

Beregnet til
Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet

Dokument type
Sluttrapport

Dato
Mai, 2022

EVALUERING AV UTPRØVINGEN AV FUNKSJONELL FAMILIETERAPI (FFT) I FAMILIEVERNET



EVALUERING AV UTPRØVINGEN AV FUNKSJONELL FAMILIETERAPI (FFT) I FAMILIEVERNET

Oppdragsnavn **Evaluering av utprøvingen av funksjonell familierapi (FFT) i familievernet**
Mottaker **Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet**
Dokument type **Sluttrapport**
Dato **Mai, 2022**
Utført av **Rambøll og NTNU v/Øyvind Kvello og Ottar Ness**

Rambøll
Harbitzalléen 5
Postboks 427 Skøyen
0213 Oslo

T +47 22 51 80 00
<https://no.ramboll.com>

INNHALDSFORTEGNELSE

1.	Forord	2
2.	Sammendrag	3
2.1	Metodisk tilnærming	3
2.2	Familiene og sentrale aktørers erfaringer med FFT i familievernet	3
2.3	Fordeler og ulemper ved å organisere FFT i familievernet og barnevernet	4
2.4	Konklusjoner og anbefalinger	5
3.	Innledende om evalueringen og konteksten	6
3.1	Evalueringens formål og hovedproblemstillinger	6
3.2	Et behov for å bedre innsats for barn og unge med atferdsvansker	6
3.3	Om Funksjonell familierterapi (FFT)	10
3.4	Familievernet som implementeringskontekst	13
3.5	Leseveiledning	15
4.	Metodisk tilnærming	16
4.1	Innledende intervjuer med Bufdir, NUBU og familievernkontoret i Drammen	17
4.2	Gjennomgang av dokumenter og data	17
4.3	Kvalitative intervjuer med NUBU, familievernkontoret, FFT-team i barnevern, samarbeidsparter og familier	18
4.4	Intervju kvalitet og metodiske utfordringer	19
4.5	Teoretisk rammeverk for implementering	20
5.	Implementeringen av FFT i Familievernet	22
5.1	2017-2018: Forberedelser og tilpassing	22
5.2	2018-2019: Innledende implementering	24
5.3	2019-2021: Full drift	25
6.	Vurderinger og erfaringer med FFT i familievernet	27
6.1	Aktørenes vurderinger og erfaringer med FFT i familievernet	27
6.2	Oppsummert om aktørenes erfaringer med FFT i familievernet	29
6.3	Familienes vurderinger og erfaringer	29
6.4	Nærmere om familienes vurderinger av FFTs plassering i familievernet	34
6.5	Oppsummert om familienes vurderinger og erfaringer med FFT i familievernet	36
6.6	Overordnet analyse av de kvalitative intervjuene	37
7.	Virkningene av FFT i Familievernet	40
7.1	Er det forskjeller i målgruppene i familievernet og i barnevernet?	40
7.2	Er der forskjeller i hvilke endringer vi ser etter terapibehandlingen i familievernet kontra barnevernet?	46
8.	Rambølls vurderinger og konklusjoner	52
8.1	Rambølls vurderinger av implementeringen av FFT i familievernet	52
8.2	Rambølls vurderinger av virkninger av FFT i familievernet sammenlignet med barnevernet	54
8.3	Vurderinger av fordeler og ulemper ved ulik plassering av FFT	55
9.	Anbefalinger	61
9.1	FFT bør videreføres som en del av familievernet	61
9.2	Hensyn og anbefalinger ved en videreføring av FFT i familievernet	62
	Litteratur	64
	Vedlegg	71

1. FORORD

Rambøll Management Consulting presenterer med dette sluttrapport i *Evaluering av utprøvingen av FFT i familievernet*. Evalueringen gjennomføres på oppdrag for Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet i perioden april 2018 – februar 2022, og i samarbeid med NTNU v/ Øyvind Kvello og Ottar Ness.

Vi vil takke FFT-teamet i Drammen og familiene i FFT for praktisk bistand og deltakelse i intervjuer, og kontaktpersoner i Bufdir og NUBU for godt samarbeid.

2. SAMMENDRAG

Våren 2017 besluttet Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (Bufdir) å igangsette utprøvingen av Funksjonell Familierapi (FFT) i familievern tjenesten. Familievernkontoret i Drammen i Bufetats Region Sør, ble valgt til utprøvingen. Med innføringen av FFT i familievernet, ønsket Bufdir å styrke familievernets tilbud til, og arbeid med, unge med alvorlige atferdsvansker og deres familier. Utprøvingen var et resultat av Bufdirs oppdrag fra Barne- og familiedepartementet om å styrke tjenestenes behandlingstilbud til ungdommer med vold og sinneproblematikk. FFT ble vurdert å være velegnet som metode for å nå en gruppe av familier som kommer i kontakt med familievernet.

FFT er en evidensbasert, familierapeutisk metode, utviklet av James F. Alexander og Bruce Parsons. Metoden retter seg mot ungdom i aldersgruppa 11–17 år, som har moderate til alvorlige atferdsvansker, der det er et høyt konfliktnivå hjemme, problemer på skolen, negativ innflytelse fra jevnaldrende og/eller som begår kriminalitet, truer med eller utøver vold, eller har rusmiddelmissbruk. FFT retter seg mot de relasjonelle prosessene i familien for å bedre samspill, problemløsningsferdigheter og styrke kommunikasjon (Mørkrid & Christensen, 2007). Videre vektlegger terapeutene en ressursorientert tilnærming i form av positive fortolkninger av personene og samsillet i familien (Alexander, Robbins & Neeb, 2019).

Rambøll fikk i 2018 oppdrag av Bufdir å evaluere utprøvingen av FFT i familievernet. Rambøll har fulgt implementeringen fra oppstart 1. april 2018 og frem til forsøkets avslutning høsten 2021. Det er gjennomført både en implementeringsevaluering og en virkningsevaluering av FFT i familievernet.

2.1 Metodisk tilnærming

Evalueringen baserer seg på et blandet og fleksibelt metodedesign. Datamaterialet danner et utgangspunkt for å studere implementering, utvikling over tid og virkninger av FFT i familievernet sammenlignet med barnevernet. Det er gjennomført halvårslige målinger i form av intervjuer med FFT-temaet, NUBU og familiene som har hatt FFT. I tillegg er det gjennomført intervjuer med Bufdir, FFT-team i barnevernet, henvisende instanser og samarbeidsparter. I tillegg er det benyttet behandlingsdata fra NUBU for å studere forskjeller mellom FFT i familievernet og barnevernet.

I løpet av evalueringsperioden er det gjennomført 67 kvalitative intervjuer med: Bufdir (1), FFT-teamet (10), NUBU (5), familier (42), andre FFT-team (4) og andre samarbeidsparter (5). Rapporten er i all hovedsak basert på kvalitative intervjuer og dokumentgjennomgang, mens de kvantitative behandlingsdataene supplerer og uttyper funnene fra den kvalitative datainnsamlingen.

Det er gjennomført analyser av behandlingsdata av ungdom som har gjennomført FFT ved familievernkontoret i Drammen eller i barnevernstjenesten. Formålet med analysene er todelt. For det første har vi analysert dataene for å beskrive likheter og forskjeller ut fra ulike karakteristika ved ungdommen som har fått tilbud om FFT i familievernet versus barnevernet. For det andre har vi gjennom analysene undersøkt ungdommens utbytte av FFT-forløpet i de to tjenestene.

2.2 Familiene og sentrale aktørers erfaringer med FFT i familievernet

Brukere, så vel som ansvarlige aktører for implementeringen og FFT-temaet, er overordnet positive til FFT sin plassering i familievernet. Det er tre grunner til dette: 1) FFT komplementerer tilbudet i familievernet, 2) FFT i familievernet er et lavterskeltilbud som virker proaktivt, og i

forlengelsen av dette kan 3) FFT i familievernet nå en annen målgruppe enn hvis tiltaket kun er organisert i barnevernet.

Funnene viser at FFT virker å komplementere familievernets øvrige tjenestetilbud. Dette synes ved at mange av familiene som har mottatt FFT ved familievernet er rekruttert gjennom kjernevirksomheten i familievernet. Veien blir kortere for familiene til å få hjelp. Funnene kan tyde på at det er behov for denne type av tilbud i familievernet. Samtidig har flere av familiene mottatt hjelp før FFT, noen ved familievernkontoret, mange ved andre tjenester. Felles er at de ikke opplevde særlig nytte av tidligere bistand. Det kan videre være et argument for at flere tjenester bør kunne tilby FFT.

Funnene tyder på at FFT i familievernet treffer en annen målgruppe enn det barnevern og barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) gjør. Det taler for at FFT i familievernet er et lavterskeltilbud som kan virke proaktivt fremfor reaktivt, fordi flere av familiene ikke har vært i kontakt med hjelpetilbud tidligere, eller fordi de har blitt henvist til FFT fra andre lavterskeltilbud i kommunen. Blant familiene som har mottatt FFT i familievernet, mener et flertall at tilbudet passer godt inn i familievernet, og at de ikke nødvendigvis ville benyttet seg av tilbudet om det var knyttet til barnevernet. Hovedårsak som oppgis for sistnevnte, er at mange oppfatter det som stigmatiserende å være i kontakt med barnevernet.

Til tross for at familiene og sentrale parter i implementeringsprosessen er positive til FFT i familievernet, er det ikke mulig på bakgrunn av det kvantitative datagrunnlaget å konkludere at FFT i familievernet oppnår bedre resultater enn FFT i barnevernet. Pre- og post-skårene på YLS viser at FFT-teamene generelt oppnår meget gode resultater. Derimot viser pre-skårene at ungdommene som har mottatt FFT i familievernet i snitt har noe lavere belastning enn de øvrige FFT-teamene. Det kan tyde på at familievernet treffer en annen målgruppe enn barnevernet. Forskjellene er imidlertid små mellom ungdommene som mottar FFT fra familievernet versus barnevernet.

2.3 Fordeler og ulemper ved å organisere FFT i familievernet og barnevernet

Fordelene ved å plassere FFT i familievernet er at tjenesten er lavterskeltilbud som har et positivt omdømme i befolkningen. Det oppleves som mindre stigmatiserende å motta tjenester fra familievernet fremfor barnevernet. Familievernet er organisert regionalt og er godt utbygd. På denne måten er det lett tilgjengelig. Ansatte i familievernet har høy terapeutisk kompetanse og erfaring, og det er høy grad av stabilitet blant ansatte i tjenesten. Siden mange ansatte i familievernet har EFT-kompetanse¹ i tillegg til systemisk familierterapi-kompetanse, kan flere ha et godt utgangspunkt for å utdanne seg som FFT-terapeuter.

Ulemper ved at FFT er plassert i familievernet er at det lam være en vis skepsis blant ansatte til å benytte manualbaserte metoder. Målgruppen i familievernet har tradisjonelt ikke vært familier der ungdom har moderat eller alvorlig grad av atferdsvansker. Familievernet er organisert regionalt, og dermed kan det være utfordrende å nå utkantkommuner. Familievernet jobber også ofte mer direkte med foreldre enn med barn og ungdom, sammenliknet med barnevernet. Det er videre enkelte uklarheter knyttet til fremtidens familievernkontor (jf. NOU 2019:20), og det er viktig å være klar over konsekvensene av å innføre FFT som tjeneste og metode i familievernet. I tillegg reduseres kapasiteten for arbeid med familier som har behov for FFT hvis terapeutene jobber med andre familievernkontorsaker.

Styrker ved å plassere FFT i barneverntjenesten er at man når ungdom med større utfordringer og familiebelastninger enn de som normalt mottar tjenester fra familievernet. Barnevernloven har bestemmelser om oppfølging av barn og unge med alvorlige atferdsvansker som kan ha nytte av

¹ EFT: Emosjonsfokusert terapi. En terapiform som går ut på å utforske, forstå og endre vanskelige og fastlåste følelser).

FFT. Det er ønskelig med en større bredde i tiltaksviften i mange barneverntjenester, som er sentralt i barnevernsreformen/ oppvekstreformen med virkning fra 01.01.2022. En annen styrke er at alle kommuner har barneverntjenester (noen med interkommunale løsninger). Imidlertid er mange av kommunene små slik at de ikke har behov for et eget FFT-team eller FFT-terapeut i helstilling, men heller kjøpe tjenester av andre kommuner ved behov.

Ulemper med å ha FFT plassert i barnevernet er at det er få ansatte med tilstrekkelig terapeutisk kompetanse, i tillegg er det høy turnover i mange av barneverntjenestene. Barneverntjenesten har også et annet omdømme enn familieverntjenesten som kan påvirke rekruttering av målgruppen til FFT.

2.4 Konklusjoner og anbefalinger

På grunnlag av evalueringen av utprøvingen kan det konkluderes at familievernet er en hensiktsmessig plassering av FFT og anbefales at FFT videreføres som et tilbud i familievernet.

Samtidig anbefaler vi at det tas hensyn til noen kritiske suksessfaktorer ved en eventuell videreføring og spredning av FFT i familievernet. Forankring av samarbeidet mellom Bufdir, Bufetat region Sør, NUBU og familievernkontoret i Drammen fremstår som en suksessfaktor for den vellykkede implementeringen. Tidlig involvering av sentrale parter og felles møtepunkter fremstår som særlig viktig. En styringsgruppe og/eller en samarbeidsavtale kan være et godt grep for å formalisere samarbeidet og tydeliggjøre ansvarsfordeling for å sikre fremdrift i implementeringen.

Det har vært noe uenighet knyttet til ulike lederroller i forbindelse med implementeringen. Det handler om enhetsleders rolle og teamleders ansvar. I en eventuell videre implementering i familievernet må det tas høyde for at lederutskiftninger kan skje, og at implementeringsbetingelser samt forutsetninger for vellykket implementering forankres i ny ledelse. Når det gjelder teamleders rolle, må det avklares hvilke muligheter som finnes i familievernet for at teamleder skal kunne ha budsjettsansvar og personalansvar for teamet. Ved en videreføring av metoden er det sentralt å undersøke organiseringen ved hvert enkelt familievernkontor, siden organiseringen ved de ulike kontorene kan variere og FFT-metoden inneholder krav om fordeling av lederansvar.

Familievernet er organisert regionalt og dermed er det ikke sikkert man vil nå ut til utkantkommuner. Etterspørselen av FFT i de små og perifert plasserte kommunene vil antagelig være mindre enn i større kommuner. I en eventuell utrulling av FFT ved flere familievernkontorer, bør det foretas vurderinger av om terapeutene bør rendyrkes som FFT-terapeuter eller om de også skal jobbe med andre arbeidsoppgaver i familievernkontoret.

Å arbeide med FFT som terapiform innebærer innføring av en ny, evidensbasert metode. Å arbeide evidensbasert stiller høye krav til både opplæring, det å følge metodens protokoll, samt dokumentasjon. Det vurderes som positivt at fagansvar og opplæring har vært tydelig definert som NUBUs ansvarsområde i utprøvingen. Et suksesskriterium for vellykket videreføring av FFT i familievernet vil derfor være at man har en profesjonell aktør som kan bidra til opplæring og faglig veiledning av terapeuter, og at implementeringsansvarlig har kapasitet til å følge opp teamene så tett som det har vært gjort i denne implementeringsprosessen.

3. INNLEDENDE OM EVALUERINGEN OG KONTEKSTEN

I dette kapitlet vil vi beskrive bakgrunnen og konteksten for implementeringen av FFT i familievernet. Kapitlet starter med en introduksjon av følgeevalueringens formål og hovedproblemstillinger. Deretter følger en historisk redegjørelse for innsatsen for barn og unge med atferdsvansker, og implementering av evidensbaserte metoder i tjenesteapparatet. Videre beskrives FFT-metodikken, før det avslutningsvis gjøres rede for familievernet, hvor metoden er implementert.

3.1 Evalueringens formål og hovedproblemstillinger

Våren 2017 ble det besluttet at Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (Bufdir) skulle igangsette utprøving av Funksjonell Familierterapi (FFT) i familieverntjenesten.

Familievernkontoret i Drammen i Bufetats Region Sør ble valgt til utprøvingen. Utprøvingen var et resultat av Bufdirs oppdrag fra Barne- og familiedepartementet (BFD) om å styrke tjenestenes behandlingstilbud til ungdommer med vold og sinneproblematikk. FFT ble vurdert å samsvare med familievernets systemiske tilnærming til arbeid med familier, samt å være i tråd med familieverntjenestens mandat, grunnkompetanse og tilnærming.

Rambøll fikk i forbindelse med utprøvingen i oppdrag fra Bufdir å evaluere implementeringen av FFT i familievernet. Rambøll har fulgt implementeringen fra oppstart 1. april 2018, frem til forsøkets avslutning høsten 2021. Formålet med evalueringen har vært todelt. Det er gjennomført en implementeringsevaluering og en virkningsevaluering av FFT i familievernet sammenlignet med barnevernet. Vi har sett de to delene i sammenheng. Dette fordi implementering og resultater henger sammen: Dersom FFT ikke implementeres på en god måte, er det mindre sannsynlig at de forventede resultatene oppnås.

Følgende problemstillinger blir besvart i denne evalueringen:

- 1. Hva er erfaringene med å tilby FFT i familieverntjenesten i stedet for barneverntjenesten?**
- 2. Bør FFT-team videreføres i familieverntjenesten etter endt utprøvsperiode og hvordan?**
- 3. Hvilke konsekvenser vil en innplassering av FFT-team i familievernet ha for tjenesten og brukerne?**

Basert på innsamlet data har Rambøll vurdert hvorvidt FFT bør videreføres i familievernet, og hvordan dette best kan gjøres. Vi har også vurdert hvilke konsekvenser en innplassering av FFT har for tjenesten og brukerne.

3.2 Et behov for å bedre innsats for barn og unge med atferdsvansker

I 1995 konkluderte Barne- og likestillingsdepartementet med at det var et behov for egnede behandlings- og opplæringstilbud for barn og unge med alvorlige atferdsvansker (BLD, 1995). Dette fordi alvorlige atferdsvansker hos barn og unge har en tendens til å vedvare. Alvorlige atferdsvansker ble tatt inn som et eget inngrepskriterium i den nye barnevernloven fra 1992. Det var relativt få unge som var plassert utenfor hjemmet på grunn av atferdsvansker, men ungdomsgruppen var en stor utfordring for både barneverntjenesten og øvrige deler av hjelpeapparatet. På samme tid var det et mål å redusere bruk av tvangstiltak overfor ungdom med alvorlige atferdsvansker, og erstatte dette med egnet behandling.

3.2.1 Implementering av metoder

Det ble anbefalt å implementere tre amerikanske, evidensbaserte programmer: The Incredible Years (De utrolige årene; DUÅ), Parent Management Training, Oregon-modellen (PMTO) og Multi-Systemic Therapy (Multisystemisk terapi; MST). De tre metodene rettet seg mot ulike aldersgrupper og alvorlighetsgrad av atferdsvansker. I løpet av få år ble situasjonen nærmest snudd på hodet: fra ingen tilgang til evidensbasert metodikk, til flere evidensbaserte metoder for barn og ungdom med atferdsvansker i aldersspennet 3–18 år. FFT inngår dermed i en langvarig og omfattende nasjonal satsing for å bedre tilbudet til barn og unge med atferdsvansker.

I implementeringsperioden ble det tydelig at hjelpeapparatet ikke nådde ungdom med problematferd som ikke var så alvorlig at den ble dekket av MST. Det ble besluttet å implementere FFT. Administreringen ble lagt til samme institusjon som MST og PMTO, Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU, tidligere Atferdssenteret).

Per 2021 er tiltaksviften for barn og unge med atferdsvansker godt utbygd – faktisk mer rikholdig enn for flere andre psykiske vansker barn og ungdom kan ha. FFT må betraktes som en del av en tiltaksvifte, der hjelp til barn og ungdom med atferdsvansker skal tilpasses alvorlighetsgrad og alder. Tabell 3.1 viser behandlingstilbudet i 2021, og hvordan de ulike foreldrestyrkende programmene/behandlingsmodellene strekker seg over tre innsatsnivåer.

Tabell 3.1: Foreldrestyrkende programmer/behandlingsmodeller fordelt i forhold til innsatsnivå

Innsatsnivå	Målsetting	Andel av familier med behov	Foreldrestyrkende programmer
<i>Indikert innsatsnivå</i>	Dette innsatsnivået handler om å bistå familier med betydelige vansker. Det er på dette innsatsnivået at behandling/terapi ligger.	Cirka 8 prosent av familier vil ha behov knyttet til dette innsatsnivået.	<ul style="list-style-type: none"> - DUÅ Dinosauerskole i smågrupper 3–8 år - DUÅ Program for foreldre til barn i alderen 3–6 år (Førskoleprogrammet) - DUÅ Program for foreldre til barn i alderen 6–12 år (Skolealderprogrammet) - FFT - MST - PMTO individuell familiebehandling
<i>Selektert innsatsnivå</i>	Innsatsen på dette nivået er rettet mot identifiserte familier med forhøyet risiko for utvikling av vansker eller i en tidlig fase av en vanskeutvikling. Tidlig innsats er på selektert innsatsnivå.	Omkring 10–15 prosent av familier vil en periode ha behov for bistand som hører til selektert nivå.	<ul style="list-style-type: none"> - DUÅ Dinosauerskole i smågrupper 3–8 år - DUÅ Program for foreldre til barn i alderen 3–6 år (Førskoleprogrammet) - DUÅ Program for foreldre til barn i alderen 6–12 år (Skolealderprogrammet) - PMTO foreldrerådgivning - PMTO foreldregruppe - PMTO sosial ferdighetstrening for barnet - PMTO konsultasjon til barnehage og skole - TIBIR – Rådgiverintervensjon - Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) - Foreldre-gruppeintervensjonen
<i>Universelt innsatsnivå</i>	Målet er å nå store deler av befolkningen for å motvirke utvikling av vansker. Her ligger helsefremming og	Omtrent 75–80 prosent av familiene får dekket sine behov på dette innsatsnivået.	<ul style="list-style-type: none"> - DUÅ Oppmerksomme og utviklingsstøttende foreldre til barn 2–4 år og 4–6 år (Universalprogrammet) - DUÅ Program for ansatte i skoler/SFO/barnehager (Skole- og barnehageprogrammet)

	forebygging. Metodene handler om å bevisstgjøre mennesker, gi dem kunnskap og støtte dem til utvikling av gode mestringsstrategier og øke deres motstandskraft og derved sko dem for å møte livets utfordringer og etablere gode livsstilsvaner.		- DUÅ Dinosauruskole i klasserom/SFO/barnehage 3–8 år - DUÅ Program for foreldre til barn i alderen 0–1 (Babyprogrammet) - DUÅ Program for foreldre til barn i alderen 1–3 år (Småbarnsprogrammet) - PALS (Positiv atferd, støttende læringsmiljø)
--	---	--	---

Kommuner har ansvar for flere oppgaver på alle de tre nivåene. Familievernkontorer retter seg mot selektert og indikert nivå. På indikert innsatsnivå vil også det statlige hjelpeapparatet ha et ansvar, slik som barneavdelinger på sykehus, Bufetat, psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP), habiliteringstjenesten og Statped.

Foreldrestyrkende programmer gir god hjelp frem til barnet med atferdsvansker kommer i tenårsalder (Furlong et al., 2012). Fra ungdomsalder av synes kognitiv atferdsterapi rettet mot ungdommer med atferdsvansker å gi bedre effekt enn foreldrestyrkende programmer (McCart et al., 2006). Det ansees generelt som nødvendig å jobbe systematisk og målrettet med systemene og miljøet rundt ungdom med alvorlige atferdsvansker for å oppnå gode resultater (Carr, 2014; 2019; Rowe, 2012). Foreldreveiledning i tenåringsfamilier når det er andre utfordringer enn atferdsvansker, kan imidlertid bidra til bedret samspill (Barlow et al., 2011). Det kreves bredspektrede tiltak når barn og unge har alvorlige og komplekse vansker (Hogue & Liddle, 2009).

Utbredelse av atferdsvansker er lavere i dag enn for 20 år siden. Det har vært en nedgang i barnevernets tiltak overfor ungdom med alvorlige atferdsvansker parallelt med den nasjonale implementeringen av metoder for barn og ungdom med atferdsvansker (Norges Forskningsråd, 1998; Skogen & Torvik, 2013; SSB, 2015).

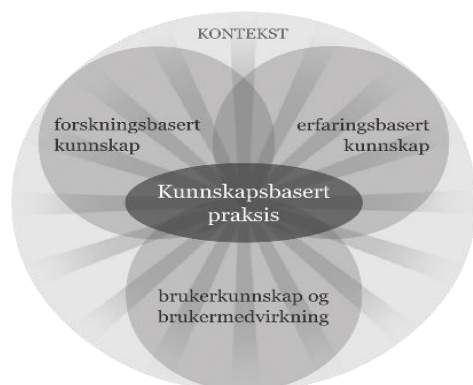
3.2.2 Evidensbaserte metoder

Dreiningen mot å implementere manualbaserte og evidensbaserte programmer førte til en markant dreining av barnevernsfeltet. Tidligere har sosialt arbeid og barnevern vært fundert mer på personlige fremfor faglige standarder, og mer på teori, politikk og personlige preferanser fremfor forskning.

Ved oppstart ble det valgt strenge kriterier for hva som var evidensbaserte metoder, og at det i hovedsak måtte funderes på empiri fra RCT-studier (randomiserte utvalg med kontrollgrupper). Definisjonen av begrepet evidens har utviklet seg med årene – både i flere fagforeninger og direktorater. Nå er det ikke bare RCT-studier som vurderes som kvalitativ holdbar forskning. Også RCT-studier har feilkilder (Cuijpers et al., 2010; Munder et al., 2013). Forskning vil preges av forskernes forforståelser, og påvirke hvordan problemstillingene vinkles, hvilke instrumenter som benyttes og hvordan funnene tolkes (Leykin & DeRubeis, 2009; Munder et al., 2013; Munder et al., 2012). Det medfører at ulike studier av det samme fenomenet kan ha noe sprikende konklusjoner (Miller et al., 2008; Tolin 2010). Evidensbasert praksis kan defineres som

integrasjonen av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise, i kontekst av mottakerens/brukerens/pasientens egenskaper, kultur og preferanser (Rønnestad, 2008; Sackett et al., 2000).

Figur 3.1 Modell for innholdet i kunnskapsbasert praksis²



Figur 3.1 illustrerer at en kunnskapsbasert praksis ikke kun baseres på empirisk forskning der utvalgene alltid er store og med kontrollgrupper («randomized controlled trial», altså RCT-studier), men også inkluderer erfaringsbasert, brukerbasert kunnskap samt brukermedvirkning, sett i den konteksten som forskningen og praksisen foregår i.

Et fagfelt kan aldri baseres på én eller få studier. Det er når forskningsfunn viser klare mønstre at man kan basere et profesjonelt virke på forskningsresultater. Derfor er systematiske reviews, metaanalyser og meta-metaanalyser viktige for å sikre at enkeltstående forskningsfunn ikke får sterkere påvirkning enn tyngden i dem tilsier (Cooper & Koenka, 2012; Tamim et al., 2011).

Jávo (2010) hevder at de evidensbaserte programmene DUÅ, PMTO og MST i tilstrekkelig grad tilpasser seg individers kulturbakgrunn selv om noen studier indikerer at minoritetsforeldre er mindre mottakelige for oppdragsstrategiene som brukes i disse programmene, og at resultatene derfor blir dårligere. I tillegg er motivasjonen for deltakelse i programmene lavere blant minoritetsforeldre, og frafallet derfor større. I de senere år har mange evidensbaserte metoder i større grad blitt tilpasset brukerens forutsetninger, kultur, etnisitet og personlige preferanser (Baumann et al., 2014; Kjøbli et al., 2012), selv om en god del arbeid gjenstår. Vi er ikke kjent med tilsvarende studier for FFT, men FFT har samme tilnærming til atferdsvansker som DUÅ, PMTO og MST.

Bruk av manualer og evidensbaserte metoder hever fagfeltets kvalitet, men det er fortsatt forskjeller mellom fagpersoner/terapeuter i ferdigheter. Fagpersoner/terapeuter som benytter manualer, må være relasjonsorienterte framfor å gjennomføre metoden eksakt slik manualen beskriver (Kuyken et al., 2009; Persons, 2008). Prosessorientering og subjekt-subjekt-relasjon er ikke motsatsen til manualbruk, slik det noen ganger framstilles. En studie blant ungdom som gikk i behandling for psykiske vansker viste at når manualer blir benyttet på sin tiltenkte måte, forkludret det ikke alliansen mellom terapeut og ungdom, men skape framdrift i endringsarbeidet (Langer et al., 2011).

Tabell 3.2 Evidensvurderinger utført av Ungsinn.no

Metode	Evalueringsdato	Skår
De Utrolige Årene (DUÅ): Foreldreprogram for Førskolebarn (3–6 år) og Skolebarn (6–12 år)	02.11.2020	5. Sterk dokumentasjon
De Utrolige Årene Universalprogrammet	17.12.2019	4. Tilfredsstillende dokumentasjon

² Hentet fra: www.kunnskapsbasertpraksis.no. Lastet ned: 20.11.2020.

De Utrolige Årenes (DUÅs) skole- og barnehageprogram	20.10.2019	4. Tilfredsstillende dokumentasjon
De utrolige årene - Dinosaurusskolen i smågrupper	05.11.2009*	2. Sannsynlig
MST	07.12.2017	4. Tilfredsstillende dokumentasjon
PALS - Positiv atferd, støttende læringsmiljø (2. utg.)	12.10.2018	5. Sterk dokumentasjon
Parent Management Training – The Oregon Model (PMTO) som individuell foreldreveiledning	13.11.2018	5. Sterk dokumentasjon
Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) - Sosial ferdighetstrening for barn	05.11.2009	2. Sannsynlig
TIBIR - Rådgiverintervensjonen	30.11.2015	4. Tilfredsstillende dokumentasjon
Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) - Foreldre-gruppeintervensjonen	09.04.2013*	4. Dokumentert

Note: Skårene som Ungsinn benytter er: 0 = Uvirksomt; 1 = Godt beskrevet (tidligere: potensielt virksomt); 2 = Teoretisk begrunnet (tidligere: sannsynlig virksomt); 3 = Noe dokumentert (tidligere: funksjonelt); 4 = Tilfredsstillende dokumentert (tidligere: dokumentert virksomt); 5 = Sterk dokumentasjon. Underveis i klassifikasjonen av metoder ut fra evidensgrad, utvidet Ungsinn skalaen fra 4 til 5. Det er to programmer som dermed er evaluert da 4 var høyeste skår. De to er markert med: *. FFT er den eneste av de implementerte metoder for barn og unge med atferdsvansker som er besluttet implementert på statlig nivå som ikke evaluert av Ungsinn.no.

FFT er ikke vurdert av Ungsinn. Felles for metodene som vises i Tabell 3.2 er at mye av forskningen på effekten av dem er utført av forskningsmiljøer med bindinger til modellene, enten som metodeutvikler eller implementeringsansvarlig for metoden (Kvello, 2020). Det skaper habiliteringsutfordringer. En del av forskningen på metodene skjer i implementeringsfaser, og generelt er effektstørrelsene da noe høyere enn når metoder er i drift. Likeså er det eksempler på at forskergrupper uten bindinger til metodene som de studerer, rapporterer noe lavere effekt enn forskergruppene med bindinger til metodene. For eksempel viste en rapport om MST utført av fagpersoner uten bindinger til metoden, noe svakere effekt enn publiserte funn av forskere som har binding til metoden (Littell et al., 2010³). I likhet med mange andre metoder/program, har flere av forskerne som publiserer om FFT bindinger til metoden (Littell et al., 2010).

3.3 Om Funksjonell familierapi (FFT)

FFT er en evidensbasert, familierapeutisk metode utviklet av James F. Alexander og Bruce Parsons fra 1970-tallet av. Metoden retter seg mot ungdom i aldersgruppa 11–17 år, som har moderate til alvorlige atferdsvansker knyttet til høyt konfliktnivå hjemme, problemer på skolen, negativ innflytelse fra jevnaldrende og/eller som begår kriminalitet, truer med eller utøver vold eller har rusmiddelmisbruk (indirekte innsatsnivå). Samtidig kan tiltaket være aktuelt for ungdom som står i fare for å utvikle slik atferd (selektert innsatsnivå). Inspirasjon for metoden er hentet fra familierapi, Bronfenbrenners biøkologiske teori, sosial læringsteori, kommunikasjonsteori, PMTO, samt John Reids teorier om oppvekst og barneoppdragelse (Thøgersen et al., 2019). Det overordnede målet med FFT er å bedre kommunikasjonsmønstrene i familier med ungdom som har atferdsvansker. Eksklusjonskriterier, dvs. personer som ikke skal tilbys FFT, er ungdom som bor for seg selv og ikke har en foreldreperson, som har gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autisme), som er akutt suicidal eller psykotisk, hvor atferdsproblemet utelukkende er knyttet til seksuell atferd eller at det i ungdommens familie forekommer alvorlig omsorgssvikt eller seksuelle overgrep (Alexander et al., 2013).

³ Rapporten ble først publisert i 2005.

FFT forstår ungdommens atferd i lys av konteksten den oppstår i og som et resultat av påvirkning – både fra ungdommen selv, familien, venner, skole og nærmiljø. Med bakgrunn i denne forståelsen retter terapien seg mot de relasjonelle prosessene i familien for å bedre samspill, styrke kommunikasjon og bedre problemløsningsferdigheter (Mørkrid og Christensen, 2007). Videre vektlegger terapeutene en ressursorientert tilnærming i form av positive fortolkninger av personene og samspillet/kommunikasjonen. De er opptatt av å få fram intensjoner bak problematferd, og tydeliggjøre for familien at de tross sine problemer også har styrker og ressurser og vil hverandre vel (Alexander et al., 2013).

3.3.1 Tidligere forskning på FFT

Det er ikke tidligere foretatt en evaluering av FFT organisert under familievernet tilsvarende denne evalueringen. Metoden er derimot godt utprøvd og grundig evaluert. Forskning viser at metoden gir meget gode resultater for familier som deltar (Baglivio et al., 2014). Det er gjennomført studier av metoden i Danmark og Sverige, som har klar overføringsverdi til Norge. Tidligere forskning konkluderer med at god implementering av metoden er en forutsetning for at FFT skal ha god effekt (VIVE, 2018).

FFT benyttes i dag i flere land. Etter at metoden ble utviklet for over 40 år siden er det mange familier som har fått denne hjelpen (Robbins et al., 2016). Intervensjonen er studert av flere forskere og i flere land. Studiene viser at FFT gir en signifikant nedgang i ungdoms atferdsvansker og en signifikant reduksjon av konfliktnivået i familier, samt bedrer kommunikasjonen (Celinska et al., 2013; Datchi & Sexton, 2013; Hartnett et al., 2017; Marshall et al., 2016; Sexton & Turner, 2010; VIVE, 2018). Disse endringene har vist seg å holde både i 12 måneder (Sexton & Turner, 2010), og 18 måneder (Gottfredson et al., 2018) etter endt behandling. Forskingen på FFT består både av metastudier (Baldwin et al., 2012; Hartnett et al., 2017), og av sammenligninger med andre etablerte metoder for ungdom med atferdsvansker (Baglivio et al., 2014; Baldwin et al., 2012; Hartnett et al., 2017). I hovedsak er det etnisk hvite ungdommer som er studert. Det er få studier blant andre etnisiteter, selv om studier blant disse ungdomsgruppene forekommer (Darnell & Schuler, 2015).

Forskningsresultatene på FFT er oppløftende, spesielt sett i lys av at alvorlige atferdsvansker ansees som blant de mest «kroniske diagnoser» blant barn og unge (Thapar et al., 2015). Det tas til orde blant både klinikere og forskere om at ungdom med alvorlige atferdsvansker synes behandlingsresistente. Ungdom med alvorlige atferdsvansker har også ofte avbrudd i behandlinger. Forskning viser at mellom 30 til 40 prosent av ungdom med alvorlige atferdsvansker avbryter behandlingen (National Institute for Health and Care Excellence, 2013). Enkelte studier viser at 77 til 89 prosent fullfører FFT (Baglivio et al., 2014; Sexton & Alexander, 2004; White et al., 2013), mens andre studier oppgir 60 prosent (Humayun et al., 2017). Humayuns studie viser at andelen avbrudd fra FFT er på linje med det som må forventes i forhold til mange intervensjoner/behandlingsformer. 77 til 89 prosent er klart bedre enn for mange andre behandlingsmetoder for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Av de tre nevnte forskergruppene, så tilhører Sexton og Alexander metodeutviklingsgruppen.

Studier som tar utgangspunkt i foreldres tilfredshet med FFT viser at mange av dem rapporterer om positive endringer i familieklimaet og -kommunikasjonen. I tillegg fremhever flere foreldre at de har tillit til terapeuten og føler seg godt ivaretatt (Celinska et al., 2015; Collyer et al., 2021; Gottfredson et al., 2018).

I meget kompliserte familiesituasjoner der barn viser alvorlige atferdsvansker og gjennomgående legger skyld for egne atferdsvansker på forhold utenfor seg selv (ansvarsfraskrivelse/eksternalisering), viser følelsesmessig kulde (lite empati) og lyver ofte, kan kognitiv atferdsterapi-

baserte familieintervensjoner gi gode resultater (Kjøbli et al., 2018). Det er gjort studier på gruppen av ungdom som får bistand fra FFT som karakteriseres av følelsesmessig kulde. Ungdom med følelsesmessig kulde har nevrologiske, kognitive og sosiale fellestrekk kjent fra lidelsen psykopati, slik som at de er uberørt av andres vansker og smerte, og har en insensitivitet overfor straff (Marsh et al., 2008; Viding et al., 2005). Studier fra USA (White et al., 2013) samt Danmark og Norge (Thøgersen, 2020), viser at FFT kan være nyttig dersom ungdom karakteriseres av følelsesmessig kulde. Selv om FFT bidrar til reduksjon i aggressiv og regelbrytende atferd samt bedring av sosiale ferdigheter, vedvarer ofte den følelsesmessige kulden hos ungdommen (Thøgersen, 2020). Dette er i tråd med kunnskap innen psykoterapi (Douglas et al., 2018; Ezpeleta et al., 2022).

I likhet med mange andre behandlingsmetoder, har FFT best effekt når familier er motiverte for å få hjelp og viser åpenhet for å endre seg (McPherson et al., 2017). Flere studier har også identifisert viktigheten av at terapeutene er tro mot metoden («fidelity to the method») (Graham et al., 2014; Robbins et al., 2016; Sexton & Turner, 2010). Dette er kjente utfordringer ved metodeimplementeringer.

3.3.2 Innholdet i FFT

FFT kan forstås som korttidsbasert, strukturert og intensiv familieintervensjon (Alexander et al., 2013). Varigheten for FFT er 3–6 måneder og omfatter 8–30 terapitimer. Den gjennomsnittlige FFT-behandling er 4–5 måneder og strekker seg over 12–14 terapitimer (Thøgersen & Bjørnebekk, 2017). I familier med høyt konfliktnivå og/eller høy risikoatferd prioriteres rask oppstart av behandlingen, og det gis gjerne tre timer med samtaler innen de første ti dagene.

FFT består av fem faser (Thøgersen & Bjørnebekk, 2017; Thøgersen et al., 2019; Thøgersen et al., 2012):

- 1. Involveringsfasen**, hvor man sikrer familiemedlemmenes deltagelse og engasjement. Det er viktig i denne fasen at familien opplever terapeuten som tilgjengelig, mottagelig og troverdig. Terapeutene prøver å tilpasse seg hvert familiemedlems væremåte samt kulturelle og verdimesse bakgrunn. Terapeutene skal være lett tilgjengelige.
- 2. Motivasjonsfasen**, hvor målet er å etablere terapeutisk allianse til alle familiemedlemmene og redusere forekomsten av negativitet og beskyldninger. Slik etableres en relasjonell problemforståelse hos familiemedlemmene, og skaper håp om at problemløsninger er mulig. Motivasjonsfasen innebærer å endre familiemedlemmenes forståelse av hverandre. I denne perioden skal ikke terapeuten jobbe med konkrete ideer til hva som bør gjøres annerledes. Mantraet er at ingen alene har skyld for det familien strever med.
- 3. Den relasjonelle vurderingsfasen** og vurdering av risiko- og beskyttelsesfaktorer. Parallelt med motivasjonsfasen kartlegges relasjonelle funksjoner i familien – primært som (a) relasjonelt kontaktbehov og (b) relasjonelt hierarki (hvordan familiemedlemmene påvirker hverandre). Etter kartleggingen utformer FFT-terapeuten en plan for atferdsendring i familien. Behandlingsplanene er skreddersydde for hver familie.
- 4. Atferdsendingsfasen** innebærer at familien øver seg på ferdigheter knyttet til planen laget i den relasjonelle vurderingsfasen. Dette er en øvingsfase, og terapeuten inntar en lærerrolle. Målet er å bidra til at familien utvikler konstruktiv og støttende samhandling og utvikler tre til fire ferdigheter via praktiske øvelser, regelmessig og konkret tilbakemelding, veiledning og hjemmeoppgaver. Slik reduseres risikofaktorene, og beskyttelsesfaktorer styrkes eller etableres. I familier preget av et høyt konfliktnivå eller fysiske utageringer/vold, utarbeides sikkerhetsplaner basert på å identifisere trigger og enten fjerne eller redusere disse og det tilbys informasjon om hvordan familiemedlemmene skal håndtere slike situasjoner.

5. Generaliseringsfasen handler om oppmuntring av familiemedlemmene til å fortsette å øve på ferdigheter og benytte disse. Familiene forberedes på at tilbakefall er en del av endringsprosesser og hvordan tilbakefall kan motvirkes og håndteres. Leting etter ressurser i systemene som omgir familiene starter ofte tidligere i behandlingen, men intensiveres gjerne i denne behandlingsfasen. Dette innebærer at familien benytter seg av ressursene i uformelle og formelle systemer, slik som samarbeid med skolen og sitt sosiale nettverk, samt hjelpetjenester for barn, ungdom og familier. Familier tilbys oppfølgingstimer, og terapeutene følger opp familien per telefon cirka et par måneder etter behandlingsslutt.

3.3.3 Implementering og veiledning av FFT-terapeuter

FFT-teamene i Norge består av FFT-leder med 2-4 FFT-terapeuter. FFT-terapeutene får ukentlig veiledning (Thøgersen & Bjørnebekk, 2017). Hver FFT-terapeut kan ha inntil ti saker parallelt avhengig av terapeutens kjøretid.

Implementering og opplæring i FFT-metodikken foregår i to faser på om lag ett år hver. Hver av fasene har ulike opplæringsaktiviteter, og følger en plan NUBU har lagt for å sikre modenhet og utvikling i teamet. Tabellen under viser opplæringsstrukturen i FFT i sin helhet.

Tabell 3.3 FFT-teamets opplæringsløp

	Første år	Andre år	Tredje år
For veileder	<i>Gjennomføres av ekstern FFT-konsulent</i>	Intensiv 5 dagers observasjons-basert metode opplæring	1 årlig nasjonalt FFT-veileder seminar
		2 to-dagers veilederopplæringer	
		2 månedlige konsultasjoner med en ekstern FFT-konsulent, for utvikling av veileders kompetanser	1 månedlig konsultasjon med en ekstern FFT-konsulent, for videre utvikling av veileders kompetanser
For terapeuter	3 dagers klinisk opplæring i metoden	2 nasjonale utviklingsseminarer	2 nasjonale utviklingsseminarer
	3 to-dagers oppfølgingskurs		
	2 dagers klinisk videregående opplæring i metoden		
	Ukentlig veiledning av ekstern FFT-konsulent, som gir terapeutene mulighet til å diskutere saker og de kliniske anvendelsene i hver enkelt sak	Ukentlig veiledning fortsetter. Teamets egen veileder overtar ansvaret for den ukentlige veiledningen. Veilederen fortsetter som terapeut med redusert saksmengde	

3.4 Familievernet som implementeringskontekst

Familievernet har en lang tradisjon som går tilbake til 1950-tallet. Tilbudet har både kommet fra arbeiderbevegelsens engasjement kanalisert og formalisert gjennom Helsedirektoratet, og via

kirkens opprinnelige frivillige engasjement. Dette to-sporet med offentlig (Bufetat) og ideelt familievern (Stiftelsen Kirkens Familievern) eksister fortsatt⁴.

Familievernets samfunnsmandat er å forebygge og avhjelpe relasjonelle vansker i familien samt styrke gode familierelasjoner og barns oppvekstvilkår. Tjenesten er et gratis lavterskeltilbud, som skal være tilgjengelig i hele landet. Familievernkontorenes oppgaver er definert i lov om familievernkontorer: § 1, som beskriver familievernet som en spesialtjeneste med familierelaterte problemer som sitt fagfelt. Familievernkontorene skal gi et tilbud om behandling og rådgivning der det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien. Familievernkontorene skal foreta meklings etter lov om ekteskap § 26 og barneloven § 51. Familievernkontorene skal bistå der retten oppnevner en ansatt fra familievernet etter barnelova § 65 a. Familievernkontorene bør også drive utadrettet virksomhet om familierelaterte tema. Dette kan bestå av veiledning, informasjon og undervisning rettet mot hjelpeapparatet og publikum. Familier, par eller enkeltpersoner kan henvende seg direkte til et familievernkontor. Lege, psykolog, medisinsk eller sosial institusjon eller offentlig myndighet kan henvise klienter til et familievernkontor.

Familieverntjenestens kjerneoppgaver kan grovt sett deles inn i tre kategorier:

- **Klinisk arbeid:** rådgivning og behandling der det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien. Dette er samlivssaker (parterapi), foreldresamarbeidssaker (uten brudd og etter brudd), familieproblematikk (familierterapi) og hjelp til barn og ungdom (herunder kliniske samtalegrupper for barn).
- **Mekling:** ekteskapsaker, sambosaker, foreldretvister og saker tilbakesendt fra retten.
- **Utadrettet virksomhet om familierelaterte tema:** kan bestå av veiledning, informasjon og undervisning, rettet både mot andre tjenester og direkte mot publikum.

I forbindelse med omtale av familieverntjenestens nye kompetansemodell, nevnes ofte spisskompetansemiljøene. Kompetansemodellen skal bidra til god faglig styring og forvaltning av familievernet i Bufetats fem regioner, og er utformet slik at et tjenestested innen hvert tjenesteområde har spesialisert kompetanse. Spisskompetansemiljøene har et nasjonalt ansvar for implementering, opplæring, kvalitetssikring og veiledning av faglig standardisert praksis. Under spisskompetansemiljøene er det organisert regionale ressursmiljøer. Ressursmiljøene har veiledningsfunksjon overfor familievernkontorene i sin region, driver praksisveiledning i enkeltsaker, og bidrar til å fremme beste praksis på tvers av generalistkontorene i sin region. I fagutviklingsfasen er spisskompetansemiljøets hovedoppgave å bidra med erfaringsbasert kunnskap til den systematiske fagutviklingen i tjenesten, gjennom å samle inn og dokumentere erfaringer fra tjenestens praksis. Sammen med forskning- og brukerkunnskap bidrar spisskompetansemiljøene til kunnskapsbasert praksisutvikling i etaten. Ressursmiljøer i alle regioner bidrar med viktig praksiserfaring inn i fagutviklingsarbeidet.

I dag finnes det 4 spisskompetansemiljøer:

- Spisskompetansemiljø for familievernets arbeid med vold i nære relasjoner
- Spisskompetansemiljø for familievernets foreldreoppfølging etter omsorgsovertagelse
- Spisskompetansemiljø for samtaler med barn
- Spisskompetansemiljø for foreldrestøtte og forebygging

3.4.1 Faglig ståsted i familievernet

Familievernet har familierelaterte problemer som sitt fagfelt. Familieverntjenestens grunnleggende faglige utgangspunkt er systemteori og systemisk tenkning. Systemisk terapi er en psykoterapeutisk retning der grunnantakelsen er at vi alle er del av sosiale grupper og at

⁴ Familievernets historie og utvikling beskrives nærmere i NOU 2019: 20 – En styrket familietjeneste

«helheten er mer enn summen av delene». Overført til familien betyr det at den ikke kan sees bare som en samling enkeltmennesker, men også som et mønster av relasjoner og kommunikasjonsprosesser – familiesystemet.

Familieverntjenesten er lett tilgjengelig for befolkningen, og søker å ivareta relasjoner i familier. Primært er tjenesten en forebyggende lavterskeltjeneste med høy relasjonsspesialisert kompetanse. En viktig del av familieverntjenestens egenart er at den tar utgangspunkt i den enkeltes families behov, fremfor individuelle dysfunksjoner, diagnoser eller henvisninger fra andre tjenester. Den ikke-diagnostiserende tilnærmingen og brukernes muligheter for direkte henvendelse er viktige kjennetegn ved tjenesten.

3.5 Leseveiledning

Rapporten er strukturert på følgende måte:

- Kapittel 4 beskriver evalueringens metodiske tilnærming
- Kapittel 5 beskriver hvordan FFT er implementert i familievernet
- Kapittel 6 redegjør for både de sentrale aktørenes og familienes vurderinger av og erfaringer med bruk av metoden i familievernet
- Kapittel 7 presenterer resultater knyttet til virkninger av FFT i familievernet
- Kapittel 8 presenterer våre vurderinger rundt FFTs plassering i familievernet
- Kapittel 9 består av våre anbefalinger

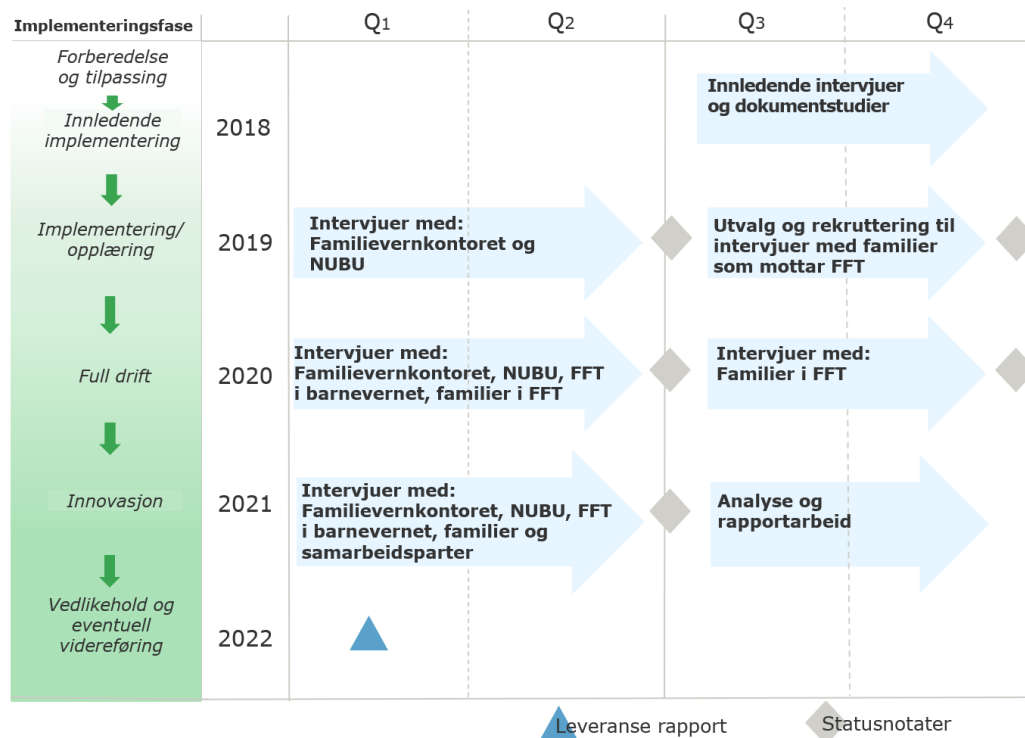
4. METODISK TILNÆRMING

Evalueringen baserer seg på et blandet og fleksibelt forskningsdesign som har vært tilpasset utviklingen i implementeringen. Det er gjennomført både en implementeringsevaluering ved hjelp av kvalitative datakilder, og en virkningsevaluering ved bruk av behandlingsdata. Det er gjennomført intervjuer med Bufdir, familievernkontoret, brukere, FFT-team i barnevernet og samarbeidsparter.

Evalueringen har gitt oppdragsgiver og interessenter målrettet og nyttig informasjon både underveis (formativ evaluering) og ved avslutning av forsøksperioden (summativ evaluering). De formative vurderingene er kommunisert halvårlig gjennom statusnotater. Statusnotatene er basert på halvårlige målinger i form av intervjuer med FFT-teamet, NUBU og familiene i FFT, supplert med dokumentanalyse og oppfølgende intervjuer ved behov. Den summative vurderingen oppsummerer funn fra hele forsøksperioden og utgjør selve rapporten.

Figur 4.1 gir en overordnet oversikt over datainnsamlingen som er gjennomført, med tidsangivelser og leveranser per år.

Figur 4.1: Oversikt over datainnsamling og leveranser



Som figur 4.1 illustrerer, er forskningsdesignet tilpasset formålet for de ulike fasene i implementeringen. I begynnelsen var målet å kartlegge og vurdere forberedelsene til implementeringen av FFT. Deretter beveget implementeringen seg fra en innledende fase og over i drift. Fokuset ble rettet mot familier og ungdom som har mottatt FFT, samtidig som evalueringen fulgte driften i familievernkontoret. Videre i innovasjons- og vedlikeholdsfasen har det vært fokus på å undersøke utvikling og fullverdig drift av tjenesten.

Konkret er det benyttet følgende datakilder i evalueringen:

- Innledende intervjuer med NUBU, Bufdir og familievernkontoret i Drammen
- Dokumentgjennomgang og -analyse
- Intervjuer med ledere, terapeuter og øvrig personell ved familievernkontoret i Drammen
- Intervjuer med NUBU
- Intervjuer med et utvalg familier og ungdommer som har mottatt FFT ved familievernkontoret i Drammen
- Intervjuer med andre FFT-team i Norge
- Intervjuer med samarbeidsparter som informerer om FFT til familiene
- Analyse av behandlingsdata fra NUBU for å måle utvikling og progresjon hos ungdommer i FFT-løp i familievernet sammenlignet med barnevernet

Det redegjøres for de ulike datakildene i de påfølgende avsnittene.

4.1 Innledende intervjuer med Bufdir, NUBU og familievernkontoret i Drammen

Innledningsvis i prosjektet ble det gjennomførte intervjuer med Bufdir, familievernkontoret i Drammen og NUBU. Formålet var å forstå roller og ansvarsforhold, rammer for selve implementeringen og implementeringsarbeidet. Intervjuene ble gjennomført ved bruk av en semistrukturert intervjuguide.

4.2 Gjennomgang av dokumenter og data

NUBU har det overordnede ansvaret for implementeringskrav, opplæring, kvalitetssikring og praktisk gjennomføring av utprøvingen av FFT i familievernet. Planlegging, implementeringsforberedelser og veivalg i oppstartsprosessen er blitt dokumentert underveis, og har vært et viktig datagrunnlag for evalueringen. I tillegg er det foretatt gjennomganger av relevant forskning på feltet, samt saksdokumenter og møtereferater fra møter mellom Bufdir, Bufetat Region Sør og NUBU. Rambøll deltok i møter mellom partene, som ga viktig innsikt i implementeringsarbeidet.

4.2.1 Analyse av behandlingsdata tilgjengeliggjort av NUBU

Det er gjennomført analyser av behandlingsdata av ungdom som har gjennomført FFT ved familievernkontoret i Drammen og FFT-team i barnevernet. Formålet med analysene var å beskrive likheter og forskjeller i karakteristikker ved ungdommen i barnevernet sammenlignet med familievernet, samt å undersøke ungdommens utbytte av FFT. Ut over dette er data som beskriver kapasitet og omfang av behandlingen analysert og lagt ved i vedlegg til rapporten.

Følgende data fra NUBU er analysert:

- Ulike karakteristikker av ungdommen, herunder kjønn, alder, bakgrunn og tidligere behandlingsforløp
- Data om kapasitet og omfang
- Andel ungdom som oppfyller nasjonale mål ved inntak og avslutning av behandlingen
- YLS-vurderinger ved inntak og avslutning av behandling

Dataene er fra perioden april 2018 til oktober 2021 og presenteres i kapittel 7 i tillegg til vedlegg.

Data fra SDQ (vurderinger av ungdommenes sterke og svake sider) er også relevant for å vurdere ungdommens utbytte av behandlingen. Denne dataen er imidlertid ikke analysert i denne evalueringen fordi den er noe mangelfull. Det foreligger kun SDQ-vurderinger for 2021, noe som kun gir et grunnlag for å sammenligne effekter i familievernet og barnevernet for dette ene året.

4.3 Kvalitative intervjuer med NUBU, familievernkontoret, FFT-team i barnevern, samarbeidsparter og familier

Det er gjennomført intervjuer med flere informantgrupper, ved flere anledninger i løpet av evalueringsperioden. Dette er for å fange opp utvikling over tid. Totalt er det gjennomført intervjuer med 61 informanter fra NUBU, familievernkontoret i Drammen, FFT-team i barnevernet, samarbeidsparter og familier som har mottatt FFT ved familievernkontoret i Drammen.

Intervjuene har vært viktige for å få innsikt i hvordan de ulike informantgruppene opplever implementeringen av FFT, men også hvordan de vurderer virkningen av FFT og fordeler og ulemper ved å ha FFT organisert i familievernet.

I det følgende gjør vi rede for gjennomføringen av intervjuer med de ulike informantgruppene. Intervjuene er gjennomført ved bruk av semistrukturerte intervjuguider fysisk eller digitalt.

4.3.1 Intervjuer med offentlige tjenester

Totalt er det gjennomført 5 intervjuer med *NUBU*. I oppstarten av prosjektet ble intervjuene brukt til å få innsikt i FFT-metodikken, samt planene for implementering og opplæring av terapeuter. Videre i implementeringsløpet ga intervjuene innsikt i status og utfordringer for implementeringen, suksesskriterier og viktige hensyn for en eventuell videreføring av metoden i familievernet. I tillegg til de formelle intervjuene, har det vært tett dialog mellom Rambøll og NUBU om utprøvingen.

Videre er det gjennomført 10 intervjuer med ulike informantgrupper ved *familievernkontoret i Drammen*. Enhetsleder, avdelingsleder, FFT-veileder og FFT-terapeuter er inkludert i utvalget. Intervjuene har gitt utgangspunkt for å vurdere implementeringsprosessen og status for implementeringen. Intervjuene har videre vært et viktig grunnlag for å vurdere barrierer og suksesskriterier for implementeringen. Intervjuene har gitt Rambøll utgangspunkt for å løfte frem refleksjoner rundt implementeringen ovenfor Bufdir, NUBU og familievernkontoret i Drammen underveis.

Det er gjennomført intervjuer med ledere eller veileder ved hvert av *FFT-teamene i barnevernet*. Formålet med intervjuene var å undersøke forskjeller i organisering, herunder hvordan henvisning og gjennomføringen av terapien fungerte i barnevernet sammenlignet med i familievernet. I tillegg vurderte informantene fordeler og ulemper ved en videreføring av FFT i familievernet.

Det er gjennomført intervjuer med totalt 5 *samarbeidsparter*. Med samarbeidsparter menes geografisk nærliggende tjenester som kommer i kontakt med familier som kan være i målgruppen for FFT ved familievernkontoret i Drammen. Utvalget er gjort i samarbeid med FFT-teamet.

4.3.2 Intervjuer med familier som har mottatt FFT ved familievernkontoret i Drammen

Totalt er det gjennomført 42 intervjuer med ungdom og foreldre som har mottatt FFT ved familievernkontoret i Drammen. Det er gjennomført intervjuer med totalt 29 ulike familieenheter. Siden ikke alle ungdommene takket ja til å la seg intervjuer ble det gjennomført flest intervjuer med foreldre. Fordelingen av informanter oppsummeres i tabell 4.1.

Tabell 4.1: Oversikt over gjennomførte intervjuer med familier som har mottatt FFT ved familievernkontoret i Drammen

Informantgruppe	Antall
Foreldre	27
Ungdom	15
Totalt	42

Det er foretatt et randomisert uttrekk av familieenheter til intervjuer. Variablene for uttrekket ble bestemt å være: terapeut, ungdommens alder, YLS-score, etnisitet (norsk/ikke-norsk familie). Familiene var enten ferdige med behandling eller et godt stykke ut i behandlingsløpet. Det ble videre besluttet å benytte YLS-score som primærvariabel for uttrekket. Utvalget ble sortert etter YLS-scorer (fra høy til lav) og videre delt inn i 5 strata (subgrupper). Subgruppene inneholdt henholdsvis 9 og 10 enheter. Deretter ble det gjennomført randomisert uttrekk av to enheter per subgruppe.

Rekrutteringen av familiene, og særlig ungdom, viste seg å være utfordrende. Mange av familiene som ble tilfeldig trukket ut, valgte å ikke delta. I tillegg var det en del ungdommer som trakk sitt samtykke til deltakelse før Rambøll kontaktet dem, eller som ikke dukket opp til avtalt intervju. Dette gjorde at vi måtte gå bort fra det randomiserte uttrekket til å gjennomføre et mer strategisk utvalg av informanter basert på familievernkontorets innsikt i hvilke familier og ungdom som de trodde ville delta.

Før Rambøll kunne kontakte familiene for å avtale intervju, måtte familiene samtykke til at kontaklinformasjonen deres ble delt med oss. Familiene ble derfor først kontaktet av familievernkontoret med forespørsel om de kunne tenke seg å delta i intervju, og om det var greit. Familievernkontoret innhentet muntlig samtykke til at kontaklinformasjonen deres ble delt med Rambøll gjennom et oversendt informasjonsskriv. Deretter ble familiene kontaktet av Rambøll for å innhente skriftlig samtykke til deltakelse, og avtale tidspunkt for gjennomføringen av intervjuet. Alle informantene har blitt presentert for bakgrunn og formålet med studiet, i henhold til NSD sitt krav til informert samtykke. For ungdom under 15 år har foreldre samtykket på ungdommens vegne.

I gjennomføring av intervjuer med ungdom har vi tatt særlige hensyn, siden de er i en sårbar situasjon. Flertallet av intervjuene er gjennomført med forsker til stede, eller av to konsulenter fra Rambøll med erfaring fra gjennomføring av intervjuer med sårbare grupper. Det har vært utarbeidet informasjonsmateriell som er enkel for ungdommen å forstå, slik at de vet hva de samtykker til å delta på og hvilke rettigheter de har. I informasjonsskrivet kom det frem hva informasjonen fra intervjuet skulle brukes til, hva den ikke skulle brukes til. Underveis i intervjuet forsikret intervjuere seg om at ungdommen var komfortabel med situasjonen og at det var greit å fortsette intervjuet. Dette er i tråd med de forskningsetiske retningslinjene (FEK, 2018). Metoden for uttrekk og rekruttering av familier ble meldt inn og godkjent av NSD.

4.4 Intervju kvalitet og metodiske utfordringer

Pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet anses gjerne som tre kvalitetskriterier i kvalitativ forskning (Creswell & Clark, 2018; Denzin & Lincoln, 2017; Tjora, 2017). *Pålitelighet* handler om hvorvidt det er en klar sammenheng mellom empiri, analyse og resultater i en undersøkelse, og at den ikke er styrt av personlige, politiske faktorer eller andre ting som det ikke er blitt gjort rede for. *Gyldighet* på sin side knyttes til spørsmålet om resultatene fra evalueringen i realiteten er svar på de spørsmålene undersøkelsen har forsøkt å besvare. Her er det relevant å diskutere styrken og begrensningene ved bruk av semistrukturerte intervjuer som metode. De

semistrukturerte intervjuene har vært svært nyttige for å få dybdekunnskap om hendelser, hendelsesforløp, meninger og vurderinger i forbindelse med utprøvingen. Samtidig har informantene vi har intervjuet, ofte hatt en sentral rolle i implementeringen av FFT. Vi har i analysen av dataene tatt høyde for at enkelte informanter bevisst eller ubevisst kan tendere til å fremstille utprøvingen i et særlig positivt lys, på grunn av deres eierskap til og ansvar for implementeringen. Ved å ha et bevisst forhold til dette i analysene av de kvalitative dataene og i intervjusituasjonen, og en transparens i formidlene av resultatene, mener vi å ha styrket evalueringens pålitelighet og gyldighet. De kvalitative dataene gir også uttrykk for en viss edruelighet med tanke på å fremstille effekter og resultater av FFT i familievernet, noe som styrker resultatenes gyldighet.

Generaliserbarhet handler om undersøkelsens gyldighet utover de tilfeller som har vært utforsket, herunder om dataene fra intervjuene kan representere for eksempel alle familier som har mottatt FFT. Formålet med kvalitativ forskning er sjeldent generalisering, og det er derfor intervjuene er supplert med kvantitativ data. Metodetriangleringen bidrar til å utforske problemstillingene fra flere perspektiver, og kan ha bidratt til å styrke generaliserbarheten i studien.

De kvalitative dataene indikerer en viss metning til tross for at vi har snakket med flere ulike informantgrupper, dvs. at nye intervjuer ikke frembrakte nye data. For eksempel opplevde vi at familiene etter hvert trakk frem de samme erfaringene og beskrivelsene av FFT. Blant alle informantgrupper finner vi den samme tendensen i deres vurderinger av fordeler og ulemper ved FFT i familievernet sammenlignet med barnevernet. Videre er det relativt god enighet mellom NUBU og FFT-teamet når de beskriver suksesskriterier og barrierer for implementeringen av FFT i familievernet. Når dette er sagt er det ikke sikkert at funnene kan generaliseres til å gjelde for en implementering i et annet familievernkontor, siden konteksten FFT implementeres i har stor betydning for hvor vellykket implementeringen er. Det vil igjen påvirke effekten av tiltaket. Evalueringen tar likevel sikte på å beskrive erfaringer ved implementeringen og foreta vurderinger som kan tenkes å være sentral ved en eventuell videre implementering i familievernet.

4.5 Teoretisk rammeverk for implementering

Selv om FFT er grundig evaluert og kan vise til gode resultater, vil implementering og resultater henge sammen. Dersom FFT ikke implementeres på en god måte, er det mindre sannsynlig at de forventede resultatene oppnås.

Det er særlig tre forhold som avgjør virkningen av å implementere FFT i familievernet. For det første er det de kontekstuelle forholdene, i denne sammenheng familievernkontoret i Drammen med dets kultur, ledelse, terapeuter og terapitradisjon. For det andre er det effektiv implementering – i denne sammenheng i regi av NUBU. For det tredje er det effektiv intervensjon, i dette tilfellet FFT. Det holder ikke at FFT i seg selv er en virksom metode. Den reelle påvirkningen på sosiale forhold, i dette tilfellet bedring av ungdommers og familiers fungering og reduksjon i ungdommers atferdsproblemer, avhenger av både intervensjonen, implementeringen og den konteksten FFT implementeres i.

Dean Fixsen og kollegaer (2013) har utviklet et rammeverk for å undersøke hvorvidt implementering gjennomføres i tråd med beste praksis. Han peker på tre drivere for god implementering som kan tenkes å påvirke virkningen av FFT i en gitt kontekst. Dette utgjør det teoretiske rammeverket for vurderingen av implementeringen av FFT i familievernet i Drammen. Rammeverket beskriver tre kategorier av drivere:

- *Kompetansedrivere*, f.eks.: rekruttering, opplæring og veiledning av terapeuter
- *Organisasjonsdrivere*, f.eks.: saksmengde, målgruppe og henvisningsrutiner

- *Ledelsesdrivere*, f.eks.: god organisasjonsforberedelse, forankring og implementeringsstøtte

Disse driverne er prosesser som understøtter implementeringen og sikrer fidelitet i gjennomføringen av tiltaket eller intervensjonen. God implementering handler ikke om hvorvidt et tiltak har den intenderte effekten eller ikke, men legger vekt på hvorvidt integriteten eller fideliteten i tiltaket bevares når det skal overføres fra evidensgrunnlag til praktisering. Det hjelper ikke om beste praksis er beskrevet og innført på papiret, hvis terapien som leveres til familiene ikke gjenspeiler denne. I teorien er implementeringen god når det er lite avvik mellom planlagt intervensjon og det som faktisk gjennomføres. Samtidig bør man i implementering av et tiltak også gjøre tilpasninger til lokale forhold. Disse to hensynene må balanseres. De tre driverne er også gjensidig avhengig av hverandre og skal understøtte hverandre. Hvis det kun er fokus på en eller to av driverne, er det fare for at implementeringen slår feil (VIVE, 2018).

5. IMPLEMENTERINGEN AV FFT I FAMILIEVERNET

Forsøket med implementering av FFT ved familievernkontoret i Drammen startet høsten 2017 og ble avsluttet høsten 2021. I dette kapitlet beskriver vi hvordan FFT ble implementert. Basert på intervjudata og dokumentstudier, beskrives implementeringen gjennom tre faser: 1) forberedelser og tilpasning (2017-2018), 2) innledende implementering (2018-2019), og 3) full drift (2019-2021).

5.1 2017-2018: Forberedelser og tilpassing

I mai 2017 besluttet Bufdir å igangsette utprøving av FFT i familievern tjenesten⁵. Frem til FFT-teamet i Drammen var operativt i april 2018, fulgte en periode med forberedelser og tilpasninger, nærmere beskrevet i dette delkapitlet.

5.1.1 Bakgrunn for innføring av FFT i familievernet

Med innføringen av FFT i familievernet ønsket Bufdir å styrke familievernets tilbud til arbeid med unge med voldsproblematikk og deres familier⁶. Bufdir var i forkant av utprøvsperioden i kontakt med Alternativ til Vold (ATV), for å innhente informasjon om hva som var formålstjenlig å tilby i familievernet. Bufdir var også i kontakt med NUBU, for å få ytterligere innspill til bruk av FFT som metode i familievern tjenesten. Bufdir konkluderte med at FFT er en relevant metode i familievernets arbeid med unge med volds- og aggresjonsproblemer og deres familier⁷. Bufdir mente at metodikken samsvarte med familievernets systemiske tilnærming til arbeid med familier, og at en implementering derfor ville ivareta tjenestens mandat, grunnkompetanse og tilnærming i stor grad.

5.1.1.1 Valg av familievernkontoret i Drammen til utprøvingen

Bufdir besluttet en forankring og organisering av utprøvingen i Bufetat region Sør, ved familievernkontoret Drammen-Kongsberg, avdeling Drammen⁸. Drammen-Kongsberg ble vurdert som hensiktsmessig som følge av deres kommende oppdrag og mandat som spisskompetansemiljø på foreldre- og familiestøtte. Videre hadde familievernkontoret i Drammen en god faglig og organisatorisk ramme for prosjektet. Daværende ledere for familievernkontoret var åpne for å standardisere et behandlingsforløp, og var positive til utprøving av metodikken.

Kontoret hadde en bygningsmessig og teknisk tilrettelegging som tilfredstilte krav i FFT⁹. Bufdir vurderte at kontorets beliggenhet, med geografisk nærhet til ATV, samt kompetanse og rolle som ressursmiljø på vold var relevante faktorer for vellykket utprøving. På et tidspunkt vurderte Bufdir en organisering hvor to eller tre FFT-terapeuter (inkludert veileder) skulle være lokalisert i Drammen, mens én FFT-terapeut skulle være lokalisert ved Tønsberg og/eller Kongsberg familievernkontor. Argumentet var at den geografiske spredningen av kontorene ville sikre større radius for rekruttering av familier. Konklusjonen ble imidlertid at alle FFT-terapeutene skulle lokaliseres i Drammen.

5.1.2 Forankring av samarbeidet mellom NUBU, Bufdir og familievernkontoret i Drammen

NUBU mente tre faktorer var viktige for å implementere FFT i familievernet på en god måte: 1) implementeringsrekkefølge, 2) forankring i ledelsen og 3) god struktur for opplæring og

⁵ Direktørmøtesak – utprøving av FFT i familievernet 24.05.2017

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

veiledning¹⁰. Det ble gjennomført en rekke organisatoriske grep for å sikre forankring og samarbeid mellom NUBU, Bufdir og familievernkontoret i Drammen i forkant av implementeringen, herunder opprettelse av en styringsgruppe, samarbeidsavtaler og databehandleravtaler.

NUBU, Bufetat region Sør og Bufdir inngikk i styringsgruppen. Styringsgruppen var en arena for å sikre forankring og fremdrift i prosjektet. Bufdir forteller at styringsgruppen har vært viktig for å holde oversikt over hvor man er i prosessen, og at det også har skapt en form for trygghet der man i fellesskap har kunnet diskutere implementeringsforholdene (f.eks. finansiering, tilpasning av lokaler og rekruttering av terapeuter). Bufdir fremhever at styringsgruppen hadde erfaring med andre implementeringer i familievernet/barnevernet, og at det derfor var åpenhet rundt kriterier og forhold som burde ligge til rette for en vellykket prosess.

I oppstarten av utprøvingen diskuterte partene behovet for en formalisert samarbeidsavtale, for å tydeliggjøre ansvar, rollefordeling og finansiering. I november 2017 utformet NUBU et forslag til en samarbeidsavtale mellom Bufetat region Sør og Drammen familievernkontor¹¹. Til tross for at samarbeidsavtalen ble diskutert på et tidlig tidspunkt, tok det noe tid før den kom på plass. Dette påvirket imidlertid ikke samarbeidet mellom partene, og Rambøll vurderer at det har vært et godt samarbeid i forberedelse- og tilpasningsfasen av prosjektet.

5.1.3 Etablering av FFT-team og teamets sammensetning

NUBU anbefalte i forkant av utprøvingen å ha fire terapeuter i FFT-teamet i tillegg til leder¹². Rekruttering av terapeuter og teamleder begynte som planlagt 4. kvartal 2017¹³. NUBU og familievernkontoret i Drammen samarbeidet om rekruttering av terapeuter, herunder stillingsannonsene. Det var mange kvalifiserte søkere til stillingene. I desember 2017 ble teamet etablert gjennom ansettelsen av én psykologspesialisert i rollen som teamleder, og tre psykologer til terapeutrollene. Innledningsvis ble det bestemt at teamleder skulle ha halv saksmengde samt personalansvar, men ikke det faglige ansvaret for teamet. Dette var i tråd med NUBUs anbefalinger.¹⁴

5.1.4 Strategi for rekruttering av familier

Den innledende rekrutteringen av familier ble gjennomført i siste kvartal 2017. Det ble besluttet å prioritere rekruttering i nærliggende områder i første omgang, for å redusere eventuelle reisebarrierer for familiene¹⁵. Som en del av rekrutteringsstrategien ble det gjennomført informasjonsarbeid i ulike kanaler og opp mot tilgrensede tjenesteområder. Bl.a. gjennomførte Bufetat region Sør en Facebook-kampanje, og informasjonsmateriell og filmer lå tilgjengelig på bufdir.no og på nettsiden til familievernkontoret i Drammen. Representanter fra familievernkontoret i Drammen gjennomførte informasjonsmøter på Hurum helsesenter, Nedre Eiker helsesenter og Senter for oppvekst Drammen¹⁶.

Våren 2018 hadde FFT-teamet rekruttert 10-12 familier. Familiene var i hovedsak rekruttert av terapeuter ved familievernkontoret i Drammen i forbindelse med meklings eller kliniske saker.

¹⁰ Møtereferat fra 30.08.2017

¹¹ Møter mellom region Sør, NUBU, og Bufdir 13.11.17 og 25.01.18

¹² Møte 30.08.2017

¹³ Møte mellom region Sør, NUBU og Bufdir 13.11.17

¹⁴ Møter mellom region Sør, NUBU, og Bufdir 13.11.17 og 25.01.18

¹⁵ Møte mellom region Sør, NUBU og Bufdir 13.11.17

¹⁶ Ibid.

5.1.5 Tilpasning og tilrettelegging av lokaler

Lokalene til familievernkontoret i Drammen måtte tilpasses slik at FFT-teamet hadde nødvendige rammer for arbeidet. NUBU bruker videoopptak og live-overføring av terapi som del av sin opplæring og teamets egenevaluering. Regionen gjorde nødvendige anskaffelser av videoutstyr, og sørget for at det ble opprettes teamrom, egne kontorer og tilgang til terapirom¹⁷. Teknisk utstyr og fysisk tilrettelegging av lokaler var klargjort til første terapitime¹⁸.

5.2 2018-2019: Innledende implementering

Etter tilretteleggingen for implementering høsten 2017 og våren 2018, var FFT-teamet klare for oppstart 1. april 2018. Det innledende implementeringsarbeidet skjedde parallelt med opplæring av terapeuter og teamleder.

5.2.1 Samarbeidet mellom NUBU, Bufdir og familievernkontoret i Drammen

Samarbeidet mellom NUBU og familievernkontoret fungerte godt det første året av implementeringen. Siden oppstart har NUBU vært ansvarlige for opplæring og veiledning av FFT-teamet, og familievernkontoret har vært ansvarlig for tilrettelegging av fasilitetene og personaloppfølging. Ledelsen ved familievernkontoret og NUBU opplever at Bufdir skapte gode rammer for implementeringen.

5.2.2 Lederansvar og forankring av metoden ved familievernkontoret i Drammen

I forkant av implementeringen var deler av familievernkontoret bekymret for at FFT-teamet skulle bli trukket mellom to poler, ettersom fagansvaret og opplæringen lå hos NUBU, mens personalansvaret lå i familieverntjenesten. Når FFT-teamet først ble operativt var teamet organisert under en avdelingsleder ved familievernkontoret i Drammen. Terapeuter i FFT-teamet forholdt seg i begynnelsen til to ledere: avdelingsleder ved familievernkontoret og teamleder for FFT. Rollefordelingen mellom de to lederne fremsto som noe uklar, med tanke på hvem som hadde personalansvar.

På bakgrunn av dette, besluttet ledergruppen ved familievernkontoret i Drammen å foreta en endring i fag- og personalansvar for FFT-teamet. I mars 2019 ble personalansvar og personaladministrasjon samlet under teamleder i FFT¹⁹. Teamlederrollen ble gjennom omorganiseringen en tydeligere lederstilling. NUBU mente at teamlederrollen etter omorganiseringen var mer i tråd med hvordan NUBU har pleid å organisere FFT-team i barnevernet.

Sentralt for implementeringen av FFT står integrasjon av metoden i hele organisasjonen. Ledelsen ved familievernkontoret i Drammen har vært opptatt av at kjernevirksomheten skulle kjenne til FFT-teamets arbeid. FFT-teamet har i den innledende implementeringen presentert FFT-metodikken på en intern fagdag. Ansatte i kjernevirksomheten var nysgjerrige og positive til FFT.

5.2.3 Opplæring i FFT-teamets første år

Det første året av FFT-teamets opplæringsløp ble gjennomført som planlagt. I tillegg har teamet hatt ukentlig veiledning av NUBU, noe som har gitt terapeutene mulighet til å diskutere saker og klinisk anvendelse i hver enkelt sak. Særlig nevner terapeutene klinikkopplæring (filming av terapitimer med liveoverføring) som svært lærerikt, fordi det muliggjorde personlige tilbakemeldinger rundt egen praksis i terapi.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Møte mellom region Sør, NUBU og Bufdir 21.03.18

¹⁹ Statusmøte om utprøving av FFT i familievernet 04.11.19

I tillegg til den mer strukturerte opplæringen i regi av NUBU, har teamet hatt interne møter, hvor de har tatt i bruk videoer av hverandres veiledninger som utgangspunkt for diskusjon og læring. Terapeutene opplever møtene som en viktig arena for faglig utvikling og erfaringsdeling. NUBU vurderer at teamet drøfter saker godt, og at de har fått på plass en god samarbeidskultur innad i teamet. Etter første år med opplæring opplevde terapeutene å ha god oversikt over grunnprinsippene i metoden, og opplevde at de støttet hverandre i kvalitetssikring av planer og faglige vurderinger. Samtidig fremhever terapeutene at de hadde behov for mer mengdetrening for å bli tryggere i metoden på dette tidspunktet.

5.2.4 Oppstart og tilpasning av terapeutenes saksmengde

I begynnelsen hadde FFT-teamet 10-11 saker som ble fordelt mellom terapeutene. Dette vurderes å være et passende antall saker for et nyopprettet team. Terapeutene har siden da gått fra å ha 2 til 3 saker hver til omtrent 5 saker hver. 8 saker anses som full saksmengde for terapeuter, mens teamleder skal ha omtrent halvparten. FFT-teamet i Drammen hadde totalt 27 nye saker i 2018. Ett år inn i implementeringen hadde familievernkontoret god innsøking av familier til FFT, samtidig som de ikke var oppe i full saksmengde.

Familievernkontoret i Drammen planla at FFT-teamet skulle benytte 80 prosent av arbeidstiden på FFT-saker og 20 prosent på ordinære familievern saker det første året av implementeringen. Det var fordi man forespeilet en utfordring med å rekruttere nok familier. Det gikk imidlertid raskere enn forventet å rekruttere familier, og de fleste i teamet har derfor jobbet 100 prosent med FFT-saker, til tross for at enkelte terapeuter i utgangspunktet ønsket å arbeide med saker fra kjernevirksomheten parallelt med FFT.

5.2.5 Status for rekruttering av familier i en tidlig fase

Flertallet av familiene ble i denne fasen rekruttert via familievernkontorets kjernevirksomhet. Teamleder ble kontaktet av klinikere i andre deler av virksomheten, som vurderte FFT som hensiktsmessig. I denne fasen ble også et lite antall familier henvist fra barnevernet, og noen hadde fått informasjon om FFT fra skolen. Ingen av familiene i løpet av det første året ble rekruttert via BUP.

5.3 2019-2021: Full drift

Opprinnelig sluttdato for utprøvingen av FFT i familievernet var april 2021. Bufdir besluttet imidlertid at utprøvingen skulle forlenges ut oktober 2021.²⁰ Bufdir begrunnet det med personalsituasjonen i teamet, som kan ha påvirket fremdrift og resultater av utprøvingen, samt nedstenging av familievern tjenesten i forbindelse med koronapandemien.

5.3.1 Ny organisering av FFT-teamet som følge av utskiftning i personell

Like før sommeren 2019 gikk teamleder ut i permisjon på ubestemt tid. FFT-teamet ble redusert i størrelse, og manglet en viktig funksjon. NUBU og enhetsleder ved familievernkontoret i Drammen etablerte en ny, midlertidig struktur for FFT-teamet. Enhetsleder overtok deler av rollen som teamleder, inkludert økonomi- og personalansvar. Det ble samtidig besluttet at én FFT-terapeut skulle ha ansvaret for inntak av nye familier, og fikk utvidet rolle som koordinator med fagansvar. Inntaksansvarlig har siden november 2019 fungert som veileder for teamet med støtte fra NUBU.

Turnover og sykefravær er ifølge NUBU en vanlig implementeringsutfordring, som krever tett oppfølging. Både enhetsleder for familievernkontoret i Drammen, FFT-teamet og NUBU understreker at en suksessfaktor for implementering av FFT er tydelige og avklarte roller. Det gjelder særlig lederrollen. NUBU anbefalte at teamleder skulle ha ansvar for veiledning, i tillegg til

²⁰ Direktørmøtesak 2017/54265-8, 12.11.2020

personal- og budsjettansvar. Dette ble imidlertid ikke tatt til følge. Enhetsleder for familievernkontoret har hatt økonomi- og personalansvar for teamet. Ifølge familievernkontoret i Drammen, fant man en god løsning på samarbeidet til tross for at det var utfordrende. Det ble f.eks. gjennomført ukentlige møter mellom FFT-team og enhetsleder.

5.3.2 Opplæring i andre og tredje år og teamets utvikling

FFT-teamet beskriver at opplæringen fra NUBU har vært god. Det handler om at opplæringsprosessen har vært strukturert, med en tydelig oppbygning og målsetting. Våren 2019 hadde teamet beveget seg over i fase to av opplæringsløpet. Da startet teamleder veiledning av teamet. Veileder fikk oppfølging fra NUBU gjennom konsultasjoner og videooppfølging. Veileder fortsatte som terapeut med redusert saksmengde. Teamet beskriver at overgangen til opplæringsfase to medførte et skjerpet metodefokus.

Siden oktober 2020 har FFT-teamet vært i fase tre av implementeringen²¹. Det innebærer at teamleder mottar konsultasjon fra NUBU en gang i måneden, og at terapeutene får ukentlig veiledning. NUBU erfarer at FFT-teamet er godt etablert og velfungerende, og har hatt mindre behov for faglig veiledning og bistand fra NUBU siden overgang til den regulære driftsfasen.

5.3.3 Status for rekruttering av familier

Siden høsten 2019 har FFT-teamet intensivert rekrutteringsarbeidet. Informasjonsarbeid har vært rettet mot DPS, BUP Drammen og Kongsberg, skoler i området og barnevern. Det har gitt resultater i form av henvendelser fra flere hold. Det er kommet flere saker fra barnevernet, og noen fra oppvekstteamet i kommunen eller via skolene. Enkelte familier har selv oppsøkt FFT. Det er likevel kjernevirksomheten i familievernkontoret som har rekruttert flest familier. Ved avslutningen av forsøket beskrives innsøkingen av familier som god. Det er mindre behov for informasjonsarbeid, og nærliggende tjenester virker å kjenne til tilbudet. FFT-teamet opplever også å få mange henvisninger utenfor egen region. Det medfører at teamet i større grad enn i tidligere må prioritere mellom familier.

Siden oktober 2020 har FFT-teamet jobbet mer systematisk med inntak, og teamleder gjør et mer omfattende og kontrollert inntaksarbeid enn tidligere. Inntakssamtaler benyttes for å informere familien om terapiformen og avklarer om de er i målgruppen. Inntaksprosessen minner om prosedyren som foretas i barnevernet. Forskjellen er at familievernet sjeldent har like god informasjon om familien på forhånd. Dersom familien faller utenfor målgruppen, blir de henvist videre til rett instans. Familievernkontoret har fremsatt forslag om at rutinen bør nedfelles skriftlig, gjennom for eksempel en liste over hva en inntakssamtale skal inneholde. Dette for å sikre lik praksis og behandling av familiene.

5.3.4 Status for gjennomføringen ved avslutning av prøveprosjektet

FFT-teamet i Drammen er per i dag fulltallig, med fire ansatte. De er i full drift, og teamet jobber utelukkende med FFT-saker. Teamet opplever eierskap til metodikken, og beskriver at viktige forutsetninger for implementeringen er samlokalisering av teamet og at de er en del av et nasjonalt fagmiljø, sammen med de øvrige FFT-teamene i Norge. NUBU løfter frem rammevilkår som må være innfridd på organisasjonsnivå for å implementere og opprettholde FFT. FFT-teamet har ifølge NUBU innfridd 33 av 35 krav²². Kravene FFT-teamet *ikke* innfrir per i dag er at FFT-teamet har eget budsjett, at veileder har budsjettansvar, og at veileder er leder for FFT-teamet med både faglig og personal-administrativ myndighet over terapeutene.

²¹ Direktørmøtesak 2017/54265-8, 12.11.2020

²² NUBU (2021). *Evalueringsrapport. FFT Drammen.*

6. VURDERINGER OG ERFARINGER MED FFT I FAMILIEVERNET

6.1 Aktørenes vurderinger og erfaringer med FFT i familievernet

Oppsummert er partene positive til FFT sin plassering i familievernet. Dette handler om at FFT i familievernet er et lavterskeltilbud, at organiseringen kan gi rask hjelp til familiene, at det er mindre stigma knyttet til familievernet, og at man dermed potensielt treffer andre familier enn barnevernet. På den andre siden er det registrert enkelte områder som må tas hensyn til ved en eventuell videreføring av metoden i familievernet. Dette handler blant annet om forutsetninger som ligger i metoden, økonomi og fagsystemer.

6.1.1 FFT som forebyggende tiltak i familievernet

De største fordelene med å videreføre metodikken i familievernet synes å være at det er et lavterskeltilbud, og at organiseringen kan gi raskere hjelp til familiene. Dette trekkes frem av samtlige av informantgruppene. Dette henger sammen med at veien fra henvendelse til oppstart er kortere enn i barnevernet, at familievernet er nærmere beslutningene og har mindre dokumentasjonskrav enn i barnevernet. Denne forenklingen bidrar til å gjøre tilbudet mer tilgjengelig, og kan således ha betydning for det forebyggende arbeidet.

Aktørene mener videre at tilbudet komplementerer familievernets øvrige tjenester, og kan gjøre det enklere å henvise barn og unge til familievernet. Henvisere opplever at det er stor etterspørsel etter slike tilnærminger, og at FFT er et godt tilskudd til det ordinære hjelpetilbudet i kommunen. NUBU uttrykker at det har vært lettere å rekruttere familier i Drammen, sammenlignet med til andre FFT-team i barnevernet. Det tyder på at det foreligger et behov for denne type hjelpetiltak i familievernet.

6.1.2 Familievernet kan treffe en annen målgruppe enn barnevernet

Siden familievernet har et lavere stigma knyttet til seg, mener informantene at familievernet treffer andre familier enn barnevernet. Dette begrunnes blant annet med at NUBU har opplevd at foreldre har takket nei til tilbudet om FFT når det tilbys i barnevernet, og at FFT-teamet opplever at de får henvendelser fra familier som ikke har vært i kontakt med andre hjelpetiltak tidligere, eller som ikke har vært fornøyd med tilbudet de har fått hos andre instanser. Dette kan tyde på at familievernet treffer en annen målgruppe enn de familiene som vanligvis ville fått et tilbud i barnevernet eller andre instanser. Videre pekes det på at FFT i familievernet er henvendelsesstyrt, noe som antagelig påvirker målgruppen som tar kontakt. At det er henvendelsesstyrt styrker motivasjonen hos familiene, noe som anses som et suksesskriterium for å lykkes med terapien.

FFT-teamet i Drammen har siden oppstarten opplevd at det kommer mange henvendelser fra kjernevirksomheten. NUBU tror at nærheten til familievernets øvrige tjenestetilbud som parterapi, kan gjøre det enklere å rekruttere familier og henvise foreldre videre til kjernevirksomheten i familievernet dersom de har behov for det.

6.1.3 Synspunkter på eventuell videreføring av FFT i familievernet

Bufdir, familievernkontoret og NUBU mener at man har lyktes med å finne en balanse mellom kravene i FFT-metodikken og justeringer ut fra forutsetningene i familievernet. Likevel fremhever aktørene noen punkter som må hensynta ved en fremtidig utrulling av metoden.

Lederansvaret i FFT er relativt fastsatt. Metodikken krever at budsjett- og personaladministrativt ansvar ligger hos veileder. Ledelsen ved familievernkontoret og NUBU er noe delt i sine

synspunkter på hvilken organisering som er best egnet. Mens NUBU holder fokus på at teamet jobber etter metodikken, må ledelsen ved familievernkontoret holde seg innenfor rammene av hva som lar seg gjøre hva gjelder oppgavefordeling innenfor de ulike stillingsbetegnelsene. Her er det kolliderende hensyn mellom metodikk og fag på den ene siden, og lokalt handlingsrom og hensyn til ansatte på den andre siden. Ved en fremtidig videre implementering av FFT ved familievernkontorene tydeliggjør partene at forankringen av betingelsene for implementeringen, herunder lederansvar må tydeliggjøres, og at det må være kontinuerlig dialog mellom Bufetat og administrativ ledelse for å sikre at man er omforente i de avgjørelsene som tas.

Tilgang på kompetanse vurderes av NUBU å være essensiell ved en videreføring. En fordel som NUBU bemerker seg i forbindelse med implementeringen av FFT i familievernet, er at det har vært enklere å rekruttere terapeuter, og at det har vært en lavere turnover i dette teamet enn i andre FFT-team. I forlengelsen av dette understreker NUBU at FFT-metodikken har krav om fleksibel drift. Dersom tilbudet skal videreføres i familievernet fremhever de at det er viktig å kompensere terapeutene for å utvise økt fleksibilitet. For eksempel kan det bli nødvendig for terapeutene i familievernet å arbeide mer på ettermiddags- og kveldstid. NUBU vektlegger at implementeringskonteksten kan være ulik fra region til region, og at andre familievernkontor kan ha mer fastsatte rammer for arbeidstid. Det gjør det nødvendig å finne kontekstspesifikke løsninger som kompenserer for økt fleksibilitet. I tillegg peker NUBU på at det kan bli nødvendig å se på muligheten for å rekruttere til halve stillinger dersom FFT skal implementeres i familievernet i distriktene, da det erfaringsmessig har vært vanskelig å rekruttere kandidater til tilsvarende stillinger i for eksempel MST-team.

Ledelsen ved familievernkontoret og NUBU belyser at *styringsparameterne* for familievernet ikke nødvendigvis er i tråd med FFT-metodikken. Dette handler om at familievernet blant annet blir målt på antall konsultasjoner, og at det i FFT er færre konsultasjoner enn familievernkontorene vanligvis har. Dette kan slå ut negativt på det enkelte kontors statistikk, og det må derfor tas høyde for ved en videreføring av metoden i familievernet. I FFT i Drammen har man valgt en løsning hvor konsultasjonene telles, men der FFT-teamets stillinger utgår fra beregningen. Således teller FFT-konsultasjoner positivt på statistikken.

Som ansatte i familievernet har FFT-terapeuter forholdt seg til FADO og CSS. FADO er familievernets saks- og journalsystem, der man kan hente ut statistikk over antall og type saker. FADO gir ikke en oversikt over hvilke begrunnelser tjenesten legger til grunn for å gi familiene ulike kliniske forløp, for eksempel parterapi, kurs, gruppetilbud og individuelle tilbud. I funksjonell familierterapi er det utviklet en «fidelity-modell», som refererer til i hvilken grad terapeuten anvender modellen etter hensikten (dvs. å legge inn notater fra terapitimene og dokumentasjonskvalitet, legge inn kontaktnotater og legge inn vurderinger i et dokumentasjonssystem som heter FFT-CSS).

Hva gjelder rapportering i *fagsystemene* CSS og FADO understreker familievernet at det har vært noe uklarhet rundt hvilke systemer som skal brukes, og hva man skal rapportere på i de ulike systemene. FFT-teamet i Drammen har ikke lenger ordinær CSS, men skriver fortsatt lignende rapporter i sikker sone som ikke blir journalført. Som følge av dette blir lite rapportert i FADO, og det foreligger generelt lite føringer for hva som skal rapporteres på i FADO. FFT-teamet mener derfor at det for eksempel burde foreligge noen krav til hva man skal skrive fra hver time i FFT og utarbeides en mal for en avslutning av forløp slik at man kan svare godt når barnevern eventuelt tar kontakt i ettertid for å hente inn opplysninger. Ved en eventuell implementering ved flere kontorer bør det tas stilling til hvordan dokumentasjon skal håndteres.

De *økonomiske rammene* for utprøvingen vurderes av NUBU og familievernet å være tilstrekkelig. Samtidig understrekes det at det må følge med økonomiske midler dersom metodikken skal

implementeres ved flere familievernkontorer. Familievernkontorene har ikke økonomien til å drifte FFT-teamene uten bevilgede midler til dette.

6.2 Oppsummert om aktørenes erfaringer med FFT i familievernet

De største fordelene med å videreføre metodikken i familievernet synes ifølge FFT-teamene, NUBU og henvisere å være at det er et lavterskeltilbud, samt at organiseringen kan gi raskere hjelp til familiene. Dette henger blant annet sammen med at veien fra henvendelse til oppstart er kortere sammenlignet med barnevernet, at familievernet er nærmere beslutningene og har færre dokumentasjonskrav enn barnevernet. At det beskrives som enklere for henvisere å ta kontakt med FFT-teamet når det ligger i familievernet sammenlignet med barnevernet bidrar til å gjøre tilbudet mer tilgjengelig, og kan således ha betydning for det forebyggende arbeidet og målgruppene som mottar FFT.

Aktørene mener videre at tilbudet komplementerer familievernets øvrige tilbud. Dette ved at mange av familiene er rekruttert gjennom kjernevirksomheten i familievernet, og at man har hatt lettere for å rekruttere familier i Drammen sammenlignet med øvrige FFT-team. Dette begrunnes blant annet med at aktørene har opplevd at foreldre har takket nei til tilbud om FFT når de har fått vite at det tilbys i barnevernet, og at FFT-teamet får henvendelser fra familier som ikke har vært i kontakt med andre hjelpetiltak tidligere. Funnene kan tyde på at det er behov for denne type tilbud i familievernet, og at FFT i familievernet kan komplementere det øvrige tjenestetilbudet.

6.3 Familiens vurderinger og erfaringer

Intervjuer med familier som har mottatt FFT i familievernet gir innsikt i foreldre og ungdoms vurderinger og erfaringer med terapien. Det er et sentralt bidrag inn i vurderingen om metoden bør videreføres i familievernet. Overordnet er familiene svært fornøyde med tilbudet de har mottatt i familievernet. Videre mener familiene at FFT er godt egnet som metode i familievernet. Noen av disse familiene ville ikke benyttet tilbudet dersom det kun ble tilbudt i barnevernet.

I det følgende gjøres det rede for funn fra familieintervjuene. Videre diskuterer vi hvilken betydning funnene har for en eventuell videreføring av FFT i familievernet.

6.3.1 Familiene søker FFT fordi de opplever utfordringer i familien

Felles for alle familiene som er blitt intervjuet er at de ønsker hjelp til å håndtere utfordringer i familien. Alvorlighetsgraden varierer, og er ofte knyttet til dynamikken og samspillet i familien. Informantene forteller at de har utfordringer med familierelasjoner/kommunikasjon, at ungdommen har rusmiddelutfordringer, psykiske helseutfordringer, eller skolerelaterte vansker med mange konflikter og bekymringsfullt fravær. Noen av ungdommene har hatt kontakt med politiet på grunn av atferdsvanskene. Foresatte og ungdommers beskrivelser av utfordringene i familiene samsvarer godt med målgruppen for FFT.

«Jeg hadde begynt å få problemer på skolen og med politiet.» (Ungdom)

«Ja, vi begynte fordi jenta mi har streva lenge og spesielt i forhold til skole. Jeg var veldig sliten, og vi hadde dårlig samspill i familien. Slet med å få henne på skolen.» (Forelder)

6.3.2 Flertallet fikk vite om FFT via familievernkontoret i Drammen

Flertallet av familiene oppgir at de fikk vite om FFT via terapeuten som de hadde ved familievernkontoret i Drammen. Noen få har søkt på nettet, mens noen flere har blitt anbefalt å ta kontakt av sine terapeuter i BUP og saksbehandlere i barneverntjenesten.

«Parterapeuten foreslo FFT. Vi tenkte at dette kunne være bra fordi at det kunne være hensiktsmessig å fokusere på hele familiedynamikken, da dette var årsaken til mye av familieproblemene.» (Forelder)

«Jeg søkte vel egentlig bare på nett om familierådgivning. Jeg synes det var veldig greit å finne informasjon om det, og da jeg ringte fikk jeg rask hjelp.» (Forelder)

Datamaterialet viser en økning i antallet av familier som kommer i kontakt med FFT via andre tjenester i kommunen eller på statlig nivå. Det har mest sannsynlig en sammenheng med at FFT er blitt mer kjent, slik som informant ved familievernkontoret i Drammen også selv påpeker.

6.3.3 Motivasjon for deltagelse er større hos foreldre enn hos ungdom

Før første terapitime ser motivasjonene for å delta i FFT ut til å være høyere hos foreldrene enn hos ungdommene. De aller fleste foreldre har høy motivasjon for å delta i FFT, mødre oftere enn fedre. Intervjuene viser også at det som oftest er mødre som tar initiativ til at familien skal be om hjelp fra FFT.

«Vi hadde god motivasjon til å være med, på bakgrunn av den hjelpen vi hadde fått fra familievernkontoret. Vi hadde troa på at dette kunne hjelpe oss. Datteren vår var vel ikke så innstilt på det, men hun var jo med.» (Forelder)

De få foreldrene som beskriver at de har lav motivasjon for å motta hjelp fra FFT forklarer dette med at de hadde andre tanker om hva som ville være hjelpsomt for familien, eller har dårlige erfaringer fra andre hjelpeinstanser og behandlingsforløp.

«Ikke så stor motivasjon, vi hadde andre tanker om hva som var hjelpsomt, men opplevde oss ikke hørt. Motivasjonen endret seg ikke, men vi følte det ikke var rom for å trekke seg eller si fra fordi terapeutene var så ivrige og hadde trua.» (Forelder)

Det er også tilfeller der motivasjonen for å delta i FFT er ulik mellom foreldrene, der særlig én av foreldrene har ønsket tilbudet (som oftest mødre), og ikke den andre.

Ungdom er på sin side generelt mindre motiverte for å delta i terapien enn sine foreldre. Flere beskriver at de først og fremst gjør det for foreldrenes skyld eller ville gi det en sjanse. Flere ungdommer forteller imidlertid at motivasjonen for deltakelse økte underveis. Dette indikerer at motivasjonsfasen i FFT tilbudet har fungert godt i familievernet, også der ungdom i utgangspunktet har hatt lavere motivasjon enn sine foreldre.

«I starten hadde jeg ingen motivasjon, men den endret seg da jeg ble kjent med terapeuten og hun hjalp meg til å se flere perspektiver. Hun var veldig snill og hjelpsom.» (Ungdom)

Ungdommene forteller at motivasjonen deres var lav innledningsvis fordi de ikke så problemet, og/eller fordi de ikke orket å ta tak i utfordringene. Endringen i motivasjonen er først og fremst et

resultat av at de opplevde terapeuten som hyggelig og imøtekommende, og fordi de så at terapien førte til en endring i familien og for egen del. Flere av informantene fortalte om at motivasjonen svingte i løpet av behandlingen, og noen forteller om at motivasjonen sviktet mot slutten av behandlingsforløpet. Dette igjen mot at de avsluttende fasene i FFT forløpet som handler om adferdsendring og generalisering kan være utfordrende for målgruppen, og kanskje særlig ungdommene.

6.3.4 Familiene er fornøyde med sin tildelte terapeut

Et tydelig flertall av foreldrene beskriver det første møtet med terapeuten som positivt. De begrunner dette ulikt, men fellesnevneren for de aller fleste er at de opplever en terapeut som er imøtekommende, lydhør og som forstår familiens utfordringer og behov.

«Jeg opplevde det som et godt møte, profesjonelt med en terapeut som var forskningsbasert og flink til å formidle tanker og flink til å få oss til å snakke om følelser, og til å balansere de forskjellige følelsene vi hadde.» (Forelder)

Enkelte ungdommer forteller at de gruet seg litt til det første møtet med terapeuten, og at de opplevde det som skummelt og privat å snakke om utfordringene i familien. Majoriteten av ungdommene forteller at de raskt ble trygge på terapeuten og opplevde seg både hørt og forstått.

«Hun jeg hadde var veldig hyggelig og veldig lett å prate med. var litt rart å åpne seg om sine problemer. Det var personlig å snakke med andre om det.» (Ungdom)

Både ungdom og foreldre beskriver terapeuten som en god ordstyrer, som fanget opp alle synspunkter og som forsto utfordringene som familien hadde. Flere beskriver terapeuten som tålmodig, støttende og upartisk. Terapeutens evne til å få ungdommene i tale, gode ferdigheter i relasjons-/alliansebyggingen til ungdommen samt tilgjengeligheten, trekkes frem som svært positivt hos majoriteten av informantene.

«Ja det som jeg opplevde som et suksesskriterium det var at terapeuten var ganske ung, tipper nærmere 22 enn 30, og det var nok veldig positivt i forhold til sønnen vår også. De fikk en god relasjon, terapeuten traff på måten å kommunisere på.» (Forelder)

Selv om både ungdom og foreldre er svært fornøyde med terapeuten, bør det nevnes at en liten andel foreldre stiller spørsmål om terapeutens unge alder og mangel på egen erfaring med å ha egne, utfordrende ungdommer. Ungdommene på sin side anser terapeutens alder som utelukkende positivt, for de mener at det var en hovedårsak til at de forsto ungdommen og de fikk etablert en god relasjon.

6.3.5 Familiene er svært tilfredse med terapien

Et klart flertall av familiene, foreldre så vel som ungdom, er svært tilfredse med FFT. Familiene trekker frem ulike årsaker til hvorfor de er fornøyde med terapien, men først og fremst handler det om at konfliktnivået i familien ble redusert og at de hadde nytte av å lære seg å kommunisere mer positivt og tydeligere. Effekten av terapien knytter de til måten terapien gjennomføres på og teknikkene som benyttes, i tillegg til at de opplevde seg sett og respektert, samt bruken av teknikker.

6.3.5.1 Det gis rom til den gode samtalen

Særlig trekker familiene som ble intervjuet frem at terapeuten fungerte godt som ordstyrer, slik at alle familiemedlemmene kom til orde slik at alle kunne fortelle uten avbrytelser, og

ordstyringen førte til at de kunne snakke om konflikttema uten at diskusjonen kom ut av kontroll, som ofte skjer hjemme hos familien. Enkelte trekker frem verdien av terapirommet i betydningen at det oppleves som nøytral grunn og dermed konfliktreduserende.

«Vi hadde jo ikke kommunisert ordentlig på fire år. Det forbedra mye. Årsaken til det var at vi hadde en megler. Når vi skulle snakke om ting og problemer, hvordan vi oppfattet ulike situasjoner, det var enklere å se det fra en objektiv side for min del og for moren min.» (Ungdom)

«Terapeuten var en god ordstyrer og fanget opp alles synspunkter. Alle opplevde seg sett. Nyttig å bringe voksen- og ungdomsverden sammen for å høre på hverandre. Terapeuten var tålmodig, støttende og fikk frem synspunktene til ungdommen.» (Forelder)

Flere av informantene trekker frem nytten av at terapeuten inkluderer alles perspektiver fordi det førte til økt innsikt blant familiemedlemmene om hverandre. Det kom bl.a. til nytte når de skulle drøfte løsninger på familiens utfordringer. Noen påpeker at det økte deres nysgjerrighet på hverandre, at de ble klokere på hverandre og at de så konfliktene i familien i et nytt lys.

6.3.5.2 Familiene lærer verktøy og teknikker de tar med seg hjem

I intervjuene forteller ungdom og foreldre at det har blitt bedre kommunikasjonsform i familien og en tydelig reduksjon av konflikter. Flere av informantene nevnte at de hadde nytte av kommunikasjonsreglene som de lærte. Flere av informantene forteller at de ikke husker alle teknikker som de fikk lære, men nær alle husker noen av dem, og omkring halvparten av informantene forteller at de bruker noen av disse kommunikasjonsreglene etter endt behandling. Blant teknikker og verktøy som nevnes er alt fra enkle små øvelser som å bruke blyant som mikrofon, konkrete setninger, rollespill og å vurdere egne følelser før man svarer (grønn, gul, rød), til mindre konkrete metoder slik som jeg-kommunikasjon, omsorgspråk, lete etter nyanser, åpne spørsmål, og å tenke seg om, aktiv lytting, og gjenta det som blir sagt før man selv snakker.

«Vi lærte litt sånn kommunikasjon, hvordan få til det bedre. Beskrive følelsene sine litt og beskrive hvordan man har det. Lage litt rutiner på hvordan man bør gjøre det når man kommer opp i vanskelige situasjoner, men også helt normale ting som kan bli komplisert. Det vi gjorde var at vi fant sånne kodeord, hvis den ene trengte en pause da kunne man komme med det ordet og få litt tid før man satt seg ned for å prate om det.» (Ungdom)

Familiene forteller at de fikk hjemmeoppgaver hvor de skulle øve på bruk av verktøyene/kommunikasjonsreglene. De fleste forteller at de gjorde oppgavene de ble bedt om. Motivasjonen lå i at de så dem som nyttige og erfarte at de hjalp dem til å redusere kommunikasjonsvanskene i familien.

«Ikke bevisst, men kan hende vi har snudd tankegangen litt. Lytte først og deretter se om det skal diskuteres. Det er kanskje litt mer det. (...) Har andre måter å høre på hverandre kanskje, men ja.. det brukes nok på en måte.» (Forelder)

Disse funnene viser verdien av FFT på lengre sikt, og som er et særlig resultat av generaliseringsfasen i tilbudet der familiene får i oppgave å øve på ferdigheter som er viktig for et godt familieklima og kommunikasjon.

6.3.6 Flertallet mener lengden på terapien er passe

Familiene vurderer varigheten på terapien nokså ulikt, og det er også relativt stor forskjell mellom hva ungdom og foreldre mener. Et klart flertallet av ungdommene mener at lengden på terapien er passe, et par mener det kunne vært kortere, og et par mener den gjerne kunne ha vart lengre. Blant foreldrene mener omtrent halvparten at lengden på terapien var passe, mens resterende kunne tenke seg at terapien varte lengre. Begrunnelsen hos noen av foreldrene er at de hadde flere utfordringer som de ville drøfte, noen påpeker at de ville forhindre tilbakefall, mens noen få syntes det var så godt å bli hørt og forstått, at de savner terapeutkontakten.

«I tillegg så er det noen av temaene man berører. Men noen av temaene for meg og for oss kunne man dykket enda dypere inn i. Det var nyttige timer og ting som vi lærte mye av. Kunne ønsket meg repetisjon av noen av timene. De viktigste timene kunne man hatt to ganger, da hadde de fått større effekt.» (Forelder)

En god del av informantene forteller at lengden på terapien synes å tilpasses familiens behov, og at behandlingen avsluttes når familien oppnår det ønskede resultatet. Gjennomgående forteller informantene om at terapeuten virket lydhør for familiens ønsker innenfor de rammene som gjelder for FFT.

«Det har vel egentlig vært veldig mye opp til oss, kunne sikkert ikke hatt det annenhver dag. Men opplever at det var litt opp til oss å bestemme hvor ofte.» (Forelder)

Overordnet tyder funnene på at fleksibiliteten som ligger i metoden med tanke på hvor terapien gjennomføres og til hvilket tidspunkt, både er svært effektiv for å få samlet familiene, og bidrar til å redusere barrierer for deltakelse. Familier forteller at det kunne vært vanskelig å få gjennomført terapien dersom ikke terapeuten hadde tilpasser seg familiens forpliktelser, slik som jobb, skole og fritidsaktiviteter. Et fåtall av foreldrene nevner utfordringer med å få med seg ungdommen til terapien, og at dette ikke endret seg i terapiforløpet. Årsakene til dette er knyttet til stigma og tabu som ungdommene opplever er knyttet til å motta profesjonell hjelp, samt at noen opplevde at det ble tatt hensyn slik at de ikke oversteg fraværsgrensen som gjelder i videregående skole.

6.3.7 Flertallet opplever endringer i familien etter gjennomført FFT

Flertallet av familiene sier at de opplever at familiesamspillet ble tydelig bedre etter at de har gjennomført FFT. Flertallet knytter dette direkte til terapien, mens et fåtall uttrykker at det kan være en kombinasjon av flere forhold som har bidratt til å forbedre familiedynamikken – slik som i eksemplet under:

«Heldigvis har det blitt bedre, men alt handler ikke om FFT. Det har skjedd flere ting i ungdommens situasjon. Men det er klart at samtalene også har bidratt til at vi har det annerledes.» (Forelder)

Blant forbedringene nevnes å lytte til hverandre (kommunikasjonsform) og forstå hverandres perspektiver (mentalisering). Det kan se ut til at det er en direkte sammenheng mellom forbedret kommunikasjon og et lavere konfliktnivå i familien. Dersom konflikten først oppstår forteller flere at familien er blitt flinkere til å løse dem. Foreldre opplever at i etterkant av FFT har ungdommen blitt mer medgjørlig, fornøyd og rolig. Ungdommene forteller at etter FFT opplever de at foreldrene forstår dem bedre, lytter bedre til deres meninger og bruker kommunikasjonsreglene som de lærte i behandlingen. Det er også enkelte av de foresatte som gir uttrykk for at de har fått bedre selvtillit og mestringsfølelse, som har vært viktig for en forbedret relasjon med ungdommen.

«Det beste er at det går lettere hjemme. Vi kan prate om ting. Har få store krangler. Det er lettende. Det var jo veldig sånn tungt å krangle hele tiden. Så; bedre stemning.» (Ungdom)

Til tross for at flertallet beskriver en positiv utvikling i familien, er det enkelte informanter som opplever at de ikke kom til bunns i årsakene bak konfliktene i familien ved hjelp av FFT. Informantene det gjelder, etterlyser et større fokus på de bakenforliggende årsakene til utfordringene i familien. Noen beskriver familiemedlemmer som kan fremstå med et vinnende vesen og er talefør, men som ikke har selvinnsikt ei heller forstå familiemedlemmene godt. De kan tilsløre de underliggende, problemskapende og problemoppretholdende mønstre. Både de kvantitative og de kvalitative dataene i denne studien viser at det store flertall hadde nytte av FFT.

6.3.8 Enkelte opplever behov for flere typer hjelpetiltak

Informanter som er misfornøyd med FFT, eller som beskriver manglende effekt av terapien, oppgir å ha behov for andre typer av eller flere former for hjelp parallelt. Fra informantene understrekes det at det er viktig at terapeuten fanger opp individuelle utfordringer som ikke nødvendigvis alene er knyttet til interaksjonen i familien, og å gi dem hjelp for dette.

«Det var nyttig for meg med tilbakemeldingene. Men vi kom ikke inn på de tingene som plaget han ordentlig. Kunne kanskje hatt en oppfølging av noen andre samtidig.» (Forelder)

«Kanskje hvis familievernet FFT kunne grave litt dypere og grave litt per person også - og kanskje henvise videre i tillegg - så kunne man behandlet flere problemer samtidig. Det kunne bidratt til helheten.» (Ungdom)

Det er litt ulikt hvor tilgjengelig ungdommene opplever terapeuten for samtaler på tomannshånd. Enkelte av ungdommene forteller at de gjerne skulle hatt flere slike samtaler. På en annen side, er det også ungdom som sier at de ikke visste om muligheten til å ha egne samtaler med terapeuten, mens andre forteller at de opplever terapeuten som tilgjengelig for individuelle samtaler.

«Kanskje noen ganger at man kunne fått snakket med terapeuten alene og ikke med foreldre til stede. Det var ikke noe problem å snakke, men da blir det litt mer mellom bare meg og terapeuten, men skal jo omhandle hele familien.» (Ungdom)

Ungdom som benyttet seg av muligheten til å samtale med terapeuten på tomannshånd forteller at dette var nyttig for dem. De fikk da anledning til å snakke om tema som de ikke ville dele med familien, eller dvele ved tema som berørte dem ekstra sterkt og som de andre i familien ikke hadde så stor interesse for å snakke om.

6.4 Nærmere om familienes vurderinger av FFTs plassering i familievernet

Samtlige informanter synes FFT er et godt tilskudd til metoderepertoaret i familievern tjenesten og at de kunne gi et «skreddersydd» tilbud til familier der ungdommene opplever å ha og å skape familieproblemer. De uttrykker et ønske om at terapiformen dekker så viktige behov, at den bør bli et varig tilbud i familievernet.

De aller fleste mener at terskelen for å ta kontakt og få bistand fra familievern tjenesten er lavere enn for barnevernet. Dette begrunnes med at de opplever mindre stigma knyttet til familievern tjenesten sammenlignet med barnevernstjenesten, og at familievern tjenesten er kjent

for å være et lavterskeltilbud som er frivillig for familiene å oppsøke. Noen av ungdommene kjente på skepsis til eller motstand mot å oppsøke profesjonell hjelp selv om den var i familievernet.

6.4.1 Familievernet kan senke terskelen for FFT

Enkelte informanter tror FFT gjennom barnevernet ville opplevdes som mindre frivillig, og sier at de ville vært så engstelige for å be om bistand derfra at de da ikke ville ha fått tilbud om eller takket ja til FFT. En god andel av informantene mener at deres oppfatning av barnevernet er gjengs for andre, slik at de mener at om FFT legges til barnevernet alene, så kan det ekskludere en del som har behov for hjelpen. Flere av informantene understreker at de ikke kjenner barnevernet og derfor har et utilstrekkelig grunnlag for vurdering, men at de tror FFT i familievern tjenesten og barneverntjenesten treffer ulike målgrupper der FFT i familievernet kan treffe familier med mindre alvorlige utfordringer. Det er bare et par informanter som forteller om positive erfaringer med eller særlig positiv innstilling til barnevernet.

«Det er to ulike grupper: Familievernkontoret oppsøker man selv, mens barnevernet er et system som man tvinges inn i. Det er et proaktivt familievern og et reaktivt barnevern. De (familier) ved Familievernet fungerte bedre.» (Forelder)

«Tror barnevernet høres mer skremmende ut. Hvert fall for de som er litt yngre. Det høres koseligere ut med familievern. Får kanskje samme hjelpen.» (Ungdom)

Enkelte av ungdommene forteller selv at de har et svakt grunnlag for å vurdere forskjellene på FFT i barnevernet og versus familievernet. Ungdom som derimot har vært i kontakt med barnevernet reflekterer rundt utfordringene ved knyttet til plassering av FFT-team i barnevernet. Majoriteten av ungdommene som har egen kontakt med barnevernet er tydelige på at de har dårlige erfaringer og er derfor mer positive til FFT i familievernet.

At familier selv kan ta kontakt med familievernet er informantene kjent med, men få av dem nevner at de selv også kan kontakte barnevernet for hjelp. Flere uttrykker seg synonymt med at det er bekymringsmeldinger som er kanalen inn til barneverntjenesten, og da i betydningen andres og ikke egen bekymring for barnas eller familiens situasjon. Selv om informantenes kunnskap ikke er riktig, så kan det gjenspeile befolkningen i betydningen at de vet at om de har familieproblemer kan de selv kontakte familievernkontoret og avtale møter. Slik vil FFT av flere grunner lettere bli et lavterskeltilbud hvis det er lagt til familievernet fremfor barnevernet. I tillegg viser de kvantitative dataene i denne studien på at pre-fungering er noe bedre hos ungdommene som mottar hjelp fra FFT via familievernet enn de som mottok bistanden via teamet i barnevernet. Samlet sett vil FFT lagt til familievernet benyttes som et lavterskeltiltak sammenlignet med barneverntjenesten. Flere av informantene var opptatt av å understreke at de tror at FFT passer for mange familier, og at utfordringene ikke nødvendigvis trenger å være så store for å be om hjelp og at tjenesten derfor må være lett tilgjengelig og ikke ut fra renommé skremme bort de som kan ha nytte av hjelpen.

En del foreldre og ungdom oppgir, som nevnt, at de ikke ville benyttet FFT-tilbudet dersom det lå til barnevernet. De begrunner dette med at de ikke vil være i kontakt med tjenesten fordi de er redde for hva det kan føre til. Barnevernets omdømme fremstår derfor å være relevant for flere av informantene i denne studien.

«Hadde det vært hos barnevernet hadde jeg ikke møtt opp. Jeg synes det har vært så mye styr med dem» (Ungdom)

Én annen foresatt uttrykker seg slik at hen ville «avskrevet hele greia» dersom tilbudet om FFT kom fra barnevernstjenesten.

6.4.2 FFT passer flere steder, også i barnevernet

Til tross for at majoriteten av informantene er svært positive til at FFT tilbys i familievernet, så påpeker flere av informantene, foreldre så vel som ungdom, at det kan være fornuftig å tilby FFT både i familievernet og i barnevernet.

*«Det er fornuftig at barnevernet også har denne type tiltak, men det er noe med lavterskelen. Noen som har veldig vanskeligheter med å forholde seg til barnevernet. Det er en barriere for mange familier og ta imot hjelp derfra.»
(Forelder)*

«Jeg liker ikke barnevernet så godt, i alle fall ikke de som vi har vært i kontakt med tidligere. Kanskje bør det være begge steder?» (Ungdom)

Én av ungdommene reflekterte rundt at barnevernet ofte er forbundet med tvang, og at terapiformen krever at alle familiemedlemmene er mottagelige for terapien for at den skal fungere. Hen stiller spørsmål ved hvorvidt FFT egner seg i barnevernssaker, men konkluderer i løpet av resonnementsrekken som hen drar i intervjuet med at tilbudet passer inn i barnevernet dersom familien enes om å gjennomføre den.

6.5 Oppsummert om familienes vurderinger og erfaringer med FFT i familievernet

Intervjuene med familiene viser at det er høyt sammenfall mellom hva de satte mest pris på ved FFT:

- Alle informantene, med unntak av én informant, opplevde å få god allianse med FFT-terapeutene, og alle opplevde å bli hørt og involvert i behandlingen.
- Flere av informantene har satt pris på at FFT-terapeutene var så tilgjengelige, i betydningen at de var lett å oppnå kontakt med når familiene opplevde behov for ekstra støtte utover oppsatte samtaletimer.
- Med noen få unntak, så forteller informantene om at de hadde betydelig nytte av FFT og at det var en tydelig reduksjon av vanskene som de ønsket å få hjelp til å løse. Flere forteller at denne effekten hadde holdt seg siden de avsluttet behandlingen, men noen få forteller om at de har blitt litt dårligere til å benytte seg av teknikkene og innsikten som de fikk via FFT, og at familiefungeringen med tiden etter terapien var litt svekket.
- Familiene husker flere av teknikkene. De bruker fortsatt noen av dem på intervjuetidspunktet, mens andre teknikker har de ikke brukt i det hele tatt, og noen er glemt.

Informantene er delt i synet på om FFT hadde passe varighet. De synes å fordele seg i tre grupper: (1) noen ville hatt flere timer, fordi de opplevde å være i en sårbar situasjon og endringene skjøre, (2) noen få tenker at FFT kunne vært av kortere varighet, mens (3) majoriteten synes det var passe lengde på og intensitet i FFT-tilbudet. Flere av informantene poengterer at om behandlingsløpet hadde vært lengre, ville de trolig ha mistet noe av motivasjonen. Andre forteller at det var så tidkrevende å gå i behandling at det ikke har kunnet vært særlig lengre enn det gjorde.

Oppsummert trekker nær alle informantene frem den gode kontakten med FFT-terapeuten, at alle ble hørt og involvert og høy grad av tilgjengelighet, som det viktigste ved FFT. Det rimer godt

med forskning, der teknikker, øvelser og spørsmålsformer synes å gi liten effekt sammenlignet med god kontakt med terapeuten (sterk terapeutisk allianse) (Wampold & Imel, 2015).

Det er et betydelig sammenfall mellom ungdommene og deres foresatte i oppfatninger av FFT-tilbud gitt ved familievernkontoret. Gjennomgående uttrykker de sterk tilfredshet med både FFT og at dette tilbudet ligger til familievernet. Familievernet oppleves som mindre skremmende og stigmatiserende enn barneverntjenesten. Flere av informantene påpeker at de ikke ville ha benyttet seg av FFT om de måtte via barneverntjenesten for å få tilbudet.

På spørsmål om det er riktig at FFT også tilbys av barneverntjenesten så deler informantene seg i tre grupper: (1) Majoriteten tenker at mange personer har negative assosiasjoner knyttet til barneverntjenesten, for eksempel med tvangsbruk. De tror derfor at en del vil takke nei til tilbudet om FFT lå under barneverntjenesten. (2) Litt under en tredjedel av informantene mener at det er viktig at familier som mottar hjelp fra barneverntjenesten også får tilbud om FFT fra dem. Denne gruppen informanter tar ikke høyde for at barneverntjenesten kan henvise familier til FFT selv om tiltaket ikke organisatorisk er plassert hos dem, mens andre tenker at det er mer praktisk hvis det ligger til barneverntjenesten for familier som allerede er i kontakt med den tjenesten, mens andre påpeker at kanskje er det forskjeller på familier som får bistand fra FFT enten de på forhånd er knyttet til familievernet eller barneverntjenesten. (3) En liten andel av informantene har ingen tydelige oppfatninger av om FFT også bør tilbys av barneverntjenesten, men fremholder viktigheten av at FFT i alle fall tilbys i familievernet i tillegg til barnevernet.

Majoriteten av informantene visste ikke om FFT, så det var kun én av informantene som fant informasjon om FFT på nettet. Et par av informantene var opptatte av å formidle at helsesykepleiere bør vite om dette tilbudet, fordi de møter mange som kan ha nytte av det, men som ikke vet om tilbudet.

De fleste informantene uttaler seg om FFT sin plassering i barneverntjenesten på et generelt grunnlag, og representerer mest sannsynlig oppfatninger av barnevernet som gjenspeiler befolkningens oppfatning av tjenesten. Noen få av informantene hadde selv mottatt tjenester fra barnevernet. Felles for dem var at de ikke var tilfredse med hjelpen som ble gitt (i likhet med mistilfredshet med hjelpen som de hadde fått fra kommunens psykolog, BUP, PPT og andre tjenester).

6.6 Overordnet analyse av de kvalitative intervjuene

De kvalitative familieintervjuene har gitt et godt bilde av hvordan brukerne opplevde FFT. Utvalget var rimelig representativt ut fra de valgte utvalgsriteriene. Det var et stort sammenfall i hva familieinformantene fortalte. Det ble derfor tidlig oppnådd datametning i betydningen at de påfølgende intervjuene ikke ga særlig ny informasjon (Aurini et al., 2021). Det ble likevel valgt å fortsette med intervjuene for å sikre at brukernes stemme ble rikelig representert.

Nær alle informantene fikk tilbud/vite om FFT via sine parterapeuter ved familievernkontoret i Drammen. Det var i hovedsak mødre som tok kontakt med FFT. Noen få familier ble anbefalt FFT av saksbehandler i barneverntjenesten, ytterligere noen få av de andre informantene ble anbefalt å ta kontakt med FFT av ansatte i BUP, PPT eller andre lignende virksomheter. En informant fant informasjon om FFT på Internett. Flere av informantene vil absolutt anbefale andre med utfordringer som dem selv å kontakte FFT. De synes at metoden er for lite kjent, og de anbefaler den godt utbygd siden de mener at mange kan ha behov for og nytte av den. Noen av informantene var opptatt av at helsesykepleiere bør kjenne til tilbudet, fordi de når så mange av målgruppen for metoden.

Ungdommene hadde problemer som faller klart inn under inklusjonskriteriene for FFT: Det var et høyt konfliktnivå i familien der foreldrene mente at ungdommen hadde utfordrende atferd, og både foreldrene og ungdommene var enige om at det var kommunikasjonsproblemer i familien, ungdommene hadde videre bekymringsfullt skolefravær, var hyppig i konflikt med personer på skolen, flere av dem opplevde å ha psykiske helseutfordringer, og noen hadde bekymringsfullt rusmiddelbruk.

Det er variasjoner i svarene fra informantene om hvordan de opplevde det innledende møtet med FFT. Mange opplevde at de ble sett og hørt, men en del familiemedlemmer møtte med betydelig skepsis eller motstand. Med unntak av noen ytterst få, så opplevde de fleste å bli møtt slik som de forventet eller de ble positivt overrasket over hvor godt terapeutene rommet dem og var upartiske slik at alle ble hørt og sett og involvert i prosesser fra å utmeisle målene for kontakten til og med evalueringer av den. Flere av foreldrene forteller om at de unge terapeutene kom meget godt over ens med ungdommene, og det samme bekrefter ungdommene selv i intervju-samtalene. Noen foreldre ble skeptiske til terapeutenes alder og at de ikke hadde erfaring med egne utfordrende ungdommer. Ganske fort i samtaleløpet forteller både de voksne og ungdommene at de fikk en sterk allianse med terapeutene fordi de var så forekomne, var lett å nå, var upartiske, lot alle familiemedlemmene slippe til i samtalene, og fant en god tone med ungdommene.

Forskning viser at omkring 60 prosent har nytte av ulike former for psykoterapi, og at omkring 30 prosent har liten effekt av samtalene, mens omkring 10 prosent rapporterer om forverring (Wampold & Imel, 2015). Terapeutisk allianse bidrar sterkere til forandring enn den spesifikke metoden som brukes (Wampold & Imel, 2015). Terapeutene høster derfor frukter av å prioritere allianseetablering i FFT, som vises ved at informantene i all hovedsak gir dem anerkjennelse for dette. Det er noen ytterst få som ikke opplevde å få den kontakten med FFT-terapeuten som de forventet. Sistnevnte kan handle om at «kjemien» mellom familiemedlemmer og terapeuten ikke stemte. På den andre siden viser forskning at en del personer med betydelige psykososiale utfordringer har utrygg tilknytning, og at sistnevnte øker risikoen for å utvikle utilfredsstillende/lite dype relasjoner til andre, terapeuter inkludert (se Kvello, 2019 for en oversikt). I de siste årene er begrepene epistemisk tillit og epistemisk mistillit løftet frem. Forenklet kan man si at epistemisk tillit handler om en kommunikasjonstillit knyttet til trygg tilknytning og nyansert mentalisering, mens epistemisk mistillit er kommunikasjonsmistillit og bunner i utrygg tilknytning og mentaliseringsvansker (se Kvello, 2021 for en oversikt).

Informantene ble ikke eksplisitt spurt om hvordan effekten av FFT har holdt seg, da vurdering av virkninger og effekter av FFT i denne studien tar utgangspunkt i analyser av behandlingsdata som presenteres i neste kapittel. De som berører temaet forteller at bedringene har holdt seg, men at de innimellom blir «sløve» og da går de i retning av situasjonen slik den var før FFT-behandlingen. Samtlige som berører temaet forteller at når de «skjerper seg» og benytter seg av det som de har lært, så opplever de at situasjonen blir bedre og ligner på den som de hadde ved behandlingsslutt.

Noen av informantene – spesielt mødre, var svært motiverte for FFT. Noen fedre og ungdommer kjente på lite motivasjon, men lot seg overtale eller presses til å bli med. Motivasjonen for hjelpen var slett ikke rettlinjert, for flere av dem fortalte om motivasjonssvingninger. Forskning viser at det gjerne er svingende motivasjon i et behandlingsforløp (Wampold & Imel, 2015).

Informantene uttalte seg sprikende om lengde av og møtehyppigheten i FFT. Variasjonen var så betydelig at det ikke blir riktig å trekke ut en hovedkonklusjon, selv om det er noe antallsovervekt av de som syntes lengden var passende.

Psykoedukasjon (undervisning) inngår i FFT, og familier lærer teknikker og kommunikasjonsregler. Vi spurte informantene både om hvilke teknikker de huset, nytten av dem og om de fortsatt benytter seg av dem. Ingen av informantene husket alle anbefalingene/teknikkene, men nær alle husket flere av dem. Fedrene husket færrest, dernest ungdommene, og med mødrene (de som var sterkest motivert for behandlingen) som de som kunne fortelle om flest teknikker/kommunikasjonskunnskap. Nær samtlige informanter benyttet fortsatt noen av disse teknikkene/kommunikasjonskunnskapen, men fortalte at en del var blitt glemt i ettertid. Flere fortalte om at de hadde erfart at de innimellom måtte ta seg på tak/skjerpe seg, og benytte de teknikker som de hadde lært og erfart fungerte. Spesielt Lambert (1979; 1992) har funnet at bruk av spørsmålsformer og teknikker har liten betydning for utfallet av psykoterapier. Han estimerte betydningen til å ligge i størrelsesområdet 15 prosent av det totale utfallet. Informantene i denne studien forteller imidlertid om å ha hatt nytte av det som de lærte om kommunikasjon.

Disse kvalitative funnene indikerer altså at FFT i familievernet fører til positive utfall, resultater og virkninger for familiene som har fått tilbudet. Dette gjelder både endring underveis i gjennomføringen av forløpet og at familiene er bedre rustet til å håndtere utfordringer som kan oppstå i etterkant.

7. VIRKNINGENE AV FFT I FAMILIEVERNET

I dette kapitlet går vi gjennom data for å se om organiseringen av FFT i familievernet har påvirket rekrutteringen til tiltaket, når det gjelder om det har kommet til andre typer familier enn organisering på andre måter. Videre går vi gjennom data som beskriver utbytte av tiltaket hos mottakerne. Data som presenteres her gjelder perioden 1.04.2018 til 31.10.2021.

7.1 Er det forskjeller i målgruppene i familievernet og i barnevernet?

I det følgende presenterer vi kjennetegn på målgruppene i henholdsvis familievernet og i barnevernet. Dataen er hentet fra registrene om barn og ungdom som har mottatt behandling i de ulike FFT-teamene.

Overordnet forteller gjennomgangen av statistikken at barn og ungdom som er behandlet i familievernet har noe mindre kompleksitet i sine utfordringer og risikobilde, når vi sammenligner med barn og ungdom som har blitt behandlet av team i barnevernet. De er derimot relativt like når det gjelder andre demografiske variabler som kjønn, alder og innvandringsbakgrunn.

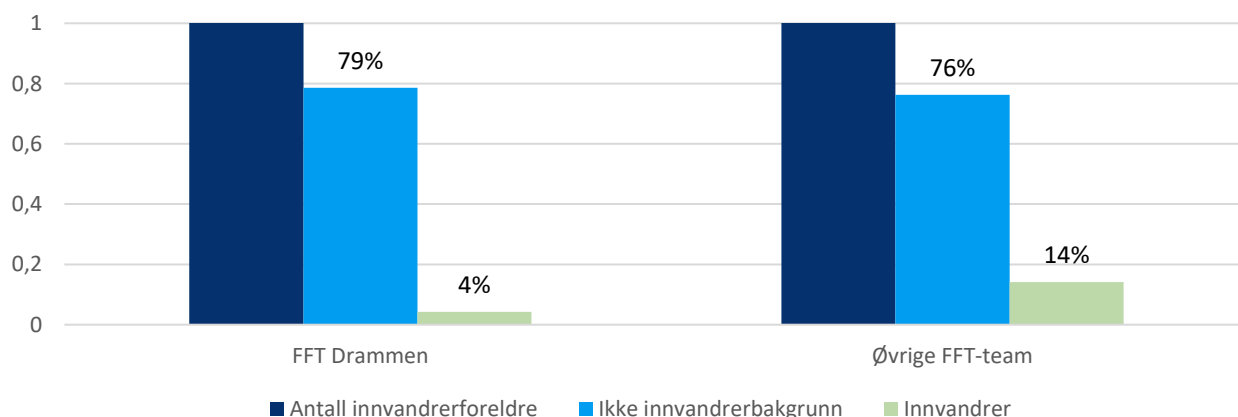
7.1.1 Forskjeller og likheter i demografi

Vi finner den samme kjønnsfordelingen blant ungdom behandlet i familievern (FFT Drammen) og barnevern (øvrige FFT-team). Fordelingen er 49 prosent jenter og 51 prosent gutter i FFT Drammen. Ser vi de øvrige teamene under ett, finner vi samme fordeling av kjønn, skjønt er det noen forskjeller mellom de ulike teamene i om det har flest gutter eller jenter til behandling. Eksempelvis er 67 prosent av de som er behandlet i FFT-teamet i Sogn og Fjordane er gutter, mens 61 prosent av de som mottok behandling av FFT-teamet i Trøndelag er jenter.

Det er noe ulik aldersfordeling blant ungdommen behandlet i familievernet og i barnevernet. I familievernet er gjennomsnittsalderen noe høyere enn for de øvrige FFT-teamene, med henholdsvis 14,9 år og 14,7 år i gjennomsnitt. De øvrige FFT-teamene har behandlet barn ned i 6 års alderen, mens FFT Drammen har behandlet barn ned i 9-årsalderen.

Ser vi på fordelingen av ungdom med og uten innvandrerbakgrunn, er det noen små forskjeller mellom ungdommene i familievernet og barnevernet (se figur 7.1). I begge finner vi flest ungdommer uten innvandringsbakgrunn, skjønt denne andelen er noe høyere i familievernet enn i barnevernet. Blant de med innvandringsbakgrunn, har FFT Drammen en høyere andel andregenerasjons innvandrere, mens de øvrige teamene har høyere andel førstegenerasjons innvandrere.

Figur 7.1 Andel ungdom med innvandrerbakgrunn (2018-2021)



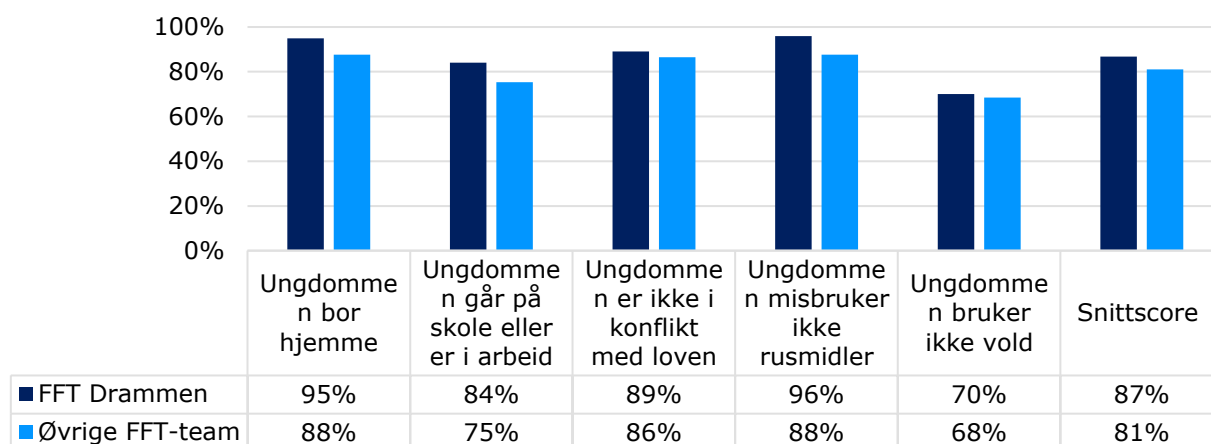
7.1.2 Forskjeller og likheter i risikobilde og behov

Av de nye sakene som har kommet inn til FFT-teamet i Drammen i perioden 01.04.2018 - 31.10.2021, var 44 prosent av ungdommen tidligere behandlet i psykisk helsevern. For de øvrige FFT-teamene i barnevernet var andelen av de nye sakene i perioden 66 prosent. I gjennomsnitt var 3 prosent av de behandlede i FFT-teamet i Drammen i fosterhjem, mens tilsvarende andel for de øvrige teamene er 8 prosent.

Nasjonale adferdsmål

I FFT registreres det dikotome svar (ja/nei) på fem kategorier for de nasjonale atferdsmålene for behandlingen. Formålet er å gi et grovkornet mål på sentrale problemområder ved inntaket. Registreringen skjer på bakgrunn av henvisningsinformasjon og kartlegging før inntak, eller i første del av behandlingen. Dataene gir en indikasjon på problembelastning i målgruppen, dvs. jo lavere prosentsats, jo høyere problembelastning. Figur 7.2 presenterer andelen av barn og unge som oppfyller de nasjonale målene ved inntak i henholdsvis FFT Drammen og øvrige FFT-team.

Figur 7.2 Nasjonale mål ved inntak, FFT Drammen vs. gjennomsnitt for øvrige team (2018-2021)



Note: N=575

Som vi kan lese av Figur 7.2, er andelen barn og unge som oppfyller de nasjonale målene ved inntak høyere i FFT Drammen enn for de øvrige FFT-teamene. Det gjelder for alle de fem målene, *bor hjemme, går på skole eller er i arbeid, ikke i konflikt med loven, misbruker ikke rusmidler og bruker ikke vold*. Dette forteller oss at ungdommen tatt inn til behandling med FFT i Drammen, har noe mindre problembelastning enn i de øvrige teamene.

Sammenligner vi ungdom behandlet i FFT-teamet Drammen med hvert av de øvrige teamene, finner vi noen variasjoner i oppfyllelse av nasjonale mål ved inntak, jf. tabell 7.1. FFT-teamet Drammen har høyere andel ungdom som bor hjemme enn ungdommene i FFT-teamet Stavanger og Sør-Trøndelag, men mindre andel ungdom som bor hjemme enn ungdommene behandlet av FFT-teamene i Bærum og Sogn og Fjordane, jf. tabell 7.1. Tilsvarende oppfyller en høyere andel av ungdommene behandlet av FFT-teamet i Drammen det nasjonale målet *går på skole eller i arbeid* enn ungdommene behandlet av FFT-teamene i Bærum, Stavanger og Sør-Trøndelag, men lavere enn Sogn og Fjordane. Når det gjelder målet *ikke i konflikt med loven* er det små forskjeller mellom de ulike teamene, med unntak av Sør-Trøndelag som har noe lavere grad av andel ungdommer som oppfyller dette målet ved inntak. Vi ser også at det er en høyere andel ungdom i Bærum og Sør-Trøndelag som ikke oppfyller målet om *misbruker ikke rusmidler*, enn hva vi ser i de øvrige teamene. Når det gjelder det nasjonale målet *bruker ikke vold*, er det noe større variasjon mellom de ulike teamene ved inntak. Andelen ungdommer som oppfyller dette

målet ved inntak er høyest ved FFT-teamet i Sogn og Fjordane (82 prosent) og lavest ved FFT teamet i Stavanger (60 prosent). 70 prosent av ungdommene ved FFT-teamet i Drammen oppfyller dette målet ved inntak.

Tabell 7.1 Nasjonale mål ved inntak fordelt på de ulike FFT-teamene (2018-2021)

	Drammen	Bærum	Sogn og Fjordane	Stavanger	Trøndelag Sør
Ungdommen bor hjemme	95 %	97 %	98 %	72 %	83 %
Ungdommen går på skole eller er i arbeid	84 %	69 %	89 %	78 %	69 %
Ungdommen er ikke i konflikt med loven	89 %	91 %	88 %	89 %	79 %
Ungdommen misbruker ikke rusmidler	96 %	87 %	93 %	94 %	79 %
Ungdommen bruker ikke vold	70 %	74 %	82 %	60 %	59 %
<i>N</i>	152	115	92	93	119

Oppsummert tegner det seg et bilde på at ungdommen behandlet av FFT-teamet i Drammen har noe lavere problembelastning ved inntak enn når vi sammenligner med de øvrige FFT-teamene. Dette ut ifra andelen som oppfyller de nasjonale målene ved inntak sett under ett. Men FFT-teamet i Drammen har også en høyere andel ungdom som bruker vold og som er i konflikt med loven, sammenlignet med flere av de andre FFT-teamene.

YLS – Youth Level of Service

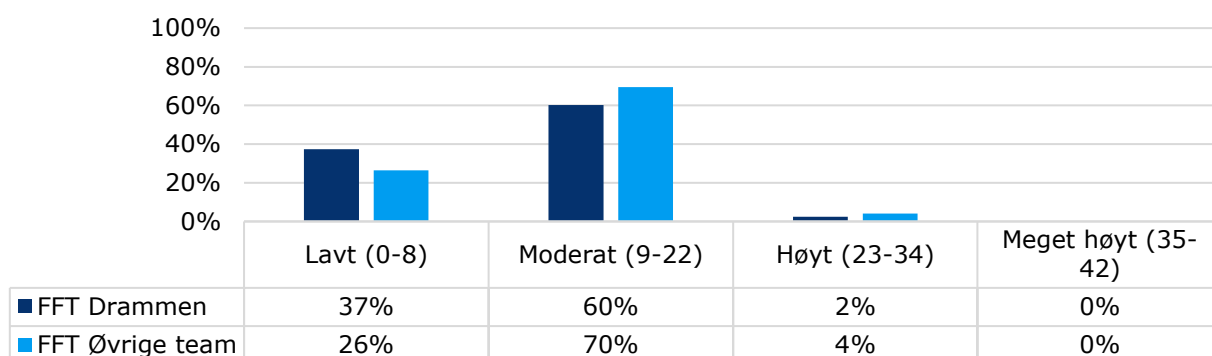
I tillegg til registrering av de nasjonale målene, brukes også YLS (Youth Level of Service)²³ som instrument i FFT for vurdering av risiko og behov for ungdommer med atferdsproblemer i alderen 12-18 år. YLS er ment som et støtteverktøy i bl.a. beslutninger om behandlingsbehov og tiltak. YLS-skåren varierer mellom 0 og 42 og baserer seg på åtte sub-skalaer. Jo høyere skår, jo høyere risiko har ungdommen.

Figur 7.3 viser fordelingen av totalskårene inndelt i fire nivåer fra lavt (0-8) til meget høyt (35-42), for henholdsvis familievernet og barnevernet.

Gjennomsnittlig risikonivå ved inntak for ungdommene behandlet i FFT-teamet i Drammen er 10, mens for ungdommen behandlet i de øvrige teamene er gjennomsnittlig risikonivå 12. Som vi kan lese av Figur 7.3 har de øvrige FFT-teamene i barnevernet noe høyere andel ungdommer i moderat og høyt risikonivå, sammenlignet med FFT-teamet i Drammen. FFT-teamet i familievernet i Drammen har noe høyere andel ungdommer med lavt risikonivå, sammenlignet med de øvrige FFT-teamene. Dette forklarer forskjellen i gjennomsnittlig risikonivå og indikerer at ungdommene som er behandlet av FFT-teamet i Drammen har noe lavere risikonivå enn ungdom behandlet av øvrige team.

²³ YLS (Youth Level of Service) er et instrument for vurdering av risiko og behov for ungdommer med atferdsproblem i alderen 12-18 år, og er ment som et støtteverktøy i bl.a. beslutninger om behandlingsbehov og tiltak. YLS måler totalt 42 ledd, som fordeler seg på åtte subskalaer: I. Tidligere eller nåværende lovbrudd; II. Familieforhold og oppdragelse; III. Utdanning/arbeid; IV. Vennerelasjoner; V. Rusmisbruk; VI. Fritid/rekreasjon; VII. Personlighet/atferd; VIII. Holdninger knyttet til antisosial aktivitet. Skåre på YLS registreres som en del av kartleggingen i FFT, MST og TFCO.

Figur 7.3 Fordeling av total-skåre YLS (2018-2021)



Note: N=474

Studerer vi de ulike variablene som inngår i YLS-skåren får vi et mer nyansert bilde av risikobildene ungdommen ved FFT-teamet i familievernkontoret i Drammen sammenlignet med øvrige team, jf. tabell 7.2.

På dimensjonen *tidligere og nåværende lovbrudd*, ser vi ikke store forskjeller mellom pre-skår blant ungdom i FFT-teamet i Drammen sammenlignet med de øvrige teamene. Men for de øvrige dimensjonene er det noen forskjeller hos ungdommene behandlet i FFT-teamet i Drammen sammenlignet med de øvrige teamene. Vi kan lese av tabell 7.2 at en høyere andel ungdommer behandlet i FFT-teamet Drammen har blitt plassert i *lavt* risikonivå enn ungdommene behandlet i øvrige team. De øvrige teamene har høyere andel ungdommer plassert i *moderat* og *høyt* risikonivå enn ungdommen i FFT-teamet i Drammen.

Når det gjelder dimensjonen *Familieforhold/oppdragelse* er en høyere andel av ungdommene behandlet av FFT-teamet i Drammen plassert i *lavt* eller *moderat* risikonivå enn gjennomsnittet for de øvrige teamene. De øvrige teamene har også noe høyere andel ungdom plassert i *høyt* risikonivå enn ungdommen behandlet i FFT-teamet i Drammen. Skårene er altså gjennomgående mildere for ungdommen behandlet av FFT-teamet i Drammen enn de øvrige teamene på denne dimensjonen.

på dimensjonen *Utdanning/arbeid* er det en betydelig større forekomst av moderat grad av utfordringer knyttet til utdanning/arbeid for ungdommene knyttet til de øvrige FFT-teamene enn de som får FFT-tilbud ved familievernet i Drammen.

Tabell 7.2 Antall og andel ungdommer plassert i lav, moderat og høy risikoskåre i de åtte variablene som inngår i YLS-skåren ved start av behandling (2018-2021)

	START BEHANDLING			
	Drammen		Øvrige team	
1. Tidligere og nåværende lovbrudd/plasseringer				
Lavt (0)	117	95 %	329	95 %
Moderat (1-2)	4	3 %	19	5 %
Høyt (3-5)	2	2 %	0	0 %
2. Familieforhold/opdragelse				
Lavt (0-2)	51	41 %	88	25 %
Moderat (3-4)	57	46 %	213	61 %
Høyt (5-6)	15	12 %	47	14 %
3. Utdanning/Arbeid				
Lavt (0)	31	25 %	59	17 %
Moderat (1-3)	72	59 %	214	61 %
Høyt (4-7)	20	16 %	75	22 %
4. Vennerelasjoner				
Lavt (0-1)	99	80 %	250	72 %
Moderat (2-3)	21	17 %	89	26 %
Høyt (4)	3	2 %	9	3 %
5. Misbruk av rusmidler				
Lavt (0)	116	94 %	290	83 %
Moderat (1-2)	5	4 %	48	14 %
Høyt (3-5)	2	2 %	10	3 %
6. Fritid/Rekreasjon				
Lavt (0)	50	41 %	84	24 %
Moderat (1)	29	24 %	88	25 %
Høyt (2-3)	44	36 %	176	51 %
7. Personlighet/Atferd				
Lavt (0)	13	11 %	33	9 %
Moderat (1-4)	79	64 %	256	74 %
Høyt (5-7)	31	25 %	59	17 %
8. Holdninger/Orientering				
Lavt (0)	62	50 %	135	39 %
Moderat (1-3)	61	50 %	204	59 %
Høyt (4-5)	0	0 %	9	3 %
N	123		348	

Skårene viser at ungdom knyttet til øvrige FFT-team har større *vennenskapsvansker* enn ungdom knyttet til familievernet i Drammen. Det ser vi ved at en høyere andel av ungdommen ved FFT-teamet i Drammen plasseres i lavt risikonivå og en mindre andel på moderat risikonivå på dimensjonen *vennerelasjoner*, sammenlignet med øvrige team.

Det er også høyere andel ungdommer med større utfordringer relatert til rusbruk i de øvrige teamene i snitt, enn blant ungdommene behandlet av FFT-teamet i Drammen.

Ut fra dimensjonen fritid/rekreasjon kan vi se at både flere ungdommer ved FFT-teamet i Drammen skårer lavt risikonivå enn ungdom ved de øvrige teamene og færre skårer moderat og høyt risikonivå enn de øvrige teamene.

Vurderingsdimensjonen *personlighet/atferd* er den eneste variabelen hvor andelen av ungdommene behandlet av FFT-teamet i Drammen er høyere for de som skårer høyt på risikonivå enn det vi ser for ungdommene behandlet i de øvrige teamene. Skåringen av denne variabelen skiller seg sånn sett ut fra de øvrige variablene.

Det er en høyere andel ungdommer blant de som er behandlet av FFT-teamet i Drammen som plasseres i lavt risikonivå på variabelen *holdninger/orientering*, sammenlignet med ungdom behandlet av øvrige team. Ingen av ungdommene behandlet av FFT-teamet i Drammen skårer høyt risikonivå på denne variabelen, mens 2,6 prosent av ungdom behandlet i øvrige team har blitt vurdert å ha høyt risikonivå.

7.1.3 Oppsummerende om pre-skårene

Samlet sett så har ungdommene som er tatt inn til behandling med FFT ved familievernkontoret i Drammen noe mindre problembelastning enn i de øvrige FFT-teamene. Gjennomsnittlig risikonivå ved inntak for ungdommene behandlet i FFT-teamet i Drammen er 10, mens for ungdommen behandlet i de øvrige teamene er gjennomsnittlig risikonivå 12. De øvrige FFT-teamene i barnevernet har noe høyere andel av ungdommer innen moderat og høyt risikonivå, sammenlignet med FFT-teamet i Drammen. FFT-teamet i Drammen har noe høyere andel ungdommer med lavt risikonivå, sammenlignet med de øvrige FFT-teamene. Dette forklarer forskjellen i gjennomsnittlig risikonivå og indikerer at ungdommene som er behandlet av FFT-teamet i Drammen har noe lavere risikonivå enn ungdom behandlet av øvrige team.

Ut fra pre-skårene så har ungdommene ved familievernet i Drammen tydelig lavere alvorlighetsgrad på fire av de åtte variablene som inngår i YLS, sammenlignet med ungdommene ved de øvrige FFT-teamene.

Det er forholdsvis lik bakgrunn mellom deltakerne i familievernet i drammen og øvrige team når det gjelder variabelen *lovbrudd/plasseringer*. Derimot er det gjennomgående større *familiebelastninger* i de øvrige FFT-teamene enn for familiene som mottar FFT ved Drammen. Likeså er det betydelig flere ungdommer i de øvrige FFT-teamene som har betydelige vansker knyttet til *utdanning/arbeid* enn de som er knyttet til familievernet i Drammen. På dimensjonen *Vennskap* synes det å være forholdsvis lik skår mellom ungdommene ved familievernet og de øvrige FFT-teamene. Når gjelder *rusmidler* så skåres ungdommene i de øvrige FFT-teamene oftere som moderat alvorlighet enn de som er knyttet til familievernet i Drammen. I forhold til *Fritid/rekreasjon* så er det betydelig mindre belastninger hos de ved familievernet sammenlignet med de øvrige. Når det gjelder dimensjonen *personlighet/atferd* er det forholdsvis lik skår mellom alle FFT-teamene, med unntak av at det er flere ungdommer som skårer moderat alvorlighet ved de øvrige FFT-teamene enn ved familievernet. Derimot er det flere ungdommer som skårer høyt på denne dimensjonen ved familievernet sammenlignet med de øvrige teamene. Når det gjelder *Holdninger/orientering* så er det gjennomgående mindre bekymring knyttet til ungdommene ved familievernet enn de som er tilknyttet de øvrige FFT-teamene.

Ved familievernet i Drammen er det likefult et markant stort antall ungdommer som har moderat alvorlighetsgrad på pre-skårene på halvparten av dimensjonene som inngår i YLS. Det omfatter: *holdninger/orientering*, *utdanning/arbeid*, *familieforhold/oppdragelse* samt *personlighet/atferd*.

7.2 Er der forskjeller i hvilke endringer vi ser etter terapibehandlingen i familievernet kontra barnevernet?

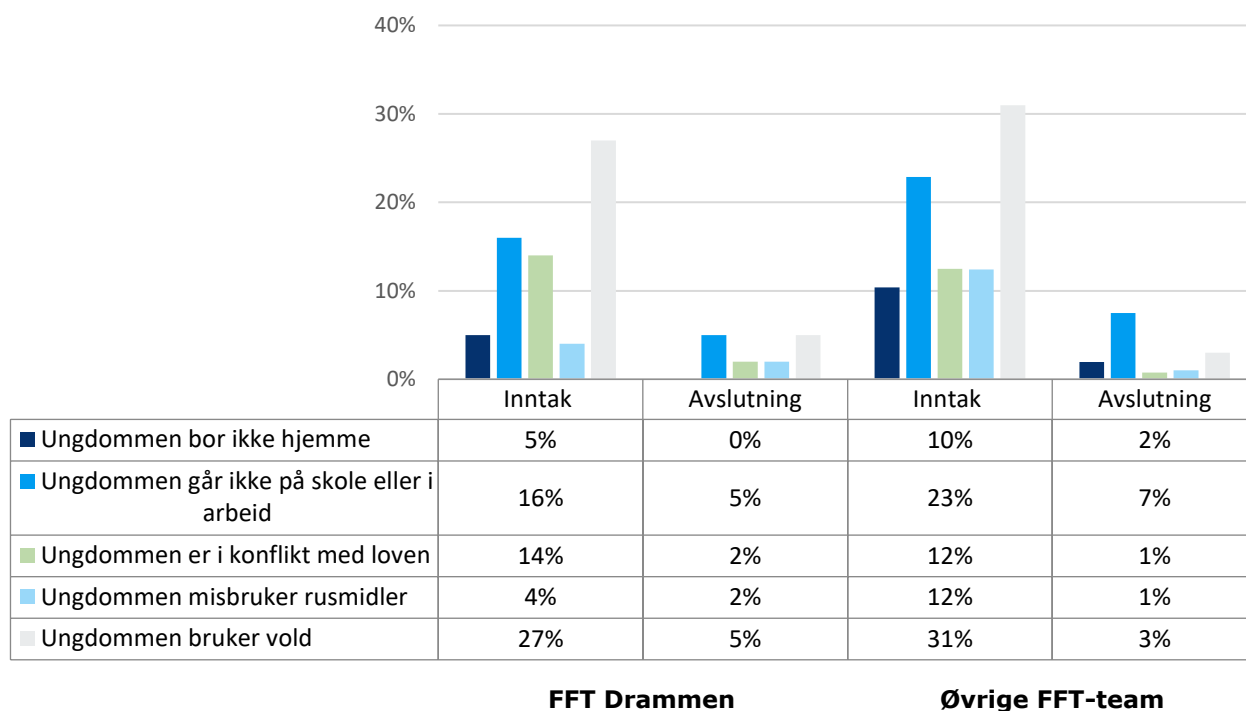
I det følgende presenterer vi data som viser hvilke endringer behandlingen har ført til i form av å studere YLS-skåre før og etter behandling, samt å studere endringer i andeler som oppfyller de nasjonale målene før og etter behandling. Vi analyserer data fra perioden 01.04.2018 - 31.10.2021 samlet.

7.2.1 Endringer i nasjonale atferdsmål

Som beskrevet ovenfor er det knyttet fem nasjonale mål til FFT, og som registreres og følges opp av FFT-teamene. Ved å studere endring av andel ungdommer som oppfyller de nasjonale målene, kan vi se virkninger av behandlingene.

Figur 7.4 viser endringer i de fem målene fra inntak til FFT-behandling til avsluttet behandling. Vi har for denne presentasjonen snudd variabelen, slik at andelen representerer de som ikke oppfyller kravene. Dette for å gjøre det lettere å lese endringene av figuren.

Figur 7.4 Andel ungdommer som ikke oppfyller de fem nasjonale målene før og etter behandling (2018-2021)



Note: N=445

Av Figur 7.4 kan vi lese at andelen ungdommer som ikke oppfyller de nasjonale målene for FFT er redusert ved avsluttet behandling. Dette gjelder både ungdommer behandlet av FFT-team i Drammen og av øvrige team. Vi kan også lese av figuren at det er en tendens til sterkere reduksjon i andelen ungdommer som ikke oppfyller de nasjonale målene blant de behandlede i øvrige team, enn for de som har blitt behandlet av teamet i familievernet. Men forskjellene er små og ulike for de ulike målene.

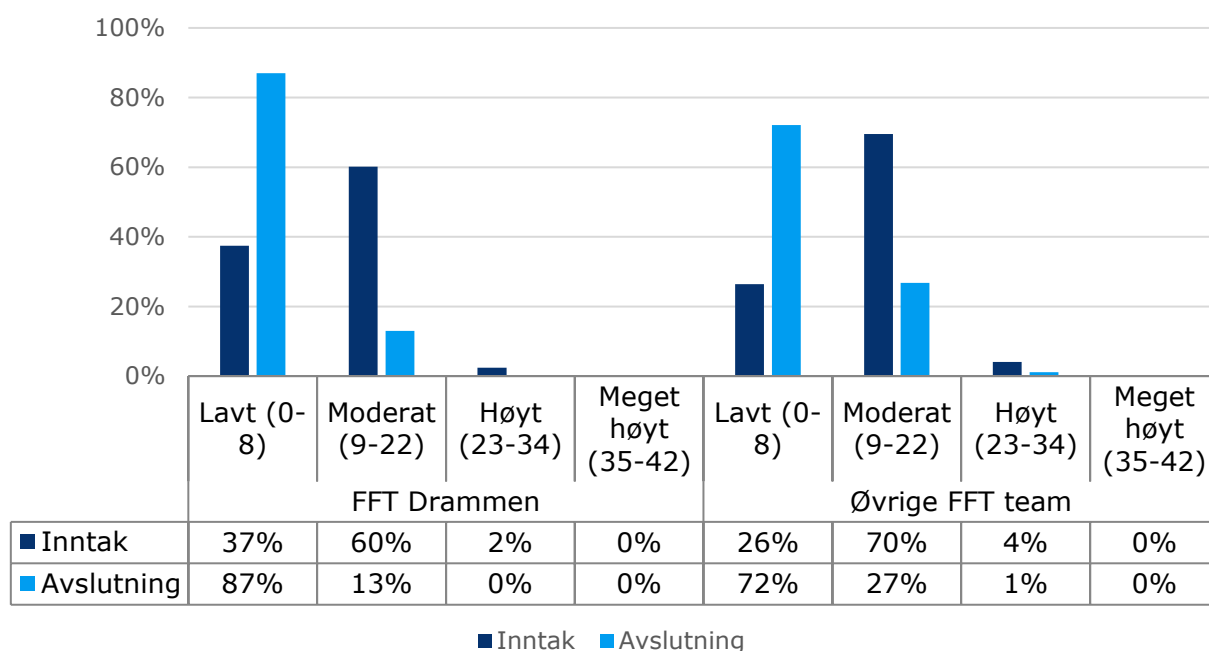
7.2.2 Endringer i YLS-skåre

Ut fra YLS før og etter behandling, ser vi at risikograden er redusert i betydelig grad for ungdommene som hadde tilbud ved samtlige FFT-team. Gjennomsnittlig risikonivå for

ungdommen i familievernet er redusert fra 10 til 4, mens for de øvrige er gjennomsnittlig risikonivået redusert fra 12 til 6. Det tilsvarer en snittreduksjon på 6 skalaenheter både for ungdommer behandlet av FFT-team i familievernet og i barnevernet.

Jf. Figur 7.5, ser vi at andelen ungdommer som har moderat risikonivå er redusert for alle teamene, og vi ser at andelen ungdommer med lavt risikonivå har økt ved avslutning av behandlingen. Det betyr at ungdommen med moderat risikonivå har flyttet seg til lavt risikonivå i løpet av behandlingen.

Figur 7.5 Fordeling av totale YLS-skåre ved inntak og avslutning av behandlingen (2018-2021)



Note: N=474

Tabell 7.3 viser endringer i andel ungdommer som er plassert i henholdsvis lavt, moderat og høyt risikonivå fra før og etter behandling. I tabellen skiller vi mellom andelen for de som er behandlet i FFT-teamet i Drammen og de som er behandlet i øvrige team.

Tabell 7.3 Andel lavt, moderat og høyt risikonivå på de åtte dimensjonene i YLS ved start og avslutning av behandling (2018-2021)

	START BEHANDLING		AVSLUTNING BEHANDLING		ENDRING START - AVSLUTNING	
	Drammen	Øvrige team	Drammen	Øvrige team	Drammen	Øvrige team
1. Tidligere og nåværende lovbrudd/plasseringer						
Lavt (0)	95 %	95 %	99 %	97 %	4 %	2 %
Moderat (1-2)	3 %	5 %	1 %	3 %	-2 %	-2 %
Høyt (3-5)	2 %	0 %	0 %	0 %	-2 %	0 %
2. Familieforhold/oppdragelse						
Lavt (0-2)	41 %	25 %	92 %	84 %	50 %	58 %
Moderat (3-4)	46 %	61 %	7 %	13 %	-40 %	-48 %
Høyt (5-6)	12 %	14 %	2 %	3 %	-11 %	-10 %
3. Utdanning/Arbeid						
Lavt (0)	25 %	17 %	53 %	36 %	28 %	19 %
Moderat (1-3)	59 %	61 %	46 %	59 %	-13 %	-2 %
Høyt (4-7)	16 %	22 %	2 %	5 %	-15 %	-16 %
4. Vennerelasjoner						
Lavt (0-1)	80 %	72 %	94 %	88 %	14 %	16 %
Moderat (2-3)	17 %	26 %	6 %	11 %	-11 %	-15 %
Høyt (4)	2 %	3 %	0 %	1 %	-2 %	-1 %
5. Misbruk av rusmidler						
Lavt (0)	94 %	83 %	96 %	92 %	2 %	9 %
Moderat (1-2)	4 %	14 %	4 %	7 %	0 %	-7 %
Høyt (3-5)	2 %	3 %	0 %	1 %	-2 %	-2 %
6. Fritid/Rekreasjon						
Lavt (0)	41 %	24 %	49 %	43 %	8 %	19 %
Moderat (1)	24 %	25 %	34 %	32 %	11 %	7 %
Høyt (2-3)	36 %	51 %	17 %	25 %	-19 %	-26 %
7. Personlighet/Atferd						
Lavt (0)	11 %	9 %	33 %	21 %	23 %	11 %
Moderat (1-4)	64 %	74 %	63 %	77 %	-1 %	3 %
Høyt (5-7)	25 %	17 %	3 %	3 %	-22 %	-14 %
8. Holdninger/Orientering						
Lavt (0)	50 %	39 %	79 %	62 %	28 %	23 %
Moderat (1-3)	50 %	59 %	20 %	38 %	-29 %	-21 %
Høyt (4-5)	0 %	3 %	1 %	0 %	1 %	-2 %
<i>N</i>	123	348	123	348		

For dimensjonen *lovbrudd/plasseringer* synes resultatene å være tilnærmet lik mellom de ulike FFT-teamene, og endringene i risikovurdering er forholdsvis lik mellom ungdom behandlet i familievernet i Drammen og de øvrige FFT-teamene.

Variabelen *familieforhold/oppdragelse* er variabelen vi ser størst endring på. Her har halvparten av ungdommene ved FFT-teamet i Drammen flyttet seg til lavt risikonivå fra inntak til avsluttet behandling. Det samme gjelder 58 prosent av ungdommene i øvrige team. Det var i utgangspunktet en høyere andel ungdommer ved de øvrige teamene som skåret moderat risikonivå ved inntak enn i FFT-teamet i Drammen. Tilsvarende var det flere med lavt risikonivå

ved inntak i Drammen enn de øvrige teamene. Om det er forskjeller i effekten av behandling i familievernet vs. andre team på denne dimensjonen, er vanskelig å slå fast.

For dimensjonen *utdanning/arbeid* har vi sett at ungdommene ved de øvrige teamene har større belastning enn ungdommene ved FFT-teamet i Drammen. Alle team har ved behandlingsslutt bidratt til at en betraktelig høy andel av ungdommene har gått fra moderat og høy skår til lav skår. Samtidig har en god del av ungdommene som hadde høy bekymringskår ved preskår, gått til lav grad av bekymring ved postskår.

I utgangspunktet hadde ungdommene ved de øvrige FFT-teamene en større belastning når det gjelder *vennerelasjoner* enn ungdommene ved FFT-teamet i Drammen. Sammenligner vi skårer ved inntak og avslutning av behandling ser vi en tydelig bedring hos ungdommene uansett, men aller størst ved de øvrige FFT-teamene. Disse har økt andelen ungdommer som skårer lavt risikonivå med 16 prosent, mens ytterligere 14 prosent av ungdommene ved FFT-teamet i Drammen ble plassert i lavt risikonivå ved behandlingsslutt.

Endringer i dimensjonen *rusmidler* er betydelig større for ungdommene behandlet ved øvrige FFT-team. Men skårene hos ungdommene ved familievernet på denne dimensjonen var ved inntak lave, hvilket gjør at det er vanskelig å oppnå betydelig bedring ved behandling på denne dimensjonen.

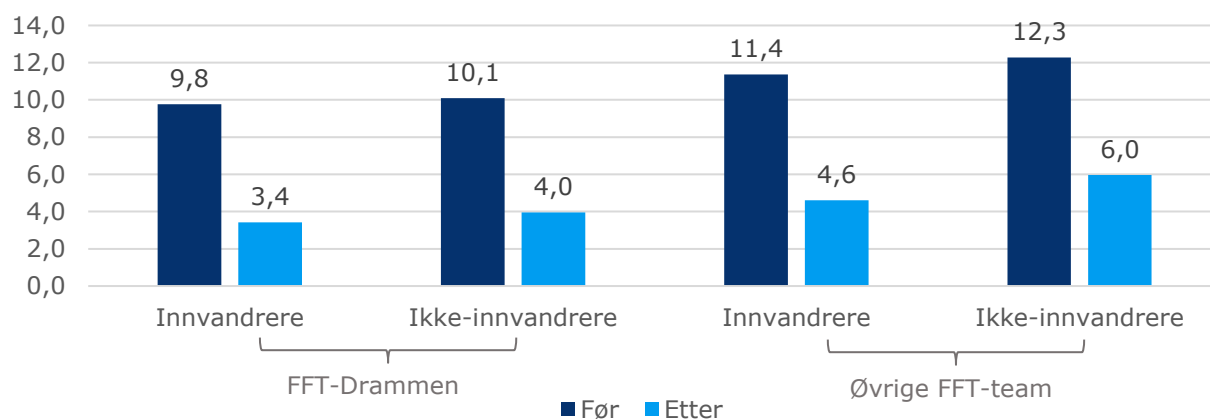
Resultatene knyttet til *fritid/rekreasjon* viser at det er en jevnt større bekymring blant ungdommene hos de øvrige teamene, og at det er betydelig større bedring hos ungdommer som går til lav risiko hos de øvrige FFT-team enn blant ungdommene ved familievernet i Drammen.

Når det gjelder resultatene knyttet til *personlighet/atferd* ser vi at det er nokså lik pre-skår mellom ungdom ved familievernet i Drammen og de øvrige teamene. Vi ser også at det oppnås mer bedring hos alle, spesielt hos ungdommer ved familievernet i Drammen som går fra moderat til lav bekymring. For alle teamene beveger mange ungdommer seg ut av høy bekymringskår til lav grad av bekymring.

Vi finner også en endring i risikoskår for dimensjonen *holdninger/orientering* blant ungdom både ved FFT-teamet i Drammen og ved øvrige team. For alle teamene beveger en større andel av ungdommen seg fra å skåre moderat til lav skår fra pre- til postmålene.

Studerer vi forskjellene mellom ungdom med og uten innvandrerbakgrunn, finner vi at ungdom med innvandrerbakgrunn har noe høyere snittreduksjon enn andre ungdom. Det gjelder både ungdom behandlet i FFT-teamet i Drammen og i de øvrige teamene. Snittreduksjonen for innvandrere behandlet av teamet i Drammen er 6,3, mens snittreduksjonen for innvandrere behandlet i øvrige team er 6,8.

Figur 7.6 Gjennomsnittlig YLS-skåre fordelt på ungdom med og uten innvandrerbakgrunn (2018-2021)



Note: N=535

7.2.3 Oppsummert om virkningen av FFT i familievernet

Ut fra resultatene kan vi se at andelen ungdommer som *ikke* oppfyller de nasjonale målene for FFT er redusert ved avsluttet behandling. Dette gjelder både ungdommer behandlet av FFT-team i Drammen og av øvrige team. Det er en tendens til sterkere reduksjon i andelen som *ikke* oppfyller de nasjonale målene blant ungdommen i øvrige team, enn ungdommen ved teamet i familievernkontoret i Drammen. Men forskjellene er små, og vi har ikke grunnlag for å vurdere om det er tilfeldig eller ikke. En mulig årsak er at det også er en forskjell allerede i preskår, som da kan gi ulike utfall for de gruppene.

Ut fra skåringene på YLS før og etter behandling, viser resultatene at risikograden er redusert i betydelig grad for ungdommene som hadde tilbud ved samtlige FFT-team. Gjennomsnittlig risikonivå for ungdommen ved familievernkontoret i Drammen er redusert fra 10 til 4, mens for de øvrige FFT-teamene er det gjennomsnittlige risikonivået redusert fra 12 til 6. Andelen ungdommer som har moderat risikonivå er redusert på tvers av teamene, og andelen ungdommer med lavt risikonivå har tydelig økt ved avslutning av behandlingen.

Generelt så skårer få ungdommer på høy grad av risiko uansett hvilket FFT-team de mottar hjelp fra. Unntakene er dimensjonene *familie/oppdragelse*, *utdanning/arbeid*, *fritid/reaksjon* samt *personlighet/atferd*. I og med at problemskårene hos ungdommene ved familievernet i Drammen jevnt over er lavere, så vil de også oppnå mindre endringsgrad enn de ungdommene ved de øvrige FFT-teamene som ved oppstart har jevnt over tydelig større belastninger enn de som er i familievernet. Uansett organisering, så oppnås tydelige bedringer på alle mål som inngår i YLS. Profilen på endringene mellom pre- og postmålene viser samme tendenser, altså hvordan ungdommene preges av lavere grad av risiko/alvorlighet. Konklusjonen er at FFT har ledet til at postmålene jevnt over viser betydelig bedring hos ungdommene, i form av at andelen med lav risiko øker i betydelig grad.

På dimensjonen *fritid/rekreasjon* så beveger ungdommene som får FFT ved familievernet i Drammen fra høy til moderat risikonivå, mens for de øvrige teamene går de fra høy til lav. Det betyr at det er en markant større bedring hos ungdommene i de øvrige teamene enn de ved familievernet. På tvers av teamene var det høy alvorlighetsskår, men aller flest for ungdommene ved de øvrige teamene. Det er lettere statistisk sett å oppnå større bedringer jo mer alvorlig situasjonen er.

For ungdommene ved familievernkontoret og dimensjonen *personlighet/atferd*, så endres høye pre-skårer til tydelig mindre alvorlige post-skårer. For ungdommer i de øvrige FFT-teamene så beveger mange seg fra høy til lav bekymringsgrad.

Samlet sett viser pre- og postskårene på YLS at også norske ungdommer har betydelig nytte av FFT. I denne rapporten sammenlignes ikke pre- og post-skårene på YLS for norske ungdommer med utenlandske effektstudier for FFT. Det ligger utenfor mandatet som er gitt i dette oppdraget. Endringene som oppnås fra pre- til post-målene på YLS viser at det er betydelige bedringer på de fleste mål. Det er dermed grunnlag for å konkludere med at endringene på pre- og post-målene for de norske ungdommene på YLS, er meget bra – spesielt når dette sees opp mot at ungdom med alvorlige atferdsvansker regnes som vanskelig å behandle (Thapar et al., 2015), og at en del av dem vurderes til å ha preg av å være behandlingsresistente og til å ha betydelig frafall fra tiltak/bistand (National Institute for Health and Care Excellence, 2013).

8. RAMBØLLS VURDERINGER OG KONKLUSJONER

I dette kapittelet presenterer vi en samlet vurdering av implementeringen av FFT i familievernet, basert på funn fremstilt i de foregående kapitlene. Vi presenterer våre konklusjoner på evalueringens problemstillinger, og fremhever avslutningsvis hensyn som må ivaretas ved en eventuell videreføring av FFT i familievernet.

Formålet med evalueringen har vært å gjennomføre en implementeringsevaluering av innføringen av FFT i familievernet i Drammen, samt å gjennomføre en virkningsevaluering av FFT i familievernet sammenlignet med barnevernet. Evalueringens problemstillinger er:

1. Hva er erfaringene med å tilby FFT i familievern tjenesten i stedet for barnevern tjenesten?
2. Bør FFT-team videreføres i familievern tjenesten etter endt utprøvsperiode og hvordan?
3. Hvilke konsekvenser vil en innplassering av FFT-team i familievernet ha for tjenesten og brukerne?

8.1 Rambølls vurderinger av implementeringen av FFT i familievernet

Selv om FFT er grundig evaluert og kan vise til gode resultater, vil implementeringen og resultatene av tiltaket henge sammen. Dersom FFT ikke implementeres på en god måte, er det mindre sannsynlig at ønskede resultater oppnås. Til grunn for implementeringsevalueringen ligger Fixens rammeverk for å undersøke hvorvidt implementeringen er gjennomført i tråd med beste praksis. Rammeverket tar utgangspunkt i tre drivere som støtter implementeringen av et tiltak: kompetansedriveren, organisasjonsdriveren og ledelsesdriveren. Implementeringsdriverne beskriver prosesser som er nødvendige for god gjennomføring, og som understøtter implementeringen av tiltaket i organisasjonen.

I det følgende gjør Rambøll en vurdering av de underliggende prosessene for hver av driverne, for å konkludere på om implementeringen av FFT i familievernet er gjennomført på en tilfredsstillende måte. Vi vil også peke på faktorer i implementeringen som kan ha påvirket virkningen av intervensjonen.

8.1.1 Kompetansedriveren

Kompetansedriveren handler om hvordan man har tilrettelagt for rekruttering og utvikling av kompetanse i forbindelse med implementeringen. Kompetansedriveren hjelper til med å utvikle, forbedre og opprettholde evnen og troen på intervensjonen i organisasjonen. For implementeringen av FFT i familievernet har vi identifisert følgende forhold som har påvirket implementeringskvaliteten: 1) rekruttering av terapeuter, 2) ivaretagelse av teamet ved utskiftninger av personell, 3) stillingsbeskrivelser og 4) opplæring og kompetanseheving av FFT-teamet.

Tidligere evalueringer av FFT viser at effekten av metoden avhenger av hvor godt terapeutene har lært seg metoden. Det stiller krav til terapeutenes opplæring og veiledning, samt til god rekruttering og utvelgelse av terapeuter. Etter Rambølls vurdering har rekrutteringsprosessen av terapeuter fungert godt, og dette anses som et suksesskriterium for implementeringen. Det ble lagt ned mye arbeid i rekrutteringsarbeidet, og de terapeutene som fikk tilbud om stilling må anses å ha de rette kompetansene.

Å arbeide med FFT som terapiform innebærer innføring av en ny, evidensbasert metode. Å arbeide evidensbasert stiller høye krav til både opplæring, det å følge metodens protokoll, samt dokumentasjon. At fagansvar og opplæring har vært tydelig definert som NUBUs ansvarsområde ser ut til å være et suksesskriterium for den vellykkede implementeringen. Rambøll vurderer at

profesjonell opplæring og veiledning har bidratt positivt og vært vesentlig for implementeringen av FFT i familievernet.

En vanlig implementeringsutfordring er at terapeuter slutter eller går ut i permisjon. Dette er sårbart for alle implementeringsprosesser, og gjelder ikke utelukkende for implementeringen av FFT i familievernet. Partene fikk på plass et robust team i oppstarten av implementeringen, og har dermed hatt mulighet til å gjøre nødvendige tilpasninger underveis. Rambøll vurderer likevel at forhold rundt lederansvar, inkludert personal- og budsjettansvar, med fordel burde vært avklart tidligere, og at det er viktig å ha en tydelig prosedyre for turnover, permisjoner og sykdom. Vi kan imidlertid ikke se at dette har påvirket de ønskede resultatene av intervensjonen.

Det oppstod underveis i implementeringen noe usikkerhet knyttet til terapeutenes mulighet for å jobbe i kjernevirksomheten i tillegg til FFT. Fidelitet til en metode stiger typisk over tid. For å opparbeide seg tilstrekkelig god kjennskap til FFT som metode og med det bygge opp og øke metodefidelitet, er det anbefalt at terapeutene jobber fulltid med metoden i opplæringsåret. Når terapeutene mestrer de mange verktøyene i metoden, viser evaluering at de blir mer fleksible og leverer terapi på kvalitativt høyere nivå (VIVE, 2018). Rambøll vurderer i lys av dette at en med fordel burde hatt en mer omforent forståelse av om FFT-terapeutene også skulle jobbe med saker i kjernevirksomheten ved familievernkontoret. Dette fordi enkelte av terapeutene gjerne ønsket å jobbe i kjernevirksomheten, og ble ansatt på dette grunnlaget. Det er likevel ikke grunn til å tro at dette har hatt betydelige konsekvenser for implementeringen eller virkningen av FFT i familievernet.

8.1.2 Organisasjonsdriveren

Organisasjonsdriveren handler om gode strukturer og rammer som skaper forutsetninger for endringer i organisasjonen hvor tiltaket implementeres. For implementeringen i familievernet har vi identifisert følgende organisasjonsdrivere som har påvirket implementeringskvaliteten: 1) tilrettelegging av lokaler og teknisk utstyr, 2) bruk av fagsystemer, 3) tilrettelegging for rekruttering av familier gjennom kommunikasjonsarbeid mot tilgrensede tjenesteområder og kjernevirksomheten i familievernet og 4) endringer i styringsparameterne for familievernkontoret i Drammen.

Metodikken fordrer en rekke fasiliteter og fysiske rammer, som måtte etableres ved familievernkontoret. Rambøll vurderer at tilgang på lokaler og teknisk utstyr i forbindelse med FFT er vesentlig for å oppnå ønskede resultater. Dette kom tidlig på plass i implementeringen.

Det har imidlertid vært noe utfordringer knyttet til bruk av fagsystemene CSS og FADO og usikkerhet til hvordan FFT-teamet skulle loggføre i disse systemene. FFT-teamet i Drammen benytter ikke lenger ordinær CSS, men skriver lignende rapporter i sikker sone som ikke blir journalført. Som følge av dette blir lite rapportert i FADO. Det er ikke grunn til å anta at dette har påvirket implementeringen og virkningen av FFT i familievernet. Det er etter Rambølls vurderinger likevel viktig med tydelighet rundt hvilke systemer som skal benyttes og hvilken informasjon som skal legges inn, for å sikre at man har tilgang på relevant informasjon.

Rekruttering av familier er helt sentralt for å oppnå ønsket effekt av tiltaket. Tidlig rekruttering av familier bidrar til at terapeutene kommer raskt i gang med opplæringen og således utvikler egen kompetanse. Rambøll vurderer at det har vært en fordel at FFT-teamet har kunnet spille på kjernevirksomheten i familievernet i rekrutteringsarbeidet, noe som ser ut til å ha virket positivt for innsøkingen av familier. En god del av familiene ble henvist fra nærliggende instanser. Rambøll vurderer at det har vært gjennomført tilstrekkelig informasjonsarbeid mot tilgrensede tjenesteområder og internt i familievernet. Godt henvisningstilfang vitner om at

informasjonsarbeidet har virket positivt inn på implementeringen og virkningen av tiltaket i familievernet.

Styringsparameterne for familievernet ser ikke ut til å være i tråd med FFT-metodikken. Det handler om at familievernterapeuter blir målt på antall konsultasjoner, og at det i FFT gjennomføres færre konsultasjoner enn det som er vanlig i kjernevirksomheten. Det kan slå negativt ut på det enkelte kontors statistikk. I denne implementeringen valgte man en løsning der FFT-konsultasjonene inngår i statistikken, og FFT-teamets stillinger ekskluderes fra beregningen. På denne måten slår FFT-konsultasjoner positivt ut på statistikken. Rambøll vurderer at dette har vært en god løsning, og at styringsparameterne derfor ikke har virket negativt inn på implementeringen.

8.1.3 Ledelsesdriveren

Ledelsesdriveren består av ledelsesstrategier som gir grunnlag for å gjøre gode beslutninger og å gjennomføre nødvendige tilpasninger i organisasjonen i forbindelse med implementeringen. For implementeringen av FFT i familievernet er det særlig følgende forhold som har påvirket implementeringskvaliteten: 1) fruktbar samhandling mellom sentrale parter i implementeringen, herunder NUBU, familievernkontoret i Drammen, Bufetat og Bufdir, og 2) håndtering av lederbytter underveis i implementeringen.

Rambøll vurderer at implementeringen har vært godt forankret underveis i utprøvingen, herunder mellom de sentrale partene Bufdir, Bufetat region Sør, NUBU og familievernkontoret i Drammen. Forankring av samarbeidet fremstår som en suksessfaktor for den vellykkede implementeringen, og er i tråd med tidligere forskning (VIVE, 2018). Tidlig involvering av sentrale parter, og opprettelse av felles møtepunkter fremstår som særlig viktig. En styringsgruppe og/eller en samarbeidsavtale fremstår som et godt grep for å formalisere samarbeidet, tydeliggjøre ansvarsfordeling og for å sikre fremdrift i implementeringen. Rambøll vurderer at dette har påvirket implementeringskvaliteten betraktelig, og at det antagelig har hatt stor betydning for resultatet av implementeringen.

Det er identifisert utfordringer knyttet til avklaringer av lederansvaret for FFT-teamet i familievernet. Det har særlig vært uenighet rundt hvem som skal ha personal- og budsjettansvar. Dette har medført noe usikkerhet i forbindelse med implementeringen, og kan ha påvirket implementeringskvaliteten i enkelte perioder. Det finnes imidlertid ingen tydelige tegn på at dette har påvirket implementeringen og virkningen i vesentlig grad.

8.1.4 Konklusjon implementering

Basert på funnene fra evalueringen og analyser er det grunn til å konkludere at implementeringskvaliteten har vært god – dvs. at det er få avvik mellom det som har vært planlagt i intervensjonen og det som faktisk har blitt gjennomført. Det er ikke grunn til å anta at implementeringen har påvirket virkningen av FFT i familievernet på et negativt vis. Den største utfordringen i forbindelse med implementeringen har vært i håndteringen av lederbytter, der plassering av personal- og budsjettansvar har avveket fra føringer i metodikken.

8.2 Rambølls vurderinger av virkninger av FFT i familievernet sammenlignet med barnevernet

Implementering og resultater av FFT henger sammen. I og med at implementeringen er av god kvalitet, er det ikke grunn til å anta at implementeringen har påvirket virkningen av FFT i familievernet negativt.

Overordnet forteller gjennomgangen av behandlingsdata at barn og ungdom som er behandlet i familievernet har noe mindre kompleksitet i sine utfordringer og risikobilde, når vi sammenligner med barn og ungdom som har blitt behandlet av team i barnevernet.

Ut fra resultatene kan vi se at andelen ungdommer som *ikke* oppfyller de nasjonale målene for FFT er redusert ved avsluttet behandling. Dette gjelder både ungdommer behandlet av FFT-team i Drammen og av øvrige team. Det er en tendens til sterkere reduksjon i andelen som *ikke* oppfyller de nasjonale målene blant ungdommen i øvrige team, enn ungdommen ved teamet i familievernkontoret i Drammen. Men forskjellene er små, og vi har ikke grunnlag for å vurdere om det er tilfeldig eller ikke.

Generelt skårer få ungdommer på høy grad av risiko uansett hvilket FFT-team de mottar hjelp fra. Unntakene er dimensjonene *familie/oppdragelse, utdanning/arbeid, fritid/reaksjon* samt *personlighet/atferd*. I og med at problemskårene hos ungdommene ved familievernet i Drammen jevnt over er lavere, så vil de også oppnå mindre endringsgrad enn ungdommene ved de øvrige FFT-teamene, som ved oppstart har jevnt over tydelig større belastninger enn de som er i familievernet. Uansett organisering oppnås tydelige bedringer på alle mål som inngår i YLS. Profilen på endringene mellom pre- og postmålene viser samme tendenser, altså hvordan ungdommene preges av lavere grad av risiko/alvorlighet.

8.2.1 Konklusjon virkning av FFT i familievernet sammenlignet med barnevernet

Det er ikke statistisk grunnlag for å konkludere med at FFT i familievernet oppnår bedre resultater enn FFT i barnevernet - hvis denne måles med utgangspunkt i YLS-scorer. Størst bedring er der alvorlighetsgraden ved oppstart var størst. Når alvorlighetsgraden er høy kan det oppnås større endringer enn hos familier med lavere alvorlighetsgrad. Det ser vi gjelder i større grad i de øvrige teamene enn hos FFT-teamet i Drammen, som hadde noe lavere gjennomsnittlig risikobilde for sine ungdommer.

Resultatene tyder imidlertid på at familievernet kan treffe en målgruppe med noe lavere problematferd, og taler for at en plassering i familievernet kan virke mer forbyggende enn om tilbudet tilbys kun i barnevernet. Samtidig er det få forskjeller på variablene kjønn, alder og innvandringsbakgrunn som taler for at familievernet ikke når et bredere spekter av befolkningen enn hva barnevernet gjør.

8.3 Vurderinger av fordeler og ulemper ved ulik plassering av FFT

I det følgende vurderer Rambøll fordeler og ulemper ved organisatorisk plassering av FFT i familievernet versus barnevernet.

8.3.1 Terapeutisk kompetanse

Ansatte i familievernet har terapeutisk kompetanse. Det er et krav om at ansatte som ikke har familierterapiutdanning i forkant av tilsetningen ved familievernkontoret, skal påbegynne slik utdanning kort tid etter ansettelse. I dag gis familierterapiutdanning av flere høyskoler og universiteter, samt spesialistprogrammet i Norsk psykologforening. Felles er at de har terapeutisk utdanning i systemisk familierterapi. Den er betydelig mindre strukturert enn FFT. Det kan være stor forskjell på både verdiene som ligger til grunn for og synet på endring og terapeuters rolle når det gjelder systemisk familierterapi og emosjonsfokusert terapi på den ene siden, og FFT / MST / DUÅ / PMTO på den andre siden. Det er viktig at Bufdir er klar over dette både når de beregner antall fagpersoner eller forventninger til grad av implementering. Samtidig så har det de siste årene vært en kompetanseutvikling i familievernet rettet mot bruk av EFT. Dette er en mer strukturert metode sammenlignet med systemisk familierterapi, som har større overføringsverdi til FFT.

Barnevernsansatte har i likhet med majoriteten av ansatte i familievernet i hovedsak bachelorutdanning. Det er jevn søking fra barnevernspedagoger og sosionomer på mastergradsutdanninger, men det er uklart om hvor stor andel av disse som er tilsatt i barnverntjenesten. Ved Universitetet i Agder har de startet en integrert femåring utdanning for barnevernspedagoger. Likevel er andelen med mastergrad lav i barneverntjenesten. Situasjonen er tilsvarende i familievernet. Både barnevernspedagoger og sosionomer har brede og generelle utdannelser som ikke nødvendigvis kvalifiserer dem som terapeuter, selv om kunnskap om veiledning og rådgivning inngår som pensum og forelesninger ved studiene. Ifølge Statistisk sentralbyrå (2020), er råd og veiledning blant de tre hyppigst brukte tiltak i barneverntjenesten, men det er sjelden i form av bestemte metoder, ei heller er mål eller form og innholdet klart beskrevet (Lichtwarck & Marthinsen, 2013). Det betyr at råd og veiledning utøvd i barneverntjenesten i begrenset grad inneholder tydelige elementer av terapiprosesser. Derimot har de med bachelorutdanning ved familievernkontor i større grad både gjennom erfaring og videreutdanning opparbeidet seg terapeutisk kompetanse. Snittet på antall samtaler i familievernet er 3.3 samtaler per sak (SSB, 2019). FFT er en korttids-basert terapi som strekker seg over en gitt periode med hyppige møter. Det er med andre ord en helt annen prosess enn det barnevernets ansatte har erfaring med via sine råd og veiledning, likeså lengre enn det som de fleste familierapeuter i familiekontoret gir til familier.

Mens ansatte ved familievernkontoret karakteriseres av stabilitet, så er det høy turnover blant ansatte i kommunalt barnevern. Familievernets ansatte har etter vår forståelse tydeligere terapeutisk kompetanse enn ansatte i barnevernet. Familievernansatte har blant annet utdanning i systemisk familierapi samt EFT. Mens det er klare forskjeller mellom FFT og systemisk familierapi, vurderes EFT som en mer kompatibel metode med FFT og som dermed legger bedre til rette for implementering av FFT i familievernet.

8.3.2 Geografisk dekning

Det har i flere tiår vært et statlig mål om at det skal være likeverdige tilbud til barn og unge uansett hvor de bor og hvilken bakgrunn de har. Utbygging av FFT må også sees i et slikt lys. Det er 41²⁴ familievernkontorer i Norge. Alle kommuner har en barneverntjeneste, noen av dem i en interkommunal ordning. Kommune- og regionalreformen hadde som mål å sikre at små kommuner ble mer robuste ved å slå seg sammen med andre kommuner, slik at de kunne klare å levere velferdstjenester på et forsvarlig nivå. Halvparten av de norske kommunene hadde under 5000 innbyggere før reformen. Så langt har reformen ført til at 426 kommuner har blitt til 356 kommuner (SSB, 2020). Det betyr at det fortsatt er mange kommuner med få innbyggere, og dermed små barneverntjenester. Majoriteten av disse kommunene har ikke inngått interkommunale avtaler om barneverntjenester.

Mens barnevernet er landsdekkende i betydningen alle kommuner (lovkrav), så dekker familievernet samtlige fylker. Det kan være utfordrende for små kommuner å kunne rekruttere eller ha økonomi til å ha FFT-terapeuter i barnevernstjenesten. For å bygge opp FFT-team i familievernet vil det trolig være behov for nyrekrutteringer samt tilføring eller omdisponering av midler. Barnevernet og familievernet vil trolig også ha noe ulike forutsetninger hva gjelder å betjene mindre kommuner, der barnevernet i utgangspunktet kan være nærmere geografisk. Spørsmålet er imidlertid hva som vil være faktisk etterspørsel i mindre kommuner, gitt antall innbyggere og gjennomsnittlig alder i mindre kommuner som ligger langt fra sentra.

²⁴ Pr. 01.01.2020

8.3.3 Tilgang til familier med behov for FFT

Det er rimelig å konkludere med at enten FFT tilbys i regi av barnevernet eller familievernet, så vil de nå en god del av familiene som kan ha nytte av FFT. Enkelte av informantene mener at det er ulike typer familier knyttet til barneverntjenesten sammenlignet med familievernet, og at FFT i begge tjenestene vil nå en bredere gruppe av familier enn om FFT tilbys i kun én av tjenestene. Dette rimer med flere kilder: Familier som oppsøker familievernet har i gjennomsnitt flere ressurser og både færre og mindre alvorlige utfordringer enn det som kjennetegner majoriteten av familier knyttet til barneverntjenesten. Familier der ungdommer har atferdsvansker som selv kontakter hjelpeapparatet, kan ta kontakt med familievernet. Det er opplysningsplikt (meldeplikt) for offentlige ansatte ved alvorlige atferdsvansker til barneverntjenesten (barnevernloven). Likeså inntre straffelovens avvergeplikt (§ 196) når offentlig ansatte vet om eller burde vite om voldsutøvelse i familier. Dette kanaliseres primært til barneverntjenesten som har egne bestemmelser for alvorlige atferdsvansker (§§§§ 4-24-4-27). Primært handler dette om plassering i institusjoner, men §4-25 understreker viktigheten av hjelpetiltak som kan forhindre at ungdom med alvorlige atferdsvansker plasseres i institusjon. I hovedsak har dette i kommunal barneverntjeneste vært løst ved bruk av MST, men det er rimelig å anta at i alle fall en andel av ungdommene kan ha nytte av FFT i stedet for MST. Oppsummerende kan man si resultatene presentert i denne rapporten tilsier at om FFT tilbys via barneverntjenesten så nås delvis en annen gruppe av familier enn om FFT tilbys i familievernet, og motsatt.

8.3.4 Kapasitet

FFT bygger på en intensiv innsats som krever kapasitet over tid. Dersom FFT skal implementeres i barneverntjenestene, så må det være stillinger som vernes mot annet barnevernsarbeid. I familievernet vil det på grunn av utbredelse, kunne bli større FFT-team enn det kan bli ved implementering i barneverntjenesten (med mindre man velger de største kommunene). Også i familievernet må man vurdere å sikre at ansatte utøver FFT og dermed ikke blir tatt inn i ordinær par- og familierterapi eller mekling. Samtidig er det en del fagpersoner som motiveres av, og dermed kan bli mer stabil i virksomheten, hvis de har allsidige fremfor ensidige arbeidsoppgaver. Slik kan det tjene som argumenter for at noen FFT-terapeuter kan ønske at deler av deres stillinger inngår i mer ordinært barneverns- eller familievernsarbeid.

8.3.5 Store fagmiljø

Fagfolk søker ofte hverandre (Kvello & Wendelborg, 2003). I tillegg er det mange ganger vesentlig med større fagmiljø for å holde oppe både troskap mot metoder og å sikre høy kvalitet. Større fagmiljø er i tillegg mindre sårbare enn de som er små. Det er derfor et poeng å sikre at flere fagpersoner jobber sammen i team, fremfor enkeltpersoner spredt utover store geografiske områder. Riktignok kan det organiseres at FFT-terapeuter som jobber alene i kommunene møtes regelmessig til faglig oppdatering og veiledning, men dette tenderer mot å være skjørere ordninger enn team der flere ansatte har samme arbeidssted, og er i samme team. Dette kan bedre ivaretas dersom FFT legges til familievernet. For barnevernet kan det utvikles samarbeidsavtaler der større barneverntjenester kan være vertskommuner med faglig og administrativt ansvar for FFT-teamene, og at mindre barneverntjenester kjøper tjenester fra de store barneverntjenestene. Slik fungerer de store kommunene som «lokomotiver» som sikrer at regioner kan gi tilbud om tiltak selv om behovet er lavfrekvent (jfr. tidligere Barne- og likestillingsminister Solveig Horne sine ønsker for fremtidens barnevern). Den tidligere barnevernreformen, nå omdøpt til oppvekstreformen, startet 01.01.2022. Det innebærer at det kommunale barnevernet skal ha en bred tiltaksvifte, samtidig som tilgangen til kjøp av hjelpetiltak utenfor kommunen (for eksempel fra Bufetat eller private aktører), skal reduseres. Dette «tvinger» kommuner til å utvikle egne tiltak, der FFT kan være ett av tiltakene. I mange av de små kommunene er det imidlertid et så lavt antall ungdommer med moderate og alvorlige former for atferdsvansker, at de ikke kan ha egne FFT-team, trolig heller ikke behov for hele FFT-stillinger.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (2021) viser at kun 8-12 prosent av barnevernets tiltak er evidensbaserte endringstiltak. Det er dermed ut fra alvorlighetsgradene i sakene et for høyt bruk av avlastnings- og kompenseringstiltak fremfor stimulerings-/endringstiltak (Kvello, 2015). Forskning viser også at det ikke er en tydelig sammenheng mellom bekymringsmeldingers innhold, hva som undersøkes og konklusjonene på undersøkelsene i forhold til tiltaksvalg. Altså kan mål i barnets plan (tiltaksplan) ikke passe til konklusjonene fra undersøkelsen. Spissformulert kan det sies at barnevernets tiltak bærer preg av at det de har av tiltak å velge mellom er det familier får tilbud om (Marthinsen & Lichtwarck, 2013). I mange barneverntjenester er det smale tiltaksvifter. Tiltakene som tilbys/gis familier behøver dermed ikke å være egnede. Det gjelder også for ungdom med atferdsvansker. Dette sammen med uklare eksklusjonskriterier leder til at det blir et overforbruk av visse tiltak, slik som CoS (Circle of Security). Det samme kan tidligere ha vært tilfellet for Marte Meo, MST, PMTO, DUÅ, osv. FNs barnekomité har uttrykt at Norge har for lite medvirkende barn og unge, samt lite metodetilpasning ut fra barn, unge og familiers behov (UN, 2018).

Basert på drøfting og vurderinger er det utarbeidet tabell 8.1 som oppsummerer mulige styrker/fordeler og ulemper/svakheter ved de tre måtene å organisere FFT på.

8.3.6 Konklusjon organisering av FFT

Funn i evalueringen viser at det er hensiktsmessig å organisere FFT som en del av familievernet, og at FFT derfor bør videreføres som en del av tjenesten. Samtidig kan det være fordeler ved å plassere FFT i barnevernet, og evalueringen gir ikke grunnlag for å konkludere at FFT passer bedre i familievernet enn barnevernet eller vice versa.

Tabell 4.1: Styrker/fordeler og ulemper/svakheter ved tre ulike måter å organisere FFT på

	FFT plassert i familievernet		FFT plassert i barnevernet	
	<i>Styrker/ fordeler</i>	<i>Ulemper/ svakheter</i>	<i>Styrker/ fordeler</i>	<i>Ulemper/ svakheter</i>
Organisering	Familievernet er godt utbygd og derfor lett for mange å benytte. Familievernet anses som et lavterskel-tilbud med positivt omdømme i befolkningen.	Familievernet er organisert regionalt og kan dermed være mindre tilgjengelig for utkantkommuner.	Barnevernloven har bestemmelser om oppfølging av barn/ungdom med alvorlige atferdsvansker. Barnevernet er derfor tilgjengelig i alle kommuner.	For mange kommuner som ikke søker interkommunalt samarbeid, vil det være lavere behov for FFT-terapeuter. Kompetansemiljøet kan følgelig bli lite og sårbart.
Kompetanse og utdanning	Ansatte har terapeutisk utdanning og praktisk kompetanse, og er erfarne og dyktige på samtaler med familier med et bredt spekter av vansker.	Kan være skepsis til å benytte manualbaserte metoder. I FFT arbeides det direkte med ungdom med atferdsvansker, heller enn indirekte.	Barnevernet har både utdanningsbasert og praktisk kompetanse på familier generelt, samt barn og ungdommer med alvorlige atferdsproblemer.	Få ansatte med tilstrekkelig terapeutisk kompetanse. Høy turnover blant ansatte.
Målgruppen for FFT	Møter familier hvor ungdommer med mindre alvorlige atferdsvansker (tidlig innsats). Målgruppen møtes med et familie- og samspillsperspektiv.	Mindre erfaring med direkte tilbud til ungdom.	Når både flere ungdommer og ungdommer med større utfordringer og familiebelastninger enn de som oftest er i familievernet.	Kan være mer utfordrende å sikre medvirkning fra ungdommen.

Faglig ståsted	Familievernet har et grunnleggende familierapeutisk faglig ståsted.	Viktig å være klar over konsekvensen av innføring av FFT i tjenesten for utviklingen av familievernkontor.	Har en relasjonell forståelse av utfordringer i familier. Mer operativ enn andre tjenester, ved at de møter familier hjemme og på andre arenaer enn nødvendigvis på kontoret.	Mindre kunnskap om barn og ungdom med utviklingsforstyrrelser /-avvik.
Synenergieffekter	FFT-terapeuter har en grunnleggende familierapeutisk kompetanse og kan dermed bidra til andre problemstillinger enn bare ungdom med atferdsvansker.	Hvis det opprettholdes rene FFT-team, kan disse bli en svakt integrert ansattgruppe i familievernet.	Større spekter av metode å tilby familier, som gjør at de kan treffe bedre med tiltak som passer. Kan bidra til at de utvikler kompetanse og spissede målrettede tiltak som gjør at de ikke blir for generelle.	På grunn av høy turnover, kan kompetansen bli personavhengig fremfor å sette seg i organisasjonen.
Kapasitet	Det er høy grad av stabilitet av ansatte i tjenesten, og lavturnover.	Hvis FFT-terapeutene jobber med andre familievern-kontorsaker, kan det medføre redusert kapasitet	De har tidsfrister på undersøkelser for å avklare alvorligheten i barn og unges livssituasjon og tydelig mandat til å undersøke.	Hvis FFT-terapeutene i barnevernet jobber med andre deler av barnevernsoppgavene, kan det medføre redusert kapasitet.

9. ANBEFALINGER

Rambøll vurderer at FFT passer godt i familievernet, og at metoden derfor bør bli et varig tilbud i tjenesten. Samtidig er det ikke grunnlag for å konkludere at FFT ikke passer inn i andre tjenester slik som barnevern. Overordnet anbefales det altså at FFT videreføres som en del av familievernet.

9.1 FFT bør videreføres som en del av familievernet

Det er særlig fem grunner til at vi vurderer at FFT bør videreføres i familievernet: (1) det er mulig å implementere og drifte i familievernet, (2) FFT komplementerer tilbudet i familievernet, (3) FFT i familievernet kan nå en annen målgruppe enn barnevernet, og kan dermed virke forebyggende, (4) familievernet er organisert regionalt og er godt utbygd, (5) det er lav turnover blant ansatte i familieverntjenesten.

9.1.1 Det er mulig å implementere og drifte FFT i familievernet

Implementeringsevalueringen viser at det er mulig å implementere FFT i familievernet. Man har gjennom utprøvingen funnet gode løsninger for hvordan metoden kan organiseres og driftes i familievernet. God innsøking av familier har vært viktig, og taler for et behov for FFT i familievernet. Samlet vurderer vi derfor at FFT bør videreføres i familievernet.

9.1.2 FFT komplementerer og tilbyr noe nytt i familievernet

Rambøll vurderer at FFT treffer målgruppen for familievernet godt. Flertallet av familiene blir rekruttert til FFT som følge av at de går til annen behandling i familievernet, f.eks. parterapi. Funnet tyder på at FFT supplerer tilbudene som allerede finnes i familievernet. Vi vurderer at tilbudet på denne måten bidrar til å gi målgruppen i familievernet et ekstra behandlingsløp som i større grad ivaretar hele familien, inkludert ungdom. Flere av foreldrene anser det som en styrke at ungdommen deltar i terapien, og foreldre som enten har gått i parterapi først eller samtidig med FFT, understreker viktigheten av at familien samles i terapirommet. Rambøll vurderer derfor at FFT er i tråd med den systemiske tilnærmingen som familievernet er tuftet på. Ivaretagelsen av ungdommens perspektiv i terapien bygger oppunder ny barnelov om at barn skal høres i saker som angår dem, og er i tråd med spisskompetansemiljøet for barn og unge, som skal styrke kvaliteten på og øke antallet samtaler med barn i familievernet, med særlig vekt på saker med høyt konfliktnivå mellom foreldrene. Med utgangspunkt i dette vurderer Rambøll at FFT passer godt inn i familievernets mandat.

9.1.3 FFT i familievernet kan treffe en målgruppe med lavere problematferd enn barnevernet

Videre vurderer Rambøll at FFT i familievernet kan nå en annen målgruppe enn barnevernet. Dette viser seg blant annet i at utfordringene til ungdommene er mindre alvorlige, i tillegg til at flertallet av familiene rekrutteres gjennom familievernets kjernevirksomhet eller er egenhenvist – dvs. at de selv tar kontakt med familievernkontoret. I intervjuene fremgår det også at mange ikke har mottatt andre hjelpetiltak tidligere, noe som forsterker konklusjonen om at FFT i familievernet treffer en annen målgruppe enn hva barnevernet gjør. I forlengelsen av dette er det grunn til å anta at FFT i familievernet kan være et egnet forebyggende tiltak for å redusere konfliktnivåene i familien på et tidligere stadium, enn i de tilfeller hvor det opprettes barnevernssak.

Et tydelig argument for videreføring av FFT i familievernet er at familiene selv fremhever at de mener at tilbudet passer godt inn i familievernet. Familievernet anses som et lavterskeltilbud, som ikke innebærer tvang og har mindre stigma knyttet til seg sammenlignet med barnevernet. Dette fremheves av ungdom så vel som foreldre. Rambøll mener at brukernes opplevelser bør

tillegges vekt i vurderingen av FFT sin plassering i familievernet. Basert på dette vurderer vi at tiltaket passer godt inn i familievern tjenesten.

9.2 Hensyn og anbefalinger ved en videreføring av FFT i familievernet

Ved en implementering av metoden ved flere familievernkontorer mener vi det er noen konsekvenser og hensyn som må ivaretas. Dette handler overordnet om valg av hvilke familievernkontorer metoden implementeres i, der man må ta hensyn til familievernkontorenes geografiske plassering som har betydning for henvisningsomfang, tilgang på kvalifiserte terapeuter og at kontorene tilfredsstillende tekniske og fysiske krav.

9.2.1 Betydningen av implementeringen for familievernets mandat

Ved en videre implementering av metoden i familievernet må en ta stilling til det faglige ståstedet i familievern tjenesten, som er tuftet på en annen fagtradisjon enn den strukturerte FFT-metodikken. Som følge av at ansatte i familievernet er tuftet på en annen fagtradisjon bør det også tas høyde for skepsis blant ansatte i familievernet ved innføring av denne type evidensbaserte og strukturerte metode.

9.2.2 Geografisk plassering av FFT i familievernet

Ved en videre implementering av metoden i familievernet må det gjøres en grundig vurdering av hvilke familievernkontorer metoden skal implementeres i, dette for å sikre et godt henvisningsomfang av familier. Familievernet er organisert regionalt og dermed er det ikke kan det være en utfordring å nå frem til alle utkantkommuner.

9.2.3 Fysiske rammer ved familievernkontorene hvor FFT implementeres

Ved en videre implementering av FFT i familievernet må det gjøres en grundig vurdering av tilgangen på teknisk utstyr og de fysiske forholdene ved familievernkontorene. Metoden fordrer en rekke fasiliteter. I en videreføring er det derfor sentralt å planlegge for, og sikre at aktuelle familievernkontorer har de nødvendige forutsetningene både med tanke på teknisk utstyr og fysisk tilrettelegging. Det bør videre tydeliggjøres hvilke fagsystemer FFT-teamet skal rapportere i, for å sikre lik praksis på tvers av FFT-teamene.

9.2.4 Tydelig og god forankring i implementeringen av FFT

I en videre implementering av FFT i familievernet vil det være sentralt at implementeringen forankres hos alle sentrale parter. Det vil ved et tidlig stadium være behov for å avklare hvilke parter som skal være involvert i prosessen, og hvilket ansvar de ulike partene skal ha. At Bufdir har vært koblet på prosessen, og holdt i utprøvingen fremstår som et suksesskriterium. En styringsgruppe og/eller en samarbeidsavtale kan være et godt grep for å formalisere samarbeidet, tydeliggjøre ansvarsfordeling og for å sikre fremdrift i implementeringen.

9.2.5 Avklaringer rundt lederansvaret i familievernet

I en videre implementering av FFT i familievernet må det tas høyde for at utskiftninger i ledelse kan skje, og at implementeringsbetingelser samt forutsetninger for vellykket implementering forankres i ny ledelse. Dette bør gjøres på et så tidlig stadium som mulig, og implementeringsansvarlig har et særlig viktig ansvar i forbindelse med dette. Når det gjelder teamleders rolle må det avklares hvilke muligheter som finnes i familievernet for at teamleder skal kunne ha budsjett- og personalansvar for teamet, slik anbefalingene i FFT-metoden tilsier. Det vil ved en videreføring være sentralt å undersøke organiseringen ved hvert enkelt familievernkontor, i og med at organiseringen ved de ulike kontorene kan variere, og FFT-metodikken setter krav og rammevilkår som skal innfris hva gjelder ledelse. Videre bør ledelsen ved familievernkontoret ha en viktig rolle i å gjøre FFT kjent ved resten av kontoret slik at man

oppnår synnergieffekter på tvers kjernevirksomheten i familievernet og FFT-teamet, og slik at teamet gjøres til en integrert del av tjenesten.

9.2.6 Det kan forventes nyrekruttering av terapeuter

Ved en eventuell videre implementering av metoden blir det sentralt å vurdere tilgangen på kvalifiserte terapeuter i det geografiske område hvor FFT vurderes implementert, og det bør tas med i betraktningen at det ikke er sikkert at man kan omdisponere personale i familievernet til FFT-terapeuter uten at det får konsekvenser for kapasiteten i kjernevirksomheten.

9.2.7 Det må besluttes hva som skal være FFT-terapeutenes arbeidsoppgaver

I en videre implementering ved nye familievernkontorer bør det foretas kapasitetsvurderinger ved hvert enkelt kontor. Dette innebærer vurderinger av om terapeutene skal rendyrkes som FFT-terapeuter eller om de også skal jobbe i kjernevirksomheten i familievernkontoret. Dette vil antagelig påvirkes av geografisk plassering, organiseringen ved hvert enkelt familievernkontor, innsøking av familier og risikonivå, samt andre forhold som for eksempel terapeutenes ønsker, kompetanse og erfaring. Enkelte steder vil det kanskje være nødvendig å skjerme terapeutene fra annet arbeid for å ha kapasitet til å gi familiene FFT. Ved kontorer i distriktene vil det kanskje heller være nødvendig å rekruttere til halve stillinger, da det erfaringsmessig har vært vanskelig å rekruttere kandidater til tilsvarende stillinger i liknende team. Under den første tiden med opplæring vil det være særlig viktig å skjerme tiden til terapeutene for å sikre at de blir godt kjent med metodikken.

I forlengelsen av dette har FFT-metodikken krav om fleksibel drift. Dersom tilbudet skal videreføres i familievernet er det viktig å kompensere terapeutene for å utvise økt fleksibilitet. For eksempel kan det bli nødvendig for terapeutene i familievernet å arbeide mer på ettermiddags- og kveldstid. Implementeringskonteksten kan være ulik fra region til region, og at familievernkontorene kan ha ulike rammer for arbeidstid. Det vil gjøre det nødvendig å finne kontekstspesifikke løsninger som kompenserer for økt fleksibilitet.

9.2.8 Det må være kapasitet hos implementeringsansvarlig

I en videre implementering av metoden i familievernet er det sentralt å sikre at implementeringsansvarlig har kapasitet til å følge opp teamene så tett som det har vært gjort i denne implementeringsprosessen. Å arbeide med FFT som terapiform innebærer innføring av en ny, evidensbasert metode, og stiller høye krav til både opplæring, det å følge metodens protokoll, samt dokumentasjon. At fagansvar og opplæring har vært tydelig definert som NUBUs ansvarsområde i forbindelse med evalueringen fremheves som svært positivt.

9.2.9 Henvisningskompetanse i familievernet

Et fåtall av familiene ønsker seg parallell behandling, eller opplever at FFT ikke treffer deres behov og etterlyser andre hjelpetiltak. Ved en videreføring av FFT i familievernet bør familievernets evne til å henvise og/eller koble på andre instanser for parallell eller annen oppfølging vurderes, og hvordan dette eventuelt best kan håndteres i familievernet.

LITTERATUR

- Alexander, J.F., Waldron, H.B., Robbins, M.S. & Nebb, A.A. (2013). *Functional Family Therapy for adolescent behavior problems*. Washington, DC: American Psychological Associations.
- Andershed, H. (2010). Stability and change of psychopathic traits: What do we know? I R. Salekin & D. Lynam (red.), *Handbook of child and adolescent psychiatry* (s. 233–250). New York: The Guilford Press.
- Aurini, J.D., Heath, M., & Howells, S. (2021). *The How To of Qualitative Research* (2. utg.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Baglivio, M.T., Jackowski, K., Greenwald, M.A., & Wolff, K.T. (2014). Comparison of Multisystemic Therapy and Functional Family Therapy effectiveness: A multiyear statewide propensity score matching analysis of juvenile offenders.. *Criminal Justice & Behavior*, 41(9), 1033–1056. <https://doi.org/10.1177/0093854814543272>
- Baldwin, S.A., Christian, S., Berkeljon, A., & Shadish, W.E.R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281–304. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x>
- Baumann, A.A., Rodríguez, M.M.D., Amador, N.G., Forgatch, M.S. & Parra-Cardona, J.R. (2014). Parent Management Training-Oregon Model (PMTO) in Mexico City: Integrating Cultural Adaptation Activities in an Implementation Model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21, 32–47.
- Bjørknes, R. (2011) *Parent Management Training – Oregon Model: Intervention effects on maternal practice and child behavior in ethnic minority families*. Bergen: Doktorgradsavhandling ved Universitetet i Bergen.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (1995). *Utredning av de faglige forutsetningene for arbeid med ungdom plassert etter lov om barneverntjenester §§ 4-24 og 4-26*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2011). *Barnvernsloftet til det beste for barn og unge*. Lastet ned fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/barnevern/2011/barnevernsl_brosjyre.pdf
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. I: R. Vasta (red.), *Six Theories of Child Development: Revised Formulations and Current Issues* (s. 187–250). Bristol, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- Byrd, A.L., Loeber, R. & Pardini, D.A. (2012). Understanding desisting and persisting forms of delinquency: the unique contributions of disruptive behavior disorders and interpersonal callousness. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 53, 371–380.
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 107–157. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12032>
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153–213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>

- Celinska, K., Cheng, C.C., & Virgil, N.J. (2015). Youth and parental perspectives on the Functional Family Therapy programme. *Journal of Family Therapy*, 37(4), 450–470. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12051>
- Celinska, K., Furrer, S., & Cheng, C.-C. (2013). An outcome-based evaluation of Functional Family Therapy for youth with behavioral problems. *Journal of Juvenile Justice*, 2(2), 23–36.
- Chalmers, I., & Glasziou, P. (2009). Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*, 374, 86–89. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60329-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60329-9).
- Collyer, H., Eisler, I., & Woolgar, M. (2021). Parent and youth perspectives and retention in Functional Family Therapy. *Family Process*, 60(2), 316–330. <https://doi.org/10.1111/famp.12605>
- Cooper, H. & Koenka, A.C. (2012). The overview of reviews: Unique challenges and opportunities when research syntheses are the principal elements of new integrative scholarship. *American Psychologist*, 67, 446–462.
- Creswell, J., & Clark, V.L.P. (2018). *Designing and Conducting Mixed Method Research* (3. utg.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Cuijpers, P., Li, J., Hofmann, S.G. & Andersson, G. (2010). Self-reported versus clinician-reported symptoms of depression as outcome measure in psychotherapy research on depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 768–778.
- Darnell, A., & Schuler, M.S. (2015). Quasi-experimental study of Functional Family Therapy effectiveness for juvenile justice aftercare in a racially and ethnically diverse community sample. *Children and Youth Services Review*, 50, 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.01.013>
- Datchi, C.C., & Sexton, T.L. (2013). Can family therapy have an effect on adult criminal conduct? Initial evaluation of functional family therapy. *Couple & Family Psychology: Research and Practice*, 2(4), 278–293.
- De nasjonale Forskningsetiske Komiteene (2018). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Lastet ned fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (2017) (red.). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5. utg.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Douglas, K.S., Vincent, G.M., & Edens, J F. (2018). Risk for criminal recidivism: The role of psychopathy. I C.J. Patrick (red.), *Handbook of psychopathy* (s. 682–709). New York: The Guilford Press.
- Ezpeleta, L., Penelo, E., Navarro, J.B., de la Osa, N., Trepato, E., & Wichstrøm, L. (2022). Reciprocal relations between dimensions of Oppositional defiant problems and callous-unemotional traits. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00910-8>
- Fixsen, D.L., Blase, K., Naoom, S. & Duda, M. (2013) *Implementation Drivers: Assessing Best Practices*. 10.13140/RG.2.2.20415.30885
- Fontaine, N. M. G., McCrory, E. J. P., Boivin, M., Moffitt, T. E., & Viding, E. (2011). Predictors and outcomes of joint trajectories of callous–unemotional traits and conduct problems in childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 730–742. <https://doi.org/10.1037/a0022620>.

- Frick, P.J., Ray, J.V., Thornton, L.C. & Kahn, R.E. (2014). Annual Research Review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 55, 532–548.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S.M. og Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD008225. doi:10.1002/14651858.CD008225.pub2
- Gottfredson, D.C., Kearley, B., Thornberry, T.P., Slothower, M., Devlin, D., & Fader, J.J. (2018). Scaling-up evidence-based programs using a public funding stream: A randomized trial of Functional Family Therapy for court-involved youth. *Prevention Science*, 19(7), 939–953. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0936-z>
- Graham, C., Carr, A., Rooney, B., Sexton, T., & Satterfield, L.R.W. (2014). Evaluation of Functional family Therapy in an Irish context. *Journal of Family Therapy*, 36(1), 20–38. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12028>
- Green L. W. (2008). Making research relevant: if it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence?. *Family practice*, 25 Suppl 1, i20–i24. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn055>
- Hartnett, D., Carr, A., Hamilton, E., & O'Reilly, G. (2017). The effectiveness of Functional Family Therapy for adolescent behavioral and substance misuse problems: A meta-analysis. *Family Process*, 55(3), 607–619. <https://doi.org/10.1111/famp.12256>
- Hawes, D., Dadds, M., Frost, A. & Hasking, P. (2011). Do callous-unemotional traits drive change in parenting practices? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40, 507–518.
- Heinonen, E., Lindorfs, O. H.rk.nen, T., Virtala, E., J..skel.inen, T & Knekt, P. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short-term and long-term psychotherapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(6), 475-494.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D. og Cunningham, P.B. (2009). *Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Children and Adolescents* (2. utg.). New York: Guilford Press.
- Herpers, P.C.M., Scheepers, F.E., Bons, D.M.A., Buitelaark, J.K. & Rommelse, N.N.J. (2014). The cognitive and neural correlates of psychopathy and especially callous– unemotional traits in youths: A systematic review of the evidence. *Development and Psychopathology*, 26, 245–273.
- Humayun, S., Herlitz, L., Chesnokov, M., Doolan, M., Landau, S., & Scott, S. (2017). Randomized controlled trial of Functional Family Therapy for offending and antisocial behavior in UK youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(9), 1023–1032. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12743>
- Hyde, L.W., Shaw, D.S., Gardner, F., Cheong, J., Dishion, T.J. & Wilson, M. (2013). Dimensions of callousness in early childhood: Links to problem behavior and family intervention effectiveness. *Development and Psychopathology*, 25, 347–363.
- Jávo, C. (2010). *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer: Transkulturell forståelse, veiledning og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjøbli, J., Zachrisson, H.D. & Bjørnebekk, G. (2018). Three randomized effectiveness trials – one question: Can callous-unemotional traits in children be altered? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(3), 436–443. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1178123>.

- Klahr, A.M. & Burt, S.A. (2014). Practitioner Review: Evaluation of the known behavioral heterogeneity in conduct disorder to improve its assessment and treatment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 55, 1300–1310.
- Kuyken, W., Padesky, C.A. & Dudley, R.A. (2009). *Collaborative case conceptualization*. New York: The Guilford Press.
- Kvello, Ø. (2021). Samtaler med barn og ungdom: Medvirkning, kommunikasjon og metoder. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvello, Ø. (2020). Foreldrestyrkende programmer. I L. Lorås & O. Ness (red.), *Håndbok i familierapi* (s. 447–482). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvello, Ø. (2019). Mentaliseringsbasert familierapi. I L. Lorås & O. Ness (red.), *Håndbok i familierapi* (s. 305–326). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvello, Ø., & Wendelborg, C. (2003). Et godt kommunalt hjelpeapparat: Status og utfordringer etter endringer i tiltakskjeden på fylkeskommunalt nivå. I Kommunenes Sentralforbund (red.), *Er sammenslutning av kommuner svaret på Kommune-Norges utfordringer? Om konsekvensene ved endring av kommunestrukturen* (s. 123–144). Oslo: Kommuneforlaget.
- Lambert, M. (1979). Psychotherapy outcome research. *American Psychologist*, 34(1), 91-93.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I J.C. Norcross & M.R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration* (s. 94–129). New York: Basic Books.
- Langer, D.A., McLeod, B.D. & Weisz, J.R. (2011). Do treatment manuals undermine youth-therapist alliance in community clinical practice? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 427–432. DOI: <http://10.1037/a0023821>
- Leykin, Y. & DeRubeis, R.J. (2009). Allegiance in psychotherapy outcome research: Separating associations from bias. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 54–65.
- Lichtwarch, W. & Marthinsen, E. (red.) (2013). *Det nye barnevernet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Littell, J.H., Campbell, M., Green, S. & Toews, B. (2010). Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10–17. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, 4, CD004797. London: John Wiley.
- Marsh, A., Finger, E., Mitchell, D., Reid, M., Sims, C., Kosson, D., ... Blair, R.J.R. (2008). Reduced amygdala response to fearful expressions in children and adolescents with callous-unemotional traits and disruptive behavior disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 712–720.
- Marshall, J., Hamilton, R. og Cairns, N. (2016). Application of the strengths and difficulties questionnaire added value score in evaluating the effectiveness of functional family therapy within local authority social work services. *Child and Adolescent Mental Health*, 23(2), 1–7.
- McCart, M.R., Priester, P.E., Davies, W.H. og Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(4), 527–543. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9031-1>
- McPherson, K.E., Kerr, S., Casey, B., & Marshall, J. (2017). Barriers and facilitators to implementing functional family therapy in a community setting: Client and practitioner perspectives. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(4), 717–732. <https://doi.org/10.1111/jmft.12221>

- Miller, S., Wampold, B. & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research, 18*, 5–14.
- Mills-Koonce, W.R., Wagner, N.J., Willoughby, M.T., Stifter, C., Blair, C. & Granger, D.A. (2015). Greater fear reactivity and psychophysiological hyperactivity among infants with later conduct problems and callous-unemotional traits. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 56*, 147–154.
- Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine, 104*(12), 510–520. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
- Munder, T., Brüscher, O., Leonhart, R., Gerger, H. & Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews. *Clinical Psychology Review, 33*, 501–511.
- Munder, T., Flückiger, C., George, H., Wampold, B.E. & Barth, J. (2012). Is the allegiance effect an epiphenomenon of true efficacy differences between treatments? A meta-analysis. *Journal of Consulting Psychology, 59*, 631–637.
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Conduct disorders in children and young people: Full guideline*. Lastet ned fra: <http://guidance.nice.org.uk/CG158/Guidance/p>
- Nissen-Lie, H.A, Goldberg, S.B., Hoyt, W.T., Falkenstr.m F., Holmqvist, R. Nielsen, S.L. og Wampold, B.E. (2016). Are therapists uniformly effective across patient outcome domains? A study on therapist effectiveness in two different treatment contexts. *Journal of Counseling Psychology, 63*(4), 367–378.
- Norges forskningsråd (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker – hva kan nyere viten fortelle oss og hva slags hjelp trenger de?* Oslo: Norges forskningsråd.
- Ogden, T., Askeland, E., Christensen, B., Christiansen, T. & Kjøbli, J. (2017). Crossing national, cultural, and language barriers – implementing and testing evidence based practices in Norway. I J.R. Weisz & A.E. Kazdin (red.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (3. Utg., s. 379 – 395). New York: The Guilford Press.
- Pardini, D., Lochman, J. & Powell, N. (2007). The development of callous-unemotional traits and antisocial behavior in children: Are there shared and/or unique predictors? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*, 319–333.
- Pasalich, D.S., Dadds, M.R., Hawes, D.J. & Brennan, J. (2012). Attachment and callous-unemotional traits in children with early-onset conduct problems. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 53*, 838–845.
- Persons, J.B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavioral therapy*. New York: The Guilford Press
- Rambøll (2021). Kunnskapsbehov i familievernet – hva mener praktiserere og forskere? Ikke publisert
- Robbins, M.S., Alexander, J.F., Turner, C.W., & Hollimon, A. (2016). Evolution of Functional Family Therapy as an evidence-based practice for adolescents with disruptive behavior problems. *Family Process, 55*(3), 543–557. <https://doi.org/10.1111/famp.12230>
- Rowe, C.L. (2012). Family therapy for drug abuse: Review and updates 2003–2010. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), 59–81. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00280.x>

- Rønnestad, M.H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 444–454.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (2000). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71–72.
- Sexton, T., & Alexander, J. (2004). *Functional family therapy clinical training manual*. Lastet ned fra: <https://pdfs.semanticscholar.org/730d/d748fb>
- Sexton, T., & Turner, C.W. (2010). The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 339–348. <https://doi.org/10.1037/a0019406>
- Skogen, J. & Torvik, F.A. (2013) *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt, rapport 2013:4.
- SSB (2019). Flere samtaler og meklinger med barn på familievernkontorene. Lastet ned fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/flere-samtaler-og-meklinger-med-barn-pa-familievernkontorene>
- SSB (2020). Store endringer i kommunekartet – og statistikken. Lastet ned fra: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/store-endringer-i-kommunekartet-og-statistikken>
- Tamim, R.M., Bernard, R.M., Borokhovski, E., Abrami, P.C. & Schmid, R.F. (2011). What forty years of research says about the impact of technology on learning: A second-order meta-analysis and validation study. *Review of Educational Research*, 81, 4–28.
- Thapar, A., Pine, D.S., Leckman, J.F., Scott, S., Snowling, M.J., & Taylor, E. (2015). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (6. utg.). London: John Wiley & Sons.
- Thøgersen, D.M. (2020). *Callous-Unemotional Traits and Functional Therapy. The Construct Validity Treatment Impact and Malleability of Callous-Unemotional Traits among Danish and Norwegian Adolescents in Treatment for Behavior Problems*. Odense: Syddansk universitet.
- Thøgersen, D.M. & Bjørnebekk, G. (2017). Funksjonell familierapi. I H. Eng, S.K. Ertesvåg, I. Frønes & J. Kjøbli (red.), *Den krevende foreldrerollen – familiestøttende intervensjoner for barn og unge* (s. 69–89). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thøgersen, D.M., Brunstad, A.L. & Christensen, B. (2019). Funksjonell familierapi. I L. Lorås & O. Ness (red.), *Håndbok i familierapi* (s. 399–414). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thøgersen, D.M., Lønnum, K., Tollefsen, N. & Christensen, B. (2021). Kognitiv atferdsterapi med ungdom med atferdsforstyrrelser. I K. Mathisen og R. Hagen (red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi for barn og unge* (s. 251–284). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Tolin, D.F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A metaanalytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 710–720.
- UN (2018). Convention on the Rights of the Child. Lastet ned fra: <https://www.nhri.no/wp-content/uploads/2018/06/CRC-5-6-218.pdf>
- Viding, E., Blair, R., Moffitt, T. & Plomin, R. (2005). Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds. *Journal of Psychology & Psychiatry*, 46, 592–597.

- VIVE (2018). *Implementering af FFT i Danmark: Erfaringer med funktionel familierapi i danske kommuner og organisationer*. København: VIVE – Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd.
- Waller, R., Gardner, F. & Hyde, L.W. (2013). What are the associations between parenting, callous-unemotional traits, and antisocial behavior in youth? A systematic review of evidence. *Clinical Psychology Review*, 33, 593–608.
- Wampold, B.E. og Imel, Z.E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate* (2. utg.). New York: Routledge.
- Wampold, B.E., Baldwin, S.A., Holtforth, M.G., & Imel, Z.E. (2017). What characterizes effective therapists. In L.G. Castonguay and C.E. Hill (Eds.) *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. Washington, DC: American Psychological Association.
- White, S.F., Frick, P.J., Lawing, K., & Bauer, D. (2013). Callous-unemotional traits and response to functional family therapy in adolescent offenders. *Behavioral Sciences & the Law*, 31(2), 271–285. <https://doi.org/10.1002/bsl.2041>
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Egger, H.L., Solheim, E. & Sveen, T.H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695–705. DOI: <http://10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>.

VEDLEGG

Kapasitetsutnyttelse og fullføring

Tabellen nedenfor presenterer tallgrunnlag fra 2018-2021 for de ulike FFT-teamene som er relatert til kapasitetsutnyttelse og fullføring. Tabellen illustrerer med farger nivåer som ligger på eller under anbefalte nivåer.

Av tabellen kan vi lese at FFT-teamet i Drammen har høyere antall arbeidende terapeuter enn de øvrige teamene. Teamet har imidlertid det nest laveste antall saker per terapeut, når vi sammenligner de ulike teamene. Trøndelag Sør er det teamet med flest saker per terapeut med 6.4 saker, og er det eneste teamet som ligger i det anbefalte intervallet for saker per terapeut.

Gjennomsnittlig behandlingstid for sakene som er avsluttet av kliniske årsaker varierer fra 138 dager til 162 dager. Gjennomsnittlig behandlingstid per sak er nest lavest ved FFT-teamet i Drammen. Andel saker hvor behandlingen ble fullført var 90 prosent i familievernet i Drammen. Det er noe høyere enn to av teamene og noe lavere enn to av de øvrige teamene.

Behandlingene er først og fremst gjennomført ved møter på kontoret i Drammen, mens for de øvrige teamene er behandlingene i større grad gjennomført med møter hjemme.

Tabell 0.1 Kapasitetsutnyttelse og fullføring (2018-2021)

FFT-team:	Drammen	Bærum	Sogn og Fjordane	Stavanger	Trøndelag Sør
Antall nye saker	152	115	92	93	119
Antall arbeidende terapeuter	2.9	2.7	1.9	1.9	2.2
Antall saker pr. terapeut	5.0	4.8	5.4	5.1	6.4
Gjennomsnittlig behandlingstid for saker avsluttet av kliniske årsaker	142	162	151	138	152
Stipulert kapasitet pr. arbeidende terapeut pr. år (antall ungdom/år)	12.8	10.9	13.1	13.6	15.4
Andel saker hvor behandlingen ble fullført	90 %	95 %	99 %	87 %	82 %
Andel saker med møter hjemme	16 %	33 %	100 %	91 %	76 %
Andel saker med møter på kontoret	84 %	67 %	0 %	9 %	24 %
Snitt reisetid hver vei for hjemmebaserte terapier (minutter)	62	24	81	49	65

Note: Antall arbeidende terapeuter bør ligge mellom 2,5 og 4,5. Antall saker per terapeut bør ligge mellom 6 og 10. Gjennomsnittlig behandlingstid bør ligge mellom 120-180 dager.

Andel fullførte behandlinger bør være over 80 prosent. Røde felt viser team som skårer tydelig under anbefalingene. Gule felt viser team som skårer litt under anbefalingene og grønne felt viser team som er i tråd med anbefalingene.

Tabellen nedenfor viser kapasitetsutnyttelse og fullføring av behandling ved familievernet i Drammen fordelt på de fire årene i utprøvingen. Av tabellen kan vi lese at både antall saker og terapeuter har variert fra oppstart frem til 2021. Det var flere arbeidende terapeuter ved oppstart enn ved avslutning av forsøket, skjønt det var flere ansatte i 2021 enn i 2020. De arbeidende terapeutene hadde færre saker og under anbefalt nivå de to første årene, enn de to siste årene. Gjennomsnittlig behandlingsslengde gikk ned fra første år. For omkring 90 prosent av sakene ble behandlingen fullført hvert år. Med unntak av 2020 ble mellom 10 og 15 prosent av sakene gjennomført med møter hjemme.

Tabell 0.2 Kapasitetsutnyttelse og fullføring ved FFT-teamet ved familievernet i Drammen

FFT-team Drammen	Kriterium	01.04.2018 - 31.12.2018	01.01.2019 - 31.12.2019	01.01.2020 - 31.12.2020	01.01.2021 - 31.10.2021
Antall nye saker		27	43	39	43
Antall arbeidende terapeuter	2,5 - 4,5	3.7	2.8	2.4	3.0
Antall saker pr. terapeut	6-10	3.4	4.9	6.5	5.3
Gjennomsnittlig behandlingsslengde for saker avsluttet av kliniske årsaker	120-180 dager	174	131	152	133
Stipulert kapasitet pr. arbeidende terapeut pr. år (antall ungdom/år)		7.1	13.6	15.7	14.7
Andel saker hvor behandlingen ble fullført	> 80%	92 %	90 %	87 %	93 %
Andel saker med møter hjemme		15 %	13 %	26 %	10 %
Andel saker med møter på kontoret		85 %	87 %	74 %	90 %
Snitt reisetid hver vei for hjemmebaserte terapier (minutter)		30	66	68	63

Note: Røde felt viser team som skårer tydelig under anbefalingene. Gule felt viser team som skårer litt under anbefalingene og grønne felt viser team som er i tråd med anbefalingene.