionell överinvolvering i dem.

Pappors svar om mammor

Upplever mindre emotionell involvering från mammorna och upplever mindre emotionell överinvolvering i dem.

Pappors svar om barn

Ökad upplevd kritik från barnet

Barns svar om mammor

Upplever ökad emotionell involvering från mammorna och ger mindre kritisk/klander till dem.

Barns svar om pappor

Ger och får mindre kritik/klander.

Upplever mindre emotionell involvering från papporna och är mindre emotionellt överinvolverade i dem.

Icke signifikant skillnad - SCL 90

Mammornas symtombelastning minskat.
(17 mammor svarade)

Icke signifikanta skillnader- Familjeklimat

Mammor ökad närhet, minskad distans och spontanitet.
Pappor ökad närhet och kaos, minskad spontanitet.
Barn minskad distans och kaos. Ökad spontanitet.

Summering av resultat

Utifrån vår programteori var önskvärt resultat av FFT prevention att

- minska kaos, kritik och klander i familjen (FK, FoF)
- öka närheten i familjeklimatet (FK)
- för barnet minskat skolk och utåtagerande beteende (CBCL)

Resultatet visar att familjen upplever signifikanta skillnader vad gäller

- **mer** närhet (barnen), mindre kaos (mammor) och distans (pappor) i familjeklimatet (FK).
- föräldrar och barn upplever att det är det **mindre** kritik och klander i familjen (FoF).
- föräldrarna har **mindre** oro för sina barn dvs barnen har minskat utåtagerande beteende (CBCL).

Icke signifikanta skillnader som visats är

- Att föräldrarna upplever mindre emotionell involvering och emotionell överinvolvering i varandra (FoF).
- Att barnen upplever ökad emotionell involvering från sina föräldrar (FoF)
- Att barnen ger mindre kritisk/klander till sina föräldrar (FoF).
- Att barnen upplever mindre emotionell involvering från sina pappor och är mindre emotionellt överinvolverade i dem. (FoF)
- Att mammors mående har förbättrats (SCL90).
- Att mammor upplever ökad närhet, mindre distans och spontanitet i familjeklimatet (FK)
- Att pappor upplever mindre spontanitet, ökad närhet och ökat kaos i familjeklimatet (FK)
- Att barnen upplever ökad spontanitet, minskad distans och minskat kaos familjeklimatet (FK).

Önskvärt resultat

Så utifrån vårt önskvärda resultat vad gäller familjeklimatet med minskat kritik/klander, kaos och ökad närhet så visar resultatet en viss förbättring. Lite intressant är det dock att mammor, pappor och barn står för varsin signifikant förändring. Mammorna upplever mindre kaos, papporna mindre distans och barnen ökad närhet.

Om vi lägger till icke signifikanta skillnader så ser vi att även föräldrarnas upplevelser av närhet ökat, att mammor och barn upplever mindre distans. Pappor upplever ökat kaos och barnen mindre.

Det mest lyckade resultatet är att föräldrarna upplever signifikant minskad symptombelastning hos barnen.

6. Avslutande diskussion

6.1 Summering

Utifrån vår programteori var önskvärt resultat av FFT prevention att

- minska kaos, kritik och klander i familjen (FK, FoF)
- öka närheten i familjeklimatet (FK)
- för barnet minskat skol- och utåtagerande beteende (CBCL)

Resultatet visar att familjen upplever signifikanta skillnader vad gäller

- **mer** närhet (barnen), mindre kaos (mammor) och distans (pappor) i familjeklimatet (FK).
- föräldrar och barn upplever att det är det **mindre** kritik och klander i familjen (FoF).
- föräldrarna har **mindre** oro för sina barn dvs barnen har minskat utåtagerande beteende (CBCL).

Icke signifikanta skillnader visar

- Att föräldrarna upplever mindre emotionell involvering och emotionell överinvolvering i varandra (FoF).
- Att barnen upplever ökad emotionell involvering från sina föräldrar (FoF)
- Att barnen ger mindre kritisk/klander till sina föräldrar (FoF).
- Att barnen upplever mindre emotionell involvering från sina pappor och är mindre emotionellt överinvolverade i dem. (FoF)
- Att mammors mående har förbättrats (SCL90).
- Att mammor upplever ökad närhet, mindre distans och spontanitet i familjeklimatet (FK)
- Att pappor upplever mindre spontanitet, ökad närhet och ökat kaos i familjeklimatet (FK)
- Att barnen upplever ökad spontanitet, minskad distans och minskat kaos familjeklimatet (FK).

Önskvärt resultat

Så utifrån vårt önskvärda resultat vad gäller familjeklimatet med minskat kritik/klander, kaos och ökad närhet så visar resultatet en viss förbättring. Lite intressant är det dock att mammor, pappor och barn står för varsin signifikant förändring. Mammorna upplever mindre kaos, papporna mindre distans och barnen ökat närhet.

Om vi lägger till icke signifikanta skillnader så ser vi att även föräldrarnas upplevelser av närhet ökat, att mammor och barn upplever mindre distans. Pappor upplever ökat kaos och barnen mindre.

Det mest lyckade resultatet är att föräldrarna upplever signifikant minskad symptombelastning hos barnen

6.2 Övergripande diskussion

När vi startade pilotprojektet med FFT-Prevention hade vi en tanke att skolan skulle vara vår huvudremittent. Vi hade tänkt göra en intervention när barnen visade tidiga signaler på normbrytande beteende. Skolk var ett av de viktigaste kriterierna som vi satte upp för en lämplig intervention i FFT- prevention.

För att kunna komma i kontakt med de familjerna som hade barn med våra intagningskriterier var vi på ett antal skolor och pratade med skolhälsovården. Vi berättade om modellen och bad dem uppmärksamma de elever som utmärkte sig i skolan genom att ofta hamna i konflikter, de som hade bekymmer i kamratrelationer, hade sena ankomster och skolkade.

Vi bad dem informera familjerna om att vi fanns och att vi erbjöd tidiga insatser som möjligen kunde förebygga större framtida bekymmer. Vi var måna om att få familjefokus på bekymren.

I efterhand har vi kunnat konstatera att endast några få av familjerna har remitterats från skolan. I vissa fall har terapeuten jobbat en del av sin tid på skolan och remitterat till sig själv som FFT-preventionsärenden. I andra fall har vi själva gjort familjerna till FFT-preventionsärenden. Det handlade om familjer som själva sökte hjälp på våra respektive familjeenheter inom Råd och Stöd verksamheten i Uppsala samt resursenheten i Knivsta. FFT terapeuterna på dessa enheter gjorde en bedömning att dessa familjer kunde vara lämpliga ärenden för FFT-prevention. Bedömningen skedde i återkommande teamträffar som FFT teamet hade varje vecka.

Vi har kunnat konstatera att skolk inte har varit huvudbekymret i familjen utan i nästan samtliga fall har det handlat om relationsproblem, svårigheter i föräldrarollen och parrelationen. Barnen visade symtom på olika sätt genom att bråka med syskonen, bråka med kamrater och hamna i konflikt med föräldrarna.

Vi har också kunnat se att det handlar om familjer som är i ”mitt i livet fasen”. Där det händer mycket, där man har flera barn, man försöker få tiden att räcka till, barnen har flera aktiviteter, föräldrarna har sina jobb och sin karriär. Familjen är stressad! Där har vi behövt arbeta med struktur, överblick och organisation i familjerna.

Från att ha familjefokus med barnen närvarande har arbetet mer och mer handlat om att hjälpa föräldrarna hitta strategier för positivt föräldraskap. Barnen fick ”permission” under delar av samtalsserien och vi träffade många föräldrar för att prata om parrelationen och hur det påverkar barnen. Dessa aspekter kom in utifrån föräldrarnas svar om varandra, FOF, och APQ (Alabama Parenting Questioner) formulären. APQ mäter tre olika aspekter av föräldraförmågan. De tre aspekterna är positivföräldraskap, inkonsekvent uppfostran och dålig tillsyn.

Vi har funderat om FFT-prevention som modell istället ska vara ”FFT för yngre barn” med en större variation på symptom och att fler samtal i så fall ska ingå. Symptombelastningen för CBCL har varit ganska hög vid intagning. Vi hade en tanke med att en symptombelastning

mellan 30-35 skulle vara lagom för FFT- prevention, referensvärde är ca 14.. Det visade sig att vi har haft mycket högre symtombelastning på CBCL (ca 50).

Det vi inte hade tänkt på och som inte fanns i vår programteori men som visade sig under samtalen och i resultatet av före och eftermätningen var hur föräldrarnas mående påverkade barnen. SCL90 visar på en positiv förändring på föräldrarnas mående. Den är en signifikant minskning för papporna och en icke signifikant minskning för mammorna. Vi kan fundera över om vi hade mer tid på oss än vad modellen erbjuder, skulle det kanske kunna bli även en signifikant minskning för mammornas del. Det är någonting som vi behöver fundera vidare på.

Vi har haft betydligt fler familjer som har genomgått FFT-prevention än de som finns med i vår rapport. Alla har gjort T1 men inte T3.

Det har funnits olika anledningar till det. I vissa fall har familjen tyckt att de har fått den hjälp de behövt och inte ville fylla i T3. I andra fall har FFT-prevention inte räckt till utan vi har varit tvungna att fortsätta familjearbetet genom att erbjuda fortsatta samtal.

Vi har även en tanke om att ett tätare samarbete mellan skolan och FFT terapeuterna skulle bidra till att ringa in fler barn och unga som påvisar symptom på utåtagerande/normbrytande beteende. Vi menar på att det egentligen handlar mer om ett familjebekymmer än själva barnet/ungdomen. Barnet är symtombärare och hjälper familjen på sitt sätt att få hjälp. YSR som mäter utåtagerande beteende har varit för svåra för barnen att fylla i. YSR är från 11 år och vår målgrupp har bestått av barn i åldrarna 9-12. Det är relativt få som har kunnat fylla i YSR. Det finns inte tillräckligt mycket data för att kunna påvisa en signifikant skillnad i YSR.

Som vi hade skrivit i vår programteori har våra huvudmål med själva behandlingsarbetet varit att sänka kaos i familjen, öka närhet, minska kritik/klander och minska relationsproblem. Vi kan säga att vi delvis har lyckats med det genom att IP upplever ökad närhet, pappor minskad distans och mammor minskat kaos. Både barn och föräldrar upplever också att kritik/klander har minskat mellan dem.

Föräldrarnas upplevelser av barnens symtombelastning (CBCL) har minskat signifikant och det ser vi som ett gott resultat av föräldrarnas förbättrade samarbete och deras positiva förändring i sitt sätt att möta sina barn.