

Indsatsbeskrivelse – og det bagvedliggende vidensgrundlag

Styrket Familiebehandling i udsatte familier
Socialstyrelsen



Januar, 2020.

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	4
2	Overordnet forløb for en familiebehandlingsindsats	4
	2.1 Opstart.....	5
	2.2 Indsats.....	5
	2.3 Videre afklaring.....	5
3	Datagrundlag for vidensafdækningen	5
	3.1 Identifikation af casekommuner	5
	3.2 Casebesøg	6
	3.3 Litteratursøgning.....	7
	3.4 Sprint-workshop.....	7
4	Målgruppe og forudsætninger – set i praksis.....	7
	4.1 Målgruppen.....	7
	4.2 Forudsætninger for indsatsen.....	9
5	Problemfelt og behov set fra en kommunevinkel	10
	5.1 Indsatsvifte	10
	5.2 Kommunernes efterspørgsel	11
6	Familiernes ønsker og behov	12
7	Prioriterede obligatoriske elementer til en indsatsmodel	14
	Obligatorisk element 1: Sammenhængende indsats	15
	Obligatorisk element 2: Tilknytning til almenområdet	17
	Obligatorisk element 3: Fleksibel tilrettelæggelse af arbejdstid	19
	Obligatorisk element 4: Fælles metodisk fundament	21
	Obligatorisk element 5: Systematisk relationsarbejde	23
	Obligatorisk element 6: Flerfamilieaktiviteter	25
	Obligatorisk element 7: Involvering af familiens brede netværk.....	28
8	Ressourcer	30
	BILAG 1: Notat om litteratursøgning.....	32
	Søgestrategi i forbindelse med indledende vidensafdækning	32
	Søgestrategi og begrundelse.....	32
	Anvendelse af resultater.....	33
	BILAG 2: Litteraturliste	34
	BILAG 3: Afsæt for indsatsen	36

Eksempler på organisering	36
Ledelse.....	37
BILAG 4: Et eksempel på en forløbsbeskrivelse.....	38
Fase 1: Opstart.....	38
Fase 2: Indsats	39
Fase 3: Afslutning.....	42
BILAG 5: Eksempler på effektmåling og dokumentation	42
Effekt af familiebehandlingsindsatsen	42
Dokumentation	43

1 INDLEDNING

Dette notat er en delleverance i første fase 'Vidensafdækning' i projektet 'Styrket familiebehandling i udsatte familier'.

Formålet med projektet 'Styrket familiebehandling i udsatte familier' er at udvikle og modne en model for en behandlingsindsats, som er målrettet meget udsatte familier. Intentionen er at modne en indsats, der understøtter, at familier, der er så udfordret, at der er risiko for en anbringelse af et eller flere børn, får afhjulpet og løst problemerne i familien ved en styrket indsats, som eventuelt kombineres med et døgnophold, så børnenes trivsel og udvikling sikres.

På familieniveau er der således fokus på, at indsatsen medfører, at:

- Børnenes trivsel forbedres og evt. problemadfærd mindskes
- Børnenes udvikling sikres
- Forældrene vurderer, at de har fået en mere stabil og struktureret hverdag
- Forældrene vurderer, at de har fået styrket deres forældrekompetencer.

Modellen for den styrkede familiebehandlingsindsats udarbejdes i projektets indledende fase i form af en indsatsbeskrivelse på baggrund af en vidensafdækning, hvor lovende obligatoriske elementer identificeres og beskrives. Dette notat præsenterer resultaterne af vidensafdækningen, og notatet udgør grundlaget for det videre arbejde med de obligatoriske elementer til indsatsbeskrivelsen.

De obligatoriske elementer i indsatsbeskrivelsen for en styrket familiebehandlingsindsats for udsatte familier, der er identificeret og viderebearbejdet med afsæt i afdækningen er henholdsvis:

Organisatoriske elementer:

1. Sammenhængende indsats
2. Tilknytning til almenområdet
3. Fleksibel tilrettelæggelse af arbejdstid

Faglige elementer:

4. Fælles metodisk fundament
5. Systematisk relationsarbejde
6. Flerfamilieaktiviteter
7. Involvering af familiens brede netværk

Notatet giver således overordnet indsigt i viden og erfaringer med familiebehandlingen i Danmark – med særligt fokus på de identificerede obligatoriske elementer, der på tværs af de interviewede kommuner samt med input fra forskning på området, vurderes som særligt virksomme og lovende i familiebehandlingsindsatsen for projektets målgruppe.

2 OVERORDNET FORLØB FOR EN FAMILIEBEHANDLINGSINDSATS

Udgangspunktet for at afdække behovene til en styrket familiebehandlingsindsats er en forståelse af indsatsen, som en central og selvstændig del i et tretrins forløb. Når familier modtager familiebehandling, indgår de således i et forløb, der lettere forsimplet består af tre trin, henholdsvis en indledende opstart på myndighedsniveau, herefter indsatsen, der primært fungerer på udførerniveau med samarbejdsflade til myndighedsniveau, og endelig en videre afklaring, hvor det fremadrettede forløb planlægges. Indsatsen er således omdrejningspunktet for såvel vidensafdækning, som indsatsbeskrivelse.

I det følgende beskrives de tre trin i forløbet i overordnede træk. En mere detaljeret beskrivelse af, hvordan de tre trin eksempelvis kan se ud, findes i bilag 4. De obligatoriske elementer i indsatsbeskrivelsen, der udfoldes senere i notatet, med afsæt i afdækningen, skal alle forstås som elementer, der iværksættes som en del af indsatsen. I nogle tilfælde vil indsatsen indeholde delelementer, der rækker ind i opstarten (myndighedsspor med visitation og afgørelseskompetence i sagen) og den videre afklaring (udslusning til en mindre indgribende foranstaltning).

2.1 Opstart

På baggrund af en henvendelse, en underretning eller et forudgående forløb afholder familien et indledende møde med en myndighedsrådgiver, hvor familien partshøres.

Herefter afklares familiens behov og udfordringer og ressourcer afdækkes i en børnefaglig undersøgelse (SEL § 50 hvor familien selv samt relevante fagpersoner og privat netværk inddrages med viden om familien. Der foretages eventuelt også en forældrekompetenceundersøgelse og/eller psykologisk undersøgelse af børnene (alternativt sker det i fase 2).

Undersøgelsen munder ud i en socialfaglig vurdering, og på baggrund af denne og familiens ønsker udarbejdes en handleplan med mål både for børnene og forældrene og for familien samlet set. Her kan gøres brug af én plan (jf lovgivning om én plan).

Ud fra de identificerede behov og mål visiterer myndighed til relevant indsats.

2.2 Indsats

I fase 2 iværksættes den styrkede familiebehandlingsindsats. Eftersom familierne har individuelle og komplekse behov, er der brug for at kunne visitere til en eller flere sammenhængende indsats(er) ud fra en palette af forskellige indsats-typer, herunder eksempelvis støtte i hjemmet, familierådslagning m.fl.

Den styrkede familiebehandlingsindsats, der præsenteres i dette Vidensnotat, består som minimum af de syv obligatoriske elementer. De obligatoriske elementer præsenteres og udfoldes i kapitel 7.

2.3 Videre afklaring

Den styrkede familiebehandlingsindsats afrundes ved, at det afklares, hvordan den positive udvikling i familien i forbindelse med indsatsen i fase 2 kan vedligeholdes. For nogle familier vil fase 3 således have fokus på at støtte forældrene i hjemmet efter en intensiv indsats, hvor familien over tid vil overgå til almindelige forebyggende foranstaltninger.

Derudover vurderes det, om der er behov for andre tilbud i andet regi, eksempelvis tilbud alene til en af forældrene i jobcenterregi eller i social og sundhed.

3 DATAGRUNDLAG FOR VIDENSAFDÆKNINGEN

Projektet 'Styrket familiebehandling i udsatte familier' er overordnet tilrettelagt i to faser, en indledende fase med en kortere vidensafdækning og identifikation af obligatoriske elementer til en model for en styrket familiebehandlingsindsats, og en fase to, hvor indsatsens elementer modnes og evalueres.

I forhold til den indledende fase var opgaven imidlertid stillet på en sådan måde, at der kun var tre måneder til at indsamle viden på området, hvorfor det ikke har været muligt at komme i dybden med alle relevante datakilder. Samtidig er der begrænset litteratur om kommunale indsatser til at styrke familiebehandling til udsatte familier, hvorfor de obligatoriske elementer i høj grad hviler på afdækkede praksiserfaringer.

Notatet her, og vidensgrundlaget, skal således ses som et afsæt for udviklingen af en styrket indsats til udsatte familier, hvor såvel vidensgrundlag, som indsatsbeskrivelse nuanceres og kvalificeres i takt med forløbet i modningsfasen.

Datagrundlaget for vidensgrundlaget og notatet præsenteres nedenfor.

3.1 Identifikation af casekommuner

Som afsæt for identifikation af casekommuner med lovende praksiselementer på området, er der indledningsvist gennemført en overordnet gennemgang af kommunale hjemmesider med henblik på at etablere et overordnet billede af, hvad kommunerne har i deres tilbudsvifte på området. Der er i den indledende gennemgang set nærmere på 33

kommuner, hvor det primære udvælgelseskriterie har været et indbyggertal over 45.000 for at sikre, at kommunerne har haft et vist borgergrundlag i forhold til familiebehandling.

Formålet med den indledende gennemgang af kommunale hjemmesider har været at etablere et overblik over, hvad kommunerne typisk arbejder med i deres familiebehandling. Der er stor variation i, hvor meget kommunerne skriver på deres hjemmesider, og størstedelen af kommunerne beskriver primært deres forebyggende indsatser. Det er således i langt mindre grad beskrevet, hvis en kommune har videreudviklet på en evidensbaseret metode, eller hvis en kommune selv har udviklet en metode. Afdækning på kommunernes hjemmeside giver imidlertid et indblik i hvilke typer af metoder og kompetencer, kommunerne har på hylderne, når de, som det ofte er tilfældet med de mere intensive familieindsatser, skal sætte et særligt forløb sammen til en specifik familie ud fra en helhedsorienteret tilgang.

Med afsæt i gennemgangen af hjemmesider, kendskab til kommunal praksis fra Implement og SUS, samt Socialstyrelsen, input fra Fonden VITA, Marie Østergaard og videnspersoner fra SL og KL er der herefter gennemført 18 telefoninterviews med ledere i 17 kommuner. De interviewede ledere repræsenterede såvel myndigheds- som udførerniveau i de udvalgte kommuner. Alle de interviewede kommuner repræsenterede en praksis på området, hvor der er oplevet lovende delelementer i forhold til målgruppen (eller undermålgrupper) for den styrkede indsats.

På baggrund af de gennemførte telefoninterviews er der etableret et overordnet indblik i såvel målgruppens karakteristika, hvad kommunerne generelt efterspørger i forhold til arbejdet med meget udsatte familier, samt hvor der arbejdes med lovende elementer, der med fordel kan indgå i en model for familiebehandling til modning og afprøvning.

På denne baggrund er der i samarbejde med Socialstyrelsen etableret en bruttoliste af kommuner, der hver især i deres praksis arbejder med et eller flere elementer, der enten opleves som lovende eller modsvarer en efterspørgsel identificeret på tværs af kommuner i forhold til målgruppen.

3.2 Casebesøg

Med afsæt i bruttolisten er der efterfølgende gennemført opfølgende casebesøg i seks kommuner, hvor der er afholdt uddybende interviews med følgende respondentkategorier:

<p>GREVE</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 rådgiver • 3 familiebehandlere • 1 leder på udførerniveau • 3 familier 	<p>HVIDOVRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 familiebehandlere (psykologer) • 3 ledere på udførerniveau
<p>HØJE-TAASTRUP</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 rådgiver • 2 familiebehandlere • 3 ledere på udførerniveau • 1 familie 	<p>MARIAGERFJORD</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 rådgiver • 1 leder på myndighedsniveau • 5 familiebehandlere • 1 leder på udførerniveau • 1 sundhedsplejerske • 2 familier
<p>RANDERS</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 rådgiver • 3 familiebehandlere • 1 psykolog • 2 ledere på udførerniveau • 1 sundhedsplejerske • 1 familie 	<p>SKIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 rådgiver • 2 familiebehandlere • 1 psykolog • 1 leder på udførerniveau • 2 sundhedsplejersker • 1 leder på myndighedsniveau • 1 familie

Referater fra casebesøgene indgår ikke som en del af vidensnotatet, men udgør en væsentlig del af grundlaget for udarbejdelsen af de endelige obligatoriske elementer i indsatsbeskrivelsen. Relevante erfaringer fra casekommunerne er indarbejdet i de obligatoriske elementer, som afsæt for fokusområder og eksempler på, hvordan elementerne kan omsættes til praksis.

3.3 Litteratursøgning

Til at kvalificere og supplere de identificerede elementer afdækket igennem kommuneinterview og casebesøg mm. er der gennemført en overordnet litteratursøgning (jf. bilag 1, 'Notat om litteratursøgning') med fokus på forskning ud fra en to-strengt søgestrategi. Der er således:

1. Søgt på udvalgte nøgleord kombineret med 'review' og 'meta-analysis' i udvalgte databaser
2. Hvor det har været umiddelbart relevant, er referencerne fra publikationerne fra punkt 1 fulgt for eventuelle supplerende nøglepublikationer.

Der er søgt i følgende databaser:

1. PubMed (god til RCT-studier)
2. PsycINFO (god til RCT-studier)
3. Web of Science
4. Overordnet REX-søgning
5. SØM's vidensdatabase (målgruppe: Børn og unge i forebyggende foranstaltninger efter SEL § 52)

Den afdækkede litteratur indgår som en del af grundlaget for udvælgelsen og kvalificeringen af de syv obligatoriske elementer, der indgår i indsatsbeskrivelsen. De obligatoriske elementer udfoldes i afsnit 7, og her præsenteres i det omfang det er muligt, med rammerne for vidensafdækningen in mente, løbende relevant forskning, der underbygger de udvalgte elementer.

3.4 Sprint-workshop

Udover kommuneafdækning, casebesøg og litteratursøgning er der, som en del af vidensafdækningen, gennemført en social design sprint workshop med henblik på at kvalificere udvalgte obligatoriske elementer i en familiebehandlingsindsats. Social design sprint er en udviklingsmetode, der sætter fokus på dialog om behov og problemer. Social design sprint skaber rammerne om udvikling og test af prototyper på udvalgte dele af det produkt, der er i fokus – i dette tilfælde indsatsbeskrivelsen for styrket familiebehandling. I samarbejde med Socialstyrelsen blev to af de identificerede obligatoriske elementer udvalgt til arbejdet på workshoppen, henholdsvis 'Flerfamilieaktiviteter' samt 'Familiens brede netværk'. På workshoppen deltog 12 kommunale medarbejdere fra fem forskellige kommuner, sammensat af medarbejdere fra casekommunerne, samt fra Københavns Kommune.

På workshoppen blev udfordring og behov i forhold til de to udvalgte obligatoriske elementer udfoldet, og deltagerne konceptudviklede prototyper på elementerne. Prototyperne blev herefter co-designet og produceret, og deltagerne udarbejdede forberedende materialer til at teste de udarbejdede prototyper.

Der er slutteligt gennemført tre test af prototyperne med medarbejdere på ledelses- og udførelsniveau fra to forskellige kommuner. Disse medarbejdere og ledere havde ikke deltaget i sprint-workshoppen. Fokus i testene har været, om prototypen var realistisk at implementere i praksis, og hvilke forudsætninger og ændringer der skulle til for at lykkedes med at gennemføre prototypen i praksis. Resultaterne er anvendt til at udfolde de obligatoriske elementer i den endelige indsatsbeskrivelse, og tjener som både indledende realitets- og relevanstjek, men også som inspiration til modningsfasen.

Med overstående dataafsæt for vidensgrundlag og indsatsbeskrivelse præsenteres resultaterne af afdækningen, samt indsatsbeskrivelsens obligatoriske elementer i de følgende afsnit.

4 MÅLGRUPPE OG FORUDSÆTNINGER – SET I PRAKSIS

4.1 Målgruppen

I opdraget for opgaven med at udvikle og modne en model for 'Styrket familiebehandling for udsatte familier' er målgruppen for indsatsen defineret som udsatte familier med komplekse problematikker, hvor der er risiko for en

anbringelse af barn eller børn. Det er familier, hvor en fokuseret og koordineret familiebehandlingsindsats forventes at skabe positiv udvikling i familien, og hvor døgnophold for hele familien kan være relevant som en del af indsatsen.

Det vil sige, at der er tale om familier, hvor:

- Børnene kan udvise risikoadfærd og manglende trivsel og alderssvarende udvikling
- Hvor forældrene kan have utilstrækkelige forældrekompetencer og mangel på gode sociale relationer
- Hvor der kan være særlige familieforhold som misbrug, overgreb, psykisk sygdom m.m., der kan være med til at øge risikoen for, at børn og unge oplever mistrivsel og udvikler problemer, der kan skade deres udvikling

På baggrund af en kortlægning af forskning på området udarbejdet af SFI (2012), ses det, at reaktionsmønstre, sociale, kulturelle og materielle ressourcer (og mangel på samme) overføres fra forældregeneration til børn ved påvirkninger på tre niveauer:

- Gennem forældre som rollemodeller og familiens livsstil baseret på socioøkonomiske livsvilkår og værdigrundlag
- Gennem forældrenes opdragelsesstil
- Gennem forældres omsorg/fravær af omsorg.

Kendetegnende risikofaktorer identificeret hos familier og børn i målgruppen er i forlængelse af dette (ikke udtømmende) kortlagt til ofte at være en eller flere af følgende:

RISIKOFAKTORER

I familien	Uden for familien
Svækket forældreevne	Socialt udsat nærmiljø
Forældrenes erfaring med omsorgssvigt	Vanskeligheder i den sociale kontakt med voksne og jævnaldrende
Forældrenes misbrug	Negative kammeratskabsrelationer
Ustabile familiestrukturer	Belastet skolemiljø
Kronisk disharmoni i familien	Manglende fritidsinteresser
En fraværende far	Dårlige skolepræstationer
Vold i familien	
Stress i familien	
Fattigdom	
Social isolering	
Somatisk eller psykisk sygdom hos en af forældrene	
Forældrenes arbejdsløshed eller sporadiske ansættelse	

Kilde: Bengtsson et al., 2009.

På baggrund af vidensafdækningen, herunder interviews samt samskabelsesworkshop, kan målgruppen yderligere konkretiseres. I vidensafdækningen er der indsamlet viden fra kommunale familiebehandlingsindsatser på såvel udfører- som myndighedsniveau, og de fagprofessionelle beskriver yderligere målgruppen, der mødes i praksis, således:

Forældrene har:

- Utilstrækkelige forældrekompetencer
- Udfordringer med at strukturere hverdag hensigtsmæssigt i forhold til børnenes behov, herunder bl.a. at etablere rutiner med at komme op om morgenen, at putte børnene eller sikre næringsrige madpakker og understøtte skolegang
- Økonomiske udfordringer og vanskeligheder med at lægge og følge budgetter, der understøtter stabilitet i hverdagen
- Lav mentaliseringsevne og vanskeligheder med at tilsidesætte egne behov til fordel for børnenes
- Større personlige udfordringer som fx psykiske lidelser, misbrug og temperamentsproblemer

- Ofte et lavere kognitivt funktionsniveau end generelt
- Modtager ofte offentlig forsørgelse, primært kontanthjælp
- Flere generationer i systemet
- Manglende erkendelse af støttebehov ift. såvel forældrekompetencer, som personlige udfordringer
- Forældrene er ofte selv "børn af systemet", dvs. de er vokset op med tæt kontakt til det offentlige system, enten fordi deres egne forældre under deres opvækst har modtaget forskellige former for offentlig støtte, eller fordi de fx selv har været anbragte som børn
- Manglende, ustabil eller negativt netværk
- Parallelle liv, hvor den virkelighed, der præsenteres for myndighed, fx at forældrene er udenfor arbejdsmarkedet og trængt økonomisk, samtidig udfordres og påvirkes af en anden virkelighed, som myndighed ikke har kendskab til, fx at økonomien forsøges styrket gennem prostitution eller lån gennem netværk eller andet, der influerer negativt på den samlede familiesituation

Børnene er kendetegnet ved:

- Dårlig trivsel
- Ikke alderssvarende udvikling
- Personlige udfordringer som fx ADHD, autismespektrumsforstyrrelser, lavt selvværd, udadreagerende adfærd, selvskadende adfærd o.a.
- Ustabil fremmøde i daginstitutioner og skole

Flere kommuner peger desuden på, at forældrene i målgruppen for den intensive familiebehandlingsindsats bliver yngre og yngre, og at familier i målgruppen med anden etnisk baggrund end dansk kan være svære at støtte pga. fx sproglige barrierer og kulturelle forskelle. Forældre med dobbeltdiagnoser opleves desuden som særligt udfordrende at støtte i familiebehandlingsindsatserne.

4.2 Forudsætninger for indsatsen

I forlængelse af afdækningen af lovende elementer i en styrket familieindsats, er kommunerne blevet spurgt ind til forudsætningerne for at lykkes med en indsats for målgruppen af udsatte familier kendetegnet ved flere af udfordringerne skitseret i det foregående afsnit. I det følgende præsenteres en række forudsætninger, som er identificeret på casebesøgene, som betydende i praksis.

De udvalgte forudsætninger nedenfor er ikke dækkende for alle italesatte forudsætninger præsenteret på casebesøgene, men er udtryk for forudsætninger, som er nævnt på tværs af flere kommuner, såvel casekommuner, som i de indledende telefoninterview. De er alle blevet adresseret af kommunerne enten direkte eller som understøttende for effekten af en samlet indsats:

- **Viden om psykiske symptomer** hos såvel voksne som børn: Det gør det muligt at forstå og handle på den adfærd, der er.
- **Anerkendende tilgang:** At møde borgeren på en ikke-dømmende måde med fokus på de ressourcer og muligheder, borgeren har i stedet for borgerens eventuelle begrænsninger.
- **Relationskompetence:** Evnen til at opbygge og vedligeholde relationer med udsatte familier, også når der er kriser, så familierne betrygges og får tillid. Dette er forudsætningen for, at familierne kan finde en motivation og forandre sig.
- **Mentalisering:** Evnen til at se adfærd udefra og forholde sig til, hvad der sker.
- **Arbejde metodisk og struktureret:** Dette sker i en proces, hvor man som udfører/myndighed har et metodisk fundament, og man både åbner op og lytter til behov såvel som det, der ikke siges, og snævrer ind i forhold til mulige løsninger, der følges op på og justeres på efter behov ud fra en fælles faglig forståelse på tværs.
- **Tydelig kommunikation:** Vedholdende fokus på, at familien forstår, hvad der skal ske og hvorfor.
- **Samarbejde på tværs:** Kunne samarbejde med andre, og fra andre områder, ved at udleve de seks principper i relationel kapacitet (se desuden bilag 3); samarbejdsevne, videndeling, kendskab, respekt, problemløsning og innovation.¹

¹ I Danmark har Carsten Hornstrup videreudviklet konceptet om relationel koordinering af Jody Hoffer Gittel til en dansk kommunal kontekst, og kalder det Relationel Kapacitet. Pointen er, at forskerne har undersøgt, hvad der skaber et godt samarbejde på tværs, så aktørerne i samarbejdet præsterer bedre i form af bedre borgereffekter og højere trivsel blandt medarbejderne. Derudover bliver aktørerne i samarbejdet mere effektive.

De identificerede eksempler på forudsætninger for at lykkes med indsatsen skal hele tiden vedligeholdes, hvorfor jævnlig – og fælles - kompetenceudvikling påpeges som relevant i praksiskortlægningen. Kompetenceudvikling inkluderer ligeledes undervisning i de redskaber og metoder, som de fagprofessionelle arbejder med. Det kan fx være konkrete metoder som Theraplay, Marte Meo, SOS, LØFT eller tilgange som mentalisering.

5 PROBLEMFELT OG BEHOV SET FRA EN KOMMUNEVINKEL

For at komme tættere på, hvilke behov der er i forhold til indholdet i en styrket familiebehandlingsindsats, er der samtidig i praksiskortlægningen set på, hvad kommunerne allerede tilbyder. På baggrund af de indledende telefoninterviews, samt de opfølgende casebesøg præsenteres nedenfor de tilbud, der i større eller mindre grad ses på tværs af kommunernes indsatsvifte - samt hvad kommunerne i forlængelse af dette specifikt efterspørger eller søger styrket for yderligere at imødekomme målgruppens behov.

5.1 Indsatsvifte

På baggrund af såvel gennemgang af hjemmesider som interview med kommuner tegner der sig et billede af en bred og differentieret palette af indsatser i familiebehandlingen på tværs af kommuner. Indsatsen i forhold til de særligt udsatte familier er samtidig kendetegnet ved i høj grad at blive tilrettelagt med udgangspunkt i den enkelte families behov, hvorfor der ikke er en 'fast' model for, hvad indsatsen indeholder. Samtidig er der stor forskel på, hvor systematisk, der arbejdes med elementerne, og hvor afhængig man er i indsatsen af enkeltpersoner/kompetencer i forhold til arbejdet med konkrete elementer.

5.1.1 Elementer i familiebehandlingsindsatsen

Udover evidensbaserede metoder som DUÅ, PMT-O, Theraplay m.fl. arbejder kommunerne, der indgår i vidensafdækningen, på tværs i forskellig grad med blandt andet følgende elementer i deres individuelt tilrettelagte indsatser for udsatte familier:

- **Systematisk målafklaring** ved opstart og hyppige opfølgninger med familie og sagsbehandler på progression i forhold til mål
- **Fælles refleksion** om observationer, udvikling og udviklingsmål for familien
- **Inddragende netværksmøder** med fokus på koordinering af indsatser omkring barnet med skole, børnehave mv og privat netværk
- **Sikkerhedsplaner**
- **Helhedsfokus** i indsats – fx samarbejde med psykiatri, fokus på bolig, økonomi, jobcenter mv.
- Mulighed for **praktisk støtte** til familie (oprydning af hjem, døgnrytme, måltider mv)
- **Støtte og hjælp til forældrenes samvær** med børn i konkrete gentagne situationer, fx putning, hygiejne, morgenrutiner
- **Overvåget samvær**
- **Behandlingsforløb**, der sammensættes med en eller flere af følgende elementer efter behov:
 - Individuelle samtaler til forældre (fx traumebehandling, mentaliseringsunderstøttende samtaler)
 - Parsamtaler til forældre med fokus på at styrke kommunikation og forældreskab
 - Mæglingssamtaler, konfliktnedtrappende samtaler
 - Observationer
 - Guidende aktiviteter, handlingsanvisende aktiviteter, træning
 - Tilknytningsarbejde mellem barn og forældre med fx theraplay, marte meo el lign.
 - Mentalisering
 - Psykoeducation
 - Empowerment
- **Gruppeaktiviteter**
- **Forløb med ord & billeder** – dokumentation af vigtige begivenheder i barnets liv
- **Vekselvirkning mellem hjemmebesøg og samtaler/aktiviteter i familiehuis**, hvor udkørende familiekonsulenter/-behandlere med forskellig frekvens kommer på besøg hos familierne i deres eget hjem – besøgene har forskellig varighed og tager afsæt i konkrete behov.

- **Familieaktiviteter / familiesamtaler** med børn og forældre sammen
- **Værktøjer** som FIT, SOS, Circle of Security m.fl.

5.1.2 Døgnbehandling

Der er samtidig stor forskel på, i hvilken grad de interviewede kommuner tilbyder et døgnophold for hele familien (parallelanbringelser) som en del af familiebehandlingen. Nogle steder tilbydes døgnbehandlingen i kommunalt regi, mens andre kommuner tilkøber denne ydelse eksternt hos en privat udbyder.

Døgnopholdet i familiebehandlingen tilbydes som oftest i huse, hvor flere familier bor i egne lejligheder eller værelser med tilknyttede fællesarealer i form af fx fælles køkkener, badeværelser og legearealer for børnene. Husene ligger fysisk enten i forlængelse af de ambulante behandlingstilbud eller for sig selv. Medarbejderne i døgnbehandlingstilbudene har oftest kontorer og "behandlingsrum" i dertil indrettede lokaler i samme hus, som familierne bor i, men ikke i direkte tilknytning til familiernes private lejligheder. I døgnbehandlingsindsatsen lægges der vægt på, at familiernes hverdag er så normal som mulig, og familierne har som oftest selv ansvar for indkøb, madlavning, hygiejnisk omsorg for børnene (bleskift, badning etc.). Samtidig er det væsentligt, at medarbejderne har nem og hurtig adgang til familierne, og at de kan observere og støtte forældrene i den daglige omsorg for og samvær med børnene.

5.2 Kommunernes efterspørgsel

På trods af, at kommunerne, som det ses af ovenstående, har mange indsatslementer på hylderne, og i stort omfang arbejder med individuelt tilrettelagte forløb for de særligt udsatte familier, er der konkrete områder, hvor de interviewede kommuner efterspørger mere viden eller mulighed for yderligere udvikling af konkrete elementer i indsatsviften.

Flere kommuner efterspørger således (videreudvikling af) metoder, tilgange eller redskaber, der:

- Er særligt målrettet gravide, spædbørns- og småbørnsfamilier, da kommunerne vurderer, at de med indsatser for disse målgrupper i højere grad kan vende en problematisk udvikling, understøtte børnenes trivsel og forældrekompetencer - og hermed også forebygge potentielle anbringelser
- I særlig grad er virkningsfulde for henholdsvis familier præget af forældres misbrug, psykiske lidelser og lave kognitive funktionsniveau
- Er særligt tilpasset sproglige og kulturelle barrierer ift. familier med anden etnisk baggrund end dansk.
- Der understøtter familiernes mulighed for spejling, netværksskabelse og empowerment.
- Der understøtter en aktiv inddragelse/involvering af netværk og frivillige i indsatsen.

De udvalgte obligatoriske elementer kan ikke betragtes som udtømmende i forhold til de samlede behov på tværs af kommuner for en styrket indsats, men adresserer alle et identificeret behov hos kommunerne, enten direkte eller som understøttende for effekten af en samlet indsats.

6 FAMILIERNES ØNSKER OG BEHOV

Med henblik på også at få et borgerperspektiv med i vidensafdækningen, om end begrænset, er der i forbindelse med vidensafdækningen i casekommunerne interviewet otte familier. Fokus i interviewene har været på, hvad der har fungeret godt i den indsats, de har modtaget, hvad familierne gerne ville have mere af, hvad man med fordel ellers kunne tænke ind i en indsats – og hvad der ikke har fungeret.

Familierne er repræsentanter for meget forskellige behov og udfordringer, men de har alle det til fælles, at de har haft behov for en intensiv familiebehandlingsindsats.

Familiernes input har været med til såvel at nuancere de enkelte casekommuners indsats ved at tilbyde et borgerblik på et konkret forløb, som til at give generelle input til, hvad familierne lægger vægt på i mødet med systemet, når de vurderes at have et omfattende støttebehov i forhold til forældrerollen i en kortere eller længere periode. Familiernes italesatte behov, ønsker til og oplevelse af indsatsen har således været med til at kvalificere de identificerede obligatoriske elementer i modellen for En styrket familiebehandlingsindsats.

Familiernes input op imod de identificerede obligatoriske elementer præsenteres nedenfor:

- **Obligatorisk element 1: Sammenhængende indsats**

De interviewede familier har alle med afsæt i et komplekst udfordringsbillede i større eller mindre grad haft kontakt til andre forvaltningsområder og afdelinger i deres respektive kommuner, fx voksensocialområdet, beskæftigelsesområdet samt dagtilbudsområdet. Derudover har flere også sideløbende med familieindsatsen haft kontakthaver ind i andre sektorer, særligt sundhedsområdet.

Flere af de interviewede familier fremhæver i den forbindelse, at oplevelsen af koordinationen mellem disse mange aktører har været mangelfuld, hvilket har medført stor frustration og uro i forhold til at kunne deltage – og aktivt indgå i – familiebehandlingen, fordi usikkerheder i forhold til de andre områder har været forstyrrende, fx krav eller sanktionsvarsler fra beskæftigelsesområdet. Det manglende samarbejde på tværs opleves således hos familierne at have direkte betydning for udbyttet af familieindsatsen i praksis.

Tilsvarende fortæller nogle af de interviewede familier, hvor stor betydning det har haft for dem, når der har været et samarbejde på tværs, og når de som borger har oplevet, at initiativer og krav på tværs er tænkt sammen. Som eksempel nævnes, at en borger har oplevet, at aktiviteter i familiehuset i et samarbejde mellem familiebehandlere og Jobcenter er blevet godskrevet til at opfylde et aktiveringskrav, hvilket har skabt ro om familieindsatsen, og fjernet et væsentligt stressmoment i forældrens hverdag. I et andet tilfælde har familiebehandler fungeret som mentor, så borgeren ikke skulle forholde sig til yderligere en person i hverdagen. Endelig fremhæver en borger at samarbejde mellem familiebehandler og ydelseskontor har lettet et langt forløb og muliggjort en hurtig proces, der sikrede borgeren en bolig umiddelbart inden fødsel. Det understøttede den unges mulighed for at komme væk fra et negativt og destruktivt miljø hos borgerens egne forældre.

Behovet for samarbejde på tværs bliver ligeledes fremhævet blandt de interviewede familier som væsentlig i forhold til at understøtte og sikre en tillidsfuld relation ind i familiebehandlingsindsatsen. Når en borger har kontakt med mange forskellige dele af den kommunale forvaltning, betyder det også, at de kan opleve at fortælle det samme igen og igen til forskellige fagprofessionelle. Samtidig opleves forståelsen for en kompleks og sårbar situation ikke altid anerkendt på tværs af de fagprofessionelle. Her fremhæver flere familier, at forståelsen for deres situation styrkes, når familiebehandleren samarbejder med de øvrige aktører i sagen.

I nogle tilfælde er forældrene dog bekymrede for, at de fagprofessionelle deler "for mange" oplysninger, da oplysninger fra ét område potentielt har – i forældrenes optik – negative konsekvenser for den indsats eller ydelse, som de modtager på et andet område.

Stort set alle de interviewede familier italesætter den fælles dokumentation som et meget positivt element i indsatsen. Det, at forældrene løbende kan se, hvad de fagprofessionelle observerer og vurderer i forhold til dem og deres families udvikling, giver en stor tryghed og understøtter tilliden i samarbejdet. Familierne er ikke altid enige i det de fagprofessionelle skriver, men gennemsigtigheden er med til at forebygge, at behandlerne opfattes som magthavere og "kontrollanter, der bare vil tage mit barn." Samtidig fremhæver forældrene, at deres stemme er hørt og værdifuld, når de har haft en oplevelse af selv at kunne blive skrevet ind i dokumentationen med kommentarer og egne versioner af de situationer, som behandlerne har observeret og vurderet.

En forælder siger: *"Vi [forældrene] har kun gode oplevelser med det [at vi hver dag kan læse, hvad behandlerne skriver i dagbogen]; selvom der står noget, som vi kan være uenige i, så snakker vi om det med behandlerne, og det – altså vores kommentarer – bliver skrevet ind i dagbogen."*

- **Obligatorisk element 2: Tilknytning til almenområdet**

I flere af casekommunerne er der et aktivt samarbejde med sundhedsplejerskerne på almenområdet. De familier, som har oplevet dette samarbejde "på egen krop", fremhæver forløbene som meget positive. De lægger særligt vægt på, at det styrker oplevelsen af, at familien er mere end de udfordringer, de har, at forældrene er på linje med andre forældre, og at de derfor også fx bliver tilknyttet en mødregruppe ligesom andre mødre eller bliver undervist i spædbørns behov, amning eller søvnmønstre på linje med andre forældre. Det skaber en følelse af, at der er sammenhæng mellem de forskellige fagprofessionelles roller og funktioner, og det giver samtidig forældrene en oplevelse af stadig at være en del af et almenområde i forhold til forældrerollen.

- **Obligatorisk element 3: Fleksibel tilrettelæggelse af arbejdstid**

Flere af de interviewede familier fremhævede medarbejdernes fleksibilitet i forhold til deres behov for og ønsker til støtte som særlig positivt – både i forhold til frekvensen af støtten og tidspunktet for støtten (fx i ydertimer omkring morgenrutiner eller putning, eller i weekenden). I praksis har dette givet de interviewede familier oplevelsen af at blive mødt på egne præmisser og med udgangspunkt i oplevede behov. I forhold til den samlede oplevelse af familiebehandlingen betyder det samtidig, at familierne har oplevelsen af en indsats målrettet deres konkrete udfordringer og udviklingsbehov, og en på forhånd defineret formel med faste elementer, som alle familier indgår i.

- **Obligatorisk element 6: Flerfamilieaktiviteter**

Flere af familierne i døgnbehandlingsindsatserne i de seks casekommuner påpegede, at de opfatter en tæt relation til de øvrige familier i indsatsen som et positivt element, som de i høj grad gerne vil have mere af. Familierne italesætter aktiviteter med andre familier som en rent praktisk fordel, da det at kende hinanden bedre og have et velfungerende samvær, skaber færre konflikter i et døgnbehandlingsfællesskab, som familierne ikke selv har valgt. Samtidig fortæller flere familier, at de igennem aktiviteter med andre familier har etableret netværk, som de har brugt efterfølgende som personlige relationer, der kan bygges videre på, og som har styrket et måske ellers meget spinkelt netværk. Derudover fremhæver flere oplevelsen af at udnytte hinandens erfaringer og give gensidig feedback i trygge rammer. Kun en enkelt af de udvalgte casekommuner arbejder systematisk med gruppeforløb, men flere steder fremhæver familierne fx gruppeudflugter eller samvær, madlavning mm. i fællesarealer i forbindelse med døgnbehandling, som værdiskabende.

En forælder siger: *"Man kunne godt arbejde på at skabe mere fællesskab [i døgnbehandlingsindsatsen]. Hvis der fra starten havde været en hjælp fra personalet om at skabe en relation mellem beboerne, det ville være godt."*

En anden forælder fremhæver betydningen af sammensætningen af familier, hvor det understreges, at det ikke er nødvendigt, at alle er ens, men at det er vigtigt, at de kan spejle sig i hinanden, og at der er nogen i gruppen, de kan identificere sig med i forhold til, hvor de er livet og egen situation.

- **Obligatorisk element 7: Involvering af familiens brede netværk**

Enkelte af de interviewede familier omtaler deres netværk (primært forældre og svigerforældre) som stærkt og som personer, som de i høj grad læner sig op ad, når de har behov for støtte. Disse forældre understreger, at når deres netværk inddrages aktivt i familiebehandlingsindsatsen (fx ved at deltage i udflugter, ved at være med til møder eller ved at være med til fællesspisning) oplever de en højere grad af tryghed. Samtidig er det betryggende, når netværket ved, hvad der sker i indsatsen, og kan understøtte de tiltag, som indsatsen iværksætter. En mor i én af familierne påpeger desuden, at familiebehandlingsindsatsen har været med til at genetablere en relation til hendes egen mor, som ellers ikke var en del af hendes liv i forbindelse med familiebehandlings opstart.

7 PRIORITEREDE OBLIGATORISKE ELEMENTER TIL INDSATS-MODEL

Med afsæt i den samlede vidensafdækning - og med særlig inspiration fra de seks casekommuner - er der identificeret og prioriteret syv obligatoriske elementer, der med fordel kan indgå i en samlet indsatsbeskrivelse til videre udvikling og modning af en styrket familiebehandlingsindsats til udsatte familier.

De obligatoriske elementer er udvalgt og prioriteret med afsæt i følgende tre centrale fokusområder i familiebehandlingsindsatsen:

- At styrke forældrerollen igennem opbygning af forældrekompetencer
- At styrke relationen mellem barn og forældre
- At etablere et fungerende sikkerhedsnet omkring den enkelte familie, der kan aflaste i spidsbelastningsperioder, og i den forbindelse identificere henholdsvis beskyttelses- og risikofaktorer i den pågældende familie.

Et obligatorisk element skal forstås som en del af eller et princip for familiebehandlingsindsatsen, der vurderes som nødvendig for, at indsatsen har de ønskede udviklingsresultater for familierne. Nærværende obligatoriske elementer vil være afsæt for alle kommuner, der iværksætter modellen. Implementeringen af de obligatoriske elementer sker således med afsæt i forskellige kommunale kontekster, og omsættes således til meningsgivende og relevante lokale aktiviteter og tiltag.

De følgende obligatoriske elementer skal forstås som elementer, der, når man ser på familiens samlede forløb med myndighed og udfører, iværksættes som en del af indsatsne (som præsenteret i afsnit 2.0), men som i nogle tilfælde kan række ind i opstarten og/eller i den videre afklaring.

Samtidig implementeres de syv obligatoriske elementer på forskellige niveauer. Der er organisatoriske elementer, der primært implementeres på organisatorisk niveau i indsatsen, og så er der familierettede elementer, der implementeres i det konkrete samspil med borgerne og hermed er familierettede.

De nedenfor præsenterede obligatoriske elementer udgør således det indledende udkast til elementer i den indsatsmodel, der skal være fælles afsæt for de kommuner, der bliver en del af modningsprocessen. Det formodes, at der på baggrund af de udvalgte obligatoriske elementer og den enkelte puljekommunes i forvejen lovende praksis på området, kan udarbejdes en sammenhængende forandringsteori, hvor der er en forventning om, at målet med indsatsen indfries. I puljeansøgningerne til modningsfasen skal kommunerne derfor beskrive, hvordan de vil omsætte og implementere de obligatoriske elementer i deres lokale familiebehandlingsindsats. I modningsprocessen implementeres de obligatoriske elementer som lokale aktiviteter, processer og organisationsformer, mens kommunerne sikres løbende støtte, gensidig erfaringsudveksling og fælles læring via aktionsforskningen, der yderligere kvalificere de obligatoriske elementer og indsatsbeskrivelsen.

De syv obligatoriske elementer beskrives i det følgende.

Obligatorisk element 1: Sammenhængende indsats

Udsatte familier med behov for en intensiv familiebehandlingsindsats har i særlig grad brug for en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der kommer hele vejen rundt om familiens behov – og familiens kontakter ind i tilstødende forvaltnings- og sektorområder. Målgruppen er kendetegnet ved at have komplekse udfordringer, der i langt de fleste tilfælde involverer fx psykiatri, det specialiserede voksenområde, beskæftigelsesområdet, skole- og dagtilbudsområdet samt eventuelt handicapområdet. Det betyder, at forældre og børn ofte møder en lang række fagprofessionelle med forskellige roller, funktioner og krav til familien.

Et helhedsorienteret samarbejde om en sammenhængende indsats skal sikre, at forvaltningerne ikke opstiller modsatrettede krav og interesser for familien, som modarbejder målet om at sikre familiens udvikling og barnets trivsel. Samarbejdet skal understøtte, at de fagprofessionelle arbejder i en fælles retning – og med fælles eller gensidigt understøttende mål i eventuelle sideløbende indsatser.

En sammenhængende indsats stiller store krav til samarbejde og koordination på tværs af alle aktører, der er involveret i familiens sag. Optimalt stiller det også krav til muligheden for løbende op- og nedjustering af indsatser og krav på tværs. Praksiskortlægningen viser, at en sammenhængende indsats er et emne, som kommuner på tværs har stort fokus på, men det er også et område, som kommunerne ikke oplever at lykkes tilstrækkeligt med, fordi såvel forvaltningsstrukturer som lovgivningsmæssige rammer kan udgøre en barriere. Det er samtidig en tilgang, der arbejdes med at finde den gode løsning på i andre typer af sager, fx med casemanagers, sammenhængende ungeindsats og koordinerende sagsbehandlere.

Fra forskning påpeger Schwartz (2015) i forlængelse heraf, at det kræver et tæt samarbejde med sagsbehandler, sundhedsplejerske og andre professionelle at kunne fastholde et helhedsorienteret udviklingsfokus i en vurderende og individorienteret tilgang. Hvis det tværprofessionelle samarbejde etableres i et undersøgelsesforløb, forventes det i højere grad, at de fagprofessionelle kan bevare et nuanceret og udviklingsorienteret blik på forældrenes muligheder i forbindelse med den indsats, der sættes i gang.

PRINCIP FOR OM- SÆTNING TIL PRAKSIS HVORDAN KAN DET SES?

Tværfaglige teams og tværfagligt indsatsarbejde

Da familier, der modtager familiebehandlingsindsatsen, i langt de fleste tilfælde har komplekse sager, betyder det også, at de ofte har kontakt til en lang række af forskellige fagprofessionelle placeret i forskellige afdelinger i kommunerne (og i nogle tilfælde også andre sektorer).

I flere tilfælde har kommunerne i familiebehandlingsindsatserne gode erfaringer med at nedsætte faste tværfaglige teams, der har et fælles mål, men som er tilknyttet forskellige afdelinger.

Oftentimes har disse medarbejdere et fast antal timer tilknyttet deres arbejde i det tværfaglige team, men har stadig arbejdsopgaver i regi af deres "almindelige" afdeling. Dette sikrer, at medarbejderne er opdateret på den nyeste viden, de nyeste arbejdsgange o.a. i den afdeling, de er tilknyttet, og kan bruge dette aktivt i det tværfaglige team.

Samtidig får de indsigt i andre afdelingers arbejdsgange og kan på den måde være "byggere" til deres egen afdeling, hvor de kan videndele om dette med deres kolleger.

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

- *Samarbejde om skolevægning:* I Hvidovre Kommune har de iværksat et teamsamarbejde med særligt fokus på at undgå skolevægning. Teamet skal skabe bedre trivsel blandt børn ramt af skolevægning og således stabilisere og sikre deres skolegang. Projektet tager afsæt i et tæt samarbejde mellem familiebehandlingsindsatsen og en række skoler, der således på tværs af fagområder og afdelinger arbejder henimod samme mål.
- *Familiebehandler som mentor:* I Randers Kommune har de i enkelte sager forsøgt at lave en tættere kobling til parallelle indsatser i Jobcenteret for forældrene i særligt udsatte familier, der modtager en intensiv familieindsats. Der har været fokus på at sikre at indsatser ikke modarbejder hinanden, og at der ikke kobles unødigt mange professionelle på familien. Eksempelvis er Randers Kommune lykket med at bruge ressourcer fra

Jobcenteret til at anvende en familiebehandler, der allerede havde en etableret relation ind i en familie, som mentor.

- *Min plan*: Flere af de kommunerne, der indgik i praksiskortlægningen, forsøgte sig med arbejdet med en mere eller mindre udfoldet version af 'Min plan', en samlet plan, der samler mål på tværs af områder i en samlet plan for borgeren. Dette skaber ikke bare større gennemsigtighed for de fagprofessionelle på tværs og mulighed for at tilbyde en helhedsorienteret indsats, det skaber også et bedre overblik for borgeren over egen plan for borgeren.

Fælles dokumentation En sammenhængende indsats understøttes gennem fælles dokumentation, hvor både fagprofessionelle på tværs af roller og opgaver og familierne har adgang til det løbende dokumentationsarbejde, og løbende kan kommentere og/eller revidere i dokumentationen om en families behandlingsindsats samt arbejde aktivt og fælles med vurderingen og forståelsen af indsatsens effekt.

Den fælles dokumentation kan tilgås af fagprofessionelle fra forskellige niveauer (fx udfører- og myndighedsniveau) og roller (fx døgnbehandling og PPR-konsulent) omkring familien.

Familierne skal have adgang til den fælles dokumentation og have mulighed for at tilføje deres perspektiver direkte i dokumentationen eller som et bilag. Den fælles dokumentation kan yderligere understøttes med anvendelse af fx FIT som afsæt for den løbende evaluering og vurdering af indsatsens effekt

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

- *Logbog*: I Greve Kommune arbejdes der med en logbog for hver familie, som udfyldes af familiebehandlerne. Myndighedsniveau har adgang til logbogen og kan således løbende følge med i familiernes udvikling og vurdere dem ift. målene i deres handleplan. Familierne får løbende indsigt i logbøgerne og kan få dem udskrevet, hvis de vil.
- *Dagbog*: I Mariagerfjord Kommune skriver familiebehandlerne dagligt dagbog for hver familie i døgnbehandlingstilbuddet. Dagbogsnotaterne gennemgås med familien hver eftermiddag eller aften, hvor behandlere og familie i fællesskab reflekterer over de situationer i løbet af dagen, som har været særligt gode eller udfordrende. Dagbøgerne er elektroniske og de øvrige medarbejdere i familiebehandlingsindsatsen (fx medarbejdere i den ambulante indsats) og myndighedsniveau har også adgang til dem.

Obligatorisk element 2: Tilknytning til almenområdet

Tilknytning til almenområdet i familiebehandlingsindsatsen tager afsæt i et ønske om at understøtte familiens bevægelse ned af indsatsrampen, som er et bærende element i de senere års omlægning af indsatsen for udsatte børn og unge til en tidligere forebyggende og mere effektiv indsats. Praksiskortlægningen viser, at for familierne, der modtager en familiebehandlingsindsats, er oplevelsen af at være en del af almenområdets tilbud og aktiviteter væsentligt. Det sikrer, at familien opretholder en følelse af normalitet i en situation, der ikke er normal for de fleste familier, og at de "træner" og udvikler nye kompetencer ift. at deltage i samfundet på lige fod med andre. Tilknytning til almenområdet kan således være afgørende for en succesfuld udslusning fra familiebehandlingen og efterfølgende tilknytning til almenområdet generelt.

Et fokus på tilknytning til almenområdet skal samtidig være med til at sikre, at familien så vidt muligt deltager i – eller bygger bro til – almenområdets tilbud med andre familier, og at de derigennem støttes og styrkes i kontakten og samspillet, der gør sig gældende her. Familierne har brug for at spejle sig i familier, der ikke modtager behandling.

Deltagelse i 'almindelige' samfundsmæssige tilbud kan have stor betydning for udsatte børn (og deres familier), og tilknytning til almenområdet i familiebehandlingsindsatserne indebærer derfor et stort potentiale i forhold til at sikre børnenes trivsel. Især amerikanske erfaringer viser positive effekter af netop en sådan målrettet indsats for udsatte børn i almene daginstitutioner både på kort og lang sigt (Jespersen, 2006). Der findes kun få studier af danske daginstitutioner, der har gjort en særlig indsats for udsatte børn, men der er et igangværende satspuljeprosjekt i gang, hvor 15 kommuner arbejder målrettet med at afprøve sociale indsatser i dagtilbud. Samtidig påpeger Jespersen (2006), at potentialet er stort, og at den organisatoriske ramme for en mere systematisk dansk indsats er til stede.

Almenområdet forstås i denne sammenhæng som de indsatser og aktiviteter, der tilbydes alle familier, og derfor som udgangspunkt ikke er en del af en social indsats. Det kan fx være de almene tilbud fra sundhedsplejersker, daginstitutioner, skoler o.a. Involvering skal forstås på den måde, at almenområdets indsatser er en aktiv del af familiebehandlingsindsatsen, og ikke udelukkende udgør en parallel tilknytning (fx at børnene går i skole sideløbende med familiebehandlingen), og tilknytning til almenområdet er at mål i sig selv.

Samarbejdet mellem familiebehandlingsindsatsen og almenområdet er en fælles opgave på tværs af det specialiserede område og almenområdet, og rækker således ud over videndeling og koordinering – der er tale om egentlig involvering, fx ved aktive brobygnings- eller overgangsaktiviteter. Samarbejdet giver også medarbejderne fra de to områder – familiebehandlingsindsatsen og almenområdet – viden om og indsigt i de tilgange, redskaber, indsatser og metoder, der benyttes på det område, som de ikke almindeligvis arbejder på. Det er med til at sikre, at de "taler samme sprog" og forstår baggrunden for de tiltag, som det andet område iværksætter, og det sikrer en højere grad af sammenhæng i indsatsen – også for familierne. Det forudsætter en aktiv indsats fra medarbejdere i såvel familiebehandlingsindsatsen som i "normalindsatsen" at understøtte denne form for brobyggende aktiviteter og sikre, at familierne inkluderes og rummes i almenområdet på lige fod med andre familier, samtidig med at der tages højde for familiernes mere sårbare vilkår og situation.

I nogle tilfælde kræver det, at almenområdet ændrer praksis og gør noget for disse familier, som de ikke plejer at gøre, mens det i andre tilfælde handler om at "gøre plads" til disse familier i den måde, som almenområdet arbejder med alle familier på.

Nedenstående principper er relevante i omsætningen af tilknytning til almenområdet til praksis i familiebehandlingsindsatsen.

PRINCIP FOR OMSÆTNING TIL PRAKSIS	HVORDAN KAN DET SES?
-----------------------------------	----------------------

Fast allokering af ressourcer fra almenområdet i familiebehandlingsindsatsen

Der allokeres faste ressourcer/timer fra fagprofessionelle, der har deres daglige primære beskæftigelse i almenområdet, fx sundhedsplejerske eller pædagoger fra konkrete daginstitutioner i indsatsteamet, til at understøtte brobygning ind i almenområdet, og fortsætte tilknytningen til familien efter udslusning fra familiebehandlingen. Det er erfaringen, at 'ad hoc' baseret tilknytning skaber usikre rammer for samarbejdet, imens en fast tilknytning

og allokerede timer skaber et godt afsæt for gensidig forventningsafstemning om arbejdsopgaver og roller i familiebehandlingsindsatsen.

Der arbejdes både indefra familiebehandlingsindsatsen og ud i almenområder, samt udefra almenområdet og ind i familiebehandlingen, fx med coaching og guidning som en del af familiebehandlingen i et skærmet miljø, der klæder familierne på til efterfølgende at deltage i almenområdets generelle tilbud i en håndholdt rolle.

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

- *Fast tilknyttede sundhedsplejersker:* Spæd- og småbørnsteamet i Skive Kommune har et stærkt samarbejde med almenområdet, da teamet foruden familiebehandlere og en psykolog består af to sundhedsplejersker. Sundhedsplejerskerne i spæd- og småbørnsteamet arbejder i teamet på deltid, og har således stadig arbejdsopgaver i regi af almenområdet. Dette sikrer, at der i spæd- og småbørnsteamet er et skarpt fokus på den almene børnetrivsel som i alle andre familier og ikke kun på familiernes særlige udfordringer. Det er en forudsætning for denne type af involvering af almenområdet, at der afsættes økonomiske ressourcer til, at sundhedsplejerskerne er ligeværdige kolleger i såvel familiebehandlingsindsatsen som på almenområdet, og de har i Skive Kommune derfor blandt andet besluttet, at sundhedsplejerskerne deltager i personalemøder i begge typer indsatser.
- *"Fremskudt vuggestuetræning":* Randers Kommune har arbejdet med stor involvering af almenområdet i deres familiebehandlingsindsats, og de er ved at etablere en slags "fremskudt vuggestuetræning", hvor familierne får tilknyttet en kontaktpædagog fra en lokal vuggestue allerede i graviditeten. Pædagogen fastholder kontakten til familien efter fødsel gennem besøg. Kontaktpædagogen har således en fast tilrettelagt rolle om at være brobygger til vuggestuelivet, og har et fast allokaret antal timer til denne opgave. Familien kommer samtidig på besøg i vuggestuen (se næste princip). Barnet er automatisk sikret en plads i samme institution, hvor deres kontaktpædagog er tilknyttet. Det giver en tryk og god overgang til institutionslivet, og familien er velkendt for personalet i vuggestuen i forvejen.

Brobygning gennem "træning" af familiens involvering i almenområdet

Involvering af almenområdet tænkes som nye samarbejder om konkrete aktiviteter for familier med fokus på brobygning organiseret direkte ind i almenområdet. Det vil sige indsatser, hvor forældrene "kommer til det almene tilbud" frem for omvendt, men hvor de samtidig modtager en særlig støtte til at indgå i tilbuddet. Familien opbygger konkrete kompetencer, og bliver samtidig mere trygge ved og kompetente til at opbygge og fastholde involvering i almenområdets tilbud under og efter familiebehandlingen.

Der tages aktivt stilling til, hvordan familien understøttes i det almene tilbud på en ikke-stigmatiserende måde, fx ved deltagelse en i almen mødregruppe faciliteret af en sundhedsplejerske tilknyttet familiebehandlingsteamet.

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

- *"Fremskudt vuggestuetræning":* Randers Kommune har arbejdet med stor involvering af almenområdet i deres familiebehandlingsindsats, og er ved at genetablere en form for "fremskudt vuggestuetræning", hvor familierne får tilknyttet en kontaktpædagog fra en lokal vuggestue allerede i graviditeten (se forrige princip). Familien kommer samtidig på besøg i vuggestuen for at øve sig i forælderrollen og det, at have et barn i en vuggestue. Den "fremskudte vuggestuetræning" handler altså i høj grad om, at forældrene "træner" at være en del af det almene institutionsliv med alle de forudsætninger, det indebærer, samtidig med at forældrekompetencerne styrkes. Barnet er automatisk sikret en plads i samme institution, hvor deres kontaktpædagog er tilknyttet. Det giver en tryk og god overgang til institutionslivet, og familien er velkendt for personalet i vuggestuen i forvejen.
- *Almen mødregruppe med faciliteret inklusion af mødre fra sårbare familier:* Alle nybagte mødre tilbydes at blive en del af en mødregruppe i det lokalområde, som de bor i. Grupperne sammensættes oftest af en sundhedsplejerske. Grupperne kan sammensættes efter forskellige parametre som fx mødrenes alder, om barnet er det første barn i familien, geografi o.a. I Københavns Kommune har de gode erfaringer med at gøre en særlig indsats for at sikre, at mødre fra sårbare familier inkluderes i de almene mødregrupper. Denne inklusion faciliteres af en sundhedsplejerske, der deltager i de første par møder i mødregruppen og samtidig løbende følger op på oplevelsen hos den eller de mødre, der kommer fra de sårbare familier.

Obligatorisk element 3: Fleksibel tilrettelæggelse af arbejdstid

Fleksibel tilrettelæggelse af arbejdstid tager afsæt i en forståelse af familierne som meget forskellige familier med differentierede – og i nogle perioder – uforudsigelige behov, der svinger i takt med deres udvikling. Fleksibel tilrettelæggelse af arbejdstid er et obligatorisk element, der er identificeret i praksiskortlægningen, og det dækker over, at kommunen i familiebehandlingsindsatsen arbejder med fleksibel tilrettelæggelse af arbejdstiden. Det skal sikre, at de fagprofessionelle omkring en familie løbende, med stor fleksibilitet og hurtige tilpasninger i arbejdstiden kan imødekomme familiernes svingende behov for støtte.

Denne meget fleksible arbejdstid "aktiveres", når de fagprofessionelle, der arbejder intensivt med den samme familie, vurderer, at familien har brug for støtte til specifikke aktiviteter eller i specifikke tidspunkter uden for deres almindelige arbejdstid, der oftest er fastlagt i rullende vagtplaner over længere tid. Det er således arbejdstid, som ikke planlægges på forhånd. Den kan hurtigt aktiveres ved akut behov for støtte i den enkelte familie. Den fleksible tilrettelæggelse af arbejdstiden skal altid tage afsæt i en vurdering af familiernes aktuelle behov. Baggrunden for at "aktivere" den fleksible tilrettede arbejdstid, er, at behandlerne vurderer, at ved at gøre noget andet eller noget ekstra i en periode er der større chance for, at familien opnår deres langsigtede udviklingsmål.

Fleksibel tilrettelæggelse af arbejdstid er et element i familiebehandlingsindsatsen, som kan have stor betydning for den enkelte medarbejder, da den netop "aktiveres" ud fra behov hos familierne, som er uforudsigelige – det har den konsekvens, at medarbejdernes arbejdstid til en vis grad også er uforudsigelig.

Den fleksible arbejdstilrettelæggelse sikrer en meget høj grad af fleksibilitet i indsatsen for familier, der samtidig tager afsæt i de behov for støtte, som er mest aktuelle "lige nu", og er altså et meget pragmatisk element i familiebehandlingsindsatsen. I forskningen finder Sundet (2015) bl.a., at netop pragmatisme og fleksibilitet i familiebehandlingen modtages positivt blandt familier. Eksempler på pragmatisme og fleksibilitet er ambulante familiebehandling, hvor der fx etableres et rejsehold af familiebehandlere. Sundet (2015) beskriver, hvordan rejseholdet af familiebehandlere er "hjemløse" forstået på den måde, at kontoret blot er en base, familiebehandlerne rejser ud fra. Familiebehandlernes tilgang er at tilpasse sig familiernes virkelighed, således at de kompetencer, som familiebehandlerne besidder, sættes i forhold til de retninger, som familien udstikker. Dermed sikres, at familierne inddrages i behandlingen, og at familien er enige i den retning, behandlingen har.

Nedenstående principper er relevante i omsætningen af fleksibel tilrettelæggelse af arbejdstid til praksis i familiebehandlingsindsatsen.

PRINCIP FOR OMSÆTNING TIL PRAKSIS	HVORDAN KAN DET SES?
-----------------------------------	----------------------

Rammer for fleksibiliteten	Arbejdstiden for familiebehandlere deles med en andel, der er tilrettelagt med faste vagter og indenfor en fastsat arbejdstid, og en andel, der er fleksibel, og kan tilrettelægges af den enkelte familiebehandler med afsæt i aktuelle behov hos de konkrete familier, som vedkommende er tilknyttet.
-----------------------------------	---

Den forholdsmæssige fordeling fastsættes med afsæt i en ledelsesmæssig beslutning.

De fleksible timer tilrettelægges inden for fast definerede rammer som fx arbejdstidspunkter (weekendarbejde, ydertidspunkter på dagen o.a.) og mængden af tid (hvor meget af den enkelte medarbejders arbejdstid skal være fleksibel, og således ikke i faste vagter?).

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

- **30% modellen:** Medarbejderne i Familiehuset i Mariagerfjord Kommune har fleksibel arbejdstilrettelæggelse inden for en 30% model; 70% af deres arbejdstid fordeles på faste vagter, og 30% af deres arbejdstid fordeles efter familiernes behov. Fx kan en familie have svært ved at få børnene op og "ud ad døren" om morgenen, og derfor er der i en periode behov for, at familiekonsulenterne er hos familien hver morgen mellem kl. 6.30 og 8.00 for at hjælpe med at skabe en hensigtsmæssig struktur og gode rutiner omkring børnenes morgen.
- **6 timer om ugen:** I Familiehuset i Randers Kommune har familiebehandlere 6 timer om ugen, som kan tilrettelægges fleksibelt med afsæt i familiernes akutte behov. Det giver medarbejderne stor værdi, at de kan være til stede, når det er særligt relevant for familierne i en periode, og familierne føler sig trygge i forhold til

den hjælp, de modtager af en familiebehandler, de har en relation til, fremfor en "fremmed" medarbejder, de ikke kender i forvejen, men som "er på vagt" på det tidspunkt, hvor behovet er aktuelt.

Ledelsesmæssig opmærksomhed på betydningen for medarbejdernes privatliv	Da fleksibel tilrettelæggelse af arbejdstid kan have stor betydning for den enkelte medarbejder, skal der være ledelsesmæssig opmærksomhed på, om dette fylder uhensigtsmæssigt meget og i negativ grad påvirker medarbejdernes arbejdsglæde og -forhold.
--	---

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

- *Supervision og MUS:* Den fleksible arbejdstid er et fast punkt i supervisionen i familiebehandlingsindsatsen i Mariagerfjord, hvor medarbejderne gensidigt snakker om og giver/får sparring i forhold til, hvordan og om det påvirker dem. Den fleksible arbejdstid er ligeledes et fast punkt i MUS mellem ledere og den enkelte medarbejder.
 - *Teammøder:* Såvel i Randers, som i Mariagerfjord sparrer medarbejderne omkring den enkelte familie løbende på, hvordan de i fællesskab tilrettelægger og fordeler den fleksible arbejdstid i praksis. Dette giver dem mulighed for gensidigt at tage hensyn til private aftaler og forpligtelser i udmøntningen.
-

Obligatorisk element 4: Fælles metodisk fundament

Familiebehandlingsindsatsen for udsatte og sårbare familier skal bygge på et fælles metodisk fundament blandt de fagprofessionelle. I praksiskortlægningen fremhæves et fælles metodisk fundament som afgørende i de kommuner, som arbejder med det. Det fremhæves også i kommuner, som ikke arbejder systematisk med et fælles metodisk fundament, og de påpeger, at det er med til at besværliggøre samarbejdet. Et metodisk fundament er et fagligt bevidst valg om tilgang i arbejdet med udsatte familier. Praksiskortlægningen viser, at et fælles metodiske fundament er med til at etablere et fælles mindset hos de fagprofessionelle, som de udsatte familier møder igennem indsatsen. For fagprofessionelle er erfaringen, at det, der gør den store forskel for deres arbejde, er, når de har et fælles fagligt grundlag, hvor de hele tiden taler ind i den samme ramme. I litteraturen er det ligeledes beskrevet, hvordan det dermed ikke bliver personafhængigt, hvad det er for en indsats, familierne får (Hansen, Arendt og Mehlsen, 2018). Det understøtter i praksis alliancen mellem forældre og fagprofessionelle, fordi familierne føler sig hørt og forstået på samme måde på tværs af det team af medarbejdere, de møder i forbindelse med familiebehandlingen.

Et fælles metodisk fundament er således optimalt en overordnet ramme og retning, som alle fagprofessionelle arbejder ud fra, og der vil alt efter tilgang være konkrete redskaber, der kan anvendes til at understøtte den tilgang, som det metodiske fundament er udtryk for. Eksempelvis arbejdes der i mange kommuner med en ressourceorienteret tilgang til udsatte familier, hvor SoS og Marte Meo anvendes som konkrete redskaber i afdækning og indsats.

Et fælles metodisk fundament er med til at understøtte et systematisk relationsarbejde, som beskrives i næste obligatoriske element, da den fælles tilgang blandt fagprofessionelle sikrer, at familierne mødes med en høj grad af sammenhængskraft i indsatsen, hvilket bidrager til, at familierne føler sig set og forstået på samme måde uanset, hvilken medarbejder de er i kontakt med. Når forældrene oplever sammenhæng i kommunikation og formidling på tværs af aktører, understøtter det muligheden for at sikre den vigtige tillidsbaserede relation mellem behandler og familie i indsatsen.

Nedenstående principper er relevante i omsætningen af et fælles metodisk fundament til praksis i familiebehandlingsindsatsen.

PRINCIP FOR OMSÆTNING TIL PRAKSIS

HVORDAN KAN DET SES?

Aktivt valg af tilgang og fælles kompetenceudvikling

Der træffes et aktivt og fagligt begrundet valg af metodisk tilgang i arbejdet med at skabe forandring for og udvikling i udsatte familier.

Det prioriteres at sikre fælles kompetenceudvikling som afsæt for at etablere en fælles platform for de fagprofessionelle at stå på, som afsæt for at afdække og arbejde med en familie i en familiebehandlingsindsats. Det understøtter, at de fagprofessionelle arbejder med samme afsæt og forståelsesramme, og en fælles referenceramme i dialogen om og med familierne. Der træffes et aktivt valg om, hvor bredt kompetenceudviklingen skal dække i organisationen.

Der arbejdes systematisk med vedligeholdelse og italesættelse af det metodiske fundament, fx i forbindelse med sagssparring og supervision, herunder tværfaglig supervision.

Der tages aktivt stilling til, hvordan nye medarbejdere kompetenceudvikles i den valgte tilgang.

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

- *Valg af metodisk tilgang:* Samtlige casekommuner i praksiskortlægningen har som minimum indenfor familiebehandlingsteamet en fælles metodisk tilgang, der arbejdes med afsæt i. På tværs af såvel casekommuner som det samlede kommunegrundlag i praksiskortlægningen er det særligt ressourceorienterede og empowermentbaserede tilgange, der er de dominerende. Samtidig er der et stigende antal kommuner, der arbejder med den mentaliserende tilgang, fx Randers og Høje-Taastrup Kommune. Fælles er, at der er en overordnet

ramme for familiebehandlingsarbejdet, og at det erfarer, at det skaber værdi i opgaveløsningen for såvel familier, som de fagprofessionelle.

- *Udvikling af egen praktikeruddannelse:* I Hvidovre Kommune har alle medarbejdere en refleksiv praktikeruddannelse (kommunens egen uddannelse) baseret på den systemisk narrative tilgang, samt en mentaliseringsuddannelse, som er med til at skabe et fælles mindset og ståsted. Alle nye medarbejdere sendes på den interne uddannelse, og der arbejdes systematisk med tilgangen i forbindelse med sagsdrøftelser.
- *Kompetenceudvikling på tværs af udfører- og myndighedsniveau:* I Randers Kommune har såvel udførere i familiebehandlingen, myndighed og PPR været på en mentaliseringsuddannelse, og der arbejdes samtidig med SoS, som redskab på både myndigheds- og udførerniveau. Alle på myndighedsområdet i Høje-Taastrup Kommune har været på kompetenceudvikling i LØFT. I alle de kommuner, hvor der er arbejdet med en eller anden form for tværgående faglig eller metodisk kompetenceudvikling, fremhæves det, hvordan den fælles viden på tværs af niveauer, fagligheder og roller understøtter kvaliteten i arbejdet med udsatte familier. Når samtlige medarbejdere opkvalificeres i den valgte tilgang, sikres metodisk gennemslagskraft i familiebehandlingen.
- *Tværfaglig supervision:* I flere kommuner arbejdes der med tværfaglig supervision, når en metodisk tilgang er udrullet på tværs. I blandt andet Mariagerfjord, Greve og Hvidovre Kommune arbejdes der med supervision på tværs af myndighed og udfører, og det er erfaringen, at det sikrer videndeling om familiens udvikling, behov og tilrettelæggelsen af den bedste fælles indsats på tværs af deltagernes roller og opgaver. Den tværfaglige supervision skaber en tryk ramme for erfaringsudveksling om påvirkningen af et potentielt psykisk udfordrende arbejde, og understøtter muligheden for at opretholde den relation og alliance mellem behandler og familie, som er vigtig for virkningen af en given indsats.

Anvendelse af redskaber, der understøtter det metodiske fundament Der opbygges en værktøjskasse, der består af redskaber, der understøtter det metodiske fundament. Fra den fælles værktøjskasse er det op til den enkelte familiebehandler at vurdere, hvilke understøttende redskaber, der er relevante i hver enkelt sag. Hvis de fagprofessionelle arbejder ressourcorienteret, kan Marte Meo således være et redskab, der understøtter denne tilgang ved at fremhæve og bygge videre på ressourcer hos forældrene, der afdækkes igennem videooptagelser.

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

- *Videoptagelser som redskab:* Hvidovre, Skive, Randers og Mariagerfjord Kommune anvender videooptagelser som redskab i deres arbejde med udsatte og sårbare familier. Det gælder både Marte Meo og ERA
- *Signs of Safety:* Randers, Hvidovre, Høje-Taastrup og Skive Kommune anvender alle SoS som redskab til at understøtte samarbejdet med udsatte familier igennem fokus på beskyttelsesfaktorer og sikring af barnets trivsel. SoS bruges samtidig som et redskab, der understøtter det tværfaglige samarbejde om de udsatte familier. Eksempelvis er både myndighedsrådgivere og familiebehandlere i Randers Kommune uddannet i SoS, ligesom det er planen i Skive Kommune, at myndighed på lige fod med spæd- og småbørnsteamet skal kompetenceudvikles i SoS for at sikre et fælles sprog på tværs af udførere og myndighed.
- *Alarm Distress Baby Scale (ADBB):* I Skive Kommune er alle sundhedsplejersker, en del af familiesektionen samt spædbørnsteamet uddannet og certificeret i ADBB for at sikre en fælles opmærksomhed på og forståelse for alvoren i konkrete signaler på mistrivsel hos børn.

Obligatorisk element 5: Systematisk relationsarbejde

Forudsætningen for, at en familiebehandlingsindsats har en effekt i praksis, er, at der først og fremmest etableres en tillidsfuld relation mellem behandler og familierne i indsatsen.

Forskning viser, at det er afgørende for en indsats effekt, at der etableres en alliance mellem forældre og familiebehandlere, hvorfor det relationelle bliver en forudsætning for at lykkes (Wampold, 2015; Sundet, 2015; de Greef et al. 2017). Der er på tværs af forskning i psykoterapi enighed om, at visse faktorer – såkaldte fælles faktorer – spiller en afgørende rolle for, i hvor høj grad et behandlingsforløb har positive effekter. Disse fælles faktorer indebærer relationen (alliancen) mellem terapeut og borger, empati, forventninger, kulturel tilpasning og terapeutforskelle (Wampold, 2015: 270). De fælles faktorer knytter sig dermed til den enkelte terapeuts faglighed. Forskning viser i tråd hermed, at en metode eller intervention ikke i sig selv kan forklare effekten af psykoterapi, men at det er nødvendigt også at kigge på terapeuten, som udfører metoden, da relationen netop er af væsentlig betydning for effekten af psykoterapien (Wampold, 2001: 202). På samme måde er det i et familiebehandlings øjemed vigtigt ikke at underkende, at de fagprofessionelle er en del af terapien og ikke kan udelades fra denne.

Det har rejst spørgsmålet om, hvilke karakteristika og handlinger der kendetegner vellykkede terapeuter. Forskning viser, at vellykkede terapeuter er kendetegnet ved evnen til at skabe stærke alliancer med borgeren, at have flere interpersonelle evner, kan udtrykke professionel tvivl om sig selv og at de også engagerer sig tiden udover den faktiske terapi og mestrer flere terapeutiske, herunder metodiske færdigheder (Wampold, 2015: 275).

Dermed får det obligatoriske element om systematisk relationsarbejde, særlig vægt som det bærende element i familiebehandlingsindsatsen. Med afsæt i både forskning og praksis afdækket på casebesøgene bliver relationen således det obligatoriske element, der er forudsætningen for, at indsatsen – de syv obligatoriske elementer – som helhed kan lykkes.

Et tillidsfuldt bånd mellem forældre og familiebehandlere bidrager til, at forældre kan dele fortrolige oplysninger med deres familiebehandler uden, at det truer deres relation. På den måde er forholdet, når det lykkes, usædvanligt i forhold til andre relationelle bånd, da forældrene kan fortælle om fx skamfulde handlinger uden, at det ødelægger det sociale bånd til behandleren – med forbehold for familiebehandlerens lovmæssige forpligtelser i forhold til for eksempel at underrette om overgreb.

Aktiv feedback er et effektivt redskab til at understøtte en virkningsfuld relation mellem familiebehandler og familie. Forskning viser, at feedback fra familier (client directed outcome informed therapy) kan gøre behandlingen mere effektiv, da behandlingen således i højere grad kan tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte families oplevede behov (Lewis, 2012). Erfaringen beskrevet i forskning er, at familier, som er en del af feedback-orienteret familiebehandling, oplever, at de bliver hørt, og at det ikke er socialrådgiveren, der nødvendigvis ved bedst på deres vegne. Familierne oplever, at fagpersonerne lytter mere til dem, hvilket skaber rum for, at familierne kan give feedback på den behandling, som de modtager, hvilket ellers kan være svært, fordi familien kan frygte for, hvilken betydning deres kritik kan få, og det kan samtidig være svært for familiebehandleren at modtage kritik. Når familien oplever ansvar i egen sag – og ikke oplever at modtage forudbestemte pakked løsninger, men indsatsen der tilpasses ud fra, hvad der er relevant for familien, giver det gode resultater. De fagprofessionelle oplever samtidig, at gennemsigtigheden ved at anvende feedback systematisk, kan give bedre overblik i tunge sager, som går på tværs af flere fagområder.

Den tillidsbaserede relation forudsætter, at familierne tror på, at behandlingen vil afhjælpe deres problemer. Hvis familierne og familiebehandlerne er enige om målene for behandlingen såvel som de konkrete opgaver, der skal udføres, er der grobund for at etablere en stærk alliance (Wampold, 2015; de Greef et al. 2017). En stærk alliance er således karakteriseret ved, at familien accepterer behandlingen og giver udtryk for at samarbejde med familiebehandleren, da det viser, at familien har tillid til, at behandlingen bliver vellykket. Familiers forventninger har i den forbindelse en stærk indflydelse på, hvordan de løbende og efterfølgende oplever den behandling, de modtager (Wampold, 2015; Kirsch 1999). Derfor bliver det vigtigt, at familiebehandleren forventningsafstemmer med familierne ved fx at inkludere familierne, når der skal opstilles mål i fx handleplaner. På den måde sikres det, at familierne tror på begrundelsen, som er givet i forbindelse med de udvalgte indsatser og udviklingsområder.

Systematisk relationsarbejde må således nødvendigvis indgå som en del af den metodiske værktøjskasse uanset, hvilken overordnet metodisk tilgang kommunen vælger i arbejdet med udsatte familier.

Nedenstående principper er relevante i omsætningen af systematisk relationsarbejde til praksis i familiebehandlingsindsatsen.

PRINCIP FOR OMSÆTNING TIL PRAKSIS	HVORDAN KAN DET SES?
--	-----------------------------

Systematisk relationsarbejde	I forbindelse med opstart af familiebehandling vurderes det i teamet, hvordan det bedste match mellem familie og familiebehandler sikres.
-------------------------------------	---

Der arbejdes med løbende opfølgning på relationen mellem familie og behandler, hvor der anvendes systematisk feedback fra familien, som en del af opfølgningsgrundlaget.

Der arbejdes systematisk med at sikre relationer i overgange, fx fra døgnbehandling til ambulantbehandling, hvor familiebehandler enten følger familien videre i det ambulante tilbud – eller der sikres relationsopbygning til ny behandler inden udslusning.

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

- *Feedback på relationen:* I Hvidovre arbejdes der systematisk med FIT i alle familiebehandlingsager, hvor det blandt andet er muligt at følge familiens oplevelse af relationen og tilliden til deres familiebehandler. Med afsæt i data fra FIT er det muligt at bygge videre på gode samarbejdssituationer, men mere afgørende er det, at det også er muligt sammen med familien at gå i dialog om oplevede konfliktsituationer og udforske, hvorfor situationen ikke fungerede og sammen arbejde med alternative måder at samarbejde på. Det er erfaringen fra Hvidovre, at det kan opleves hårdt for medarbejderne at arbejde på denne måde, men at det understøtter den tillidsfulde relation mellem behandler og familie. Det samme gør sig gældende i Københavns Kommune, der i er i gang med at implementere FIT som den primære metode til at udvikle deres relationsarbejde.
 - *Relationsarbejde i professionelle par:* I Skive Kommune teamer medarbejderne op to og to i arbejdet med at skabe en relation til og alliance med borgeren. Det gør relationen mindre sårbar, og det giver samtidig mulighed for en anden type sparring mellem de fagprofessionelle. Familiebehandlerne er både hos borgeren alene og sammen, og de arbejder med en ligeværdig tilgang til borgeren, der fordrer en åbenhed i forhold til, hvad familiebehandlerne laver med dem og hvorfor, samt i hvilken rækkefølge de arbejder med hvad. Alle møder, der involverer andre end familien, deltager begge behandlere i.
-

Obligatorisk element 6: Flerfamilieaktiviteter

Familiebehandlingsindsatsen til særligt udsatte familier skal indeholde flerfamilieaktiviteter som en aktiv del af indsatsen. I praksiskortlægningen er det fremhævet, at flerfamilieaktiviteterne giver de udsatte familier mulighed for at lære om egne ressourcer og kompetencer i relation til andre familier samtidig med, at den enkelte familie kan lade sig inspirere af de andre familier i aktiviteten. Flerfamilieaktiviteter er et metodisk greb til at understøtte familiernes mulighed for spejling, erfaringsudveksling og potentiel netværksdannelse. Det er samtidig et rum, hvor forældre har mulighed for at indtage nye roller, når de oplever at have kompetencer eller tilgange i konkrete situationer, som kan inspirere andre. Flerfamilieaktiviteterne er samtidig et forum, der er med til at afstigmatisere situationen med familiebehandling, når man som familie oplever ikke at være alene om at finde familielivet udfordrende. Optimalt er det en aktivitet, hvor familierne kan støtte hinanden som ligeværdige og skabe nye relationer i et trygt rum. Flerfamilieaktiviteter kan derfor samtidig være netværksskabende for de deltagende familier, som typisk er karakteriseret ved at have små og skrøbelige netværk og relationer.

Forskningen understøtter de oplevede fordele ved at anvende flerfamilieaktiviteter. Bele (2015) peger på, at der i denne type af aktiviteter dannes en gruppedynamik, som øger engagementet blandt familierne på en anden måde, end engagementet typisk kommer til udtryk mellem en familie og en familiebehandler. Familierne kan føre en dialog, hvor de kan udfordre hinanden positivt og komme med gode råd til, hvordan de kan løse problemer og udvikle sig, som er erfaringsbaseret og relaterbar, og ikke udelukkende professionelt guidende. Familierne kan samtidig bekræfte hinanden positivt, og der kan dannes nye relationer på tværs, som ellers ikke ville være etableret. På den måde kan familiernes netværk udvides, hvilket bidrager positivt til deres udvikling, da de som oftest kommer fra isolerede miljøer, hvor netværket er småt og skrøbeligt. Med flerfamilieaktiviteter kan familierne opnå en resocialisering, hvor deres problemer afstigmatiseres og normaliseres (Bele, 2015).

Flerfamilieaktiviteter kan komme til udtryk på forskellige måder alt efter, hvad behovet hos familierne er. Flerfamilieaktiviteter kan organiseres enten med mødepligt eller som et frivilligt tilbud – og enten med rullende optag i gruppen eller med etablering af en fast gruppe. Den valgte aktivitet stiller krav til de fagprofessionelles kompetencer. Ved gruppeforløb påpeger Bele (2015), at det er en forudsætning, at de fagprofessionelle har faciliteringskompetencer, da deres opgave er at facilitere gruppesnakken og hjælpe med at få samtalen til at flyde, hvis der er behov for det. Hvis der ikke er behov for det, er det terapeutens opgave at holde sig i baggrunden og lade familierne komme til orde, så familierne kan bruge hinanden gennem deres erfaringer. Oftest opleves det, at familierne kan have vanskeligt ved at få processen i gang, fordi det er en uvant situation for dem, og de skal se gruppen an, før de føler sig trygge. Erfaringen er, at familierne begynder at føle sig trygge, når de oplever at kunne spejle sig i de andre familier, hvilket giver familierne mulighed for at udvikle sig (Bele, 2015). Samtidig er familierne med til at give hinanden feedback, hvilket øger troværdigheden om, at familierne er "ligeværdige" i deres synspunkter.

Nedenstående principper er relevante i omsætningen af flerfamilieaktiviteter til praksis i familiebehandlingsindsatsen.

PRINCIP FOR OMSÆTNING TIL PRAKSIS

Kompetencer hos gruppefacilitator

I forhold til hver enkelt form for flerfamilieaktiviteter afklares det, hvilke kompetencer der er nødvendige hos den fagprofessionelle, som skal varetage facilitatorrollen. Her er en særlig opmærksomhed på kompetencer i forhold til gruppeforløb, der er baseret på, at familierne som aktivt element skal dele historier og erfaringer. Disse aktiviteter indeholder en række potentielle udfordringer, der skal håndteres af de fagprofessionelle. Eksempelvis kan forældre med dårligt selvværd hurtigt indtage en selvudslettende rolle, hvor der fokuseres på egen fejl og mangler, imens forældre med svag empati kan kede sig eller i værste fald styrke andres oplevelse af ikke at slå til. Facilitatorrollen kræver her både erfaring med gruppeforløb samt terapeutiske kompetencer.

Der er som udgangspunkt altid to fagprofessionelle med til flerfamilieaktiviteter. Dette giver både mulighed for løbende at evaluere, hvad der fungerer og ikke fungerer samt mulighed for at skifte form undervejs og at varetage eventuelle behov for aktiv støtte hos familier, der opstår undervejs.

Der er opmærksomhed på balancen mellem at være på gulvet og facilitere dialogen i gruppen – og at holde sig i baggrunden og lade familierne komme til orde, så familierne kan bruge hinanden gennem deres erfaringer.

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

- *Psykolog som facilitator:* I Randers Kommune arbejder de blandt andet med gruppeforløb, hvor familierne i forbindelse med temarække deler erfaringer og historier, som en del af et læringsforløb. Her har kommunen valgt at have en psykolog som facilitator af den type flerfamilieaktivitet, fordi vedkommende har konkrete kompetencer til at håndtere de potentielle konflikter, sårbarheder og u hensigtsmæssige dynamikker, der kan opstå i gruppen. Det er samtidig erfaringen, at konkrete gruppefaciliteringskompetencer er væsentlige i denne sammenhæng, og at det fungerer bedst med en fast gruppe, der opbygger gensidig tillid over tid.

Gruppeforløb

Flerfamilieaktiviteter struktureret som et fast gruppeforløb, hvor forskellige typer af fagprofessionelle præsenterer konkrete temaer og understøtter konkret læring som en del af aktiviteten. Gruppeforløbet er baseret på gruppedrøftelser og erfaringsudveksling.

Der arbejdes med en fast gruppe, og tages aktivt stilling til sammensætningen af gruppen, hvis muligt, for at understøtte deltagerens mulighed for at spejle sig i de andre i gruppen, samt styrke personligt netværk. Særligt enlige og yngre forældre oplever at skabe nye relationer, der kan fortsætte udover et egentlig familiebehandlingsforløb.

Når flerfamilieaktiviteter bygges op som gruppeforløb med afsæt i en temarække, tages der aktivt stilling til, hvordan der suppleres med faciliterings- og terapeutiske kompetencer som supplement til den fagprofessionelle, hvis der er dette behov.

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

- *Forældregruppeforløb:* I den intensive indsats i Hvidovre Kommune bruges forældregrupper, hvor forældrene har mulighed for at dele erfaringer på tværs og spejle sig i andre, som har lignende problemer. Det giver forældrene en forståelse af, at de ikke alene, og dermed oplever de det ikke skamfuldt at være en del af en intensiv familieindsats. Der sker netværksdannelse på tværs af forældrene i grupperne, og det har haft en positiv effekt på behandlingen. I Skive Kommune faciliterer spæd- og småbørnsteamet forældregruppeforløb i fx mor-barn-grupper. Formålet med mor-barn grupperne er, at forældrene får et netværk med andre mødre. Forældregruppen er for gravide, såvel som mødre med særlige behov. Gruppen mødes hver uge, og der deltager en sundhedsplejerske og en familierapeut hver gang, hvis rolle det er at facilitere og understøtte gruppedynamikken og dialogen.
- *Flerfamilieaktiviteter med mødepligt eller som et frivilligt tilbud:* I Randers Kommune er gruppeforløbene frivillige for familierne i familiehuset (døgn), mens familier, som er visiteret til intensiv ambulant behandling, er forpligtet til at deltage. Gruppeforløbene er organiseret med op til otte familier. Familierne ligner ikke nødvendigvis hinanden. I gruppeforløbene arbejdes der med forskellige temaer hver gang, fx søvn, stimulation af spædbarnet eller mad mm. Temaerne afspejler behovene hos de deltagende forældre og børn. Det er dialogen mellem forældrene, som dyrkes, hvor familierne deler deres erfaringer og drager fordel af hinandens erfaringer. Det giver familierne mulighed for at spejle sig i andre i samme situation. Forældrene oplever en positiv udvikling i deres selvforståelse, fordi de kan byde ind med erfaringer, som andre kan bruge.
- *Faste grupper og fokus på visitation:* I Randers Kommune er det erfaringen, at gruppeforløbene forløber særlig godt, når familierne møder hinanden gentagende gange, da rummet opleves trygt, og der er dannet relationer på tværs. Det er en barriere for gruppeforløbene, hvis der ikke bliver visiteret tilstrækkeligt til dem, eller hvis deltagerne er skiftende fra gang til gang.

Det fælles tredje som

Flerfamilieaktiviteter organiseret rundt om en aktivitet eller et fælles tredje alt efter, hvad formålet med flerfamilieaktiviteten er. Formålene kan spænde bredt fra at skabe relationer

organiserende for flerfamilieaktiviteter

til at udvikle forældrenes mentaliseringsevne. Aktiviteterne skal understøtte det ønskede formål. Aktiviteter kan fx være madlavning, kreativt værksted, udflugter eller andet, hvor familierne laver ting sammen samtidig med, at aktiviteten indeholder en coaching- og observationsmulighed for behandlerne.

Der er taget aktivt stilling til, hvilken type miljø, der kan understøtte aktivitetens formål og fokusområde.

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

- *Kreativt værksted:* I Randers Kommune er der et kreativt værksted, hvis overordnede formål er at give familierne inspiration til, hvad de kan lave sammen med deres børn. Familiebehandlere bruger familiernes forskellige handleplaner til at lave aktiviteter i det kreative værksted, som redskab til at arbejde med et mål. Det kreative værksted giver også familiebehandlere mulighed for at lave uformelle observationer af familiedynamikkerne og forældrenes sociale kompetencer. Familierne oplever det kreative værksted som værende et uformelt miljø, hvor de kan spørge familiebehandlere til råds, samtidig med at det opleves som et rum, hvor stressniveauet sænkes igennem de kreative aktiviteter.
- *Måltid forbundet med flerfamilieaktivitet:* På tværs af praksiskortlægningen udtrykker kommunerne, at det er en udfordring at tiltrække og bevare deltagere til flerfamilieaktiviteter. I Randers Kommune har de erfaret, at det har en positiv effekt, at der er et måltid forbundet med frivillige flerfamilieaktiviteter. Det kreative værksted har stor tilslutning, og det afsluttes altid med fælles aftensmad, som familiebehandlere har lavet. Det giver familierne mulighed for at snakke sammen, og understøtte netværksdannelsen.
- *Fotobøger:* Når familier mødes, kan et afsæt for fælles dialog være "de gode oplevelser" og hyggelige stunder i den enkelte familie. Dette skal foregå inden for en faciliteret ramme, og flere familiebehandlere peger på visuelle redskaber som et godt redskab til at facilitere denne dialog. Et helt konkret forslag til dette er at udarbejde fotobøger for hver familie, der netop visualiserer helt konkrete situationer, som forældre og børn oplevede som hyggelige og trygge. Behandlere foreslår, at fotobøgerne bruges aktivt i flerfamilieaktiviteter således: Til det første flerfamiliearrangement udleveres ét polaroidkamera til hver familie med instruksen om, at hvert familiemedlem til næste flerfamilieaktivitet medbringer et foto af en situation i familien, som var rar og tryk. Disse fotos bruges herefter ved hver aktivitet som en "tjek-ind-runde", hvor familierne samles og lytter på hinandens helt korte præsentationer af billederne. Dette bliver altså en fast rutine som intro til hver flerfamilieaktivitet. Efter disse korte præsentationer samles hver families fotos i en fotobog, som familien får udleveret den sidste gang gruppen af familier mødes. Målet er, at familierne gennem disse "tjek-ind"-præsentationer får gensidig inspiration til hyggelige stunder og at de kan spejle sig i hinandens oplevelser. Den enkelte familie "træner" samtidig det at opbygge og identificere de øjeblikke, der skaber god trivsel i deres familie, og får til slut en fotobog, der både dokumenterer oplevelser og inspirerer til nye, gode oplevelser.

Obligatorisk element 7: Involvering af familiens brede netværk

Familiebehandlingsindsatsen til særligt udsatte familier skal involvere familiens brede netværk i indsatsperioden i det omfang, det overhovedet er muligt. I praksiskortlægningen fremhæves det, at det udvidede netværk omkring familien som oftest har unik viden, erfaringer og ressourcer, som er gavnlige at bruge aktivt i familiebehandlingsindsatsen. Familien skal derfor være motiveret for en intensiv indsats, der også involverer deres brede netværk, som en positiv og aktiv del af indsatsen.

Det varierer fra familie til familie, hvem der indgår i familiens netværk, og erfaringen med udsatte familier er, at det er hensigtsmæssigt at arbejde en udvidet netværksforståelse, der både inkluderer familierelationer og andre typer af tætte relationer uden biologisk bånd. Det brede netværk kan således udvides med nære venner eller frivillige relationer omkring barnet såsom fodboldtrænere og spejderledere eller forældre til legekammerater. Når familiens netværk aktivt involveres i og under indsatsen, styrkes familiernes relationer i det brede netværk, hvilket er med til at etablere et stærkere sikkerhedsnet omkring familien efter ophør af familiebehandlingsindsatsen.

Schwartz peger på (2015), at når familiernes behandlingsforløb tilrettelægges i et udviklingsperspektiv og med en systematisk inddragelse af familiens personlige og professionelle netværk fra starten, kan der opnås mere nuancerede forståelser af familiernes muligheder. Det har stor betydning i praksis, når personer i forældres sociale netværk kan bakke op om familiens daglige livsførelse og om omsorgen for børnene. Ofte ses det dog, at kommuner foretager undersøgelsesforløb af de enkelte forældre alene, hvilket kan være med til at skabe meget snævre præmisser for samarbejdet med forældrene (Schwartz, 2015). Det skal ses i sammenhæng med udfordringerne ved, at fokus i undersøgelsesforløb er skiftet fra en vurderende og individorienteret tilgang til – i samarbejde med forældre – at udforske familiens mulighedsbetingelser. Det kan dog være svært, hvis fagprofessionelle fx har stigende bekymringer for et helt lille barns trivsel, hvor fokus af bekymringsmæssige årsager afgrænses til det nære samspil mellem de enkelte forældre og barnet. I sådanne situationer er argumentet, at relationen mellem forældrene og barn skal være på plads, før inddragelsen af øvrige familære resourcepersoner.

Netværket/de frivillige kan involveres i forskellige typer af aktiviteter, hvoraf nogle har praktisk karakter mens andre fx kan fokusere på at være 'vidner' til familiens baggrundshistorie eller på at understøtte familiens kompetencer under/efter behandlingsforløbet.

Nedenstående principper er relevante i omsætningen af familiens brede netværk til praksis i familiebehandlingsindsatsen.

PRINCIP FOR OMSÆTNING TIL PRAKSIS	HVORDAN KAN DET SES?
-----------------------------------	----------------------

Systematisk afdækning af familiens brede netværk	<p>Afdækningen af familiens netværk foretages med udgangspunkt i en systematisk kortlægning, der giver overblik over det samlede netværk med fokus på såvel forældre, som barn. Systematikken i afdækningen sikrer, at familiebehandlere, socialrådgivere og andet relevant fagpersonale har et fælles overblik over de enkelte netværksmedlemmers relation, position samt betydning.</p> <p>Den systematiske afdækning af familiens netværk forudsætter en løbende proces, hvor afdækningen nuanceres og suppleres i takt med at relationen mellem familie og familiebehandler etableres.</p> <p>Netværkskortet genbesøges løbende med henblik på at revurdere relationens styrke og position i forhold til familien.</p>
---	--

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

Fælles redskab til afdækning af netværk: Fælles for casekommunerne er en systematisk tilgang til afdækning af netværk, og langt de fleste kommuner arbejder med geneogrammer, netværksskort, relationscirkler mm. Der er imidlertid forskel på, hvorvidt afdækningen betragtes som afrundet i myndighed i forbindelse med udarbejdelsen af en børnefaglig undersøgelse, om familiebehandlerne involveres i forbindelse med undersøgelsen som en

ressource i forhold til blandt andet at afdække netværket samt hvorvidt og i hvilket omfang kommunen løbende genbesøger netværksskortet med henblik på opdatering og eventuelle tilføjelser og justeringer.

Faglig støtte til netværket og formaliserede samarbejdsformer	<p>For at understøtte netværkets funktion som ressource i indsatsen har de fagprofessionelle løbende kontakt med udvalgte medlemmer i familiens netværk.</p> <p>Medarbejderne har fokus på at forpligte og støtte netværket ind i familieindsatsen gennem netværksmøder og direkte sparring. Princippet om netværket som en ressource i indsatsen bygger på en tilgang, hvor udgangspunktet er, at de fagprofessionelle ikke kan løfte forældrene alene, og hvor netværket har en vigtig rolle at spille.</p>
--	---

Eksempler fra praksis samt udviklings- og samskabelsesproces:

- *Socialfaglig netværkstovholder:* I samarbejde med fem kommuner er der udviklet et erfaringsbaseret forslag om at arbejde med en socialfaglig tovholder, dedikeret til netværket. Det vil sige en fagprofessionel, der er arbejder direkte med at understøtte familiens netværk til at indgå som en aktiv ressource i familien. Det direkte arbejde med netværket kan bestå af vejledning, supervision (rådgivning), psykoedukation, hands-on guidning. Tovholderen skal løbende følge op på netværket og aktiviteter, med en øget hyppighed i starten. Netværkstovholderen har samtidig en rolle ift. familien, når det kommer til motivation (fx hvis der er problematikker i relationen til netværket). Tovholder skal have stærke mentaliseringssevner. Rollen er ikke afprøvet, men adresserer et behov, som flere kommuner italesætter, for i højere grad at kunne arbejde aktivt med netværkets kompetencer ind i indsatsen.
- *Netværksmøder:* Der arbejdes med netværksmøder på tværs af såvel casekommuner, som kommunerne, der har deltaget i praksiskortlægningen. I Greve Kommune arbejdes der med at udvide invitationen til det brede netværk med afsæt i en forståelse af, at "ingen kan være familie alene." Derfor inddrages netværket i det omfang, der er muligt. Personalet holder netværkssamtaler, hvor det afdækkes, hvordan netværket kan spille ind for at hjælpe forældrene med at være forældre. I netværksmødet deltager således både relevante fagprofessionelle på tværs af områder, samt familie og andre typer af relationer til den konkrete familie, fx en spejderleder eller en tidligere skolekammerat til forældrene.
- *Familierådslagning:* Flere og flere kommuner arbejder med Familierådslagning som metode. Høje-Taastrup Kommune anvender familierådslagning som metode til i fællesskab med familie, børn og netværk at udarbejde en plan for, hvordan familiens trivsel kan øges. Her er det typisk familien selv, der udpeger personer fra deres brede, herunder også frivillige, fx en fodboldtræner til at indgå i rådslagningen.

Involvering af netværket i såvel aktiviteter, som støttende funktioner som en del af indsatsforløbet.	<p>Mødedeltagelse må ikke være den eneste deltagelsesform netværket har i indsatsen.</p> <p>Netværket kan involveres i forskellige former for aktiviteter, der på forskellig vis bidrager ind i indsatsen, og kan have såvel støttende, netværksstyrkende, som bevidnende karakter.</p> <p>Familien er altid involveret i, hvordan det kan give mening at involvere den enkelte netværksressource, men familiebehandleren kan understøtte, at mulighedsrummet udvides og at nye potentialer for involvering bliver synlige og attraktive for den enkelte familie.</p>
--	---

Eksempler fra praksis samt fra udviklings- og samskabelsesproces:

- *Søvnressource:* I Hvidovre Kommune arbejdes der aktivt med, at netværket mobiliseres som en ressource ind i døgnindsatsen, fx kan bedsteforældre inviteres ind og sove sammen med et mindre barn udvalgte dage, så forældre kan få en tiltrængt nattesøvn, og samtidig få blik for, at dette er en mulighed også udenfor døgnbehandlingen.
- *Netværk som vidner:* I Hvidovre Kommune arbejder de aktivt med at selv et skrøbeligt netværk kan spilles aktivt ind i en familieindsats. Eksempelvis arbejdes der med bevidning, både af den enkelte families udvikling, samt bevidning af forhistorie, fx en udfordrende barndom hos forældrene i familien.
- *Uformelle aktiviteter:* I en samskabelsesproces med fem kommuner er der udarbejdet et forslag til en model for supplerende uformelle aktiviteter med netværket, som en del af familieindsatsen. Forslaget er inspireret og videreudviklet med afsæt i en eksisterende praksis i Københavns Kommune. Formålet med de uformelle aktiviteter, er at understøtte familien og netværket i positive fællesoplevelser, der yderligere styrker relationerne mellem familie og netværk. Erfaringen er, at dette også understøtter udslusningen

af familien fra familieindsatsen efterfølgende, fordi der er positive oplevelser at bygge videre på. De uformelle netværksaktiviteter planlægges af familiebehandler i fællesskab, der udarbejdes samtalekort til brug for en positiv dialog undervejs – og familiebehandler faciliterer aktiviteten. Aktiviteten bygges op med indledende relationsopvarmende aktiviteter (en leg eller lignende), fælles madlavning og fælles-spisning, hvor der løbende trækkes ressourceorienterede dialogkort, der samtidig adresserer konkrete behov i familien.

8 Ressourcer

Udviklingen af indsatsen med de syv obligatoriske elementer kan give anledning til et ressourcetræk, som er væsentligt at være opmærksom på. Derfor kan det være relevant at have forskellige elementer for øje, som kan have omkostninger for udviklingen indsatsen. Nogle elementer vil mere omkostningstunge end andre. I det følgende beskrives en række eksempler på ressourcetræk, som er identificeret på casebesøgene i forbindelse med udviklingen af de obligatoriske elementer. Følgende eksempler kan være opmærksomhedspunkter i vurderingen af, hvorvidt et obligatorisk element er realistisk at implementere i sin kommunale organisation.

Overordnet set forventes et behov for ressourcer på tværs af de obligatoriske elementer i form af tid til både at opbygge relationerne med familierne, følge op på udviklingen, justere indsats, afholde læringsmøder og koordinere på tværs samt deltage i supervision og kompetenceudvikling.

8.1.1 Obligatorisk element 1: Sammenhængende indsats

Fælles supervision kan være omkostningstungt, hvis der både investeres et stort antal medarbejdertimer og hyres ekstern supervisor. Greve Kommune har for eksempel en månedlig supervision, hvor der investeres 50-60 medarbejdertimer (eksklusiv forberedelse), samt honorar til en ekstern supervisor. Fælles dokumentation, som fx logbog eller dagbog, har ikke krævet større investeringer i casekommunerne, da dokumentationen er relativt håndholdt. Et egentligt IT-system vil være en større investering.

8.1.2 Obligatorisk element 2: Tilknytning til almenområdet

Ved involvering af almenområdet i familiebehandlingen bør kommunens ressourcetræk på almenområdet (ofte i form af arbejdstimer) også medregnes som en investering på det specialiserede område. En måde at sikre dette er at lade den økonomiske udgift følge medarbejderen, som de fx gør i Skive Kommune, hvor to sundhedsplejersker er deltidsansat på specialområdet for at fremme koordination og involvering.

8.1.3 Obligatorisk element 3: Fleksibel tilrettelæggelse af arbejdstid

Hvis en del af familiebehandlerens arbejdstimer skal være fleksibel, kræver det kompensation fra arbejdsgiveren. Niveaueet for kompensationen vil variere.

8.1.4 Obligatorisk element 4: Fælles metodisk fundament og systematisk relationsarbejde:

Kompetenceudvikling af medarbejdere er nødvendig for at skabe et fælles metodisk fundament. Det kan være en betydelig investering, som dog afhænger af prisen på uddannelsen samt hvor mange medarbejdere, der skal klædes på ift. en bestemt metode. Nogle kommuner vælger at uddanne både udfører- og myndighedsniveau i en bestemt metode, som Høje-Taastrup Kommune gør det med LØFT-uddannelsen og mentaliseringsuddannelsen i Randers Kommune. Prisniveauet for disse uddannelser varierer, mens længere uddannelser, fx Signs of Safety og Marte Meo, typisk er dyrere.

8.1.5 Obligatorisk element 6: Flerfamilieaktiviteter

Ressourcetrækket på flerfamilieaktiviteter varierer med typen af aktivitet. Særligt komplekse forløb kræver også særlige kompetencer, hvor nogle kommuner kan have mindre omkostninger til efteruddannelse af medarbejdere end andre kommuner.

8.1.6 Obligatorisk element 7: Involvering af familiens brede netværk

Det kræver yderligere medarbejdertimer at arbejde med familiens netværk, som i Høje Taastrup Kommune og Greve Kommune. Fx har Høje-Taastrup en professionel samordner til familierådslagning, som skal honoreres.

BILAG 1: NOTAT OM LITTERATURSØGNING

Søgestrategi i forbindelse med indledende vidensafdækning

I forbindelse med den indledende fase i projektet 'Styrket familiebehandling for udsatte familier' gennemføres en overordnet litteratursøgning efter viden på området. Det afgivne tilbud i forbindelse med løsningen af opgaven indeholdte ikke en egentlig litteratursøgning eller vidensafdækning, men det var dog angivet, at ICG-SUS i forbindelse med processen for udvælgelse af obligatoriske elementer til indsatsbeskrivelsen ville inddrage viden fra forskere og eksperter på området.

I forbindelse med opstarten af projektet er ICG-SUS imidlertid blevet enige med Socialstyrelsen om, at en indledende overordnet deskresearch ift. viden på området vil udgøre et godt fundament for det videre arbejde, hvorfor der er prioriteret tid til dette indledningsvist i den første fase.

I nedenstående præsenteres et kort overblik over og begrundelse for valgene, der er truffet i forhold til søgning, inklusion og eksklusion i den indledende overordnede litteratursøgning og kommuneafdækning i forbindelse med projektet 'Styrket familiebehandling for udsatte familier'.

Søgestrategi og begrundelse

SCOPING SEARCH

Indledningsvist er gennemført en indledende scoping search på grå litteratur med en intention om at identificere materiale om lokale forsøg og indsatser, som ikke nødvendigvis er publiceret i danske fag- og forskningsbaserede tidsskrifter. Grå litteratur omfatter erfarings- eller praksisbaseret litteratur fra fx rapporter, bøger eller myndighedsudgivelser. Søgningen efter grå litteratur kan ikke være så systematisk som en litteratursøgning efter forskningspublikationer, da søgningen efter grå litteratur ikke på samme måde kan foregå gennem databaser. I stedet har det omfattet en målrettet søgning i fx relevante institutioners hjemmesider (eksempelvis VIVE, konsulenthus, KL m.m.), googlesøgning efter kommunale evalueringer e.l., samt søgning efter udgivelser af videnspersoner på området.

Der er søgt på blandt andet:

- Familiebehandling
- Familieindsats
- Udsatte familier
- Forebyggelse af anbringelse
- Intensiv familieindsats/behandling
- Døgntilbud til familier
- Tilbud til udsatte familier
- Indsatser til udsatte familier
- Helhedsorienteret indsats til familier
- Ambulante tilbud til udsatte familier
- Metoder til familiebehandling/indsats
- Tilgange i familiebehandling
- Målgrupper for familiebehandling

Den indledende scoping search fungerer som en bred afsøgning af området uden afgrænsning i form af specifikke typer af metoder til familiebehandling eller en specifik målgruppe for behandlingen. Normalt er det nødvendigt med en tidsmæssig afgrænsning af hensyn til aktualiteten af den fundne viden. Som udgangspunkt vurderer ICG-SUS dog, at "aktuel" viden omfatter litteratur, der er udgivet indenfor de sidste fem år, men vi har i dette tilfælde vurderet, at det har været nødvendigt at have et fleksibelt tidsinterval i søgningen for overhovedet at opfange tilgængelig litteratur om målgruppen for familiebehandling – og for at opfange foreliggende litteratur om det brede spektrum af mulige indsatser, tilgange og metodiske elementer i forhold til familiebehandling for særligt udsatte familier.

Denne indledende afsøgning har haft til formål at give et første overblik over litteraturen om:

- Målgrupper for familiebehandling
- (Evidensbaserede) metoder og tilgange
- Typisk virksomme elementer i familiebehandling

Samtidig har den givet mulighed for at observere forskelligheder i fokus i litteraturen for så vidt angår forskellen mellem familiebehandling generelt og familiebehandling i forhold til forskellige typer af indsatser specifikt målrettet udsatte familier, hvor der arbejdes målrettet mod at undgå en anbringelse.

SYSTEMATISK AFGRÆNSET LITTERATURSØGNING

På baggrund af den indledende scoping search samt de afdækkede bud på obligatoriske elementer i forbindelse med udarbejdelse af Vidensnotatet har det været muligt at gennemføre en opfølgende og afgrænset litteratursøgning for at kvalificere de identificerede obligatoriske elementer yderligere. Der er således supplerende gennemført en overordnet litteratursøgning med fokus på forskning ud fra en to-strengt søgestrategi. Henholdsvis:

3. Søgning på udvalgte nøgleord koblet til elementerne kombineret med 'review' og 'meta-analysis' i udvalgte databaser
4. Hvor det har været umiddelbart relevant er referencerne fra publikationerne fra punkt 1 fulgt for eventuelle supplerende nøglepublikationer.

Der er søgt i følgende databaser:

6. PubMed (god til RCT-studier)
7. PsycINFO (god til RCT-studier)
8. Web of Science
9. Overordnet REX-søgning
10. SØM's vidensdatabase (målgruppe: Børn og unge i forebyggende foranstaltninger efter SEL § 52)

KOMMUNAL PRAKSIS

Den samlede litteratursøgning er suppleret med en overordnet gennemgang af kommuners hjemmesider, hvor formålet har været at få et overblik over, hvad kommunerne typisk arbejder med, når det gælder familiebehandling. Der er udvalgt 33 kommuner, og det primære udvælgelseskriterie har været, at kommunens indbyggertal skulle være over 45.000 for at sikre, at kommunerne var forholdsvis repræsentative. Der er stor variation i, hvor meget kommunerne skriver på deres hjemmesider, og størstedelen af kommunerne beskriver primært deres forebyggende indsatser. De beskriver således i langt mindre grad, hvis de har videreudviklet på en evidensbaseret metode, eller hvis de selv har udviklet en metode. Gennemgang af kommunernes hjemmeside giver imidlertid et indblik i hvilke typer af metoder og kompetencer man har på hylderne, når man, som det ofte er tilfældet med de mere intensive familieindsatser, skal sætte et særligt forløb sammen til en specifik familie ud fra en helhedsorienteret tilgang.

Anvendelse af resultater

Formålet med den samlede litteratursøgning, samt kommune- og tilbudsgennemgangen er tredelt.

1. Den afdækkede viden indgår som en del af grundlaget for at udarbejde en bruttoliste af kommuner, der kan tages kontakt til – denne er suppleret med input fra Marie Østergaard, Fonden VITA, samt videnspersoner fra SL og KL.
2. Den afdækkede viden indgår som en del af grundlaget for at udarbejde interviewguides til de 5 casekommuner, så det sikres, at praksisafdækningen i forbindelse med de lokale tilbud kommer hele vejen rundt – og at det er de relevante obligatoriske elementer, der udvælges til det videre forløb.
3. Den afdækkede viden indgår som en del af grundlaget i det Vidensnotat, der udarbejdes på baggrund af den indledende fase, samt for udvælgelsen af de obligatoriske elementer, der skal indgå i den endelige indsatsbeskrivelse.

BILAG 2: LITTERATURLISTE

- August, G. J., Lee, S. S., Bloomquist, M. L., Realmuto, G. M., & Hektner, J. M. (2004). Maintenance effects of an evidence-based prevention innovation for aggressive children living in culturally diverse urban neighborhoods: The Early Risers effectiveness study. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(4), 194-205.
- Bele, Monica (2005). Flerfamilieterapi – En gruppebasert modell på en dagenhet for barn i psykisk helsevern. Fokus på familien 03 / 2005 (Volum 34).
- Chacko, A., & Scavenius, C. (2018). Bending the curve: A community-based behavioral parent training model to address ADHD-related concerns in the voluntary sector in Denmark. *Journal of abnormal child psychology*, 46(3), 505-517.
- Conner, N. W., & Fraser, M. W. (2011). Preschool social-emotional skills training: A controlled pilot test of the making choices and strong families programs. *Research on Social Work Practice*, 21(6), 699-711.
- Eiberg, M., Andersen, L. K., Scavenius, C., & Karolina, E. (2018). Dynamisk assessment som interventionsværktøj.
- Greef, Marieke de, Pijnenburg Huub M., van Hattum, Marion J. C., McLeod, Bryce D., Scholte, Ron H. J. (2017). Parent-Professional Alliance and Outcomes of Child, Parent, and Family Treatment: A Systematic Review. *J Child Fam Stud* (2017) 26:961–976.
- Hagen, K. A., Ogden, T., & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment outcomes and mediators of parent management training: A one-year follow-up of children with conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 165-178.
- Hansen, Helle, Arendt Skou, Kasper & Mehlsen, Line (2018). Evaluering af Familiehuset i Rebild Kommune – en forebyggende indsats til familier med børn i alderen 0-18 år. *Viden til Velfærd (VIVE)*.
- Folkhälsomyndigheten (2016). Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld.
- Jensen, B., Berliner, P., Brandi, U., Ravn, I., Kousholt, D., Holm, A., ... & Rasmussen, M. K. (2013). VIDA: Vidensbaseret indsats over for udsatte børn i dagtilbud – modelprogram: Effekter af VIDA. Kbh: VIDA-projektet, DPU, Aarhus Universitet. (VIDA-forskningsserien 2013:04)
- Jespersen, Cathrine (2006). Socialt udsatte børn i dagtilbud. 06:21, Socialforskningsinstituttet.
- Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S., & Wade, T. (2016). Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behaviour research and therapy*, 81, 1-11.
- Kitzman, H. J., Olds, D. L., Cole, R. E., Hanks, C. A., Anson, E. A., Arcolego, K. J., ... & Holmberg, J. R. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(5), 412-418.
- Leijten, P., Raaijmakers, M. A., Orobio de Castro, B., van den Ban, E., & Matthys, W. (2017). Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for families with socioeconomically disadvantaged and ethnic minority backgrounds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 59-73.
- Lemberger, M. E., & Clemens, E. V. (2012). Connectedness and self-regulation as constructs of the student success skills program in inner-city African American elementary school students. *Journal of Counseling & Development*, 90(4), 450-458.
- Lewis, Margareta (2012). Brukermedvirkning i familiebehandling. Med Klient -og resultatstyrt praksis (KOR) som eksempel. Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag.
- Lindberg, M. R., Hansen, H., & Scavenius, C. (2017). Midtvejsevaluering af bedre familiebehandling.
- McMenamy, J., Sheldrick, R. C., & Perrin, E. C. (2011). Early intervention in pediatrics offices for emerging disruptive behavior in toddlers. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(2), 77-86
- Pontoppidan, M., Klest, S. K., & Sandoy, T. M. (2016). The Incredible Years Parents and Babies Program: A Pilot Randomized Controlled Trial. *PloS one*, 11(12), e0167592.
- Rayce, S. B., Rasmussen, I. S., Klest, S. K., Patras, J., & Pontoppidan, M. (2017). Effects of parenting interventions for at-risk parents with infants: a systematic review and meta-analyses. *BMJ open*, 7(12), e015707.

- Sonne-Schmidt, C. S., & Lindberg, M. R. (2018). Adfærdsændringer og omkostninger ved FFT: Resultater fra evalueringen af funktionel familierapi i danske kommuner og organisationer.
- Scavenius, C., Andersen, L. K., Frøslev-Thomsen, K., Henze-Pedersen, S., & Lindberg, M. R. (2018). Evaluering af tre projekter i Socialstyrelsens Forældreprogram.
- Schwartz, Ida (2013). Familiearbejde i udvikling. Fokus på familien 01 / 2013 (Volum 41).
- Servicestyrelsen (2011). Evaluering af De Utrolige År: Slutrapport. Forfatter: Rambøll Management. Odense: Servicestyrelsen.
- Skar, A. M. S., von Tetzchner, S., Clucas, C., & Sherr, L. (2015). The long-term effectiveness of the International Child Development Programme (ICDP) implemented as a community-wide parenting programme. *European Journal of Developmental Psychology*, 12(1), 54-68.
- SFI. (2012): Støtte til udsatte børnefamilier, delrapport 2.
- Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M., & Giannotta, F. (2015). A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(6), 1069.
- Sundet, Rolf (2015). Arbeid i ambulante team og familieenheter - funn fra en forskende kliniker. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (Volum 12).
- Thijssen, J., Vink, G., Muris, P., & de Ruiter, C. (2017). The effectiveness of parent management training—Oregon model in clinically referred children with externalizing behavior problems in The Netherlands. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(1), 136-150.
- Wampold, Bruce W. (2001). *the Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahwah: Erlbaum.
- Wampold, Bruce E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 2015;14:270–277.
- Weisz, John R., Kuppens, Sofie, Yi Ng, Me, Vaughn-Coaxum Rachel A., Ugueto Ana M., Eckshtain Dikla, and Corteselli, Katherine A. (2018). Are Psychotherapies for Young People Growing Stronger? Tracking Trends Over Time for Youth Anxiety, Depression, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Conduct Problems. *Perspectives on Psychological Science* 1 –22.

BILAG 3: AFSÆT FOR INDSATSEN

I det følgende beskrives en række faktorer, der kan udgøre afsættet for en familiebehandlingsindsats. Det omfatter en beskrivelse af organisering, omkostninger, kompetencer og ressourcer. Det er disse faktorer, der typisk forudsætter, at indsatsen kan gennemføres, og at familierne profiterer af indsatsen.

Eksempler på organisering

For at sikre en styrket familiebehandling til udsatte familier er det afgørende, at kommunerne implementerer en række organisationsprincipper og ledelsestilgange, som skaber rammerne for, at medarbejderne kan lykkes med en styrket familiebehandling.

Der kan være forskellige organisationsprincipper, som er relevante for den enkelte kommune. Nedenfor fremgår eksempler på organisationsprincipper, men det er dog ikke en udtømmende liste:

ORGANISATIONSPRINCIP	EKSEMPEL PÅ INDHOLD
Effektiv og tværfaglig funderet undersøgelse af behov	Myndighedsområdet, der varetager paragrafferne ift. familiebehandling (§§11 og 52), kan sidde i samme forvaltning, evt. opdelt i aldersgrupper, fx A) gravid – 3 år, B) 4-11 år og C) 12 – 18 år, for at sikre specialiseret socialfaglig viden om de specifikke aldersgrupper. Samtidigt kan andre fagpersoner – afhængigt af familiens udfordringer – inddrages i undersøgelsen, så alle behov og udfordringer afdækkes. Dette skal der være opbakning til blandt alle ledere.
Helhedsorienterede og tværgående samarbejde, der sikrer de rette indsatser	For at visitere til de rette indsatser kan det være relevant med en tværfaglig visitation med faglige ledere fra relevante områder, herunder familieområde (både myndighed og udfører), socialområde og jobcenter. Den tværfaglige ledelse sikrer, at alle områder kommer i spil og byder ind med relevante løsninger og ressourcer. Samtidigt skal visitationen være åbne for nye ideer og tænke kreativt, hvis løsningerne ikke er på hylderne. Det giver åbne rammer til det team, der skal løse opgaverne mod at se effekt af indsats.
Hurtige beslutninger, hurtig indsats	Visitationsteamet skal mødes hyppigt – fx minimum hver anden uge – så det sikres, at indsatserne iværksættes hurtigt, og familierne kan komme i gang med deres forløb. Når den første visitation af indsatser er gennemført, kan der arbejdes med en pulje-model, hvor teamet, der løser opgaven, får en pulje penge, de kan anvende, mod, at de dokumenterer en effekt ved halvårlig opfølgning. Her kan søges om nye midler, hvis der er behov. Det kan være med til at effektivisere visitationen, og det vil højne medarbejdernes engagement, at de selv i nogen grad forvalter ressourcerne og får et skarpere blik for, hvad familierne får ud af indsatsen.
Hyppig opfølgning, der sikrer fremdrift og justering	Der skal være rammer og tid til, at medarbejderne hyppigt følger op på familiens udvikling, både sammen med familien på netværksmøder og internt blandt fagpersonerne. Dvs. myndighed og udførere mødes – fx minimum en gang om måneden og gerne hyppigere evt. via telefon – og justerer indsatsen, hvis der er behov.
Tæt koordinering mellem myndighed og udfører	Der skal være et tæt samarbejde mellem myndighed og udfører, så der kan reageres hurtigt på borgernes behov. Så vidt muligt placeres myndighed og udførere på samme lokation, så de let kan mødes og koordinere.
Lærende organisation	Fokus i indsatsen blandt alle medarbejdere og ledere skal være læring: Hvordan hjælper vi familierne bedst muligt? Hvad virker for hvem? Hvad virker ikke for hvem? Det gøres ved hyppig refleksion over praksis med brug af kvalitative og kvantitative data om familiens udvikling, familiens feedback på samarbejdet med fagpersoner og

fagpersonernes egne refleksioner over, hvad der skal til i den specifikke familie. Det gøres også ved at drøfte nyeste viden på området og omsætte dette i praksis. Der skal derfor afholdes jævnlige læringsmøder, fx minimum 1 gang om måneden, hvor de aktører, der arbejder med familierne, mødes.

Relationel koordinering (kapacitet)

Inden for relationel koordinering eller kapacitet, som det hedder på dansk² arbejdes med følgende seks principper:

1. Samarbejde: Godt samarbejde blandt medarbejderne omkring borgeren
2. Videndeling: Informationer om borgeren deles på tværs
3. Kendskab: Der er kendskab til hinandens områder, muligheder og begrænsninger
4. Problemløsning: Alle hjælper hinanden med at løse de problemer, der opstår
5. Innovation: Alle bidrager med at udvikle indsatserne og se efter nye muligheder
6. Respekt: Alle respekterer hinandens arbejde med familien

Disse principper kan implementeres ved at italesætte dem og i fællesskab fortolke og udmønte dem samt ved, at de teams, der arbejder med familien, følger op på, i hvor høj grad principperne er til stede og drøfter, hvordan de kan forbedres. Der er mulighed for at måle kvantitativt på, om og i hvor høj grad principperne udledes.

Ledelse

Udover organisationsprincipperne kan der på baggrund af vidensafdækningen peges på nogle ledelsestilgange, som er særligt vigtige på familieområdet. Det drejer sig om:

- **Tværfaglig ledelse**

Der er fordele ved at have tværfaglig ledelse i visitation som nævnt i organisationsprincippet før, og i forhold til at alle ledere bakker op om og giver deres medarbejdere mulighed for at deltage på opfølgingsmøder, netværksmøder og læringsmøder. Derudover bør lederne på tværs tænke kommunen som én concern, hvor alle hjælper hinanden med at lykkes med de mål, der er stillet for hver forvaltning, så suboptimering undgås.

- **Nærværende ledelse**

Medarbejderne skal kunne trække på en faglig ledelse i svære sager, og der skal være mulighed for, at der tages hurtige beslutninger. Dertil skal der være opbakning fra lederen til de løsninger, medarbejderne peger på, og alternativt skal lederen hjælpe med at finde nye muligheder. Endelig skal den nærværende leder sørge for, at medarbejderne trives særligt på dette område, som kan være psykisk belastende for medarbejderne at arbejde inden for.

- **Modig ledelse med en dobbelt bundlinje**

Da familiernes behov er komplekse, findes der ikke én metode eller tilgang, som vil virke for alle. Derfor er der brug for en ledelse, der skaber rammerne og kulturen til at tænke kreativt og turde prøve noget nyt. Dette skal kombineres med et skarpt fokus på effekt og økonomi (dobbelt bundlinje), så det sikres, at familierne udvikler sig og får noget ud af indsatsen, og at kommunens ressourcer anvendes ansvarligt.

² Relationel Koordinering er udviklet af Jody Hoffer Gittel. I Danmark har Carsten Hornstrup videreudviklet konceptet til en dansk kommunal kontekst, og kalder det Relationel Kapacitet. Pointen er, at forskerne har undersøgt, hvad der skaber et godt samarbejde på tværs, så aktørerne i samarbejdet præsterer bedre i form af bedre borgereffekter og højere trivsel blandt medarbejderne. Derudover bliver aktørerne i samarbejdet mere effektive. De seks principper i tabellen understøtter dette.

BILAG 4: ET EKSEMPEL PÅ EN FORLØBSBESKRIVELSE

I det følgende beskrives et eksempel på, hvordan et forløb kunne beskrives.

Fase 1: Opstart

Fase 1: Opstart beskriver de aktiviteter, der gennemføres, inden den egentlige familiebehandlingsindsats iværksættes. Disse aktiviteter foregår oftest på myndighedsniveau på baggrund af oplysninger fra og med involvering af andre relevante fagprofessionelle omkring familien. Fase 1: Opstart kan eksempelvis involvere nedenstående elementer:

Henvisning/underretning og partshøring

En familiebehandlingsindsats udspringer som oftest via en underretning eller henvisning, typisk fordi der er bekymring for et eller flere af børnene. Det kan være en jordemoder, sundhedsplejerske, pædagog fra daginstitution, fra skolen eller en klub, familiens læge eller netværk. Det kan også være forældrene selv, der henvender sig.

Hvis underretningen er akut, fx hvis børnenes sikkerhed er i fare, stiller kommunen med et akutteam, der rykker ud og forholder sig til udfordringerne og starter et forløb op.

Ved underretning kontaktes forældrene, og der aftales et første møde med en socialrådgiver fra myndighedsområdet, hvor forældrene partshøres, dvs. kan kommentere på den eller de underretninger, der er.

Forældrene skal oplyses om, hvad der skal ske, og hvad der kan ske, hvis bekymringsbilledet ikke ændrer sig eller bliver værre. Fokus kan til sidst være, at de med familiebehandlingen kan få hjælp og støtte til at arbejde med deres konkrete udfordringer.

Behovsafdækning og undersøgelse

Det er rådgivere fra en myndighedsafdeling, som foretager behovsafdækning og visiterer til relevant indsats afhængigt af bekymringsniveauet. Rådgiverne kan være opdelt og specialiseret i specifikke aldersgrupper, fx gravide-3 år, og børn i alderen 3-11 år og 12-18 år, da behovene kan være meget forskellige på tværs af aldre.

Ved en bekymring eller afklaring af familiens behov kan der eksempelvis afholdes et netværksmøde med familien og relevante fagpersoner, fx jordemor (hvis der er tale om en gravid), PPR, familiebehandler, myndighedsrådgiver og familiens netværk, som kan foretage en helhedsorienteret afdækning af familiens situation. Hvis en forebyggende indsats ikke er tilstrækkelig (§11), og der er behov for en foranstaltning (§52), udarbejdes en børnefaglig undersøgelse (§50) af den rådgiver, som tilknyttes familien.

For at understøtte et fælles sprog omkring familien kan der eksempelvis anvendes et redskab til at strukturere risikofaktorer, bekymringerne hos fagpersonerne som beskyttelsesfaktorer og de ressourcer, der er i familien. En fast del af undersøgelsen er at afdække familiens netværk, fx via netværkskort eller geneogram. Herudover kan børnelinealen fx anvendes, som placerer børnene i henholdsvis grøn, gul og rød position afhængigt af, hvor lille henholdsvis stor, bekymringen er i forhold til barnets trivsel og forældrenes omsorgsevne.

Det kan også være ADBB (Alarm Distress Baby Scale), som beskriver tegn på børns tidlige tilbagetrækning, dvs. tegn, det er vigtigt at reagere på.

Signs of Safety (SoS) kan også være et eksempel på at understøtte en helhedsorienteret afdækning, og som samtidigt involverer familien. SoS har fokus på familiens egen oplevelse af deres udfordringer og forestillinger om, hvad der kunne være anderledes. Fokus er på at empower familien ved at give dem "magten" til at italesætte udfordringerne og mulige løsninger, hvilket giver familien ejerskab til processen, og det gør dem til aktive medspillere. SoS anvendes som en balanceret risikovurdering af en familie for at vurdere, hvor bekymret myndighedspersonerne skal være. SoS anvendes i forbindelse med udarbejdelsen af handleplan, så der på den måde er en glidende overgang mellem undersøgelse og handleplan. Samtidigt indeholder SOS en skalering af, "hvor borgeren er" i forhold til specifikke områder, på en skala fra 1-10. Erfaringerne er, at redskabet opleves meget konkret af borgerne, og de har lettere ved at få øje på de små skridt i en forandringsproces.

Der er en væsentlig formidlingsmæssig opgave i forhold til at synliggøre for forældrene, at indsatsen handler om at støtte og hjælpe familien, og målet ikke som udgangspunkt er at anbringe barnet.

Handleplan

På baggrund af undersøgelsen og afklaring af familiens behov og situation formulerer familien sammen med rådgiveren de mål, familien gerne vil opnå, eksempelvis at barnet følger de normale udviklingskurver, at der er øjenkontakt, at forældrene benævner, hvad ting hedder foran barnet, at der er faste sengetider eller at far skal i praktik inden for en måned. Det skal være mål som giver mening for forældrene (ellers vil de ikke arbejde efter dem), de skal være overkommelige (ellers "knækker forældrene nakken på dem"), de skal være konkrete (ellers er det svært at leve op til dem).

Et vigtigt princip, der arbejdes med, er at have et fokus på, hvor familien er, og hvad deres nærmeste udviklingszone er. Der arbejdes således med en belastningsbalance, hvor der er fokus på, hvad der kan lade sig gøre på henholdsvis den korte og den lange bane. Målene skal som udgangspunkt formuleres med familiens egne ord, da det giver ejerskab til målene. Derudover arbejder mange med at gøre planen visuel og overskuelig samt inspirerende at arbejde med, fx via grafisk facilitering.

Rådgiveren, der er på sagen, kan eksempelvis indhente forældrenes tilladelse til, at familiens mål formuleres i én plan (fx kaldet "familiens plan"), der samler mål på tværs i andre handleplaner, fx mål fra jobplan, handleplan fra socialområderådet, uddannelsesplan mm. (jf. lov om én handleplan). Det gør, at mål og indsatser kan tænkes sammen og i en rækkefølge, som gør, at familien kan følge med. På den måde bliver én plan (familiens plan) et samarbejdsredskab ikke kun mellem familien og den enkelte fagperson, men mellem alle fagpersoner, der arbejder med familien.

Planen skal også indeholde en oversigt over, hvilken støtte, der kommer i hjemmet, dvs. hvilke fagpersoner (med navns nævnelse) og hvilken funktion de har (hvorfor kommer de i hjemmet). Der skal med andre ord være en klar forventningsafstemning og tydelig kommunikation i forhold til, hvem der gør hvad, og hvad der skal ske i forløbet.

Hvis der er tale om store bekymringer for børnene eller nyfødt udarbejdes en sikkerhedsplan om de bekymringer, der er, og hvad der gøres ved dem.

Visitation

For at sikre den rette indsats til familierne er det vigtigt, at der foretages en grundig visitation, som tager højde for de individuelle behov, der er i en familie. Der kan eksempelvis anvendes et tværfagligt visitationsudvalg til de sager, hvor rådgiver er i tvivl om, hvad den rette indsats er. Der kan være behov for at tænke kreativt. Grundprincippet i udvalget skal være at forsøge at undgå en anbringelse og iværksætte indsatsen i hjemmet så vidt muligt. Det kan indebære en investering i ekstra timer i starten for at få styr på grundlæggende forhold i familien.

Som nævnt kan visitationsudvalget vælge at investere i flere timer kombineret med andre indsatser (fx aflastning og ambulante behandling) som forebyggelse af en anbringelse af barnet eller børnene. Der kan derudover eksempelvis gøres brug af fleksibel tilrettelæggelse af arbejdstid, som betyder, at familiebehandlere kan fordele timerne over hele ugen, også i weekenden og om aftenen, hvor familierne typisk har særligt behov for støtte.

Fase 2: Indsats

I denne fase iværksættes indsatsen, som kan bestå af forskellige typer af aktiviteter afhængigt af behovet, og der koordineres og følges løbende op på indsatserne mellem familien, fagpersoner og det brede netværk. Eksempler på de indsatstyper, som kan iværksættes i anden fase udfoldes i det følgende. Eksemplerne er ikke udtømmende.

Afklaring og undersøgelse af forældrekompetence

Formålet med et afklaringsforløb er at vurdere, hvad der skal til i en familie for, at børnene sikres trivsel. Forældrekompetenceundersøgelser kan være en del af afklaringen og kan både gennemføres under døgnbehandling eller ambulante eller i hjemmet. Afklaringsforløbet resulterer typisk i én af fire muligheder: 1) At familien sendes hjem, fordi alt er, som det skal være; 2) at familien sendes hjem med behov for ambulante familiebehandling; 3) at barnet skal anbringes; eller 4) at familien tilbydes døgnfamiliebehandling. Afklaringsforløbet gennemføres i tæt dialog mellem familiebehandlere, psykolog og rådgiver, da det kræver flere forskellige kompetencer at komme rundt om alle aspekter i en familie.

Familierådslagning

Rådslagningen forestås af en professionel samordner, der hjælper familien med selv at lave en plan. Familien peger også selv på relevante netværkspersoner både fra det private og det professionelle netværk (fx en skolelærer), som skal indgå i et team sammen med familien i forhold til at opnå målene i planen.

Hjemmebaseret behandling

Afhængigt af behov kan hjemmebaseret behandling varetages af forskellige fagpersoner, herunder sundhedsplejersker, familierapeuter, psykologer eller (social)pædagoger. Nogle steder arbejdes der med teambaseret behandling, hvor to fagpersoner varetager indsatsen, så de kan sparre med hinanden og supplere hinanden ved fravær. Det sikrer samtidig, at den enkelte medarbejder ikke står med ene ansvar for at lægge mærke til signaler hos barnet og ikke er ene om at modtage og håndtere frustration fra borgerne.

Praktisk støtte i hjemmet

Formålet med den praktiske støtte er at skabe orden og ro i familierne, fx gennem hjælp til oprydning, rengøring, indkøb og madlavning, og hjælp til gode rutiner i forhold til spisetider og sove/vågne-tider (døgnrytme). Formålet er at bidrage med rammer for, at familien kan trives og arbejde med de udfordringer, der ellers måtte være. Behandlerne har fokus på, hvordan de med praktisk pædagogisk hjælp kan ændre på nogle af familiernes livsbetingelser, så familierne får overskuddet til hinanden. Praksiskortlægningen viser, at det ofte er her, at familierne oplever en effekt, fordi familiebehandlerne er med til at udløse den energi, som familierne ikke har af bl.a. praktiske årsager. Praksiskortlægningen viser desuden, at mange kommuner arbejder med praktisk pædagogisk hjælp som et redskab, der kan understøtte et givent fælles metodisk fundament. Familiebehandlerne er meget bevidste om ikke kun at vise forældrene, hvordan der skal gøres, men hvis personalet ser et konkret behov, så gør familiebehandlerne det, der skal til for at skabe overskud hos forældrene.

Støtte til samværet i familien

Formålet er her at støtte og guide forældrene i samværet med barnet eller børnene, så der skabes gode familierelationer uden unødige konflikter. Det kan fx handle om samvær i forbindelse med gentagne daglige situationer, som putning, hygiejne og morgenrutiner. Her anvendes observation af samspil og guidning i forhold til ændring af adfærd.

Det kan specifikt handle om at styrket tilknytningen mellem barn og forældre med forskellige metoder, fx Theraplay, Marte Meo el lign.

På tværs af metoder kan brugen af video som redskab til at arbejde med udvikling af forældrekompetencer. Det er en god måde for forældrene at forstå og lære på, fordi de kan se, hvad de gør og kan have en samtale med familiebehandlerne om, hvad de gør, der virker, og hvad der kan gøres anderledes. Med kamera filmes interaktioner i familierne, så forældre kan se, hvordan de påvirker børnene med deres adfærd. Det kan bruges til at træne mere hensigtsmæssige adfærdsmønstre. Eksempler på videobaserede redskaber er Marte Meo eller ERA.

En anden virkningsfuld tilgang, som ofte fremhæves i praksiskortlægningen, er mentalisering. Mentalisering er særlig god til at træne forældre i at se fordomsfrit på adfærden hos børnene og forstå, hvorfor de handler, som de gør, ved at "sætte sig ind i" hvordan det må være at være det pågældende barn.

Der kan også gøres brug af en narrativ tilgang, da den er god til at formulere positive mod-fortællinger til de negative fortællinger, mange udsatte familier er vokset op med. Det giver mod på forandring at vide, at der er noget, familien godt kan. En variant af den narrative tilgang er at bruge ord og billeder som dokumentation af vigtige begivenheder i barnets liv, som forældrene trænes i at bevidne – i stedet for at kritisere eller kommentere. Gennem bevidning anerkendes barnet for det, barnet gør og forstærker derigennem barnets identitet og øger samhørigheden med forældrene.

Er der tale om udtalte konflikter i familien kan mæglingssamtaler eller konfliktnedtrappende samtaler anvendes. Støtte til samværet i familierne kan også handle om at fagpersonerne understøtter familien i forskellige familieaktiviteter.

Individuelle samtaler til forældre

Der kan være behov for at behandle specifikke udfordringer hos forældrene, fx stress, angst, depression mm. Her kan der være behov for brug af fx traumebehandling, kognitiv adfærdsterapi eller "bare" en, der lytter og hjælper forælderen i enerum til at formulere nye handlinger, der kan forbedre forældreevnen fx via mentaliseringsunderstøttende samtaler.

En anden virksom måde at understøtte forældrekompetencen er via samtaler med både sundhedsplejerske og pædagog fra den institution, barnet går i eller skal gå i. Hvis det er en nyfødt, kan der også arbejdes med en god overgang fra hjem til institution. Med pædagogen suppleres sundhedsvinklen med et blik for det relationelle, som vil styrke forældrekompetencen. Konkret kan pædagogen deltage en gang i mødregruppe, når barnet er spædt og deltage i hjemmebesøgene med sundhedsplejersken. Derudover deltager forældrene i snusepraktik sammen med barnet i dagtilbud det 1-2 gange om ugen 2-3 måneder, inden barnet starter i dagtilbud. Når barnet er startet, kan sundhedsplejerske og pædagog følge op månedligt i en periode afhængigt af behovet.

Parsamtaler til forældre

Der kan være behov for, at forældrene arbejder med deres indbyrdes relation med fokus på at styrke kommunikation og forældreskab, så de bedst muligt hjælper hinanden og forstår hinandens adfærd.

Støtte til børnene og de unge i familien

Den hjemmebaseret behandling kan også handle om at støtte børnene og de unge i familien i forhold til at "være" i familien med de udfordringer, der nu måtte være. Her kan en kontaktpersonordning anvendes, som har fokus på at hjælpe børnene og de unge i familien, typisk de 11-18-årige.

Undervisning

For at styrke forældrenes indsigt i de udfordringer, de selv og/eller deres børn har, kan der eksempelvis bruges psyko-education. Det kan fx handle om viden om autisme, og hvordan forældre bedst håndterer, at deres barn har autisme. Hvis en forælder har en bipolar lidelse, kan det handle om at få indsigt i, hvad sygdommen gør, og hvordan vedkommende tilrettelægger en hverdag, så lidelsen ikke "tager over".

Læring gennem følgeskab

Familiebehandleren følges med familien i stedet for at anvise eller instruere. Familiebehandleren kan fx gå med til forældremøder, til sommerfester i daginstitutioner, til møder i jobcenteret eller til møder i psykiatrisk afdeling. Formålet med at deltage i aktiviteter på børnenes daginstitutioner og skoler er at skabe forståelse hos forældrene for, hvor vigtigt det er at samarbejde med de voksne omkring børnene. Når familiebehandleren følges med forælderen til jobcenter og psykiatrisk afdeling, oplever forældrene, at der er et menneske, der vil dem, hvilket de ikke nødvendigvis ofte har oplevet i deres liv.

Ambulant behandling

Hvis det vurderes, at familien vil profitere af det, kan de visiteres til ambulant behandling, som er behandling uden for hjemmet. Det kan fx være i form af et intensivt dagtilbud, hvor forældrene støttes i at være forældre, fx som udslusning af døgnophold, eller hvis der er behov for intensiv støtte ved bekymring for barnets sikkerhed, men hvor det vurderes, at familien kan klare sig uden døgnophold. Her vil det give mening at dele tilbuddet op i alderspakker, fx 20. graviditetsuge-fødsel, 0-12 måneder, 1-3 år, 4-11 år og 12-18 år, så de rette kompetencer kan komme i spil afhængigt af barnets/børnenes alder og behov. Tilbuddet gives i serier i op til 3 måneder med mulighed for forlængelse, og varetages af et tværfagligt team af familiebehandlere, sundhedsplejersker og psykologer.

Dagtilbuddet kan også fungere som et åbent tilbud med imødekomende og hyggelige fysiske rammer, hvor familien kan henvende sig med mindre eller større udfordringer, fx udfordringer med gæld eller uklarhed om hvilke tilbud der er i kommunen. I tilbuddet ydes en håndholdt indsats, som kan rykke på de ting, der er brug for, så familien stille og roligt hjælpes videre. For at håndtere de mange forskellige behov der kan være, bemannes tilbuddet af et bredt sammensat tværfagligt team af både professionelle og frivillige, herunder job- og uddannelsesvejleder ("udstationeret" fra jobcentret), pædagog, sundhedsplejerske, socialrådgiver, psykolog, jordemoder og frivillighedskonsulent. Formålet er at støtte forældre i at være forældre og håndtere diverse udfordringer fx i forhold til at få uddannelse og job til at hænge sammen med familielivet. De forældre, som har svært ved at komme i uddannelse eller arbejde og har et ringe netværk, kan i tilbuddet få en håndholdt indsats til at få styr på disse forskellige udfordringer. Samtidigt varetager job- og uddannelseskonsulent den funktion og de opgaver, som jobcentret ellers ville. På den måde samles opgaverne i dagtilbuddet. Med brugen af frivillige kan der være mere tid til at hjælpe familierne end der ellers er i kommunen. Det er også i dagtilbuddet at de ovennævnte gruppeforløb kan afholdes.

Vekselvirkning mellem hjemmebesøg og ambulante behandling

Der kan også gøres brug af en vekselvirkning mellem hjemmebesøg og samtaler/aktiviteter i et dagtilbud (ambulante behandling), hvor udkørende familiekonsulenter/-behandlere med forskellig frekvens kommer på besøg hos familierne i deres eget hjem – besøgene har forskellig varighed og tager afsæt i konkrete behov. Fordelen ved denne model er, at nye handlinger afprøves direkte i hjemmet.

Aflastning

Der kan være behov for at både forældrene og børnene aflastes i perioder, så de kan lade op. Det kan gøres via weekendophold for børnene, fx en gang om måneden, hvor de deltager i forskellige kulturelle, sociale og fysiske aktiviteter med andre børn og på den måde danner relationer med andre, hvilke for nogle børn i udsatte familier sker sjældent.

Der kan også gøres brug af aflastningsfamilier, fx hver anden weekend, så børnene også prøver at danne relationer med andre voksne og i andre miljøer end derhjemme, og forældrene får et pusterum.

Døgnophold

Døgnbehandling anvendes, hvis rådgiverne er bekymret for forældrene, når de er alene med barnet/børnene eller hvis der er bekymring for kommende forældres varetægelse af deres barn. Døgnophold giver samtidig en anden ramme for at støtte forældrene i mestring af en hverdag sammen med barnet. På et døgnophold kan fagpersonerne hjælpe, vejlede og observere forældrene i samværet med barnet og over tid se, om der sker en udvikling. Den gravide kan få hjælp til at forberede sig på at blive forælder og der skabes et tillidsfuldt forhold til behandleren inden fødslen, som der kan bygges videre på efter, at barnet er født. Et ophold vil typisk vare 3-9 måneder afhængigt af behov og udvikling. Et døgnophold er døgnbemandet, så familien kan få hjælp hele døgn.

Døgnopholdet i familiebehandlingen tilbydes som oftest i huse, hvor flere familier bor i egne lejligheder eller værelser med tilknyttede fællesarealer i form af fx fælles køkkener, badeværelser og legearealer for børnene. Husene kan fysisk ligge i forlængelse af de ambulante behandlingstilbud eller for sig selv. I døgnbehandlingsindsatsen skal der lægges vægt på, at familiernes hverdag er så normal som mulig, og familierne skal selv have ansvar for indkøb, madlavning og hygiejnisk omsorg for børnene m.m. Samtidig er det væsentligt, at medarbejderne har nem og hurtig adgang til familierne, og kan observere og støtte forældrene i den daglige omsorg for og samvær med børnene.

Fase 3: Afslutning

Familiebehandlingsforløbet kan eksempelvis afsluttes ved, at de fagprofessionelle tilknyttet den enkelte familie sammen med familien vurderer familiens grundlæggende udvikling i familiebehandlingsindsatsen og beslutter, at behandlingsforløbet kan afsluttes. Vurderingen kan ske på baggrund af følgende kriterier:

- Mål i familiens plan er opnået
- Børnene trives og har ikke ulovligt fravær
- Forældrekompetencerne er i orden
- Fagpersoner er ikke bekymret længere
- Høj score på de målingsredskaber som anvendes
- Der er et netværk som er klar til at tage over og agere sikkerhedsnet for familien.

Derefter afklares, hvilke behov for andre tilbud der er i familien, både inden for børnefamilieområdet, men også eksempelvis tilbud alene til en af forældrene (fx i jobcenterregi eller i social og sundhed) og hvordan der kan bygges bro hertil fra familiebehandlingen.

BILAG 5: EKSEMPLER PÅ EFFEKTMÅLING OG DOKUMENTATION

Effekt af familiebehandlingsindsatsen

Det er afgørende, at familien selv formulerer de mål, de ønsker at opnå. Følgende mål er derfor eksempler på mål, der typisk er fremhævet gennem interviews med udsatte familier:

- Mere ro på i hjemmet i forbindelse med spising, badning og sengelægning
- Gladere børn
- Børnene kan godt vente på tur
- Børnene og forældrene kan sætte ord på følelser
- Ros fra dagtilbud og skole (fungerer godt i forhold til læringsmål, får gode karakterer)
- Børnene kommer ikke i konflikter med andre
- Børnene har legeaftaler
- Mere overskud til at være forældre
- Forældrene er mindre stresset eller depressive
- Forældrene går op i hvordan familien ser ud – vil gerne respekteres
- Forældrene vil gerne noget i livet

De mål, som fagpersoner typisk arbejder efter, – sammen med familierne – er derudover:

- Flere timer i ordinær beskæftigelse (evt. via småjobs, løntilskud)
- Flere forældre starter i virksomhedspraktik som fører til beskæftigelse
- Færre ulovlige fraværstimer
- Bedre skolepræstationer hos børnene

Målene for familiebehandlingen, som er formuleret i dette projekt:

- Børnenes trivsel forbedres og evt. problemadfærd bliver mindre
- Børnenes udvikling sikres
- Forældrene vurderer, at de har fået en mere stabil og struktureret hverdag
- Forældrene vurderer, at de har fået styrket deres forældrekompetencer.

Dokumentation

Der findes mange muligheder for at dokumentere, om de ønskede mål er opnået – og om familien er på rette vej. Både dokumentation, som er meningsfuld sammen med familien, og dokumentation som fagpersonerne alene foretager.

Nogle af målene er lette at måle kvantitativt, herunder:

- Karakterer: Data fra skole
- Læringsmål: Data fra dagtilbud (hvis det dokumenteres kvantitativt)
- Fravær: Data fra skole og dagtilbud
- Antal timer i job: Data fra jobcenter

Andre mål findes der målingsredskaber til, fx

- Trivsel: WHO-5 og FIT
- Psykisk trivsel og funktion: SDQ
- Social adfærd og følelsesmæssig trivsel: SEAM
- Barnets sociale tilbagetrækning: ADBB
- Relationen til behandler og feedback på indsats: FIT

En mere kvalitativ form for dokumentation er via forandringsfortællinger baseret på metoden Most Significant Change (MSC). Forandringsfortællinger er en metode til dataindsamling og systematisk undersøgelse af, om og hvordan en intervention (fx indsats, metode, fysiske rammer) gør en forskel for de mennesker, den er rettet imod. Samtidig åbner fortællingerne for faglig refleksion og læring. I praksis interviewer den person, som arbejder tæt sammen med familien, familien i forhold til hvilke forandringer, de har oplevet, og hvad, de peger på, har gjort en forskel. Fortællingerne bruges til at forstærke de indsats, der gør en forskel, og drøfte, hvad der eller skal til for at familien udvikler sig mod (andre) ønskede forandringer.

Dokumentationen bør ske ved opstart og afslutning af forløb samt løbende for at kunne se, om indsatsen har gjort og gør en forskel. Kommunen kan vælge de målingsredskaber, som passer med de mål, som ønskes opnået, og at dokumentationen så vidt muligt deles med familierne og teamet af fagpersoner omkring familierne i en dialog omkring familiens plan, så målingerne aktivt bidrager til arbejdet med handleplanen. Det kan være en fordel både at anvende

kvantitative målinger og kvalitative, da begge metoder supplerer hinanden godt og tilsammen giver et nuanceret billede af familiens situation og udvikling.