

EVALUERING AF FEEDBACK- INFORMED TREATMENT VED SILKEBORG KOMMUNES FAMILIECENTER



16:19

HELLE HANSEN
CHRISTIANE PRÆSTGAARD CHRISTENSEN
TINA TERMANSEN

16:19

EVALUERING AF FEEDBACK-
INFORMED TREATMENT VED
SILKEBORG KOMMUNES
FAMILIECENTER

HELLE HANSEN
CHRISTIANE PRÆSTGAARD CHRISTENSEN
TINA TERMANSEN

KØBENHAVN 2016
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

EVALUERING AF FEEDBACK-INFORMED TREATMENT VED SILKEBORG KOMMUNES
FAMILIECENTER

Afdelingsleder: Mette Deding
Afdelingen for Skole og Uddannelse

ISSN: 1396-1810
e-ISBN: 978-87-7119-385-5

Layout: Hedda Bank
Forsidefoto: Colourbox

© 2016 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

INDHOLD

	FORORD	5
	SAMMENFATNING	7
1	BAGGRUND FOR PROJEKTET OG BESKRIVELSE AF FIT	13
	Baggrund for projektet	13
2	METODE	17
	Kvalitativ metode	17
	Kvantitativ metode	19
3	FAMILIERNE OG DERES BEHANDLINGSFORLØB	25
	Behandlingsforløbene	25
	Årsag til behandling	27

4	BRUGEN AF FIT I SILKEBORG KOMMUNES FAMILIECENTER	37
	Opstarten med FIT	37
	At arbejde med FIT	41
5	RESULTATER	51
	Forældrenes trivsel og vurdering af forløbet	51
	LITTERATUR	63
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2015	65

FORORD

Feedback-Informed Treatment (FIT) er en metode, der i stadig stigende grad bliver brugt på det sociale område i Danmark. Det er et dialog- og evalueringsredskab, der kan bruges aktivt i familiebehandlingen til at justere, tilpasse eller tilrettelægge forløbene mest hensigtsmæssigt. FIT består af to enkle skemaer med fokus på effekt og samarbejde, der anvendes i henholdsvis starten og slutningen af hver session. FIT er blandt de dokumenterede metoder, som Socialstyrelsen fremhæver på sin hjemmeside.

Silkeborg Kommunes Familiecenter har de seneste fire år brugt FIT i sine behandlingsforløb og har haft gode erfaringer med metoden. Formålet med denne evaluering har været at undersøge, om den positive udvikling, som behandlerne ser hos familierne med FIT-redskabet, også kan dokumenteres med validerede måleredskaber. Derudover skulle evalueringen bidrage med viden om, hvordan medarbejderne og familierne oplever arbejdet med FIT.

En stor tak til medarbejderne ved Silkeborg Kommunes Familiecenter, der har ydet en stor indsats i forhold til at indsamle spørgeskemaer, svare på spørgsmål og stille op til interview. Og endelig en stor tak til de forældre, der gennem interview har bidraget med vigtige perspektiver på Silkeborg Kommunes Familiecenters arbejde og brug af FIT.

Rapporten er skrevet af seniorkonsulent Helle Hansen, videnskabelig assistent Christiane Præstgaard Christensen og videnskabelig assistent Tina Termansen.

Rapporten er finansieret af Silkeborg Kommunes Familiecenter.

København, juni 2016

AGI CSONKA

SAMMENFATNING

FORMÅL OG BAGGRUND

Silkeborg Kommunes Familiecenter er en forebyggende dagbehandlingsforanstaltning for børnefamilier og unge i et individuelt forløb, som har særligt behov for støtte, og hvor der kan etableres et samarbejde på et frivilligt grundlag. For fire år siden valgte Silkeborg Kommunes Familiecenter at indføre Feedback-Informed Treatment (FIT) som en del af behandlingen.

FIT er et dialog- og evalueringsredskab, der kan bruges aktivt i behandlingen til at justere, tilpasse eller tilrettelægge forløbene mest hensigtsmæssigt. Redskabet består af to enkle skemaer med fokus på effekt og samarbejde, som terapeuterne i Familiecentret anvender i starten og slutningen af hver session. FIT anvendes i stigende grad i Danmark og på mange forskellige områder, da redskabet er uafhængigt af den metode, der arbejdes ud fra i indsatsen

Formålet med evalueringen har været at afdække, hvordan medarbejderne og familierne oplever arbejdet med FIT, og hvad det betyder for familiernes behandlingsforløb, samt at undersøge, om den positive udvikling, som Familiecentret ser hos familierne med FIT-redskabet, også kan dokumenteres med validerede måleredskaber.

ARBEJDET MED FIT I SILKEBORG KOMMUNES FAMILIECENTER

FIT er et relativt enkelt redskab, bestående af to spørgeskemaer med hver fire spørgsmål. Men implementeringsudfordringen ligger i terapeuternes anvendelse af FIT i deres daglige praksis. Det kræver, at terapeuterne er nysgerrige på den feedback, de får, og aktivt spørger ind til, hvad der ligger bag. Det er en helt ny måde at arbejde på for mange, og det betyder, at der er en implementeringsperiode, hvor terapeuterne skal støttes med supervision og undervisning og derigennem lære, hvordan de håndterer og bruger den feedback, de får, til aktivt at forbedre deres behandlingsindsats.

Formålet med FIT er, at behandlerne under selve behandlingsforløbet kan opfange problemer, behov, mistrivsel mv., således at det kan blive italesat og håndteret, mens det står på. At oparbejde en praksis, hvor familiernes feedback og FIT bruges aktivt i behandlingen, har taget tid. Silkeborg Kommunes Familie Center valgte for fire år siden at implementere FIT, hvilket mødte skepsis blandt medarbejderne. Implementeringen skete gradvist, og i dag bruger alle medarbejderne FIT.

Overordnet er de interviewede behandlere på nuværende tidspunkt meget begejstrede for FIT og ser stort set kun fordele ved redskabet. Behandlerne påpeger, at en af de helt store fordele ved FIT er, at det kan give behandlerne mulighed for at få feedback, som de ellers måske ikke havde fået, eller først ville have fået på et meget senere tidspunkt. Dette giver dem mulighed for at opfange problemer i opløbet og justere behandlingstilgangen, hvilket kan være en fastholdende faktor og samtidig optimere udbyttet for familien.

Derudover kan familierne visuelt følge deres egen udvikling – både overordnet og på de enkelte områder, hvilket både de interviewede familier og medarbejdere fremhæver som en stor styrke ved FIT.

Af interviewene fremgår det, at medarbejderne ikke anser FIT for at være en tidssluger eller byrde, hvis det anvendes korrekt, fordi det er en del af behandlingen, og fordi de bruger den feedback, de får, til at forbedre den behandling, de tilbyder familierne.

FAMILIERNES UDVIKLING

Som en del af evalueringen har forældrene ved opstart og afslutning af behandlingsforløbet vurderet deres eget liv på ”Ladder of Life”, der er en skala fra 0 til 10, hvor 0 er det værst tænkelige liv og 10 det bedst tænkelige liv. Resultaterne viser en signifikant forbedring i vurderingen af eget

liv hen over behandlingsforløbet hos både mødre og fædre. Ændringen er størst hos mødre, men fædre har også en højere score ved afslutningen af behandlingsforløbet end ved opstart. Ligeledes findes der signifikante forbedringer i forældrenes trivsel på alle områderne, som "the Outcome Rating Scale" (ORS) måler. ORS-scoren er den del af FIT-redskabet, der måler trivsel med fire spørgsmål på en skala fra 0-10.

Der er relativt få familier, der har besvaret spørgeskemaet seks måneder efter, at behandlingen er afsluttet. Men resultaterne fra opfølgningmålingen indikerer, at familierne trives bedre seks måneder efter, at behandlingen er afsluttet, end da de startede. Af interviewene fremgår det, at forældrene særligt oplever en øget tro på sig selv som forældre og et lavere konfliktniveau i hjemmet.

I evalueringen måles børnenes trivsel ved brug af Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), der består af en samlet score samt scorer på fem underskalaer: emotionelle problemer, adfærdsvanskeligheder, hyperaktivitet, problemer i forhold til jævnaldrende og sociale styrker (prosocial adfærd). Ved opstartsmålingen placerer 51 pct. af børnene sig i normalområdet på den samlede SDQ-score, mens 16 pct. placerer sig i grænseområdet og 33 pct. uden for normalområdet, hvilket indikerer, at børnene har problemer af en vis tyngde, når de henvises til Silkeborg Kommunes Familiecenter. Ved den afsluttende måling efter endt behandling er der en signifikant forbedring i den samlede SDQ-score samt i barnets emotionelle problemer og adfærdsvanskeligheder.

Ved opfølgningen seks måneder efter, at behandlingen er afsluttet, er børnenes samlede SDQ-score på niveau med scoren ved afslutningen af behandlingen. Ved opfølgningen er der særligt sket ændringer på følgende områder: problemer med jævnaldrende og sociale styrker, hvor børnene scorer signifikant højere end ved opstartsmålingen. Datagrundlaget for opfølgningmålingen er dog spinkelt, så der er tale om tendenser.

Resultaterne viser ligeledes en signifikant, positiv udvikling hos børnene på alle de områder, som ORS-spørgsmålene afdækker.

Resultaterne bygger på en før- og eftermåling. Vi kan derfor ikke konkludere, at de forbedringer, vi finder, udelukkende skyldes behandlingsforløbene, da vi ikke ved, hvordan det alternativt ville være gået familierne. Resultaterne indikerer dog, at familierne forbedrer deres trivsel under forløbet, og at denne forbedring fortsat findes seks måneder efter endt behandling.

ORS SOM INDIKATOR FOR TRIVSEL

Resultaterne viser, at der i ORS-scoren er de samme trends som i de validerede instrumenter SDQ og "Ladder of Life" (LL), omend ORS-scoren viser en større udvikling. Det har ikke været en del af evalueringen at validere ORS-scoren, men i stedet at afdække, om ændringerne i ORS-scoren hos familierne også slår igennem på SDQ og LL, hvilket resultaterne viser, at de gør.

PERSPEKTIVER

Både terapeuterne og familierne opfatter FIT som et brugbart redskab i forhold til at arbejde med relationen mellem dem og følge familiernes trivsel. Det er vigtigt at understrege, at evalueringen ikke er en effektmåling, og at det desuden ikke er muligt at adskille, om den positive udvikling, vi finder, skyldes selve behandlingsforløbet eller FIT.

De kvalitative interview i evalueringen viser, at selvom FIT er et relativt enkelt redskab, så tager det tid at implementere, da det kræver rigtig meget øvelse og forståelse at bruge den feedback, man får aktivt i behandlingsforløbet. Det er derfor vigtigt, at der afsættes tid og ressourcer til supervision og undervisning i implementeringsperioden, så FIT bliver et brugbart redskab til at arbejde aktivt med familiernes trivsel og relationen mellem behandler og familie.

FIT er et eksempel på en metode, der kan bruges både som dokumentation og som udviklingsredskab i forhold til borgeren. Det er en metode, der giver værdi, fordi medarbejderne kan bruge den feedback, familierne giver, til at forbedre den indsats, de tilbyder.

DATAKILDER

Evalueringen er baseret på en blanding af spørgeskemadata og data, indhentet ved interview. De kvantitative data er dannet af svarene på tre spørgeskemaer – et opstartsskema, et afslutningsskema og et opfølgningsskema – samt ORS-score ved behandlingens start og afslutning, der er en del af FIT. Behandlerne er blevet spurgt om følgende:

- Henvisningsårsag for familien eller den unge, hvis det er et individuelt forløb
- Familien eller den unges motivation for at deltage i forløbet
- Afslutningsårsag.

Forældrene eller de unge, hvis disse er henvist til et individuelt forløb, svarer på følgende:

- Civilstand (kun forældre)
- Vurdering af egen trivsel, målt ved Ladder of Life
- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for barnet eller den unge

Der er foretaget fokusgruppeinterview med centerlederen og behandlere fra Silkeborg Kommunes Familiecenter, henholdsvis ét interview med centerlederen og en medarbejder, der har haft en central rolle i forbindelse med implementeringen af FIT, og et fokusgruppeinterview med fire behandlere, som alle har anvendt FIT i deres behandlingsforløb. Derudover er der foretaget enkeltinterview med seks familier, der har haft et forløb i Familiecentret.

BAGGRUND FOR PROJEKTET OG BESKRIVELSE AF FIT

BAGGRUND FOR PROJEKTET

Silkeborg Kommunes Familiecenter er en forebyggende dagbehandlingsforanstaltning for børnefamilier, som har særligt behov for støtte, og hvor der kan etableres et samarbejde på et frivilligt grundlag. Det drejer sig oftest om rådgivningsforløb, der etableres under henvisning til § 11 og § 52 i Serviceloven. Familiecentret er en leverandørenhed i Børne- og Familieafdelingen i Silkeborg Kommune, som tilbyder praktisk, pædagogisk bistand og familiebehandling.

Familiecentrets metoder og behandlingstilgange er relations- og ressourceorienterede. Det betyder blandt andet, at støtten tager udgangspunkt i en anerkendende tilgang til familien og familiens egne ressourcer, samt at netværket inddrages i løsningen af problemerne.

Familiecentrets terapeuter har de seneste fire år anvendt Feedback-Informed Treatment (FIT) i behandlingen. Brugen af FIT giver mulighed for at indsamle viden om familiernes udvikling fra gang til gang samt mulighed for at få information om de enkelte familiers egen opfattelse og vurdering af behandlingen.

I forbindelse med implementeringen indgik SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd et samarbejde med Familiecentret om evaluering af centrets familiebehandling. Formålet var at undersøge, om den positive udvikling, som Familiecentret ser hos familierne med FIT-redskabet, også kunne påvises ved andre validerede instrumenter. Derudover skulle evalueringen bidrage med viden om Familiecentrets behandlingsindsats, om målgruppen samt om, hvordan medarbejderne og familierne oplever arbejdet med FIT.

FEEDBACK-INFORMED TREATMENT

Feedback-Informed Treatment (FIT) er et dialog- og evalueringsredskab, der er udviklet særligt til professionelle behandlere, og som kan anvendes på alle behandlingsforløb, da FIT er uafhængigt af den behandlingsmetode, der bruges. Det, der adskiller FIT fra andre redskaber, er, at det anvendes løbende under behandlingen og i forlængelse heraf, og at det kan bruges aktivt i behandlingen til at justere, tilpasse eller tilrettelægge forløbene mest hensigtsmæssigt. FIT-spørgsmålene findes i tre versioner, der er målrettet henholdsvis børn, unge og voksne.

Feedback-Informed Treatment er udviklet af Scott D. Miller og Barry L. Duncan og består af to enkle skemaer med fokus på effekt og samarbejde, som terapeuterne i Familiecentret anvender i starten og i slutningen af hver session (Miller m.fl., 2005). I skemaerne kan Familiecentrets brugere fra gang til gang graduere oplevelsen af egen trivsel samt oplevelsen af samarbejdet mellem bruger og behandler i hver session. Svarene behandles efterfølgende med henblik på, hvordan terapeuten kan udvikle sin praksis og tilpasse behandlingen til den enkelte borger eller familie.

Til at give feedback om klienternes egen trivsel anvendes ”the Outcome Rating Scale” (ORS) (Miller m.fl., 2003), og til at give feedback på den terapeutiske behandling anvendes ”the Session Rating Scale” (SRS) (Duncan m.fl., 2003).

”The Outcome Rating Scale” (ORS) består af fire spørgsmål – om personligt velbefindende, nære relationer, socialt og generel følelse af velbefindende, som besvares med en score på en skala fra 1 til 10. Skemaet udfyldes ved begyndelsen af en session. ORS-spørgsmålene er udviklet på baggrund af OQ45-skemaet¹. Trivselsspørgsmålene i FIT er ikke designet til at stille en diagnose eller måle en reduktion i bestemte

1. For mere information om OQ45 se Knaup m.fl. (2009), Lambert m.fl. (1996).

symptomer. Formålet er at give terapeuten feedback på, hvordan man trives og fungerer i hverdagen her og nu og herved give behandleren en fornemmelse af, om behandlingen er hjælpsom.

På netværksmøder kan ORS-spørgsmålene inddrages, når behandlerne finder det relevant at inddrage andre personer i familiernes netværk, der sidder inde med viden om børnenes trivsel. På netværksmødet besvarer alle deltagerne ORS-spørgsmålene om, hvordan de oplever barnets trivsel. Dette kaldes *collateral scores* eller *parallelbedømmelser*. Formålet er at åbne op for en snak om, hvorfor der er forskelle i vurderingerne, og hvad der ligger til grund for dette.

”The Session Rating Scale”, som anvendes i FIT til at give feedback om det terapeutiske arbejde, er udviklet af Duncan og Miller m.fl. og består af fire spørgsmål, som besvares med en score på en skala fra 1 til 10 (Duncan m.fl., 2003). De fire spørgsmål drejer sig om følgende: relationen mellem behandler og patient, mål og emner under dagens session, terapeutens måde at arbejde på og generel oplevelse af sessionen. SRS-skemaet er hovedsageligt udviklet på baggrund af de to er ”The Helping Alliance Questionnaire II” (HAQ-II), bestående af 19 spørgsmål (Luborsky m.fl., 1996), og ”The Working Alliance Inventory” (WAI), bestående af 12 spørgsmål (Horvath & Greenberg, 1989). SRS-scoren giver terapeuten en tilbagemelding på, hvordan han/hun kan udvikle sin praksis og tilpasse behandlingen til den enkelte klient eller familie.

FIT er internationalt anvendt inden for områderne individuel psykoterapi (Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009), supervision af psykoterapeuter i uddannelse (Reese m.fl., 2009), parterapi (Anker, Duncan & Sparks, 2009; Reese m.fl., 2010), telefonisk, psykologisk rådgivning (Miller m.fl., 2006) og telefonisk rådgivning om vægt (vægtvogter) (Sorrell, 2007). I Danmark er en række organisationer og enheder i kommunerne begyndt at implementere FIT inden for områder som fx rehabilitering, familiebehandling, misbrugsbehandling, bostøtte og familierådgivning.

METODE

Til evalueringen af familiebehandlingen i Silkeborg Kommunes Familiecenter er der brugt en mixed method-strategi. Dette giver mulighed for at følge familiernes udvikling og samtidig opnå en mere dybdegående viden om Familiecentrets behandlingsindsats, samt hvordan medarbejderne og familierne oplever arbejdet med FIT. I det følgende præsenteres den kvalitative og den kvantitative dataindsamling samt de metodiske overvejelser bag.

KVALITATIV METODE

De kvalitative data til evalueringen er indsamlet via fokusgruppeinterview og semi-strukturerede interview med både centerleder, behandlere og repræsentanter fra familier², som har været igennem et forløb i familiecentret. Formålet med at inddrage kvalitative interview er at uddybe, forklare og perspektivere aspekter ved Familiecentrets anvendelse af FIT, som ikke opfanges kvantitativt. De kvalitative interview har fx givet os mulighed for at få en dybere viden om de specifikke udfordringer, som

2. Alle familieinterview er foretaget som enkeltpersoninterview, da det primært har drejet sig om mødre, der har deltaget i samtaler alene eller med deres børn. Interviewene er således kun én persons udlægning af forløbene og baggrunden herfor.

Silkeborg Kommunes Familiecenter har stået overfor i forbindelse med at skulle anvende FIT, samt hvilket udbytte behandlere og familier mener, FIT giver i behandlingen. Et aspekt, som det er vigtigt at være opmærksom på ved evaluering af nye tiltag, er, hvordan og i hvilken grad de er blevet implementeret. Ofte er implementeringen, selv af et (på overfladen) simpelt redskab som FIT, nemlig en længerevarende og kompleks proces, hvilket kan betyde, at det ikke anvendes korrekt eller i hele organisationen, mens evalueringen pågår. Dette er svært at opfange kvantitativt, men kan i evalueringen af brugen af FIT på Silkeborg Kommunes Familiecenter belyse dette gennem kvalitative interview med medarbejdere.

Interviewet med centerlederen og behandlerne blev foretaget som fokusgruppeinterview, henholdsvis ét interview med centerlederen og en medarbejder, der har haft en central rolle i forbindelse med implementeringen af FIT, og et interview med fire behandlere, som alle har anvendt FIT i deres behandlingsforløb. Tabel 2.1 viser fordelingen af interview.

TABEL 2.1

Oversigt over interview i den kvalitative del af undersøgelsen.

Interview med:	Emne	Interviewtype	Antal deltagere
Centerleder og behandler	Familiecentrets organisering, ydelser, implementering og brug af FIT	Fokusgruppe	2
Behandlere	Ydelser, implementering og brug af FIT	Fokusgruppe	4
Familier	Forløb og brugen af FIT heri	Enkeltperson-interview	6

Kontakten til både behandlere og familier er etableret gennem Familiecentrets leder. I udvælgelsen af familierne har vi lagt vægt på at få de mest typiske forløb repræsenteret (§ 11 og § 52) samt forløb, der er foregået hos forskellige behandlere. Interviewene med centerlederen, behandlerne og tre af familierne er foretaget i Familiecentrets lokaler. De resterende tre familieinterview er foretaget via telefon. Centerlederen og behandlerne blev interviewet dels om Familiecentrets organisering, ydelser og forløb, og dels om implementeringen og brugen af FIT. Familierne er blevet interviewet om baggrunden for deres forløb, selve forløbet og anvendelsen samt udbyttet af FIT heri.

Det skal understreges, at det kvalitative datamateriale er baseret på et lille udsnit af personer, der har modtaget behandling i Silkeborg

Kommunes Familiecenter, og at resultaterne derfor ikke nødvendigvis dækker den fulde variation af oplevelser med behandlingen. Alle interviewpersoner, som vi citerer i nærværende rapport, er anonymiseret, og de navne, der fremgår, er således ikke personernes rigtige navne, men pseudonymer.

KVANTITATIV METODE

De kvantitative data er dannet af tre spørgeskemaer: et opstartsskema, et afslutningsskema og et opfølgningsskema, samt en ORS-score fra behandlingens start og fra dens afslutning, der begge er en del af FIT.

TABEL 2.2

Oversigt over, hvilke data der indsamles i projektet.

Indsamlingstidspunkt	Svarperson	Oplysninger, der indsamles
Opstartsskema (første behandlingsgang)	Behandler	Henvisningsårsag
	Forældre	Motivation for at deltage i forløbet Civilstand Vurdering af egen livstilfredshed SDQ-score for barnet
	Ung (hvis den unge er henvist til individuelt forløb) ¹	SDQ-score for den unge
Afslutningsskema (sidste behandlingsgang)	Behandleren	Afslutningsårsag
	Forældre	Vurdering af egen livstilfredshed SDQ-score for barnet
	Ung (hvis den unge er henvist til individuelt forløb) ¹	SDQ-score for den unge
Opfølgningsskema (6 mdr. efter sidste behandlingsgang)	Forældre	Vurdering af egen livstilfredshed SDQ-score for barnet
	Ung (hvis den unge er henvist til individuelt forløb) ¹	SDQ-scoren for den unge
FIT: ORS-scoren fra første og sidste behandlingsgang	Forældrene	ORS-scoren for barnet
	Ung (hvis den unge er henvist til individuelt forløb) ¹	ORS-scoren

1. Hvis unge er henvist til individuelt forløb, har de selv udfyldt SDQ'en.

Data er indsamlet i samarbejde mellem behandlerne i Familiecentret og SFI. Ved forløbets start har familierne eller den unge udfyldt et opstarts-

skema, og i forbindelse med hver samtale er der udfyldt en ORS- og en SRS-score. Ved forløbets afslutning har familierne eller den unge udfyldt et afslutningsskema. Hvis familierne ikke har været til sidste samtale, er de forsøgt kontaktet med brev eller telefonopringninger. Opfølgningen er sket et halvt år efter afslutningen af behandlingen i Familiecentret. Den er foregået via brev eller ved telefonopringninger fra SFI. Dataindsamlingen sluttede i december 2015, hvorfor det ikke var muligt at få seks måneders-opfølgninger for de børn, hvor forløbet blev afsluttet efter juni 2015.³ For disse forløb indgår der kun data fra opstart- og afslutningsskemaet.

De tre spørgeskemaer er alle bygget op om de samme spørgsmål, således at det bliver muligt at måle børnenes/de unges udvikling over tid. Et af disse gentagne spørgsmål er, hvordan deltageren vurderer sit eget liv. Til dette anvender vi Ladder of Life (LL), hvor skalaen symboliseres ved en stige med 0 i bunden, som er det værst tænkelige liv, og 10 i toppen for det bedst tænkelige liv. Denne skala bygger på Hadley Cantrils Self-Anchoring Striving Scale (1965).

Derudover indgår det standardiserede screeningsredskab Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). SDQ-skalaen er udviklet i England af R. Goodman (Goodman, 1997) og består af 25 spørgsmål, der måler fem forskellige aspekter af barnets eller den unges personlige styrker og svagheder. Skemaet dækker fire problemområder og et styrkeområde:

- Emotionelle problemer
- Adfærdsvanskeligheder
- Hyperaktivitet/uopmærksomhed
- Problemer i forhold til jævnaldrende
- Sociale styrker (prosocial adfærd)

SDQ ses som et samlet mål for sociale og psykiske problemer. Når SDQ'en scores, opnår barnet et pointtal, både inden for hvert område og samlet. Dette pointtal indikerer henholdsvis normal adfærd, adfærd uden for normalområdet eller et grænseområde derimellem⁴ (Goodman, 1997).

Outcome Rating Scale (ORS) er en del af FIT, som udfyldes ved starten af hver behandlingssession. ORS er et ultrakort spørgeskema på

3. Dette var tilfældet for 20 pct. af forløbene (svarende til 42 forløb).

4. For mere information om SDQ og scoringen heraf, se: <http://www.sdqinfo.org>.

blot fire spørgsmål, som viser udviklingen i eksempelvis barnets trivsel fra behandling til behandling. ORS'en er lavet i versioner til henholdsvis børn, unge og voksne, så børn og unge selv kan vurdere deres trivsel. Forældrene kan som en del af behandlingen blive bedt om at udfylde ORS'en for deres barn for at få flere perspektiver på barnets trivsel. Dette sker i et særskilt skema.

Både den unge og forældrene bliver bedt om at tænke tilbage på tiden siden sidste behandling og markere, på en 10 centimeter lang streg, hvordan de har haft det på fire områder, som ses i boks 2.1. Til børn anvendes der et skema med smileyer i stedet for en streg.

BOKS 2.1

De fire områder, der spørges til ved scoring på Outcome Rating Scale (ORS).

- Individuelt: personligt velbefindende
 - Nære relationer: familie, nære venner osv.
 - Socialt: arbejde, skole, bekendte
 - Generelt: generel følelse af velbefindende
-

Kilde: Miller m.fl., 2003.

Jo længere et svar er mod den venstre side af linjen, desto dårligere har trivslen været på dette område, og jo længere mod højre side brugeren placerer sin markering, desto bedre har brugeren haft det på dette område.

Sætter barnet eksempelvis sin markering 7,3 centimeter inde på strengen (målt fra venstre), konverteres dette til 7,3 point. Svarene for de fire områder kan lægges sammen, hvorved der fås et samlet mål for, hvordan barnet har det.

STANDARDISERING

Vi arbejder med tre forskellige skalaer. Forældrenes opfattelse af deres eget liv aflæses på en 10-trinsskala, som bygger på ét spørgsmål, mens SDQ og ORS har hver deres skala og bygger på flere forskellige spørgsmål. For at kunne sammenligne de tre skalaer på tværs standardiserer vi resultaterne. Når man standardiserer, trækker man gennemsnittet fra og dividerer med standardafvigelsen for at få et gennemsnit på nul og en standardafvigelse på 1. Derved får vi et standardiseret mål, der er direkte

sammenligneligt på tværs af de tre skalaer, som vi bruger til at måle udviklingen i trivslen.

DATAGRUNDLAG

De første familier startede i familiebehandling i oktober 2013, og de sidste havde opstart i marts 2015. Det har derfor ikke været muligt at udfylde opfølgningsskemaet for alle familierne eller den unge i individuelt forløb, da der ikke er gået seks måneder, siden behandlingsforløbet blev afsluttet. Over perioden er 267 børn og unge startet i et forløb. Da fire børn og unge har fået særskilte forløb, uden at deres familie eller mor og far har fået hvert deres forløb med barnet/den unge, har vi en total på 271 forløb, der er startet op i projektperioden. Da mere end én kan have udfyldt et opstartsskema, enten fordi både den unge og forældrene har svaret, eller fordi forældrene har udfyldt hvert deres skema, har vi totalt 354 besvarelser (observationer) i datasættet.

I opstarten er der langt flere forløb, hvor der indgår flere observationer for børnene, men dette ændrer sig ved afslutning og opfølgning, hvor nogle familier har afsluttet forløbet, men ikke ønsket at besvare hele spørgeskemaet eller på anden vis har afsluttet uden at svare.

TABEL 2.3

Andelen af børn og observationer ved besvarelse af undersøgelsens spørgeskema. Særskilt for indsamlingstidspunkt. Antal og procent.

Indsamlingstidspunkt:	Børn		Observationer	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Opstart	271	100	354	100
Afslutning	232	86	197	56
Opfølgning	70	26	68	19

Kilde: Opstartsskema, afslutningsskema og opfølgningsskema til forældre og den unge i individuel behandling.

I forhold til resultaterne for opfølgningen seks måneder efter endt behandling er det vigtigt at være opmærksom på, at datagrundlaget er spinkelt. De givne resultater vil være et udtryk for tendenser og ikke håndfaste konklusioner.

Tabel 2.4 viser antallet af besvarelser for de deltagere, som har udfyldt ORS mere end én gang. Dette er gjort for at kunne følge udviklingen fra ”opstart” til ”afslutning”, målt ved ORS. Første observation er ikke nødvendigvis udfyldt ved første møde, men der er tale om den tid-

ligste observation i forløbet. Det samme gør sig gældende for den afsluttende. Her er det den sidste scoring, der indgår, selvom dette ikke nødvendigvis er det allersidste møde. Dette er valgt for at få så mange observationer med som muligt, hvilket kan give det bedste billede af udviklingen i behandlingsforløbet.

TABEL 2.4

Andelen af børn og observationer ved måling af scoren på Outcome Rating Scale (ORS). Særskilt for indsamlingstidspunkt. Antal.

Indsamlingstidspunkt:	Antal	
	Børn	Observationer
Opstart	191	265
Afslutning	191	265

Anm.: Medtaget er kun besvarelser, hvor der er minimum to observationer – de mellemliggende observationer indgår ikke.
Kilde: ORS-scoren ved første og sidste behandlinggang.

Fordi der skal være mere end én scoring på ORS for at vi kan måle udviklingen under behandlingsforløbet, har vi data for 191 af børnene i undersøgelsen. Da flere kan score børnenes trivsel, og de unge selv kan svare, ender vi med i alt 265 observationer, når resultaterne af ORS-scoren afreporteres.

Som det fremgår af tabel 2.5, er det hovedsageligt mødre, som har svaret på spørgeskemaet og udfyldt ORS-scoren, men i 86 tilfælde er der udfyldt mere end ét spørgeskema for barnet/den unge. Ud over mødrene er det hovedsageligt fædrene, men også den unge selv, der har svaret.

TABEL 2.5

Udfyldere af SDQ, "Ladder of Life" og ORS ved behandlingens opstart i Familiecentret, fordelt efter relation til barnet/den unge.

Udfylder af skema ved opstart:	Spørgeskema med SDQ og LL		ORS ¹	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Mor	215	61	125	47
Far	102	29	62	23
Den unge	21	6	76	29
Stedmor	6	1	1	0
Forældre sammen	6	1		
Stedfar	2	1	1	0
Familiekonsulent	2	1		
Observationer i alt	354	100	265	99

1. ORS scores gennem hele behandlingsforløbet. I tabellen indgår kun de, som har udfyldt to eller flere observationer. Procentandelen, der har udfyldt ORS-scoren, summer ikke til 100, da stedmor og stedfar hver udgør 0,004 pct. Kilde: Opstartsskema til forældre og den unge i individuel behandling.

Der kan være stor forskel på, hvor aktivt barnet/den unge deltager, og hvilke familiemedlemmer der deltager. Hos nogle familier deltager barnet eller børnene i næsten alle samtaler, mens der hos andre kun er ganske lidt eller ingen deltagelse fra børnene. Dette afhænger af situationen, behovet og børnene. Blandt andet derfor er der ovenstående forskelle i, hvor mange besvarelser (observationer) der er for hvert barn. Derudover er det ikke alle forældre, der har ønsket at svare på alle spørgeskemaerne, og derfor varierer antallet af observationer i tabellerne og analyserne.

FAMILIERNE OG DERES BEHANDLINGSFORLØB

Dette kapitel beskriver Familiecentrets behandlingsforløb samt de familier, der henvises til centret og årsagerne hertil. Beskrivelsen er udarbejdet på baggrund af Familiecentrets ydelseskatalog samt kvalitative og kvantitative data fra evalueringen.

BEHANDLINGSFORLØBENE

Silkeborg Kommunes Familiecenter tilbyder praktisk, pædagogisk bistand og familiebehandling. Forløbene er individuelt tilrettelagt og planlægges i samarbejde med familierne og en tilknyttet socialrådgiver. De enkelte ydelser kan variere i tid og intensitet, og det er vigtigt at understrege, at ydelserne er dynamiske, da Familiecentret lægger vægt på at udvikle og tilpasse tilbuddene, så de passer til behovet hos familierne.

Behandlerne forklarer, at de benytter sig af forskellige behandlingstilgange, afhængigt af familiernes situation og behov. De forklarer, at arbejdet groft kan opdeles i terapeutisk behandling, familiedynamisk behandling og mere konkret hjælp i form af værktøjer til bestemte situationer. Derudover yder de af og til praktisk hjælp til familier, fx hvis en familie har behov for struktur i hverdagen. Det kan eksempelvis være vejledning til hensigtsmæssige indkøb, oprydning og rengøring. To mødre

fortæller også i de kvalitative interview, at de gennem forløbet fik hjælp til at få udredt deres døtre for henholdsvis autisme og ADHD i børne- og ungdomspsykiatrien. Den ene mor fik støtte fra behandleren, som bistod hende ved første udredningssamtale, da hun, som en udefrakommende voksen, kunne bidrage med indsigter i familiens problemer, som andre ikke havde.

TABEL 3.1

Varighed af behandlingsforløb i Familiecentret, som blev afsluttet planmæssigt.

	Gennemsnit	Minimum	Maksimum
Dage	209,9	29	592

Anm.: Fordelingen bygger på 101 forløb, som har udfyldt et afslutningsskema og afkrydset, at forløbet var "planlagt afsluttet".

Kilde: Afslutningsskema til familiebehandleren.

Tabel 3.1 viser den store variation i forløbenes varighed, når de afsluttes planmæssigt. I gennemsnit varer et forløb 209,9 dage; det korteste behandlingsforløb, som blev planmæssigt afsluttet, var på 29 dage, mens det længste var på 592 dage.

Det skal dog bemærkes, at nogle forløb afsluttes før tid og dermed ikke færdiggøres. Der kan være flere årsager til, at et forløb afbrydes. Af tabel 3.2 fremgår det, at 53 pct. af forløbene blev afsluttet planmæssigt, mens 12 pct. blev afsluttet efter familiens ønske, mens 20 pct. af afbrydelserne havde en anden årsag. Når forløbene afsluttes efter familiens eget ønske, er det typisk, fordi familierne vurderer, at de har opnået den ønskede effekt.

Behandlerne nævner, at de af og til oplever familier, der simpelthen ikke dukker op til samtalerne. Her gør Familiecentret et forsøg på at opsøge dem, men hvis det ikke lykkes, overtager myndighedssagsbehandleren sagen og vurderer, om der skal andre foranstaltninger til. Disse forløb indgår i kategorien "Ingen information" i tabel 3.2, da vi ikke har kunnet få oplysninger om afslutningsårsagen.

TABEL 3.2

Afsluttede forløb i Familiecentret, fordelt efter type af afslutning. 2013-2015.

Antal og procent.

	Antal	Pct.
Planmæssigt	107	53,0
Afsluttet før tid af familien	24	11,9
Andet	41	20,3
Ingen information	30	14,8
Forløb i alt	202	100

Kilde: Afslutningsskema til familiebehandleren.

Ændringer i familien kan dog også betyde, at forløbet afbrydes. En af de interviewede oplevede, at forløbet blev afbrudt, da den ene families sag blev overflyttet til handicapområdet pga. datterens nye psykiatriske diagnose. Af andre afslutningsårsager nævnes ofte, at familien er flyttet til en anden kommune, eller at barnet er flyttet til anden forælder.

ÅRSAG TIL BEHANDLING

Familiecentrets metoder og behandlingstilgange er relations- og ressourcerorienterede. Det betyder blandt andet, at støtten tager udgangspunkt i en anerkendende tilgang til familien, og at familiens egne ressourcer samt netværket inddrages i løsningen af problemerne.

Centrets forskellige ydelser tilbydes i henhold til lov om social service § 11, § 50, § 52, § 71 og § 76. Overordnet består ydelserne af forskellige slags familiebehandling. Det drejer sig dels om åbne rådgivningsforløb, hvor familier selv kan henvende sig fra gaden, og dels om forløb, iværksat af myndighedens rådgivere. Behandlere fra Familiecentret påpeger, at de mest almindelige opgaver er bevilget efter § 11 og § 52. Disse er beskrevet i boks 3.1.

Herudover foretager centret samspilsundersøgelser i forbindelse med § 50-undersøgelser og tilbyder desuden samtalegrupper til børn af psykisk syge og alkoholiserede (§ 11) og anbragte børn (§ 52), støttet og overvåget samvær til familier, hvor barnet er anbragt uden for hjemmet (§ 71) samt efterværn for unge mellem 18 og 23 år (§76). Børn på krise-

center kan også modtage psykologbehandling i henhold til § 109.⁵ Centerleder og behandlere fra Familiecentret understreger, at forløbene altid igangsættes på baggrund af en vurdering om mistrivsel hos et barn i familierne. Denne vurdering foretages hos myndighedens rådgivere (evt. på baggrund af underretninger), som i så fald henviser familierne til et forløb i Familiecentret.

BOKS 3.1

Forløb i Silkeborg Kommunes Familiecenter efter § 11 og § 52 i lov om social service

- § 11-forløbene er rådgivningsforløb og forældrekurser, der målretter sig familier, der oplever sociale og adfærdsmæssige problemer, der ikke er så store, at der er behov for en mere indgribende indsats i henhold til § 52. Disse forløb er tidsbegrænsede, bestående som udgangspunkt af 6-8 samtaler, med mulighed for forlængelse.
- § 52-forløbene er ofte af mere alvorlig karakter end § 11-forløbene. Disse kan dreje sig om forældrenes manglende evne til at drage omsorg for deres børn, herunder umodne forældre og forældre med sindslidelser. I disse sager er der udarbejdet en børnefaglig undersøgelse (§ 50-undersøgelse) på baggrund af mistanke om mistrivsel hos et eller flere børn. Disse forløb kræver handleplan og kan vare fra nogle måneder til flere år.

Kilde: Silkeborg Kommunes Familiecenters ydelseskatalog.

I opstartsskemaet svarede behandleren på, hvorfor familien var henvist til Familiecentret. Af tabel 3.3 fremgår det, at langt størstedelen af de igangsatte forløb skyldes mistrivsel hos barnet (64,9 pct.), mens de øvrige årsager ikke er lige så dominerende.

5. For yderligere oplysninger om Silkeborg Kommunes Familiecenters ydelser, henviser vi til Familiecentrets ydelseskatalog, som findes på organisationens hjemmeside:
<http://familiecentret.silkeborgkommune.dk/For-fagfolk/Ydelseskatalog>.

TABEL 3.3

Andelen af igangsatte forløb i Familiecentret med specifikke årsager til henvisningen. 2013-2015. Antal og procent.

	Antal	Pct.
Mistrivsel hos barnet	131	64,9
Udvikling af forældreevne	23	11,4
Dårligt forældresamarbejde	17	8,4
Psykiske problemer hos forælderen	15	7,4
Sociale vanskeligheder hos barnet	15	7,4
Skoleudblivelse	9	4,5
Observationer i alt	210	104

Anm.: Man kan afkrydse mere en én årsag, hvorfor antallet af besvarelser overstiger antallet af forløb, samt at søjlen med procent ikke summer til 100.

Kilde: Opstartsskema til behandleren.

Ved at gennemgå familiernes egne kommentarer i opstartsskemaet kan vi se, at der er stor forskel på, hvorfor behandlingsforløbet er startet. Der kan være tale om psykiske problemer hos den unge/barnet, misbrug hos forældrene, men også fysisk handicap hos forældrene eller uenigheder om skilsmisse. Mistrivselen hos et enkelt barn står altså sjældent alene, men er ét problem ud af flere. Ofte er barnets mistrivsel relateret til problemer hos forældrene, være det sig deres trivsel, adfærd, opdragelse mv. En behandler fortæller fx:

Behandler 1: Overskriften er jo altid en mistrivsel hos nogle børn. Det er altid børnene, der er udslagsgivende til, at de bliver henvist hertil, men så kan det da godt være, at vi finder ud af, at det egentlig handler rigtig meget om fars og mors indbyrdes forhold, eller et forlist ægteskab eller et dødsfald eller overgreb. Det er jo enormt bredt.

I tillæg hertil fortæller behandlerne, at det ofte drejer sig om familier, hvor forældrene selv har haft en svær opvækst eller har en psykisk sygdom eller et misbrug. De forklarer, at dette ofte bidrager til at gøre relationen til børnene vanskelig. For nogle handler det om, at børnene har taget magten fra dem. I andre familier er relationen svær, fordi forældrene er rigide i deres måde at opdrage børnene på, eller fordi forældrene mangler nærvær eller tilstedeværelse. Derfor arbejdes der i forløbene ofte med forældrenes håndtering af situationen i hjemmet og familien som helhed. Der kan dog ligge et stykke arbejde i at få forældrene til at indse problemerne, som en behandler forklarer:

Behandler 4: [årsagen til henvisningen] kunne være renlighed i hjemmet, eller hvor ofte et barn kommer i skole. Der kan jo være forskellige tankegange eller kulturer, som samfund og fagpersoner har i forbindelse med, hvad skal der til for at et barn trives [...]. Hvis forældrene ikke har haft den oplevelse i deres liv, at skole er vigtigt, så er den bekymring jo lidt sværere at knytte sig an på og være motiveret for. Så kan der ligge et stykke arbejde i at hjælpe dem med at se, hvorfor der er nogle, der er bekymrede, og hvorfor det er vigtigt for deres barns fremtid og for at de får et godt liv. Og så er der mange forældre, der godt vil, når de kan se, at det her, det handler jo egentlig om omsorg for deres barn – det handler om at hjælpe dem til at få et godt liv. Men det er ikke alle, der ser det fra starten som os.

Børnenes mistrivsel er ofte på den ene eller anden måde relateret til problemer hos forældrene, hvilket har påvirket forældrenes trivsel i alle de interviewede familier, da de godt ved, at deres problemer påvirker børnene. Samtaleforløbene foregår derfor ofte med forældrene (særligt dér, hvor børnene er for små til selv at deltage aktivt i en samtale), men ervedover varierer det meget, i hvilken grad børnene også deltager.

FAMILIERNE

Dette afsnit beskriver familierne og hvordan de trives, når de starter i behandling i Silkeborg Kommunes Familiecenter. Beskrivelserne bygger på data fra opstartsskemaet og de kvalitative interview.

Som det fremgik af tabel 2.5, kommer 61 pct. af alle observationerne fra mødre, mens 29 pct. af observationerne kommer fra fædre. Når vi ser på forældrenes civilstatus, er over halvdelen (54 pct.) af mødrene eneforsørgere, mens det samme gør sig gældende for 20 pct. af fædrene.

TABEL 3.4

Forældre i forløb i Familiecentret, fordelt efter, om de er gift, samlevende eller eneforsørgere. Særskilt for mødre og fædre. 2013-2015. Antal og procent.

	Mor-rolle		Far-rolle	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Gift/samlevende med barnets biologiske far/mor	75	34	61	61
Gift/samlevende med en anden end barnets biologiske far/mor	24	11	18	18
Eneforsørger	120	55	21	21
Antal observationer	219	100	100	100

Anm.: Mor-rolle og far-rolle dækker over såvel biologiske forældre som bonusforældre. Med udgangspunkt i de besvarelser, som har angivet en relation, har 99 pct. af mødre angivet samlivsform, mens det samme gør sig gældende for 96 pct. af fædre. Hvis forældre, der er samlevende eller gifte, har valgt at udfylde hvert deres spørgeskema, indgår de to gange i tabellen.

Kilde: Opstartsskema til forældrene.

I forhold til det samlede antal observationer betyder det, at 34 pct. af alle observationerne stammer fra enlige mødre, mens mødre eller fædre i kernefamilier indgår med hhv. 21 og 17 pct. af det samlede antal observationer. De deltagende fædre er oftest fædre i kernefamilier, hvor de er samlevende eller gift med barnets biologiske mor.

FORÆLDRENES TRIVSEL

Det er gennemgående i de kvalitative interview med de seks mødre, at der i høj grad blev arbejdet med forældrenes rolle, trivsel og håndtering af problemerne. Flere af de interviewede mødre fortæller fx, at de, grundet lange perioder med konflikter i hjemmet og oplevelsen af at støde panden mod en mur i deres kontakt med systemet, har stået med stor skyldfølelse og oplevelsen af at være en dårlig forælder, der ikke har kunnet varetage opdragelsen af deres børn. Enkelte fortæller også, at de er blevet ramt af depression i forbindelse med familiens situation. Derfor har forældrenes trivsel også været et fokusområde i nogle af behandlingsforløbene.

Cindy, som med sine sønner var i et § 11-forløb på baggrund af sin yngste søns sorg i forbindelse med dødsfald i familien, fortæller, at de i behandlingsforløbet arbejdede meget med, hvordan hun som mor kunne gøre konfliktniveauet mindre, blandt andet ved at sætte tydeligere rammer for børnenes samvær med faren og ved at hvile mere i sine beslutninger.

Katrine var også i et § 11-forløb, fordi sønnen ikke passede skolen, og konfliktniveauet mellem dem var stort. Hun havde desuden et

meget konfliktfyldt forhold til sin eksmand, sønnens far, som gik ud over sønnen, som reagerede ved blandt andet at blive vred og ikke ville i skole. Katrine oplevede, at eksmandens chikane gav hende lav selvtillid og gjorde det svært for hende at stole på sine evner som mor. Dette var noget, de blandt andet arbejdede med i forløbet i Familiecentret.

Vi har informationer om forældrenes trivsel fra både deres egen vurdering af deres liv og fra deres besvarelser af ORS'en. Vi undersøger først forældrenes egen vurdering af deres liv. Til dette formål har vi benyttet Cantril (1965) "the Ladder of Life"(LL), hvor forældrene har skullet vurdere deres liv på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "Det værste mulige liv", mens 10 er "Det bedste mulige liv". Vi anvender en inddeling af LL, der bygger på Hadley Cantrils Self-Anchoring Striving Scale (1965). Denne kategoriserer trivslen på følgende måde:

- God trivsel: score på 7-10
- Moderat trivsel: score på 4-7
- Lav trivsel: score på 0-4.

Det fremgår af tabel 3.5, at mødrene generelt er mere utilfredse med deres liv end fædrene. Kun 6 pct. af fædrene oplever lav trivsel, mens det samme gør sig gældende for hele 30 pct. af mødrene. Mødrene fordeler sig forholdsvis ligeligt i de tre trivselskategorier, mens langt størstedelen af fædrene oplever god trivsel.

TABEL 3.5

Forældre i forløb i Familiecentret, fordelt efter deres vurdering af eget liv ved behandlingens opstart. Målt ved "Ladder of Life". Særskilt for mødre og fædre. Antal og procent.

Trivsel:	Mor-rolle		Far-rolle	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
God trivsel	93	40	71	68
Moderat trivsel	61	28	27	26
Lav trivsel	67	30	6	6
Antal observationer	217	98	104	100
Gennemsnit (std.afv.) ¹	5,8 (2,1)		6,8 (1,5)	

Anm.: Mor-rolle og far-rolle dækker over såvel biologiske forældre som bonusforældre. Med udgangspunkt i de besvarelser, som har angivet en relation, har 99 pct. af mødre angivet samlivsform, mens det samme gør sig gældende for 96 pct. af fædre. "Ladder of Life" måler forældrenes egen vurdering af deres liv på en skala fra 0-10.

Kilde: Opstartsskema til forældrene.

Dette kan også ses på den standardiserede skala, hvor fædre ligger et point højere på "Ladder of Life" og har lavere standardafvigelser end mødre. Besvarelsesprocenten på dette spørgsmål er ganske høj: 98 pct. af alle mødre har vurderet deres liv, mens det samme gør sig gældende for 100 pct. af fædre.

TABEL 3.6

Trivsel hos forældre i forløb i Familiecentret. Særskilt for mødre og fædre. Gennemsnit og standardafvigelse. ORS-skala fra 0 til 10

Trivselssområde:	Mor-rolle		Far-rolle	
	Gennemsnit	Std.afv.	Gennemsnit	Std.afv.
Samlet ORS-score	23,0	8,1	25,5	6,9
Individuelt	5,1	2,5	6,2	2,1
Nære relationer	6,3	2,5	6,4	2,1
Socialt	6,1	2,7	6,4	2,2
Generelt	5,6	2,4	6,5	2,0
Antal observationer	126		63	

Anm.: ORS er "Outcome Rating Scale", som måler trivsel med fire spørgsmål. ORS er en del af FIT-redskabet.

Kilde: ORS-scoring ved første måling.

Forældrenes vurdering af deres trivsel ved den første ORS-måling viser samme billede som ved vurderingen med "Ladder of Life", nemlig at fædre er mere positive end mødre, og at der blandt dem er en mindre standardafvigelse. Standardafvigelsen er et udtryk for spredningen i data. Den beregnes ud fra middelværdien og indikerer, hvor tæt eller spredt data ligger. En lav standardafvigelse betyder, at data ligger tæt

sammen omkring middelværdien, hvor en høj standardafvigelse betyder, at data ligger spredt. Dette betyder, at færdrene i forhold til mødrene generelt vurderer deres trivsel højere, og at de fleste har angivet en værdi, der er tættere på gennemsnittet, jf. den mindre standardafvigelse.

BØRNENES TRIVSEL

Børnenes trivsel belyses fra to vinkler: SDQ og ORS. Tabel 3.7 sammenligner SDQ-scoren fra opstartsskemaet for børnene fra Silkeborg Kommunes Familiecenter med en norm, der er baseret på, hvordan en normalpopulation af børn scorer. Som tidligere beskrevet er totalscoren dannet på baggrund af de fire områder, som dækker udfordringer: emotionelle problemer, adfærdsvanskeligheder, hyperaktivitet og problemer i forhold til jævnaldrende.

TABEL 3.7

Børns trivsel, målt ved SDQ. Særskilt for børn i Familiecentret (ved opstart) og for normen samt forskel.

Trivselsområde:	Børn i Familiecenter	Norm	Forskel
Totalscore, vanskeligheder	13,7	5,6	-8,0
Emotionelle problemer	4,5	1,7	-2,8
Adfærdsvanskeligheder	2,5	0,9	-1,6
Hyperaktivitet/uopmærksomhed	4,4	2,1	-2,4
Problemer i forhold til jævnaldrende	2,3	1,0	-1,3
Sociale styrker	8,0	8,5	-0,5

Anm.: Normscoren for "The Strengths and Difficulties Questionnaire" (SDQ) for de danske børn er fordelt på drenge og piger, men en samlet score kan beregnes ved et gennemsnit af de to. Dette er antaget på baggrund af amerikanske data, hvor man har både piger, drenge og alle. Der passer det med, at "alle" er et simpelt gennemsnit af "piger" og "drenge". En negativ forskel indikerer, at børnene i familiecentret scorer dårligere end normen.

Kilde: Opstartsskema til forældre og den unge i individuelt forløb.

Vi ser, at de børn/unge, som deltager i et behandlingsforløb i Silkeborg Kommunes Familiecenter, oplever flere problemer end børn generelt. Dette giver sig tydeligt udtryk i totalscoren, som ligger 8 point højere end normen. Dette afspejles på hvert af problemområderne, hvor børnene scorer dårligere end normen.

TABEL 3.8

Trivsel hos børn i behandling i Familiecentret ved behandlingens opstart. Gennemsnitsscore på ORS-skala fra 0 til 10 samt standardafvigelse.

Trivselsområde:	Gennemsnit	Std.afv.
Samlet ORS-score	24,2	8,0
Individuelt	5,9	2,4
Nære relationer	6,0	2,8
Socialt	6,0	2,8
Generelt	6,3	2,4
Antal observationer	76	

Anm.: ORS står for "Outcome Rating Scale", der er en del af FIT-redskabet. ORS består af fire spørgsmål om trivsel.
Kilde: ORS-scoren ved opstart.

De unges score vedrørende nære relationer og hvordan de har det socialt, viser en lidt større standardafvigelse, hvilket afspejler en større forskel på, hvordan de unge vurderer deres trivsel på disse to områder.

BRUGEN AF FIT I SILKEBORG KOMMUNES FAMILIECENTER

I dette kapitel belyser vi, hvordan Silkeborg Kommunes Familiecenter arbejder med FIT, herunder både implementeringen og medarbejdernes og familiernes oplevelser med at anvende FIT i forløbene. Beskrivelserne tager udgangspunkt i interview med både centerleder, behandlere og seks personer fra familier, som har modtaget behandling i Familiecentret.

OPSTARTEN MED FIT

Som vi har beskrevet tidligere, er FIT udviklet som en metametode, der kan benyttes uafhængigt af behandlingsmetoden, og hvis formål er at indgå som et redskab, der kan bidrage til behandlingen. Det, der adskiller FIT fra andre evalueringsredskaber, er, at metoden anvendes løbende under behandlingen og i forlængelse heraf, og at den kan bruges aktivt i behandlingen til at justere, tilpasse eller tilrettelægge forløbene mest hensigtsmæssigt. På denne måde kan FIT bidrage til at højne effekten og kvaliteten af det arbejde, der foretages. Dette betyder naturligvis også, at der følger nogle andre udfordringer med i implementeringen, end hvis det blot var et evalueringsværktøj.

Anvendelsen af FIT har stået på i cirka fire år i Silkeborg Kommunes Familiecenter. Det har dog været en lang proces, dels at få meto-

den implementeret bredt, dvs. hos alle medarbejdere, og dels at få den korrekte anvendelse af FIT ind under huden. Det er en tilpasnings- og tilvænningsproces at få det inkorporeret som en integreret del af behandlingsforløbene, fortæller både centerleder og behandlere. Derfor har der under hele implementeringsprocessen været undervisning til behandlerne samt oplæring af nye medarbejdere i FIT. Centerlederen forklarer desuden, at implementeringen er sket med små skridt, således at interesserede medarbejdere i starten selv kunne melde sig, hvis de ønskede at anvende FIT. De, der ikke var interesserede i at bruge FIT, blev altså indledningsvist ikke pålagt det. Hun fortæller, at det har taget lang tid at få FIT implementeret, og at det har været en udfordring at få alle til at acceptere metoden:

Det har været en lang proces at få det ind i organisationen, og nogle har jo større motivation end andre. De, der meldte sig ind først, det var dem, der havde den største motivation, så det har jo også været en del af den her implementering at få alle med på vognen og få alle introduceret til det [...].

Medarbejdere og centerlederen understreger da også, at indstillingen til implementeringen af FIT har været blandet hos medarbejderne. De uddyber desuden, at det primært har været de medarbejdere, der har arbejdet længst inden for feltet og har mest erfaring i at arbejde med behandling, der har udvist skepsis over for FIT. En medarbejder vurderer, at det kan skyldes, at de har arbejdet kommunalt i mange år og dermed også har oplevet mange nye tiltag komme og gå. Det kan derfor tænkes, at de har virket afventende, fordi de ville sikre sig, at det var et blivende tiltag. Derudover er det formentlig ikke usædvanligt i forbindelse med implementering af nye tiltag at møde modstand eller skepsis fra nogle medarbejdere, da det ofte vil betyde en omlægning af arbejdet, en kulturændring og muligvis ekstra arbejde i en periode i forbindelse med oplæring. En af de interviewede familiebehandlere nævner fx, at hun i starten ikke var synderligt positivt indstillet og ikke helt vidste, hvordan hun skulle bruge det i behandlingen:

Behandler 3: Altså, jeg kan også huske i starten, at [...] det skal jeg lige vænne mig til, fordi jeg har en anden måde at møde folk på og havde ligesom fundet min facon, og så skulle jeg lige pludselig implementere sådan én dér [FIT].

Samme behandler fortæller, at hun derfor ofte kom til at undskylde over for familierne, når hun introducerede FIT, og sige, at det var noget, hun var blevet pålagt, i stedet for at præsentere det som en fast og gavnlig del af samtalen. Dette har givetvis både haft en indflydelse på måden, hvorpå FIT er blevet brugt, og på familiernes indstilling til FIT. Medarbejderne påpeger nemlig, at måden, hvorpå FIT præsenteres over for familierne, er helt afgørende for, om metoden bliver taget godt imod og brugt på den rigtige måde. Efter nogen tid vurderede lederen da også, at det var nødvendigt med en skæringsdato for, hvornår alle medarbejdere skulle være oplært i FIT, hvis hun skulle gøre sig forhåbninger om at få alle til at anvende metoden, hvilket var hensigten. Ved evalueringens afslutning anvendte næsten alle medarbejdere således FIT.

Den gradvise implementering har betydet, at nogle medarbejdere har langt mere erfaring med at bruge FIT i forløbene end andre. Desuden spiller medarbejdernes motivation højst sandsynligt også en rolle for, hvor hurtigt FIT er blevet inkorporeret korrekt i behandlingen. Motivationen kan tænkes at have været størst blandt dem, der meldte sig frivilligt i starten, som derfor både har været med i implementeringen i længere tid og har været mere positivt indstillede over for brugen af FIT. Det har altså været en implementeringsudfordring i sig selv at ”få alle med på vognen”, som centerlederen udtaler. For alle nye medarbejdere, som er blevet ansat, efter at FIT blev taget i brug, har det været en del af jobbeskrivelsen, at Familiecentret arbejder med FIT. Den løbende implementering betyder dog, at FIT dels ikke er blevet anvendt af alle medarbejdere i hele perioden, og dels, at FIT formentlig ikke er blevet anvendt optimalt i starten. Dette vil til næsten enhver tid være vanskeligt at komme udenom i forbindelse med implementering, da nye tiltag altid vil være tidskrævende at indarbejde. Af samme grund kan det være vanskeligt at vurdere, hvornår noget er fuldt implementeret, hvilket er udfordrende for blandt andet evalueringer som vores. Desuden vil udbyttet af FIT altid være påvirket af den enkelte medarbejders indstilling til og brug af redskabet. Medarbejderne understreger desuden, at FIT tager tid at lære, hvis metoden skal bruges ordentligt:

Behandler 4: En af udfordringerne ved det her system, det er, at det ser så utroligt nemt ud, og det er det ikke. Hvis du skal bruge det på den mest optimale måde, og det ikke bare skal være et dødt stykke papir – hvis det rent faktisk skal give mening i behandlingsarbejdet og give den effekt, som det kan – så kræver

det faktisk rigtig meget bevidsthed og rigtig meget øvelse, rigtig meget forståelse.

Centerlederen nævner i forlængelse heraf, at det er vigtigt at tage FIT til sig og engagere sig i at bruge FIT aktivt i samtalen:

Det, der er afgørende med det her, det er, at du tager det til dig. Man kan godt køre det som teknik, som er vinget af, og så har jeg gjort det, der forlanges af mig, men hvis man skal have det gode udbytte af det her, så [...] skal du også gå efter virkelig at få den feedback fra klienten og være nysgerrig på den og bruge den i dit behandlingsarbejde.

Som citaterne viser, er implementeringen af FIT ikke så ligetil, som det kunne se ud. Den største udfordring har været at få FIT ordentligt integreret i behandlingsforløbene og få medarbejderne til at bruge feedbacken konstruktivt til at justere eller tilpasse forløbet, mens det står på, og ikke blot til at dokumentere eller samle op på forløbet.

Ud over opstartsvanskelighederne og tilvænningsprocessen mener medarbejderne ikke, at der er de store udfordringer ved selve brugen af FIT. Dog kan der være eksterne faktorer, der gør det vanskeligt at bruge FIT ordentligt – fx når de står over for systemtrætte familier, som kan være svære at overbevise om, at FIT er et redskab, som de får gavn af, og ikke blot er endnu et passivt dokumentationsværktøj. Dog oplever behandlerne, at de fleste familier bliver mere trygge ved FIT med tiden:

Behandler 4: De [familierne] bliver jo vant til, at det er bare sådan, det er [at udfylde FIT]. Jeg har også nogle, der har sagt: ”Ved du hvad, det er faktisk rigtig, rigtig rart at kunne se udviklingen”. Når jeg fx selv ikke synes, at det gik så godt, så kunne jeg se, hvor jeg har ligget tidligere og hvordan havde jeg det dengang. Så det har været rart for mig at kunne følge min egen udvikling og se, at der sker noget. Fordi så kan jeg egentlig godt genkende det fra mit liv. Folk de bruger det lidt forskelligt. Mange er rigtig glade for at kunne se det visuelt [...].

Behandlerne og centerlederen mener, at FIT ved evalueringens afslutning er godt inkorporeret i forløbene. Det kan naturligvis være svært at vurdere, hvornår et redskab som FIT er fuldstændig færdigimplementeret i en organisation som Silkeborg Kommunes Familiecenter, da det som nævnt

vil være mere implementeret blandt nogle medarbejdere og i nogle forløb end andre. Det skal også nævnes, at den præcise anvendelse af FIT er vanskelig at specificere, særligt fordi redskabet knytter sig så meget til selve behandleren og behandlingsforløbet, som er dynamisk og individuelt tilpasset, og som desuden skal kunne imødekomme forskellige behov og målsætninger. Forløbene vil også være afhængige af den relation, der opbygges mellem behandler og klient. Dette kan, ud over at vanskeliggøre vurderingen af, præcis hvornår implementeringen er færdig, også betyde, at det bliver svært at specificere, hvad det præcist er, vi måler kvaliteten af. Behandlerne er også godt klar over, at de hele tiden kan blive bedre til at bruge det og hele tiden lærer nye ting ved FIT, men vurderer overordnet, at hovedparten af medarbejderne får brugt FIT i behandlingsforløbene, som det var tiltænkt, og at FIT bidrager til at øge kvaliteten i deres tilbud.

En del af implementeringen, som medarbejderne stadig arbejder med, er brugen af FIT i familiernes netværk, også kaldet *collateral scores* eller *parallelbedømmelser*. Dette er en metode, der kan bruges, når behandlerne finder det relevant at inddrage andre personer i familiernes netværk, som sidder inde med viden om børnenes trivsel. Her kan behandlerne bede en anden part om at udfylde en ORS på vegne af fx et barn. Det kunne være lærere, børnepædagoger, rådgivere mv. Dette anvender nogle af behandlerne, men der ligger en del udfordringer i at bruge FIT til netværksmøder, da det dels ikke, på samme måde som med familierne, er mennesker, som behandlerne ser på jævnlig basis, og FIT derfor endnu ikke rutinemæssigt indgår som en fast del af disse samarbejder, og da det dels ikke er Familiecentrets behandlere, der alene sætter dagsordenen for disse møder.

AT ARBEJDE MED FIT

Formålet med FIT er som nævnt, at behandlerne under selve behandlingsforløbet kan opfange problemer, behov, mistrivsel mv., således at det kan blive italesat og håndteret, mens det står på. FIT kan således, hvis det anvendes korrekt, optimere behandlingsforløbet både i form af fastholdelse af familier og i form af mere hensigtsmæssig behandling, der opfylder familiernes behov.

Overordnet er de interviewede behandlere meget begejstrede for FIT og ser stort set kun fordele ved redskabet. Behandlerne påpeger, at en af de helt store fordele ved FIT er, at det kan give behandlerne mulighed for at få feedback, som de måske ikke havde fået, eller ville få på et langt senere tidspunkt, hvis de ikke havde haft FIT, og at dette giver dem mulighed for at opfange problemer i opløbet og justere behandlingstilgangen, hvilket kan være en fastholdende faktor og samtidig optimere udbyttet. To behandlere fortæller fx følgende:

Behandler 3: Man får mange informationer, som man ikke ville have fået på samme måde [...]. Det kan være nemmere at snakke om nogle ting, når man sidder med den dér iPad og skal lave en score, end når man eksempelvis i slutningen af aftalen skulle bede om en konkret evaluering på, hvordan det har været at snakke med mig i dag.

Behandler 1: Jeg har også været vant til det dér tidligere med at spørge: ”Hvordan har det så været at være her i dag?”, og hvor nogle gange svarer de noget fagligt, og andre gange så svarer de, jamen, hun er da meget sød, eller hende kan vi godt lide. Og hvor FIT... det bliver jo endnu mere konkret. For ”hun er da meget sød, men jeg kan ikke huske en skid, når jeg kommer hjem, fordi det er ikke konkret nok for mig”, eller ”hun er da meget sød, men vi fik ikke snakket om det dér, jeg egentlig allerhelst ville have snakket om”. [...] Jeg synes også, man får noget mere specifikt at vide.

Det er altså behandlernes erfaring, at de får oplysninger fra klienterne, som de måske ikke havde fået via en almindelig samtale. Cindy, som var i et § 11-forløb pga. sønnens mistriksel, nævner fx, at hun via FIT fik snakket om problemer med sin daværende mand, noget, hun ikke mener var blevet italesat så tidligt i forløbet uden FIT. Flere af de interviewede familier nævner da også, at de som udgangspunkt startede forløbet med en forestilling om, at problemerne drejede sig om deres børns trivsel, men at de, blandt andet gennem FIT, fik øjnene op for, at andre problematikker kunne fylde lige så meget og have stor betydning for familiens generelle trivsel som fx problemer i forholdet, opdragelsesmetode, depression mv.

Derudover påpeger medarbejderne, at FIT, hvis metoden anvendes korrekt, har den fordel, at den ikke er en tidssluger eller en byrde,

fordi den, i modsætning til nogle andre dokumentationsformer, er en del af behandlingen. Tværtimod nævner behandlerne, at FIT kan være med til at optimere behandlingen. Et konkret eksempel på et forløb, hvor en behandler får feedback, som kan bruges til at forbedre samtalerne og relationen, er følgende, hvor en pige påpeger en adfærd hos behandleren, som han ikke selv er bevidst om:

Behandler 4: Jamen jeg sidder med en ung pige, som har en del psykiatriske vanskeligheder [...], og til sidst så siger hun så i samtalen, så trykker hun én af dem her [FIT-scoren] lidt længere ned – en af dem, som var på metode og tilgang. Og jeg spørger: ”Hvad handler det om, tak for din ærlighed, hvad drejer det sig om? Gad vide, hvad der er på spil her, lad os forstå det”. Så siger hun: ”Det er ligesom om du rykker tættere og tættere på mig, hver eneste gang vi snakker. Og det ville egentlig ikke være et problem for mig, hvis du startede tæt på mig. Det er bare ubehageligt, at du kommer tættere og tættere på mig. Jeg bliver helt bekymret for, om du kommer helt over ved mig og sidder, eller hvad der sker”. Og jeg tænker, at det forstår jeg jo ikke helt, og jeg takker jo for hendes kommentar og siger, at det skal jeg da være opmærksom på, det må da være ubehageligt. Så sidder jeg og ser nogle af mine andre terapibånd igennem, og dér kan jeg se, at lige præcis med de stole..., når jeg går op og skriver på tavlen og sætter mig ned igen, så er det mest naturlige lige at tage fat under stolen, og så rykker man lige 2 cm. Og hver eneste gang jeg havde været oppe, så rykker jeg lige 2 cm. Og fra start til slut dér havde jeg nok rykket mig måske 20 cm, måske 40 [...], og det gjorde hende simpelthen utryg, og jeg tror ikke, at hvis jeg havde spurgt hende til sidst i samtalen: ”Hvordan har det været at komme her og snakke i dag?”, så havde hun ikke sagt: ”Det er ligesom om du rykker tættere og tættere på mig, det er ubehageligt.” [...] Med hendes relationelle og psykiske udfordringer, så kunne det have været rigtig, rigtig forstyrrende for, om hun havde lyst til at komme tilbage [...]. Det var noget, der gjorde hende nervøs, og ved at kunne få samlet den op og næste gang sige til hende, at ”ved du hvad, jeg kan se på nogle andre bånd, at jeg gør det med flere [...]. Der må være andre, det har været ubehageligt for, men som ikke har haft mod til at sige det, så rigtig mange tak for, at du er så ærlig og så modig”. Og det var også rigtig dejligt for hende at blive mødt på den måde [...]. Så blev det faktisk også godt for terapien og samtalen, at hun blev forstået og taget alvorligt.

Som citatet viser, handler FIT ikke kun om at opfange trivselsproblemer eller lignende hos klienterne tidligt, men kan også være relateret til selve behandlerens metode, tilgang eller i dette tilfælde behandlerens uhen-sigtsmæssige adfærd – noget, som behandleren slet ikke er opmærksom på, men som kan betyde, at relationen bliver dårlig og i værste fald, at klienten til sidst ikke har lyst til at komme. I ovennævnte tilfælde var det en ubevidst handling, som blev tolket negativt af pigen. Et andet eksempel er en medarbejder, som fik at vide, at hun hele tiden laver en ”mmm”-lyd, som klienten føler sig utilpas ved. Denne lyd var ikke en bevidst, metodisk strategi, men en for nogen anerkendende adfærd, der i behandlerens øjne var en måde at udtrykke, at hun lyttede, på, men som virkede forstyrrende for netop denne klient. Endnu et eksempel er en behandler, der havde glemt, at hun lovede en klient, at de skulle tale om et særligt emne. Disse adfærdsmønstre eller behandlingstilgange var måske ikke blevet belyst via en almindelig snak om, hvad der generelt var godt og skidt ved samtalerne, men er nemme at konkretisere for klienten, når der skal tages direkte stilling til forskellige elementer i samtalen via FIT.

Flere af medarbejderne nævner, at det har krævet en smule tilvænning at skulle modtage negativ feedback så direkte, som det kan foregå gennem FIT, men at de ser det som netop en mulighed for at forbedre forløbene:

Behandler 4: I starten syntes jeg, at det var lidt hårdt. Det er ikke særlig rart at få at vide, at ”jeg synes faktisk ikke, at du hørte på mig i dag, jeg følte mig ikke forstået, jeg følte mig ikke særlig respekteret”. [...] Men samtidig så er det jo det, der er sket, så hvis jeg ikke fik det at vide, så havde jeg faktisk et større problem [...]. Det er jo også med at få opbygget en kultur omkring, at negativ feedback er en god ting, for det gør, at jeg kan gøre noget bedre, fordi jeg kan ikke vide, når jeg sætter mig ned med et menneske, hvad der virker til dig, og hvad der er vigtigt for dig, for at du føler dig forstået og respekteret, så når du giver mig negativ feedback, så er det jo ikke nødvendigvis, fordi jeg har gjort noget forkert, men der er noget, jeg ikke har vidst, og så kan du fortælle mig det, og så kan jeg næste gang være mere respektfuld over for det menneske, du er, og gøre det på en måde, som passer til dig.

Ud over denne mulighed for at opfange emner i tide, hvad enten det er i forbindelse med behandlingstilgangen eller familiernes trivsel, nævner behandlerne også, at FIT-redskabet har den fordel, at familiernes score visualiseres i en graf, hver gang den udfyldes. Det betyder, at både familier og behandlere rent visuelt dels kan se, hvorvidt der har været fremgang gennem forløbet, og dels kan få en meget mere konkret visualisering af familiernes velbefindende. En af behandlerne kommer med følgende eksempel på, at FIT-scoren har gjort en klients trivsel tydeligere:

Behandler 2: Jeg har en pige i et forløb, som har været udsat for overgreb og været selvmordstruet. [...] Hendes trivselsscore, altså den var stort set helt nede og røre ved nul. [...] Når jeg får sådan en score som den, så får jeg virkelig syn for sagn, at her er et barn, som virkelig har det dårligt og reelt er selvmordstruet. Der viser FIT mig jo også meget tydeligt, hvilken grad af bekymring jeg skal have for det her barn, og dér synes jeg i hvert fald lige i den her sag, har det givet mig en pejling af, hvor er vi henne. [...] For mig som behandler er det jo også utrolig vigtigt at få sådan et grafisk indtryk eller billede af, hvordan går det her arbejde egentlig? Det går jo begge veje, altså det er jo ikke kun for den, som sidder her, men det er bestemt også for mig. Det er jo vigtig information, jeg får, når jeg kan kigge på den her graf [...].

Medarbejdere og familier nævner også, at det er en stor fordel, at man ser udviklingen visualiseret i en graf, da det ellers til tider kan være svært at vurdere, om der er sket fremskridt og i hvilken grad. Grafen gør det fx meget tydeligt, hvis der er sket kæmpe fremskridt rent trivselsmæssigt, hvilket samme behandler uddyber yderligere:

Behandler 2: Det er et rigtig godt redskab til at få nogle nuancer frem. Jeg har også haft nogle forløb, hvor det dér med, at de [familierne] kan få lov at se deres egen score, det faktisk også kan være med til at løfte ... Altså fordi: ”Kan du huske, hvordan du havde det for et halvt år siden”, det kan de ikke helt, men der havde de det vist ikke helt så godt, og så siger jeg: ”Jamen, jeg synes faktisk lige, at du skal se din score”, og så viser jeg dem billedet, for så kan de se en graf, der måske har været støt stigende eller op og ned, og så kan de se udviklingen på deres trivselsscore. Og for dem, hvor den har været stigende, dér kan de jo simpelthen blive ... de rejser sig og smiler og får en optur, når de ser deres egen score, for jeg siger: ”Prøv at se alt det arbejde,

du har været igennem, og den proces, du har været [igennem], imens du har gået herinde. Det har været hårdt, men prøv at se, hvor det har båret frugt". [...]. På den måde kan man også bruge FIT til at fastholde og vise dem: "Prøv at se her, hvor godt det er gået" [...].

Næsten alle de interviewede familier nævner i tråd hermed, at visualiseringen i høj grad fungerede som en motivationsfaktor. Blandt andet nævner en kvinde, at hun til en samtale ankom ret nedslået og deprimeret og derfor ratede sig selv ret lavt. Familieterapeuten viste hende så den samlede graf over hendes trivsel gennem hele forløbet, som faktisk var støt stigende, hvilket mindede hende om, at de fik noget ud af samtalerne. Kristina fortæller:

Det betød jo, at jeg kunne se, hvor langt jeg rykkede mig. At jeg kunne se, at det, vi havde gang i, det gav en virkning. Så havde man jo også lyst til at fortsætte, og det gjorde det jo noget nemmere at komme til alle møderne, fordi man kunne se, at det gik fremad. [...] Så giver man jo ikke op, når man kan se, hvordan det går.

Flere af familierne har desuden, inden deres forløb i Familiecentret, været igennem andre forløb eller en række forskellige sagsbehandlere og fortæller således, at de inden forløbet oplevede at være meget demotiverede og modløse. Charlotte fortæller fx, at hun og hendes mand skiftede sagsbehandler 10-12 gange i løbet af et år, hvilket næsten fik dem til at give op, inden de blev henvist til Familiecentret. Derfor hjalp det yderligere på motivationen at kunne se et konkret fremskridt i modsætning til, hvad de havde oplevet tidligere. Cindy fortæller, at den tydelige visualisering virkede motiverende, men at den også blev brugt som udgangspunkt for samtalerne:

Altså, jeg synes, at det var rigtig godt i forhold til [sønnen], og at han kunne se, at han rent faktisk fik det bedre. Når han ratede sig selv, så kunne han se: "I forhold til sidste måned, der har du det faktisk meget bedre nu, er det rigtigt, og hvorfor er det rigtigt? Hvad er det, der går bedre?" Så det var dels noget, der kunne give opmærksomhed på en proces, der gik fremad, og så var det noget, man kunne indlede snakken med. [...] Man kunne ligesom tage udgangspunkt i det positive fremskridt og få øje på, jamen, hvor er det vi skal sætte mere ind, fordi her går det sta-

digvæk ikke særlig godt. I forhold til mig selv, så var det sådan lidt paradoksalt, fordi jeg tror egentlig nok, hvis du kigger på de der ratings, så var der i hvert fald nogle områder, hvor jeg egentlig vurderede mig selv ret højt i forhold til, hvordan det gik. Og det gav nogle gode snakke om, at jamen, der var jo egentlig nogle ting i mit liv, som fungerede, hvor jeg egentlig var en succes. Så var der de her områder, hvor jeg absolut ikke følte, at jeg var en succes. Så det var også den her fastholdelse i, at der er faktisk nogle ting, der fungerer. Der er nogle ting, der ikke fungerer, og dem kan vi så tage udgangspunkt i og gøre bedre. Så jeg synes, at det gjorde det sådan meget håndgribeligt. [...] Så det gjorde det meget tydeligt for mig selv, hvor jeg var i processen.

Cindy nævner i forlængelse heraf, at succeserne kan være svære at få øje på, når man kæmper med så mange problemer som de gør, påpeger hun, men er vigtige, fordi de kan skabe selvtillid og motivation samt sætte tingene i perspektiv. Medarbejderne bruger også af og til FIT til at danne sig et samlet overblik over forløbene, da det kan give dem en pejling af familiernes udvikling over tid, og hvorvidt der skal fokuseres på eventuelle udsving i trivselsscoren.

Et emne, vi også har spurgt familiernes om i de kvalitative interview, er, hvordan det har været for dem at skulle udfylde FIT. Dette har vi spurgt til, dels for at undersøge, om der har været udfordringer ved at skulle evaluere samtaleforløbet, mens klienten sidder ansigt til ansigt med sin familiebehandler, og dels for at undersøge, om familierne har oplevet, at FIT var et meningsfuldt evalueringsværktøj i deres forløb.

Behandlerne fortæller, at nogle familier i starten kan føle sig utrygge ved at skulle udfylde FIT. Som nævnt drejer det sig særligt om de familier, der er systemtrætte. Mange af familierne bliver dog mere trygge ved FIT med tiden, særligt når de opdager, at det faktisk bliver brugt i behandlingen og ikke bare er en formssag. En behandler nævner, at det betyder meget, at behandlerne viser interesse for deres besvarelser i FIT.

Ingen af de interviewede familier har oplevet, at det var ubehageligt at skulle udfylde FIT eller evaluere sin familiebehandler. De påpeger, at der har været en så god relation til behandleren, at det ikke har været et problem. Familierne fremhæver tværtimod i særdeleshed, hvordan FIT har været med til at konkretisere deres problemer og følelser og gøre deres udvikling meget mere eksplicit. Katrine fortæller fx:

Når du sidder med det, er du nødt til lige at mærke, jamen, hvor er jeg egentlig henne i det her. Og når du så sidder med det næste gang, jamen, hold da op, hvor har jeg egentlig rykket mig fra sidste gang, eller hvor har jeg ikke rykket mig, måske skal vi egentlig mere ind i det sociale, og hvad vi kan gøre dér, ikke?

FIT er således, ud fra de interviewede behandleres og familiers erfaringer, et redskab, der på mange måder kan bruges konstruktivt i et behandlingsforløb. Dog kan der være situationer, hvor behandlerne vælger at undlade at bruge FIT eller føler, at det kan virke malplaceret og en smule grænseoverskridende at skulle introducere FIT. Af og til kan tiden løbe fra dem, så de ikke når at udfylde FIT, men det kan også skyldes familiens situation den pågældende dag. En behandler påpeger fx, at det kan være udfordrende at hive FIT frem, hvis samtalen er meget følelsesladet:

Behandler 1: Det er meget en proces for behandleren, det dér med også i de svære situationer at sige: ”Jeg hiver den lige frem alligevel, jeg kan godt høre, at du er i gang med at snakke, og inden du lige får raset det hele ud, så kunne jeg godt lige tænke mig at høre,...”. [...]. Det kræver lige lidt, fordi vi vil jo også gerne møde dem, dér hvor de er, og i det, de står i.

Samme behandler fortæller også, at hun har en familie, hvor hun ikke bruger FIT, da moren slet ikke ønsker at være der og ikke kan se, at familien har problemer. Dér bruger behandleren i stedet FIT til netværksmøderne. Behandlerne understreger dog, at det er meget få familier, hvor det slet ikke lader sig gøre at bruge FIT.

Der er naturligvis forskel på, hvordan FIT bruges i de forskellige forløb, da familiernes behov og problemstillinger varierer, men vi har set i interviewene, at både behandlere og familier oplever, at FIT overordnet giver mulighed for at opfange problemer eller mistrivsel tidligt og dermed muligvis forebygge yderligere kriser eller problemer, da risikoen for at overse alvorlige problemer dermed mindskes, og disse kan foregribes, så de ikke udvikler sig. Dette afhænger naturligvis af, om behandleren bruger den information, der kommer ud af FIT konstruktivt, men i så fald kan det tænkes at have en motiverende og fastholdende effekt på familierne og samtidig optimere det positive udbytte. Det samme gælder den konkrete visualisering i form af den graf, der viser familiernes udvikling over tid, hvilket både behandlere og familier påpegede som en særdeles motiverende faktor, idet den tydeliggjorde deres positive udvikling

og samtidig gav behandlerne mulighed for at reagere på eventuelle udsving. Udbyttet af FIT vil naturligvis altid afhænge af den enkelte behandler brug af FIT og familiens modtagelighed over for FIT (Lambert m.fl., 2003). Dog er det værd at bemærke, at netop muligheden for tilpasning og fleksibilitet i forbindelse med anvendelsen også er en af FIT-redskabets styrker, da det således er muligt for behandleren at integrere FIT så gnidningsfrit som muligt, uden at det bliver et forstyrrende element. Der er blandt medarbejderne på Silkeborg Kommunes Familiecenter meget, der tyder på, at behandlerne, gennem brugen af FIT, i højere grad end tidligere har mulighed for at sikre familierne en grundig og individuelt tilpasset behandling, som så vidt muligt imødekommer deres behov.

RESULTATER

Størstedelen af familierne er henvist pga. børnenes mistrivsel, men de kvalitative interview viser, at forældrene også kæmper med mange problemer som følge af familiens situation. Derfor er der i dette kapitel både fokus på forældrenes trivsel og deres egen vurdering af, hvad de har fået ud af forløbet, samt den kvantitative evaluering, der bygger på tre forskellige spørgeskemaer og ORS-scoren fra FIT.

FORÆLDRENES TRIVSEL OG VURDERING AF FORLØBET

Det er gennemgående i de kvalitative interview med de seks mødre, at der i høj grad blev fokuseret på forældrenes rolle, trivsel og håndtering af problemerne. Flere af de interviewede mødre fortæller fx, at de, grundet lange perioder med konflikter i hjemmet og oplevelsen af at støde panden mod en mur i deres kontakt med systemet, har stået med stor skyldfølelse og oplevelsen af at være dårlige forældre, der ikke har kunnet varetage opdragelsen af deres børn. Enkelte fortæller også, at de er blevet ramt af depression i forbindelse med familiens situation. Derfor har forældrenes trivsel også været et fokusområde i nogle af behandlingsforløbene. Cindy, som med sine sønner var i et § 11-forløb på baggrund af sin yngste søns sorg i forbindelse med et dødsfald i familien, svarer fx på

spørgsmålet om, hvad der har været godt ved forløbet, at noget af det bedste, hun havde fået ud af forløbet, var en tro på sig selv som mor:

På det tidspunkt, da jeg startede heroppe, dér var jeg helt overbevist om, at jeg absolut måtte være den dårligste mor i hele verden, og at jeg på ingen måde slog til, og at jeg lige så godt kunne forsvinde fra jordens overflade, fordi alt, hvad jeg havde med at gøre, det gik jo bare i stykker. Og der var [behandleren] rigtig god til hele tiden at holde mig fast i alt det, der var en succes, og alt det, der gik godt. Jamen, hun løftede mig utroligt meget i forhold til [...], at jeg havde løftet en kæmpe stor opgave, og selvfølgelig var jeg udmattet, men jeg havde gjort det så godt som jeg kunne [...]. Så jeg sluttede deroppe efter de 16 gange med følelsen af, at det havde jeg egentlig gjort godt, og at jeg egentlig var den bedste mor, de kunne få, og at jeg havde turdet tage nogle beslutninger, som var til gavn for alle, selvom det havde været svært.

Cindy fortæller desuden, at de arbejdede meget med, hvordan hun som mor kunne gøre konfliktniveauet mindre, blandt andet ved at sætte tydeligere rammer for børnenes samvær med faren og ved at hvile mere i sine beslutninger. Alle de øvrige interviewede kvinder fortæller i lighed hermed, at de fik hjælp til at øge deres egen selvtillid og stole på sig selv og deres beslutninger som forældre. Katrine, som også var i et § 11-forløb, oplevede fx, at hun fik mere selvtillid af samtalerne i Familiecentret. Hun og hendes søn var i et forløb, fordi sønnen ikke passede skolen, og konfliktniveauet mellem dem var stort. Hun havde desuden et meget konfliktfyldt forhold til sin eksmand, sønnens far, som gik ud over sønnen, som reagerede ved blandt andet at blive vred og ikke ville i skole. Katrine oplevede, at eksmandens chikane gav hende lav selvtillid og gjorde det svært for hende at stole på sine evner som mor. Dette var noget, de blandt andet arbejdede med i forløbet i Familiecentret:

Det, at det ligesom kom til at stå sort på hvidt henedefra, at jeg var en god mor, det gjorde mig også bedre i stand til at sige fra over for min eksmand, når han kom med sin hetz mod mig og sine angreb.

Både Cindy og Katrine fortæller, at behandlingsforløbet har hjulpet dem meget. Fx udtrykker Katrine forandringen som at være gået fra kaos til

latter. Hun oplever, at konfliktniveauet er faldet drastisk, og at det ikke længere er en kamp at få sønnen i skole om morgenen. Blandt andet fik hun mod til at snakke med skolen og bede om en hjælpelærer til sin søn, mens Cindy fortæller, at hun har lært at sætte klare grænser, så konflikterne ikke længere fylder så meget, og at hendes mellemste søn nu passer sin skole næsten dagligt. En tredje kvinde, Carla, som sammen med sin mand var i et § 52-forløb med deres datter, som havde store psykiske problemer, blandt andet grundet mobning, fortæller, at hun gennem forløbet lærte at acceptere, at det var hårdt og okay, at hun ikke kunne overskue, hvordan hun skulle klare datterens problemer, særligt fordi hun i samme periode fik en arbejdsskade og en depression i forlængelse heraf. Alle de interviewede kvinder giver udtryk for at have været glade for forløbene.

To af de interviewede nævner, at de har været glade for forløbene, men at de ikke føler, at de har fået det optimale udbytte med sig, fordi forløbene blev afbrudt.⁶ Et afbrudt forløb kan have den konsekvens, at behandleren ikke når at færdiggøre sit arbejde, og at familierne ikke får gavn af forløbet. Dette er naturligvis en præmis i det offentlige system, men har stor betydning for, hvorvidt og i hvilken grad disse familier har profiteret af hjælpen, da et gennemført forløb alt andet lige må være mere befordrende for behandlingssucces end et afbrudt forløb. Dette er blot et opmærksomhedspunkt, da det formentlig vil påvirke resultaterne i FIT og muligheden for at bruge FIT optimalt i forløbet.

Selvom der i nogle af forløbene foreligger en handleplan (§ 52), er forløbene altid tilrettelagt efter den enkelte families behov og kan også ændre fokus, alt afhængigt af, hvilke eventuelle nye problemer der dukker op hos familien. Desuden gør behandlerne meget ud af at arbejde helhedsorienteret med de forskellige problematikker, som familien kunne stå overfor, og som sammen påvirker barnet og familiens trivsel. Ellen, en mor, som har været igennem et § 11-forløb pga. datteren, som mistrives, ikke passer skolen og har det meget svært psykisk, forklarer, at samtalerne ikke kun handlede om datterens mistrivsel, også selvom dette var udgangspunktet for henvisningen. Samtalerne kunne handle om mange forskellige ting, alt afhængigt af behovet, og behandleren arbejdede meget helhedsorienteret med generelle problemstillinger i familien, fortæller Ellen:

6. Begge forløb er blevet afsluttet, fordi bevillingen er blevet stoppet.

Men det var mange forskellige ting, vi drøftede. Det var ikke kun [datterens] problemstillinger, det kunne også være med udgangspunkt i noget helt konkret, der var sket hjemme hos os, eller børnenes forhold til deres far. Det var egentlig mange forskellige ting, vi snakkede om.

Hos Ellen og hendes datter udmøntede mistrivlsen sig ofte i konflikter, hvilket var psykisk tærende for Ellen og hendes andre børn. Derfor talte de også meget om familien som helhed. Det helhedsorienterede arbejde kom også til udtryk hos Cindy og hendes familie, som var blevet henvist pga. den yngste søns mistrivsel. Hun fortæller, at forløbet, selvom der i høj grad var fokus på den yngste søn, hurtigt kom til at dreje sig om den mellemste søn, som også havde det meget svært, havde fravær fra skolen, havde fået diagnosticeret ADHD, og hvis udadreagerende adfærd skabte store konflikter i familien. Dette er et eksempel på, at familierne ofte står med flere interrelaterede problemer, og at ét barns mistrivsel kan påvirke hele familien.

FAMILIERNES TRIVSEL EFTER ENDT BEHANDLING

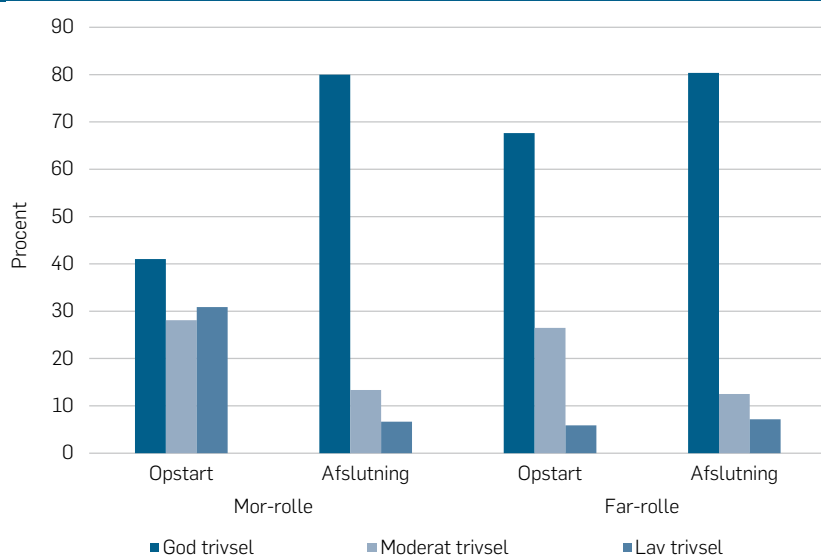
Dette afsnit beskriver udviklingen i familiens trivsel på baggrund af de tre spørgeskemaer (ved opstart, afslutning og seks måneder efter, at forløbet er afsluttet) samt ORS-scoren. Et af hovedformålene med denne rapport er at kunne vurdere, om de ændringer, som behandlerne ser på ORS-skalaen, også kan findes i andre validerede skalaer. For at kunne sammenligne de forskellige skalaer har vi standardiseret resultaterne,⁷ så der er en ens skala for, hvor meget familiernes trivsel udvikler sig på tværs af de forskellige skalaer.

Forældrene har både ved opstart, afslutning og opfølgning udfyldt ”The Ladder of Life” (LL), hvor de vurderer deres eget liv. Figur 5.1 viser forældrenes vurdering ved opstart og afslutning af behandlingsforløbet. Figuren viser en tydelig forbedring i mødrenes trivsel, målt ved LL. En større andel af mødrene trives bedre ved behandlingsforløbets afslutning, end de gjorde ved opstarten. Ligeledes vurderer flere fædre deres trivsel til at være bedre ved forløbets afslutning, men der er ikke tale om samme markante forskel som hos mødrene. Ændringerne i forældrenes trivsel er signifikant mellem de to målinger.

7. For mere information, se afsnittet Standardisering i kapitel 2, side 21.

FIGUR 5.1

Forældre i forløb i Familiecentret, fordelt efter trivsel ved behandlingens opstart og afslutning. Målt ved "Ladder of Life". Særskilt for mødre og fædre. Procent.



Anm.: Mor-rollen dækker over biologiske mødre og stedmødre. Det samme gør sig gældende for far-rollen.

Procentgrundlaget er de forældre, som har svaret på spørgsmålet, hvilket er hhv. 217 mødre og 102 fædre i opstart samt 120 mødre i afslutningen og 56 fædre i afslutningen. Forældre, der er gift eller samlevende, kan indgå to gange, hvis de har udfyldt hvert deres spørgeskema.

"Ladder of Life" måler forældrenes egen vurdering af deres trivsel på en skala fra 0-10.

Kilde: Opstarts- og afslutningskema til forældrene.

Tabel 5.1 viser udviklingen i forældrenes trivsel fra opstart til afslutning samt fra opstart til opfølgning. Tabellen viser forældrenes gennemsnit på trivselsmålingen på skalaen fra 0 til 10. Det mest interessante er i første omgang ændringen fra opstart til afslutning. Her fremgår det, at mødre har rykket sig fra de 5,8 point i gennemsnit til 7,3 point (altså 1,5 point på 11-point-skalaen). Fædre oplever ligeledes en positiv ændring, men selvom denne er ikke helt så markant som for mødre, er begge resultater signifikante.

TABEL 5.1

Trivsel hos forældre i forløb i Familiecentret ved opstart og afslutning samt forskel. Særskilt for mødre og fædre. Gennemsnitsscore på LL-skala fra 0 til 10.

	Opstart, gns.	Afslutning, gns.	Standardiseret forskøl	Opstart, gns.	Opfølg. gns.	Standardiseret forskøl
Mor-rolle	5,8	7,3	0,7 ***	5,8	7,1	0,6 ***
Far-rolle	6,8	7,1	0,6 **	6,8	7,2	0,3

Anm.: Antal observationer ved opstart: mødre: 219, fædre: 101. Antal observationer ved afslutning: mødre: 120, fædre: 56. Antal observationer ved opfølgning: mødre: 60, fædre: 5. ***: $p < 0,001$, **: $p < 0,01$, *: $p < 0,05$. "Ladder of Life" er en skala fra 0-10, hvor forældrene har vurderet deres egen trivsel.

1. Grundet det lave antal observationer skal dette tal (især for fædre) ikke benyttes til endelige konklusioner.

Kilde: Opstarts-, afslutnings- og opfølgningsskema.

Resultaterne fra opfølgningen viser ligeledes en positiv tendens, selvom denne er en smule mindre end ved den afsluttende måling. Forskellen mellem den afsluttende og den opfølgende måling er ikke signifikant, men den overordnede ændring fra opstart til opfølgning er, som tabellen viser, stadig signifikant.

I forhold til forældrenes udvikling fra opstart til opfølgning skal der tages forbehold for den lille mængde observationer, data bygger på. Data bygger på besvarelser fra 60 mødre og 5 fædre. Vi har undersøgt⁸, hvorvidt de forældre og unge, der har svaret på alle tre skemaer, adskiller sig fra de forældre og unge, som kun har svaret på ét eller to. Der findes ingen signifikante forskelle mellem de to grupper. Vi har få baggrundsvARIABLE at teste på, hvorfor vi ikke med sikkerhed kan sige, at de få, som har svaret på alle tre skemaer, er repræsentative, men på baggrund af det, vi kan undersøge, tyder de på at være det. Derfor har vi valgt at inddrage resultaterne, selvom datagrundlaget er spinkelt.

Tabel 5.2 herunder viser udviklingen i forældrenes score på ORS-spørgsmålene fra opstart til den afsluttende måling ved endt behandlingsforløb.

8. Vi har undersøgt for forskelle i: civilstand, uddannelsesniveau, erhverv, motivation og henvisningsårsag.

TABEL 5.2

Trivsel hos forældre i forløb i Familiecentret ved opstart og afslutning samt forskel. Særskilt for mødre og fædre. Gennemsnitsscore på ORS-skala fra 0 til 10.

Trivselsområde:	Mor-rolle			Far-rolle		
	Opstart, gns.	Afslutning, gns.	Standardiseret forskel	Opstart, gns.	Afslutning, gns.	Standardiseret forskel
Samlet ORS-score	23,0	29,5	0,8 ***	25,5	32,0	0,9 ***
Individuelt	5,1	7,2	0,9 ***	6,2	7,8	0,7 ***
Nære relationer	6,3	7,6	0,5 ***	6,4	8,0	0,7 ***
Socialt	6,1	7,3	0,5 ***	6,4	8,1	0,6 ***
Generelt	5,6	7,3	0,7 ***	6,5	8,1	0,6 ***

Anm.: ***: $p < 0,001$, **: $p < 0,01$, *: $p < 0,05$. ORS står for "Outcome Rating Scale", der er en del af FIT-redskabet. ORS består af fire spørgsmål om trivsel.

Kilde: ORS-scoren til første og sidste behandlingssession.

Forældrenes ORS-score viser ligeledes en signifikant positiv udvikling på alle spørgsmålene. Både mødre og fædre vurderer deres trivsel 6,5 skalapoint højere ved afslutningen af forløbet på den samlede ORS-score. Mens fædrenes forbedringer i trivslen er jævnt fordelt på de fire områder, oplever mødre særligt en stigning i forhold til den individuelle trivsel, der stiger med 2,1 skalapoint.

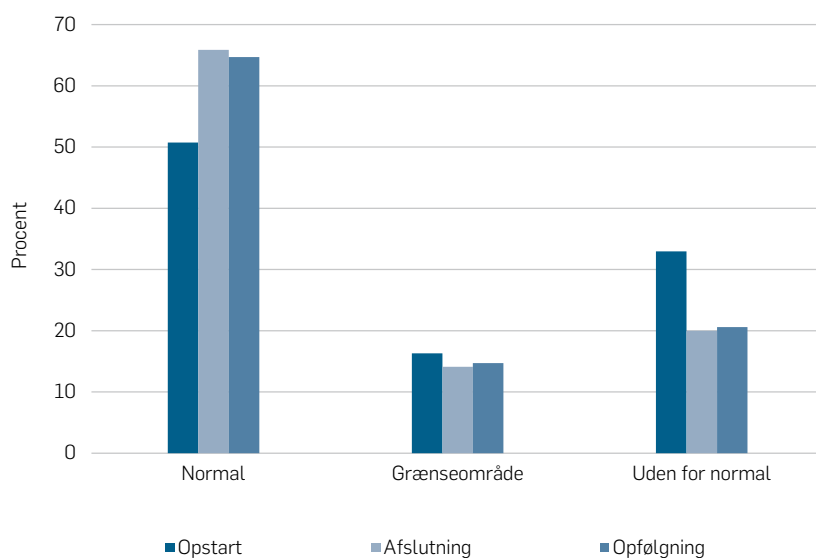
Det fremgår af resultaterne, at både LL og ORS dokumenterer signifikante, positive effekter af at deltage i familiebehandlingen. Ser vi på størrelsen af ændringerne, kan vi konkludere, at ORS viser rimeligt store ændringer i de standardiserede forskelle på minimum 0,6 mellem opstart og afslutning. Disse ændringer er en smule større end dem, vi ser ved LL. Dette tyder på, at ORS kan bruges til at måle trivsel, omend målingen er lidt mere positiv end LL.

BØRNENES TRIVSEL

Børnenes trivsel måles ved SDQ-scoren ved opstart, afslutning og opfølgning. I figur 5.2 vises fordelingen af børnenes samlede SDQ-score ved de tre måletidspunkter. Børnene er opdelt i tre grupper efter deres SDQ-score: normalområdet, grænseområdet eller uden for normalområdet. De tre grupper er baseret på, hvordan en normal population af børn scorer.

FIGUR 5.2

Børn/ unge i forløb i Familiecentret, fordelt efter trivsel målt ved SDQ (samlet score). Særskilt for opstart, afslutning og opfølgning. Procent.



Anm.: SDQ er "The Strengths and Difficulties Questionnaire", der måler børnenes/den unges trivsel med 25 spørgsmål.
Kilde: Opstartsskema og afslutningsskema til forældre og den unge i individuelt forløb.

Ved opstartsmålingen placerer 51 pct. af børnene sig som tidligere nævnt i normalområdet, mens 16 pct. placerer sig i grænseområdet og 33 pct. placerer sig uden for normalområdet, hvilket indikerer, at børnene har problemer af en vis tyngde, når de henvises til Familiecentret. Ved den afsluttende måling scorer 66 pct. inden for normalområdet, mens 14 pct. scorer i grænseområdet og 20 pct. uden for normalområdet. Dette er en betydelig ændring i børnenes trivsel. Som det fremgår af tabel 5.3, er den positive udvikling i børnenes totale SDQ-score signifikant. Ligeledes findes der et signifikant fald i børnenes emotionelle vanskeligheder og i deres adfærdsvanskeligheder ved behandlingens afslutning.

TABEL 5.3

Trivsel hos børn/unge i forløb i Familiecentret. Særskilt for opstart og afslutning samt forskel. Gennemsnitsscore på SDQ-skala.

Trivselsområde:	Opstart, gns.	Afslutning, gns.	Standardiseret forskel
Totalscore, vanskeligheder	13,7	11,5	-0,4 ***
Emotionelle problemer	4,5	3,5	-0,3 ***
Adfærdsvanskeligheder	2,5	1,9	-0,4 ***
Hyperaktivitet/uopmærksomhed	4,4	4,0	-0,2
Problemer i forhold til jævnaldrende	2,3	2,1	-0,1
Sociale styrker	8,0	8,0	0,0

Anm.: Resultaterne bygger på 170 observationer. ***: $p < 0,001$, **: $p < 0,01$, *: $p < 0,05$. SDQ er "The Strengths and Difficulties Questionnaire", der måler børnenes/den unges trivsel med 25 spørgsmål.

Kilde: Opstartsskema og afslutningsskema til forældrene og den unge i individuelt forløb.

Børnene oplever også en forbedring på de resterende tre områder, men disse ændringer er ikke signifikante.

Tabel 5.4 viser også udviklingen i børnenes SDQ-score fra opstart til opfølgningen seks måneder efter, at behandlingen er afsluttet. Børnenes samlede SDQ-score er på niveau med scoren ved afslutningen af behandlingen, hvilket tyder på, at effekten holder ved. Ved opfølgningen er der særligt sket ændringer på områderne "problemer med jævnaldrende" og "sociale styrker", hvor børnene scorer betydeligt bedre. Selvom datagrundlaget for opfølgningen er spinkelt, kan disse resultater dog give os et fingerpeg i forhold til mekanismerne, som ligger bag børnenes udvikling. Som vi fandt tidligere, var mistrivsel hos børnene årsagen til, at familierne deltog i behandlingen, men den kvalitative undersøgelse samt forældrenes åbne svar i den kvantitative undersøgelse viste, at det ofte bundede i problemer hos forældrene. Det kunne tyde på, at en bedring i forældrenes trivsel over tid gavner børnene, men at denne positive ændring på nogle områder er lidt længere tid om at slå igennem.

TABEL 5.4

Trivsel hos børn/unge i forløb i Familiecentret. Særskilt for opstart og opfølgning samt forskel. Gennemsnitsscore på SDQ-skala.

Trivelsområde:	Opstart, gns.	Opfølgning, gns.	Standardiseret forskel
Totalscore, vanskeligheder	13,7	11,4	-0,4 **
Emotionelle problemer	4,5	4,1	-0,2
Adfærdsvanskeligheder	2,5	1,9	-0,3 *
Hyperaktivitet/uopmærksomhed	4,4	3,9	-0,2
Problemer i forhold til jævnaldrende	2,3	1,6	-0,3 *
Sociale styrker	8,0	8,9	0,4 **

Anm.: Ændringen i sociale styrker er signifikant ved $p < 0,0022$ fra afslutning til opfølgning, men ellers er de andre forskelle ikke signifikante mellem de to indsamlinger. SDQ er "The Strengths and Difficulties Questionnaire", der måler børnenes/den unges trivsel med 25 spørgsmål.

Kilde: Opstartsskema og afslutningsskema til forældrene og den unge selv.

Resultaterne fra opfølgningmålingen viser positive tendenser i forhold til problemer med jævnaldrende og sociale styrker. Der er en signifikant forbedring i barnets sociale styrker ved afslutningen og opfølgningen seks måneder senere. Man skal dog stadig holde sig for øje, at datagrundlaget til opfølgningmålingen er begrænset, og at der derfor kun er tale om tendenser.

Tabel 5.5 viser udviklingen i børnenes ORS-score fra den første til den sidste behandlingsgang.

TABEL 5.5

Trivsel hos børn/unge i forløb i Familiecentret. Særskilt for opstart og afslutning samt standardiseret forskel. Gennemsnitsscore på SDQ-skala.

Trivelsområde:	Opstart, gns.	Afslutning, gns.	Standardiseret forskel
Samlet ORS-score	24,2	31,2	0,9 ***
Individuelt	5,9	7,7	0,7 ***
Nære relationer	6,0	8,1	0,7 ***
Socialt	6,0	7,6	0,6 ***
Generelt	6,3	7,8	0,6 ***

Anm.: ***: $p < 0,001$, **: $p < 0,01$, *: $p < 0,05$. SDQ er "The Strengths and Difficulties Questionnaire", der måler børnenes/den unges trivsel med 25 spørgsmål.

Kilde: ORS-score fra første og sidste behandlingsgang.

Resultaterne viser en signifikant, positiv udvikling hos børnene på alle områder, som ORS afdækker. Dette kan betyde, at instrumentet er mere følsomt, eller at det opfanger nogle andre aspekter af trivsel end SDQ. Ændringerne er større ved ORS end SDQ ved det standardiserede mål, men der findes forbedringer med begge måleinstrumenter.

Fælles for den udvikling, som vi finder for forældre og børn, er, at udviklingen i trivslen er positiv, målt ved en før- og eftermåling. Ser vi på ORS som måleredskab, viser det hos begge grupper korrekt fortegn – altså en forbedring. Det ser ud til, at børnene får det bedre med deres udfordringer, og at forældrenes trivsel forbedres af at deltage i behandlingsforløbet. På længere sigt ser det ud til, at udviklingen aftager en smule, men at den forbedrede ”indre” familiære trivsel giver børnene overskud til at forbedre deres ”ydre trivsel” såsom deres relationer til jævnaldrende.

LITTERATUR

- Anker, M.G., B.L. Duncan & J.A. Sparks (2009): "Using Client Feedback to Improve Couple Therapy Outcomes: A Randomized Clinical Trial in a Naturalistic Setting". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), s. 693-704.
- Cantril, H. (1965): *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Duncan, B.L., S.D. Miller, J.A. Sparks, M.S. Claud, L.R. Reynolds, J. Brown & L.D. Johnson (2003): "The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure". *Journal of Brief Therapy*, 3(1), s. 3-12.
- Goodman, R. (1997): "The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, s. 581-586.
- Horvath, A.O. & L.S. Greenberg (1989): "Development and Validation of the Working Alliance Inventory". *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), s. 223-233.
- Lambert, M.J., J.L. Whipple, E.J. Hawkins, D.A. Vermeersch, S.L. Nielsen & D.W. Smart (2003): "Is it time for clinicians to Routinely Track Patient Outcome? A Meta-Analysis." *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, s. 288-301.

- Luborsky, L., J.P. Barber, L. Siqueland, S. Johnson, L.M. Najavits, A. Frank & D. Daley (1996): "The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) : Psychometric Properties". *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), s. 260-271.
- Miller, S.D., B.L. Duncan, J. Brown, J. Sparks & D. Claud (2003): "The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure". *Journal of Brief Therapy*, 2(2), s. 91-100.
- Miller, S.D., B.L. Duncan, R. Sorrell & G.S. Brown (2005): "The Partners for Change Outcome Management System". *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), s. 199-208.
- Miller, S.D., B.L. Duncan, J. Brown, R. Sorrell & M. Chalk (2006): "Using formal client feedback to improve outcome and retention: Making ongoing, real-time assessment feasible". *Journal of Brief Therapy*, 5, s. 5-22.
- Reese, R.J., L.A. Norsworthy & S.R. Rowlands (2009): "Does A Continuous Feedback System Improve Psychotherapy Outcome?" *Psychotherapy*, 46(4), s. 418-431.
- Reese, R.J., M.D. Toland, N.C. Slone & L.A. Norsworthy (2010): "Effect of Client Feedback on Couple Psychotherapy Outcomes". *Psychotherapy*, 47(4), s. 616-630.
- Reese, R.J., E.L. Usher, D.C. Bowman, L.A. Norsworthy, J.L. Halstead, S.R. Rowlands & R.R. Chisholm (2009): "Using Client Feedback in Psychotherapy Training: An Analysis of its Influence on Supervision and Counselor Self-Efficacy". *Training and Education in Professional Psychology*, 3(3), s. 157-168.
- Sorrell, R. (2007): "Application of an outcome-directed behavioral modification model for obesity on a telephonic/Web-based platform". *Disease Management*, 10, s. S23-S26.

SFI-RAPPORTER

SIDEN 2015

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Nogle rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 15:01 Ottosen, M.H., M. Lausten, S. Frederiksen & D. Andersen: *Anbragte børn og unges trivsel 2014*. 122 sider. ISBN: 978-87-7119-276-6. e-ISBN: 978-87-7119-277-3. Pris: 120,00 kr.
- 15:02 Benjaminsen, L., T. Dyrvig & T. Gliese: *Livet på hjemløseboformer*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-278-0. e-ISBN: 978-87-7119-279-7. Pris: 140,00 kr.
- 15:03 Gorinas, C. & V. Jakobsen: *Indvandreres og efterkommeres placering på det danske arbejdsmarked*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-280-3. e-ISBN: 978-87-7119-281-0. Pris: 170,00 kr.
- 15:04 Niss, N.K., A. Kierkgård, A.-K. Højen-Sørensen & A.Aa. Hansen: *Barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i børnefamilier. En analyse af barrierer for frontpersonalet*. 145 sider. e-ISBN: 978-87-7119-282-7. Netpublikation
- 15:05 Bengtsson, S., A.L. Rasmussen & S. Gregersen: *Metoder i botilbud*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-283-4. e-ISBN: 978-87-7119-284-1. Pris: 200,00 kr.

- 15:06 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2014*. 240 sider. ISBN: 978-87-7119-285-8. e-ISBN: 978-87-7119-286-5. Pris: 240,00 kr.
- 15:07 Dietrichson, J., M. Bøg, T. Filges & A.-M.K. Jørgensen. *Skolerettede indsatser for elever med svag socioøkonomisk baggrund*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-287-2. e-ISBN: 978-87-7119-288-9. Pris: 140,00 kr.
- 15:08 Østergaard, S.V., A.B. Steensgaard, A.T. Hansen, S. Henze-Pedersen & J. Østergaard: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer i barndommen gør en forskel?* 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119-289-6. Netpublikation.
- 15:09 Keilow, M. & A. Holm: *Udvikling af måleinstrument for elevadfærd og -holdninger. Baseline data fra evaluering af folkeskolereformen*. 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-290-2. Netpublikation.
- 15:10 Albæk, K., H.B. Bach, R. Bille, B.K. Graversen, H. Holt, S. Jensen & A.B. Jonassen: *Evaluering af mentorordningen*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-291-9. Netpublikation.
- 15:12 Christensen, E. & S. Baviskar: *Unge i Grønland. Med fokus på seksualitet og seksuelle overgreb*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-293-3. e-ISBN: 978-87-7119-294-0. Pris: 120,00 kr.
- 15:13 Christensen, E. & S. Baviskar: *Kalaallit nunaanni inuusuttut. Kinguaasiutinut tunngasut kinguaasiunitigullu innarliisarnerit qitunneqarlutik*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-295-7. e-ISBN: 978-87-7119-296-4. Pris: 140,00 kr.
- 15:14 Rangvid, B.S., V.M. Jensen & S.S. Nielsen. *Forberedende tilbud og overgang til ungdomsuddannelse*. 99 sider. e-ISBN: 978-87-7119-297-1. Netpublikation.
- 15:15 Amilon, A. (red.): *Inkluderende skolemiljøer – elevernes roller*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-304-6. e-ISBN: 978-87-7119-300-8. Pris: 280,00 kr.
- 15:16 Amilon, A.: *Evaluering af lokale initiativer for fortidspensionister*. 96 sider. e-ISBN: 978-87-7119-301-5. Netpublikation
- 15:17: Jakobsen, V.: *Uddannelses- og beskæftigelsesmønstre i årene efter grundskolen. En sammenligning af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande og etniske danskere*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-305-3. e-ISBN: 978-87-7119-306-0. Pris: 140,00 kr.
- 15:18 Christensen, G., A.G. Jeppesen, A.A. Kjær & K. Markwardt: *Udsættelser af lejere – Udvikling og benchmarking. Lejere berørt af foged-*

- sager og udsættelser i perioden 2007-13. 178 sider, e-ISBN: 978-87-7119-307-7. Netpublikation
- 15:19 Christensen, C.P. & C. Scavenius: *Et felteksperiment med Kærlighed i Kaos. Et forældretræningsprogram til familier med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-308-4. e-ISBN: 978-87-7119-309-1. Pris: 90,00 kr.
- 15:20 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2014. Regionale forskelle.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-310-7. e-ISBN: 978-87-7119-311-4. Pris: 90,00 kr.
- 15:21 Nielsen, C.P., M.D. Munk, M.T. Jensen, K. Karmsteen & A.-M.K. Jørgensen: *Mønsterbryderindsatser på de videregående uddannelser. En forskningskortlægning.* 168 sider. e-ISBN: 978-87-7119-312-1. Netpublikation.
- 15:22 Sievertsen, H.H. & C.J. de Montgomery: *Børn i lavindkomstfamilier.* 105 sider. e-ISBN: 978-87-7119-313-8. Netpublikation.
- 15:23 Wendt, R.E. & A.-M.K. Jørgensen: *Forskningskortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinaviske dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2013.* 98 sider. E-ISBN:978-87-7119-314-5. Netpublikation.
- 15:24 Termansen, T., T. Dyrvig, N.K. Niss & J.H. Pejtersen: *Unge i misbrugsbehandling.* 176 sider. ISBN: 978-87-7119-315-2. e-ISBN: 978-87-7119-316-9. Pris: 170,00 kr.
- 15:25 Christensen, E.: *Det har vi lært af NAKUUSA.* 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-317-6. Netpublikation.
- 15:26 Christensen, E.: *Nakuusamit makku ilikkarpavut. NAKuusap meeqqanut isummorsorfiani ilaasortanik apersuineq.* 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-318-3. Netpublikation.
- 15:27 Keilow, M. & A. Holm: *Skalaer til måling af elevtrivsel på erhvervsuddannelserne. En analyse af data fra tidligere trivselsmålinger. Bidrag til Undervisningsministeriets udvikling af elevtrivselsmålinger på erhvervsuddannelserne.* 92 sider. e-ISBN: 978-87-7119-319-0. Netpublikation.
- 15:28 Andersen, D. & B.S. Rangvid: *Skoleudvikling med fokus på sprog i al undervisning. Implementering og elevresultater af udviklingsprogram til styrkelse af tosprogede elevers faglighed i de 2 første år.* 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119-320-6. Netpublikation.
- 15:29 Baviskar, S: *Grønlandere i Danmark. En registerbaseret kortlægning.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-321-3. Netpublikation.

- 15:30 Siren, A., R.N. Brunner & R.C.H. Jørgensen: "*Øvelse gør mester*" i Næstved Kommune. *Evaluering af livskvalitet i forbindelse med et rehabiliteringsforløb på plejecentre*. 71 sider. e-ISBN: 978-87-7119-322-0. Netpublikation.
- 15:31 Holt, H., M. Larsen, H.B. Bach & S. Jensen: *Borgere I fleksjob efter reformen*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-323-7. e-ISBN: 978-87-7119-324-4. Pris: 200,00 kr.
- 15:32 Keilow, M., M. Friis-Hansen, R.M. Kristensen & A. Holm: *Effekter af klasseledelse på elevers læring og trivsel*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-325-1. e-ISBN: 978-87-7119-326-8. Pris: 170,00 kr.
- 15:33 Christensen, E: *3-5 år efter ophold i Mælkebøtten – en opfølgning af 26 børn og unge*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-327-5. e-ISBN: 978-87-7119-328-2. Pris: 60,00 kr.
- 15:34 Christensen, E: *Meeqqanik inuusuttunillu 26-nik malinnaaqinneq - Mælkebøttenimit nuunnerinit ukiut 3-5 kingorna*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-329-9. e-ISBN: 978-87-7119-330-5. Pris: 60,00 kr.
- 15:35 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2015. National kortlægning*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-333-6. e-ISBN: 978-87-7119-334-3. Pris: 200,00 kr.
- 15:36 Nielsen, C.P., A.T. Hansen, V.M. Jensen & K.S. Arendt: *Folkeskolereformen. Beskrivelse af 2. dataindsamling blandt elever*. 137 sider. E-ISBN: 978-87-7119-335-0. Netpublikation.
- 15:37 Jensen, M.T., K. Karmsteen, A.-M.K. Jørgensen & S.B. Rayce: *Psychosocial Function and Health in Veteran Families - A Gap Map of Publications within the Field*. 220 sider. e-ISBN: 978-87-7119-336-7. Netpublikation.
- 15:38 Sievertsen, H.H: *En god start – betydningen af alder ved skolestart for barnets udvikling*. 83 sider. e-ISBN: 978-87-7119-337-4. Netpublikation.
- 15:39 Mehlsen, L., H. Holt, H.B. Bach & C. Törnfeldt: *Ressourceforløb. Koordinerende sagsbehandlere og borgeres erfaringer*. 108 sider. ISBN: 978-87-7119-338-1. Pris: 200,00 kr.
- 15:40 Kjer, M.G., S. Baviskar & S.C. Winter: *Skoleledelse I folkeskolereformens første år. En kortlægning*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-340-4. Netpublikation.
- 15:41 Benjaminsen, L., S.B. Andrade, D. Andersen, M.H. Enemark & J.F. Birkelund: *Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark*.

- En registerbaseret kortlægning.* 336 sider. ISBN: 978-87-7119-341-1. e-ISBN: 978-87-7119- 342-8. Pris: 330,00 kr.
- 15:42 Lausten, M., S. Frederiksen, R.F. Olsen, A.A. Nielsen & T.T. Bengtsson: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer – del II. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-343-5. e-ISBN: 978-87-7119- 344-2. Pris: 120,00 kr.
- 15:43 Niss, N.K. & I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge.* 129 sider. e-ISBN: 978-87-7119-345-9. Netpublikation.
- 15:44 Jakobsen, V., M. Larsen & S. Jensen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2015.* 272 sider. ISBN: 978-87-7119-346-6. e-ISBN: 978-87-7119- 347-3. Pris: 270,00 kr.
- 15:45 Christensen, G., R.C.H. Jørgensen & M.R. Larsen: *Erfaringer med at ændre socialt mix i udsatte boligområder. Evaluering af brugen af anvisnings- og udlejningsredskaber som led i Landsbyggefondens 2006-10-midler.* 208 sider. ISBN: 978-87-7119-348-0. e-ISBN: 978-87-7119- 349-7. Pris: 200,00 kr.
- 15:46 Mehlsen, L., M.T. Jensen, A.-M.K. Jørgensen, R.E. Wendt & G. Christensen: *Effektfulde indsatser i boligområder til forebyggelse af kriminalitet. En systematisk forskningsoversigt, nr. 1 af 4.* 112 sider. ISBN: 978-87-7119-350-3. e-ISBN: 978-87-7119- 351-0. Pris: 110,00 kr.
- 16:01 Skårhøj, A., A.-K. Højen-Sørensen, K. Karmsteen, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet. Evaluering af fire efterværnsinitiativer under efterværnspakken.* 160 sider. ISBN: 978-87-7119-352-7. e-ISBN: 978-87-7119- 353-4. Pris: 160,00 kr.
- 16:02 Andersen, D., M.B. Holtet, L. Weisbjerg & L.L. Eriksen: *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Systemets tilbud i borgerperspektiv.* 176 sider. ISBN: 978-87-7119-354-1. e-ISBN: 978-87-7119-355-8. Pris: 170,00 kr.
- 16:03 Baviskar, S., M.N. Christoffersen, K. Karmsteen, H. Hansen, M. Leth-Espensen, A. Christensen & J. Brauner: *Kontinuitet i anbringelser. Evaluering af lovændringer under Barnets reform, delrapport 1.* 128 sider. e-ISBN: 978-87-7119-356-5. Netpublikation.
- 16:04 Niss, N.K., K.I. Dannesboe, C.P. Nielsen & C.P. Christensen: *Evaluering af inklusionsindsatsen i Billund Kommune.* 132 sider. e-ISBN: 978-87-7119-357-2. Netpublikation.

- 16:05 Benjaminsen, L., M.H. Holm & J.F. Birkelund: *Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-fattige.* 336 sider. ISBN: 978-87-7119-358-9. e-ISBN: 978-87-7119-359-6. Pris: 320 kr.
- 16:06 Keilow; M., M. Friis-Hansen, S. Henze-Pedersen & S. Ravn: *Inklusionsindsatser i folkeskolen. Resultater fra to lodtrækningsforsøg.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-361-9. e-ISBN: 978-87-7119-362-6. Pris: 130 kr.
- 16:07 Niss, N.K. & I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge". Projekt "Øget udbytte" på Julemærkehjemmene.* 130 sider. e-ISBN: 978-87-7119-363-3. Netpublikation.
- 16:08 Andersen, D, K. Markwardt, L.B. Larsen & M.A. Svendsen: *Velfærdsteknologi i plejeboliger. Borger, medarbejder og økonomisk perspektiv.* 200 sider. e-ISBN: 978-87-7119-364-0. Netpublikation.
- 16:09 Amilon, A & A.G. Jeppesen: *Økonomisk udsatte pensionister. Levevilkår blandt økonomisk dårligt stillede pensionister.* 98 sider. ISBN: 978-87-7119-365-7. e-ISBN: 978-87-7119-366-4. Pris: 100 kr.
- 16:10 Bille, R.: *Implementering af beskæftigelsespolitik i Danmark.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-369-5. Netpublikation.
- 16:11 Bach, H.B., L. Mehlsen & J. Høgelund.: *Evidens om effekten af indsatser for ledige seniorer.* 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-370-1. Netpublikation.
- 16:12 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at forbedre børns skolegang og uddannelse og voksnes arbejdsmarkedsparathed. En systematisk forskningsoversigt, nr. 2 og 3 af 4.* 172 sider. ISBN: 978-87-7119-371-8. e-ISBN: 978-87-7119-372-5. Pris 170 kr.
- 16:13 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at øge børns trivsel og forbedre forældres kompetencer. En systematisk forskningsoversigt, nr. 4 af 4.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-373-2. e-ISBN: 978-87-7119-374-9. Pris: 130 kr.
- 16:14 Højen-Sørensen, A.-K., L. J. Kristiansen, A.-M.K. Jørgensen & R.E. Wendt: *Kortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinavisk dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2014.* 107 sider. e-ISBN: 978-87-7119-375-6. Netpublikation.

- 16:15 Larsen, M., H. Holt, M.R. Larsen: *Et kønsopdelt arbejdsmarked. Udviklingsstræk, konsekvenser og forklaringer*. 170 sider. ISBN: 978-87-7119-376-3. e-ISBN: 978-87-7119-377-0. Pris: 170 kr.
- 16:16 Oldrup, H., M.N. Christoffersen, I.L. Kristiansen, S.V. Østergaard: *Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016*. 256 sider. ISBN: 978-87-7119-378-7. e-ISBN: 978-87-7119-379-4. Pris: 250,00 kr.
- 16:17 Oldrup, H., S. Frederiksen, S. Henze-Pedersen & R.F. Olsen: *Indsat far udsat barn. Hverdagsliv og trivsel blandt børn af fængslede*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-380-0. Netpublikation.
- 16:19 Hansen, H, C.P. Christensen & T. Termansen: *Evaluering af Feedback-Informed Treatment ved Silkeborg Kommunes Familiecenter*. 71 sider. e-ISBN: 978-87-7119-385-5. Netpublikation.

EVALUERING AF FEEDBACK-INFORMED TREATMENT VED SILKEBORG KOMMUNES FAMILIECENTER

Feedback-Informed Treatment (FIT) bliver i stadig stigende grad brugt på det sociale område i Danmark. Det er et dialog- og evalueringsredskab, der kan bruges aktivt i familiebehandlingen til at justere, tilpasse eller tilrettelægge forløbene mest hensigtsmæssigt. Denne rapport evaluerer erfaringerne fra Silkeborg Kommunes Familiecenter, hvor man har arbejdet med FIT i fire år.

FIT er et relativt enkelt redskab bestående af to spørgeskemaer med hver fire spørgsmål, og både medarbejderne og familierne giver i rapporten udtryk for, at de er glade for metoden. Medarbejderne vurderer, at den systematiske feedback giver dem viden om familiens problemer, som de ellers ikke ville have fået, og dermed mulighed for at tilpasse indsatsen til familien.

FIT indeholder også et redskab til at måle udviklingen i familiernes trivsel (Outcome Rating Scale), og det viser generelt, at familierne får det bedre efter behandlingsforløbene. Undersøgelsen viser samtidig, at udviklingen også kan dokumenteres med validerede måleredskaber (SDQ og Ladder of Life).

Rapporten er finansieret af Silkeborg Kommunes Familiecenter.