

Implementering av Funktionell Familjeterapi

- En kvalitativ studie av implementeringen av en evidensbaserad behandlingsmetod inom socialtjänsten på en ort i södra Sverige

Författare:

Jens Engfors

Andreas Johansson-Barquero

C-uppsats i socialt arbete

Lunds Socialhögskola

Ht-08



Handledare: Kjell Hansson

Abstract

Authors: Jens Engfors & Andreas Johansson-Barquero

Title: Implementation of Functional Family Therapy – A qualitative study of the implementation of an evidence based treatment within the social services in a town in the south of Sweden [translated title]

Supervisor: Kjell Hansson

Assessor: Ulla Magne-Ingvar

The ambition to use evidence based treatments has spread within the field of Swedish social work. The number of treatments with claim to being evidence based has grown but the research concerning implementation; the procedures being used to introduce new methods in organizations and assure that the method is being used appropriately and continuously, is scarce. The aim of this study was to examine the implementation of Functional Family Therapy (FFT), being an evidence based treatment, in an organization providing social services in the public sector, in Sweden. We used a qualitative research design and conducted interviews with persons involved in the implementation of FFT in the social services in a town in the south of Sweden. We used the practice guidelines provided in Evidence Based Practice (EBP) together with recently published meta-analyses of implementation research, in the field of social work, to examine the implementation of FFT, as being an evidence based treatment. We found the studied implementation process differentiating from the main bulk of published implementation research, in best being characterized as bottom up as compared to top down. The conditions described to us as being needed for this kind of implementation seemed to correlate with what we saw as the conditions needed to create an evidence based practice in social work in the Swedish public sector. We found the absence of evaluation to be a crucial deficiency in fulfilling the requirements of FFT, as an evidence based treatment.

Key words: implementation, functional family therapy, social services, evidence based practice, bottom up.

Innehållsförteckning

Inledning.....	4
1 Problemformulering.....	5
2 Metod.....	7
3 Bias.....	9
4 Etiska överväganden.....	10
5 Teori: Evidensbaserad Praktik.....	11
6 Bakgrund	12
6.1 Organisationen runt FFT-teamet.....	12
6.2 Funktionell familjeterapi.....	13
7 Implementeringsforskning.....	16
7.1 Forskning kring att implementera en evidensbaserad metod i organisationer för socialt arbete.....	16
7.2 Strategier för implementering av en evidensbaserad metod i organisationer för socialt arbete.....	18
7.3 En modell för implementering av evidensbaserade metoder i organisationer för socialt arbete.....	20
7.4 Forskning kring att implementera FFT i organisationer för socialt arbete	23
8 Implementeringen av FFT i Småstad: Presentation och analys av empiri	24
8.1 Den initiala fasen.....	25
8.1.1 Ett behov av förändring identifieras.....	25
8.1.2 Förankringen av FFT som svar på organisationens behov.....	26
8.1.3 Valet av FFT sett som ett steg mot en evidensbaserad praktik.....	27
8.1.4 ”En stark person” som företrädare för metoden.....	28
8.1.5 FFT ur icke-professionellas perspektiv.....	29
8.2 Förändringsarbetet genomförs.....	30
8.2.1 Inskolning i FFT.....	30
8.2.2 Remisser.....	31
8.2.3 Anpassningen mellan metod och organisation.....	31
8.2.4 Utvärdering.....	32
8.2.5 Stöd från politiker och ledning.....	33
8.3 Metodens fortlevnad i organisationen.....	33
8.3.1 Bortfall av kompetens – en sårbarhet i organisationen.....	33
8.3.2 Certifiering.....	35
8.3.3 Anpassning av metoden till lokala förutsättningar.....	35
8.3.4 Omorganisering.....	35
8.3.5 Ett spektra av evidensbaserade metoder – ett sätt att uppnå en evidensbaserad praktik?.....	37
9 Avslutande diskussion.....	37
Referenslista.....	42
Bilaga 1.....	44
Bilaga 2.....	45
Bilaga 3.....	46
Bilaga 4.....	47

Förord

Vi vill tacka de personer som ställt upp på intervjuer, svarat på våra frågor och öppet berättat om sina erfarenheter. Vi vill också rikta ett tack till vår handledare Kjell Hansson för det förtroende han visat och det stöd han givit oss under arbetets gång.

Vi vill även tacka varandra för ett gott samarbete, i vilket vi delat upp arbetet med att transkribera intervjuer, vilket lättast gjordes var för sig, samt att skriva de första utkasterna till avsnitten kallade Bakgrund och Implementeringsforskning, av Andreas Johansson-Barquero respektive Jens Engfors. I övrigt har vi arbetat fram samt bearbetat texten gemensamt.

Inledning

Att det ska finnas en vederhäftig kunskapsgrund för vad vi gör inom socialt arbete är, i vår mening, en självklar del i att kunna ta ansvar för professionellt arbete, inte minst i människobehandlande organisationer. Flera vetenskapligt testade metoder finns idag att tillgå på det sociala arbetets fält, men steget från forskning till praktik är ett kunskapsområde som ännu inte är lika utforskat (jämför Proctor & Rosen, 2008)

Som studerande på socionomprogrammet på Lunds Socialhögskola har vi introducerats i debatten som förs inom socialt arbete, angående att utgå ifrån evidensbaserade metoder respektive professionell erfarenhet. Detta har att göra med, i sin renodlade form, valet mellan en verksamhet baserad på kontrollerade och randomiserade studier eller den professionelles färdigheter i och erfarenheter av att möta människor. Det föreligger inte nödvändigtvis ett motsatsförhållande mellan att arbeta evidensbaserat respektive utifrån professionell erfarenhet men frågan är ideologiskt laddad. Företrädare för att implementera evidensbaserad metod¹ argumenterar för att vi är skyldiga att ha stöd för hur de behandlingsmetoder vi använder fungerar (se t.ex. Gambrill, 1999) och företrädare för erfarenhetsbaserad verksamhet menar att ingen metod kan fånga människans komplexitet i det unika mötet (se t.ex. Gerdman, 2000). Förespråkare för en erfarenhetsbaserad verksamhet framhåller hantverksmässigheten i arbetet och begrepp som förtrogenhetskunskap samt tyst kunskap (Gerdman, 2000). Sven-Axel Månsson har gått så långt som att ifrågasätta om kunskapsutvecklingen i socialt arbete överhuvudtaget kan byggas på evidensbaserad grund (Månsson, 2003). Idag har dock tanken om ett svenskt socialt arbete med utgångspunkt i beforskade insatser och metoder fått fäste. Vi kan till exempel se att Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS, en del av Socialstyrelsen) bland annat har som uppgift att ”Förse det sociala området med systematiska kunskapsöversikter över vilka insatser och metoder som fungerar i det sociala arbetet” (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, 2008).

Sedan evidensbaserad metod har gjort sig ett namn inom fältet för socialt arbete har det blivit tydligt att det inte är tillräckligt att producera kunskap om insatsers effektivitet; det behövs också bringas klarhet i hur denna kunskap framgångsrikt kan förankras i organisationer (se

1 Med *evidensbaserad metod* menar vi ”[...] specific interventions (e.g., assessment instruments, treatment and prevention protocols, etc.) determined to have a reasonable degree of empirical support [...] e.g., two randomized, controlled clinical trials conducted by different investigatory teams [...]”, vilket också är en definition av vad som kallas ESI:s – Evidence Supported Interventions (Mullen et al. 2008, sid. 327).

Proctor & Rosen, 2008). Detta handlar om *implementering*, det vill säga:

”[...] de procedurer som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att metoderna används som avsett och med varaktighet.” (Sundell & Soydan, 2008 sid. 17)

Under sin socionompraktik kom en av denna uppsats författare i kontakt med en organisation, som bedriver öppenvård i socialtjänstens regi i Småstad (vi har fingerat ortens namn då vi inte finner att det skulle tillföra vår uppsats något att uppge det) där de hade infört den evidensbaserade metoden Funktionell Familjeterapi (FFT), som en behandlingsinsats. Vi blev intresserade av hur denna process sett ut, mot bakgrund av att implementeringsforskningens rön är få och att det än så länge finns en begränsad mängd erfarenheter från och kunskaper om att införa evidensbaserade metoder under de betingelser som är specifika för svenskt socialt arbete.

1 Problemformulering

Vi har funnit en möjlighet att studera implementeringen av en evidensbaserad metod i en organisation för socialt arbete, inom den offentliga sektorn, genom att intervjua de personer som varit involverade i implementeringen av och arbetet med FFT i Småstad. Denna uppsats **syfte** är därför:

Att undersöka implementeringen av Funktionell familjeterapi, som varande en evidensbaserad behandlingsmetod, i en offentligt organiserad verksamhet för socialt arbete.

För att genomföra detta kommer vi att utgå från följande tre **frågeställningar**:

- *Hur påverkades implementeringen av FFT av de idéer om hur behandling bör bedrivas som fanns i verksamheten?*
- *Hur påverkade organisationens struktur implementeringen av FFT?*
- *Hur påverkade organisationens resurser implementeringen av FFT?*

I kommande avsnitt om implementeringsforskning presenterar vi ett begreppsligande av

viktiga aspekter av en implementeringsprocess som ger att det är metoden i sig (vetenskaplig evidens) och spridningen av kunskapen om denna, attityder till att anta metoden (t.ex. krav på förändring) som ligger bakom införandet av den samt hur de organisatoriska faktorerna påverkar processen som måste studeras för att beskriva en implementeringsprocess. I denna uppsats beskriver vi därför FFT, som metod, forskning kring den samt organisationen i sig som en bakgrund. Med våra frågeställningar som utgångspunkt ger vi en bild av hur utformningen av organisationen för kommunal öppenvård i Småstads socialtjänst har påverkat implementeringen, hur de tillgängliga resurserna, i termer av till exempel kompetens, ekonomi, förtroende och personal påverkat processen samt hur attityder hos de berörda; politiker, chef och behandlare, har spelat en roll. På detta sättet söker vi rama in implementeringsprocessen utifrån de perspektiv som i tidigare producerad forskning anses avgörande.

I vår insamling av data samt i vår analys har vi använt oss av teoribildningen *evidensbaserad praktik* (EBP), vilken är riktlinjer för hur evidensbaserad metod ska användas i praktiken (Mullen, Bledsoe & Bellamy 2008). Evidensbaserad praktik syftar till ”...the integration of the best research evidence with clinical expertise and patient values” (a.a.). I Sverige finns ett tryck från politiskt håll att utveckla en evidensbaserad praktik inom socialt arbete; Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst skriver om detta i sitt betänkande *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren* (SOU 2008:18) och Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS), en del av Socialstyrelsen, stödjer en sådan utveckling (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, 2008). Vi anser det därför vara lämpligt att använda oss av EBP som en teoretisk utgångspunkt i vår analys av den empiri som vi har samlat in; för att relatera implementeringen av Funktionell Familjeterapi, i Småstads socialtjänst, såväl till de metodologiska riktlinjer som EBP utgör för hur evidensbaserade metoder bör användas, till ambitionen som idag finns inom svenskt socialt arbete om att verksamheter inom området bör kunna göra fog för att kallas evidensbaserade, samt förutsättningar för att uppfylla detta.

2 Metod

Vårt syfte har varit att undersöka implementeringen av Funktionell familjeterapi, som varande en evidensbaserad behandlingsmetod, i en offentligt organiserad verksamhet för socialt arbete. Vår undersökning är retrospektiv och kvalitativ. För att få tillgång till nyanserad information har vi valt att genomföra intervjuer med personer som har varit involverade i implementeringen av FFT i Småstad.

Valet av en kvalitativ metod motiveras av tanken om förståelse utifrån den hermeneutiska cirkeln, vilken definieras som innebärande att "[...] delen – en mening, en handling, ett begrepp – endast kan förstås genom en bild av helheten – en text, en social process eller en kontext" (Aspers, 2007, sid. 25). Via en kvalitativ metod har vi strävat efter att förstå implementeringen av evidensbaserad behandlingsmetod genom att intervjua aktörer som på skilda sätt har deltagit i den aktuella processen. I konkreta termer har vi använt oss av semistrukturerade intervjuer, vilket är en datainsamlingsmetod som lämnar utrymme åt intervjupersonen² att återge sin subjektiva upplevelse av det aktuella fenomenet (jämför May, 2001, sid. 150-151). Att använda en sådan datainsamlingsmetod ger dock en brist i det att vår insamlade data kan komma att färgas av hur intervjupersonerna, medvetet eller omedvetet, vill beskriva den studerade processen, som varande en del av den. Detta då intervjupersonerna kan tänkas ha haft intresse av att framställa sin verksamhet i god dager och därmed beskrivit sin praktik i relation till en idealiserad bild av hur arbetet bör utföras (jämför t.ex. Repstad, 1999, sid. 20, om "... omedvetna eller bortträngda motiv..." och "efterrationalisering").

Vi har kontaktat en kommunal enhet för familjebehandling i Småstad, vilket är en ort i södra Sverige. Vårt urval av intervjupersoner är gjort efter att vi i den inledande kontakten med organisationen blev anvisade till personer som uppfyllde kriteriet att de på olika sätt hade varit involverade i implementeringen av FFT i Småstad. Vi tog kontakt med ordförande i Socialnämnden i Småstad samt chefen för Individ- och Familjeomsorgen (IFO), vilken därmed var chef för den aktuella delen av organisationen. Vi kontaktade även två behandlare som nu arbetar med FFT samt en person, som då beslutet om att erbjuda FFT togs, arbetade som behandlare inom organisationen och som har beskrivits som drivande i implementeringsprocessen. Vi genomförde vår första intervju med den sistnämnde, vilken

2 Vi har valt att benämna en av de personer som vi har intervjuat som "informant" och därför använder vi genomgående begreppet "intervjupersoner" som ett samlingsbegrepp för samtliga personer som har intervjuats (också de som kan benämnas respondenter).

fungerade som informant (det vill säga en person som kan ge oss inblick i fältet som ska studeras. Aspers, 2007), då detta var en person som i ett skede innan intervjuerna hade bokats hjälpte oss att finna de intervjupersoner som kunde besitta för uppsatsen relevant information. Vi genomförde alltså fem intervjuer, på tre nivåer; behandlare, chef och politiker, för att genom olika perspektiv få en bild av fenomenet i sin helhet. Vi har försökt uppfylla principen om att söka så olika intervjupersoner som möjligt, med skilda befattningar och olika roller i processen som vi ämnat beskriva, för att ge materialet en så stor bredd som möjligt (se Repstad, 1999, sid. 67). I efterhand kan vi konstatera att en brist i vår studie är att vi inte har intervjuat någon i handläggarbefattning, vilket hade kunnat tillföra ytterligare information om synen på implementeringen av FFT i delar av organisationen som inte arbetar med metoden. Avsaknaden av klienter som intervjupersoner kan likaledes ses som en brist och är resultatet av en avvägning mellan nytta som vår undersökning kan tänkas göra och det eventuella intrång i klienters integritet som en intervju hade kunnat innebära.

Vår undersökning av implementeringen av FFT i Småstad är gjord för att få insyn i förutsättningarna för implementering av evidensbaserade behandlingsmetoder i offentligt organiserat socialt arbete, vilket vi dessutom relaterar till riktlinjer för hur ett sådant arbete bör bedrivas, i form av EBP. Empirin är dock alltså insamlad från en väldigt begränsad del av fältet, vilket innebär att generaliserbarheten i de fenomen vi observerar samt validiteten i de generaliseringar vi gör utifrån dem inte kan styrkas. Svenskt offentligt organiserat socialt arbete kan utformas på en mängd olika sätt och vidare är den aktuella metodens (FFT) särdrag en begränsande faktor för möjligheten att generalisera över implementeringen av andra evidensbaserade behandlingsmetoder. Vi understryker vår ambition om att få insyn i frågan, vilket vi ändå anser vara av intresse då mängden producerad forskning om implementeringen av evidensbaserad metoder, gjord i ett svenskt sammanhang, ännu inte är stor.

Informantintervjun genomfördes med en intervjuguide som vi skapat utefter våra frågeställningar samt vad vi funnit i tidigare producerad forskning på området (se kapitel 7) och EBP (se kapitel 5). Vi skapade separata intervjuguider för behandlare (se Bilaga 2), chef (se Bilaga 3) och politiker (se Bilaga 4), utefter den information som de kunde förväntas bidra med. Då vi genom en semistrukturerad intervjuform gav utrymme för fördjupande svar kunde vi löpande komplettera våra på förhand formulerade frågor för att mer obundet vår förförståelse kunna beskriva fenomenet i fråga.

Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon. Dessa ljudupptagningar transkriberades sedan, i sin helhet. De transkriberade intervjuerna kodades därefter utifrån en kronologiskt strukturerad modell för implementering, skapad av Olsson och Sundell (2008, se kapitel 7.3). Detta för att på ett strukturerat sätt kunna skapa oss en helhetsbild av materialet, såsom en beskrivning av ett fenomen som sträckt sig över en längre tidsperiod. Vi gjorde även en kompletterande sökning i materialet utefter våra frågeställningar, den teoretiska modellen evidensbaserad praktik och den information som våra intervjupersoner själva framställde som viktig.

Intervjun som datainsamlingsmetod innebär att resultatet sannolikt inte kommer att kunna reproduceras, alltså är reliabiliteten låg, relativt en ambition om att kunna hävda att det vi finner också gäller i andra sammanhang. Även studiens ringa population påverkar reliabiliteten på detta sätt, relativt den studerade processen i sig. Detta har vi dock, som nämnt, försökt uppväga genom att intervjua personer som alla kan förmodas besitta relevant information och dessutom utifrån skilda perspektiv. Vår metods begränsningar respektive förtjänster innebär sålunda att våra fynd kan sägas vara valida såsom en beskrivning av implementeringen av FFT i Småstad, medan validiteten i de kopplingar som vi har gjort i kommande avsnitt mellan implementeringsprocessen i Småstad och förutsättningarna för att skapa ett evidensbaserat svenskt socialt arbete kommer att vara svagare.

3 Bias

Som vi nämner i uppsatsen inledning anser vi båda att det finns ett ansvar i att ha stöd för vad man gör inom människobehandlande organisationer, vilket vi kopplar till användningen av evidensbaserade metoder. Detta kan ha inneburit att vi omedvetet har framställt fler positiva än negativa aspekter av införandet av FFT som en insats i Småstads socialtjänst, även om vår ambition inte har varit att göra en utvärderande studie. Vidare är vår handledare för uppsatsen, Kjell Hansson, en företrädare för FFT i Sverige. Detta såg vi som en tillgång i skrivandet av denna uppsats, men vårt förhållande till honom som en auktoritet kan också ge anledning till att ställa frågor kring huruvida vi har kunnat förhålla oss neutrala till de delar av implementeringsprocessen som är avhängiga egenskaper specifika för metoden. Vi vill också nämna att en av oss tidigare har arbetat inom socialtjänsten i Småstad, dock i en annan del av organisationen, och därigenom tidigare mött de intervjuade personerna i detta sammanhang.

Han har inte haft någon nära yrkesmässig relation till någon av intervjupersonerna förutom chefen för Individ- och Familjeomsorgen, vilket vi hanterade genom att intervjun med henne genomfördes av den av oss utan tidigare bindningar.

4 Etiska överväganden

I enlighet med Vetenskapliga rådets ”Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning” (Vetenskapsrådet, 2002) har vi haft fyra huvudsakliga etiska principer att förhålla oss till i denna uppsats: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet innebär att ”Forskaren skall informera de av forskningen berörda om den aktuella forskningsuppgiftens syfte” (a.a. sid. 7). Detta innebär att vid den första kontakten med intervjupersoner, i skriftlig form, har vi beskrivit syftet med vår undersökning och hur vi har ämnat att använda den information de lämnar.

Samtyckeskravet lyder att ”Deltagare i en undersökning har rätt att själva bestämma över sin medverkan” (Vetenskapsrådet, 2002, sid. 9). Detta innebär att vi har kontaktat potentiella intervjupersoner personligen, där vårt syfte med intervjun har förklarats och samtycke givits. Vi har också informerat muntligen, i anslutning till intervjun, om att det står intervjupersonen fritt att avbryta en intervju eller i efterhand dra tillbaka sitt deltagande.

Konfidentialitetskravet stipulerar att ”Uppgifter om alla i en undersökning ingående personer skall ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem.” (Vetenskapsrådet 2002, sid. 12). Vår utgångspunkt är att avidentifiera intervjupersoner, genom att fingera namnen på dem samt orten där vår undersökning har ägt rum, då vi inte ser någon vinst i att nämna dessa. Intervjuerna har spelats in per diktafon och banden, såväl som de transkriberade intervjuerna, har förvarats på sådant sätt att ingen obehörig har kunnat ta del av dem.

Nyttjandekravet innebär att ”Uppgifter insamlade om enskilda personer får endast användas för forskningsändamål.” (Vetenskapsrådet, 2002, sid. 14). Detta har vi tagit hänsyn till och försäkrat de deltagande intervjupersonerna om.

5 Teori: Evidensbaserad Praktik

Detta avsnitt är uppsatsens teoridel, där vi beskriver evidensbaserad praktik (EBP), vilket är den teori som vi applicerar på vårt insamlade material för att relatera implementeringen av FFT i Småstad till en utveckling mot ett ökat användande av evidensbaserade metoder i svenskt socialt arbete.

Att analysera möjliga utfall av en intervention och att välja den som mest lämpar sig för klienten är en av socialarbetarens viktigaste professionella handlingar (Zeira et al., 2007, sid. 61-62). Inom amerikanskt socialt arbete och i länder som har låtit sig inspireras av detta så har, under de senaste tre decennierna, socialarbetare uppmanats att välja interventioner på bas av vetenskapligt stöd för deras effektivitet. I Storbritannien har denna trend nyanserats utifrån fältnära forskning och resulterande frågor kring vad evidens inom socialt arbete är. Detta har lett till att vad som kan kallas en positivistisk utgångspunkt för praktiken istället har kommit att bli en strävan efter vad som benämns en evidensbaserad praktik (Zeira et al., 2007).

Evidensbaserad praktik (EBP) ”[...] är ett sätt att idka praktik- ett sätt att skatta, intervensera och utvärdera baserat på särskilda antaganden och värden.” (Mullen et al, 2008, sid. 326. Egen översättning). Teorin formulerades av David Sackett på 1990-talet, under beteckningen evidensbaserad medicin (EBM) med ambitionen att stärka den vetenskapliga grunden för läkares bedömningar och beslut (a.a.) och med hans ord har den definierats som:

”the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of EBM means integrating individual clinical expertise and patient values with the best available external clinical evidence from systematic research”. (SOU 2008:18)

Denna definition för EBM har också kommit att gälla för EBP (Mullen et al, 2008). Processen i ett arbete utifrån EBP kan beskrivas som en ”dialog mellan den professionelle och brukaren och beslutsgrunderna” (Jergeby, 2008 sid. 14), där de tre kunskapskällorna; den professionelle, klienten och den tillgängliga evidensen, i grunden har lika värde (a.a.). Även den konkreta kontexten spelar roll för hur den insamlade kunskapen (från samtliga tre källor) används, då arbete bedrivs med olika förutsättningar och på olika sätt på olika platser,

beroende på till exempel lagstiftning, riktlinjer och resurser (Jergeby, 2008).

EBP sammanfattas vanligen i en lista över olika steg som ingår i den beslutsprocess vilken den professionelle förväntas driva (Mullen et al, 2008):

- ”1) Man formulerar ett informationsbehov i form av en fråga. [...]
 - 2) Man söker bästa möjliga stöd (evidens) för att besvara frågan.
 - 3) Man granskar stödet kritiskt (validitet, effektstorlek, användbarhet).
 - 4) Man integrerar den kritiska granskningen med det egna kliniska kunnandet och med patientens biologi, värderingar och livsomständigheter.
 - 5) Man utvärderar sin förmåga att genomföra steg 1-4 för att förbättra processen.”
- (Oscarsson, 2006)

I denna process är det viktigt att ta hänsyn till att all kunskap inte kan räknas som tillförlitlig evidens, då styrkan i belägget för en insats verkan, i ett konkret fall, beror på hur studien har gjorts och vilka förutsättningar som funnits på den del av fältet som studerats. När det gäller socialt arbete finns ofta en hög grad av osäkerhet i det rådande forskningsläget beträffande en specifik insats, på grund av dessa faktorer kan EBP då anses vara ”ett förhållningssätt till denna osäkerhet” (Jergeby, 2008 sid. 14).

6 Bakgrund

Som en del i att besvara våra frågeställningar och söka förstå implementeringen av FFT i Småstad behöver vi beskriva såväl organisationens struktur som metoden i sig. Detta gör vi här utifrån, främst, skriftliga källor, som en bakgrund till vårt empiriska material.

6.1 Organisationen runt FFT-teamet

Individ- och familjeomsorgen (IFO) i Småstad har ett upptagningsområde på ca 20 000 invånare. IFO utgörs av barn- och ungdomsenheten samt en vuxenenhet i vilken försörjningsgruppen med ansvar för ekonomiskt bistånd och vuxengruppen som i huvudsak arbetar med klienter med missbruksproblematik ingår. Barn- och ungdomsenheten består av en utredningsgrupp och en preventionsgrupp. Utredningsgruppens arbete innefattar förutom barnavårds- och ungdomsutredningar även familjerätts- och familjehemsärenden. I

preventionsgruppen ingår bland annat skolkuratorer och fältassistenter.

I Individ- och familjeomsorgen ingår även ett behandlingsteam som är knutet till barn- och ungdomsenheten. Behandlingsteamet arbetar bland annat med familjebehandling, föräldrautbildning och som stödpersoner vid umgängen mellan placerade barn och deras biologiska föräldrar. Förutom en IFO-chef som har huvudansvaret för Individ- och familjeomsorgens verksamhet finns en enhetschef med ansvar för vuxenenheten samt ytterligare en enhetschef ansvarig för barn och ungdomsenheten³.

Socialtjänsten i Småstad har arbetat utifrån FFT sedan cirka fem år tillbaka. I FFT-teamet i Småstad arbetar just nu 3 terapeuter, varav samtliga är socionomer. Vid tidpunkten för våra intervjuer var ingen av behandlarna certifierade FFT- terapeuter, vilket återspeglas i analysen. Idag har dock en av behandlarna i teamet erhållit sådan status. Två behandlare deltar i FFT-handledning. Arbetet i behandlingsteamet utförs utefter ett antal målsättningar som finns samlade i ett policydokument (se Bilaga 1).⁴

6.2 Funktionell familjeterapi

Funktionell familjeterapi (FFT) är ett begrepp som har sina rötter i USA där det under mer än 25 års tid löpande har utvecklats av James F. Alexander, professor vid University of Utah, och hans medarbetare. FFT är en metod skapad för att få till stånd positiva förändringar hos ungdomar med missbruks-, vålds- och/eller kriminalitetsproblematik, vilket görs via familjebehandling (Hansson, 2001). Målgruppens åldersspann är mellan 11 och 18 år. Behandlingen ges i genomsnitt under 10-12 sessioner, under tre till fyra månaders tid (Gustle et al., 2007).

FFT är en metod där terapeuten har en ledande roll. Denne ska kunna skapa en god relation till samtliga familjemedlemmar i behandlingsprocessen (Hansson et al. 2004), då metoden innebär att man ser till familjen i sin helhet och arbetar långsiktigt för att möjliggöra en utveckling hos dem som stärker och befäster deras förmåga till framtida förändringar (Sexton & Alexander, 2007). En viktig del av behandlingen utgörs av att arbeta med

3 Efter att studiens empiriska underlag samlats in har organisationens struktur förändrats i detta avseende.

4 Detta kapitel baseras på skriftliga källor specifika för socialtjänsten i Småstad, vilka vi inte hänvisar till på grund av vår ambition om oidentifiering, samt information från de i undersökningen deltagande intervjupersonerna.

kommunikationen i familjen. Till exempel strävar man efter att omvandla så kallad defensiv kommunikation till stödjande kommunikation (Hansson, 2001). FFT är en manualbaserad metod (se Sexton & Alexander, 2007) och man lägger vikt vid att sessionerna är väl strukturerade (Hansson, Cederblad & Höök, 2000).

FFT är en modell som utvecklas och förändras konstant. Enligt modellens upphovsman James F. Alexander är FFT en systematisk behandlingsmodell vars utveckling har gjorts möjlig genom en dynamisk urvalsprocess där man har försökt integrera det bästa ur olika befintliga modeller (Sexton & Alexander, 2007). Tanken om att integrera olika modeller och teorier har hållits levande inom FFT ända sedan metodens födelse 1969, vilket har varit, och fortfarande är, en viktig del i att terapin ska kunna bli mer komplett och ge varaktiga resultat för klienterna (a.a.).

FFT är sannolikt en av de mest utvärderade metoderna för familjebehandling med inriktning mot ungdomsasocialitet (Hansson, 2001). Det har, i USA, genomförts såväl process- som effektstudier vilka utgör god empirisk evidens för att tillämpningen av FFT är effektiv. Inom FFT läggs stor vikt vid att ny forskning måste få ta plats i metodutvecklandet. Effektstudier av FFT som genomfördes på 1970-talet visade att FFT var en effektiv behandlingsmetod för målgruppen unga lagöverträdare. Efter dessa effektstudier genomfördes processtudier för att ge en förståelse om vad det var i metoden som gjorde den framgångsrik. Man fann då att familjernas engagemang och motivation påverkades av förekomsten av negativism inom familjen. I och med dessa processtudier väcktes nya frågor vilket ledde till vidare kliniska studier med fokus på FFT:s effektivitet i olika terapeutiska situationer, med varierande population (Sexton & Alexander, 2007).

FFT är en metod som ingår i gruppen Blueprint-program, och därmed uppfyller kriterier som innebär att: den, i experimentella eller kvasiexperimentella studier med matchad kontrollgrupp, ska ha visat signifikanta resultat i att avhjälpa problembeteenden hos utagerande ungdomar, att effekten varar i minst ett år samt att resultaten har reproducerats på minst en ort utöver den ursprungliga (Hansson, 2004). Effektstudier har visat att behandling med FFT minskar återfall i kriminalitet hos unga lagöverträdare med mellan 25 % och 50 % i jämförelse med vad som kallas ”behandling som vanligt” (Hansson et al., 2004, sid. 305), vilket också innebär att användningen av metoden har belagts som kostnadseffektiv (Sexton & Alexander, 2007). FFT har fått stor spridning i USA, där metoden under åren 1998-2002

har implementerats i mer än 15 stater. De arbetsgrupper som har implementerat FFT i sin verksamhet representerar till exempel kommunala mottagningar för ungdomar, behandlingsgrupper för drog- och alkoholmissbrukare och barnpsykiatrimottagningar. I dessa grupper arbetar man med FFT både som ett traditionellt mottagningsarbete och i familjernas egna hem. Det blir också allt vanligare att FFT används inom skolan (a.a.).

1992 studerades FFT i ett svenskt sammanhang genom att ett demonstrationsprojekt startades vid Lunds Universitets avdelning för barn- och ungdomspsykiatri. (Hansson et al. 2004). Bakgrunden till projektet i Lund var att man från universitets sida ville undersöka om FFT, som hade visat sig vara framgångsrikt i USA, kunde tillämpas i Sverige med samma framgång. I studien remitterades hälften av familjerna i projektet till konventionella sociala insatser och resterande hälft till FFT. En förutsättning för dem som skulle delta i studien var att de inte sedan tidigare hade en pågående behandling inom socialförvaltningen eller barn- och ungdomspsykiatrin. FFT-studierna genomfördes vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Lund, förutom vid enstaka tillfällen, detta på grund av att familjerna av olika skäl inte kunde komma till kliniken. Behandlarna som fick ta sig an FFT-familjerna var samtliga legitimerade psykoterapeuter och bestod av lika population kvinnor och män. Terapeuterna erbjöds under tiden för projektet fortlöpande handledning som var specifik för FFT. I studien var det viktigt att arbeta troget FFT:s manual. Därför bjöds James F. Alexander in till Sverige för att medverka som konsult samt för att kontrollera att verksamheten i Lund låg tillräckligt nära hur han själv bedrev FFT i USA (Hansson, 2001).

Projektet med FFT i Lund, som fick namnet ”Snabba insatser”, visade sig få goda resultat, vilket låg i linje med de amerikanska studierna. Samtliga familjer som genomgick FFT i Lund fullföljde sin behandling, i den mening att terapeuterna och familjerna var överens om tidpunkten för behandlingens avslut. Ingen av familjerna som hamnade bland de femtio procenten som blev föremål för FFT vägrade helt att komma, vilket är särskilt intressant eftersom att klinisk erfarenhet från barn- och ungdomspsykiatrin visar att familjer med denna typ av problematik ofta bara kommer en eller två gånger till samtal innan de väljer att avbryta behandlingen. Även vid uppföljningar inom studien i Lund visade sig FFT ha gett goda resultat då ungdomarnas återfallsfrekvens i brott var jämförelsevis låg, både efter ett och två år efter behandlingens start (Hansson, 2001). Efter att denna studie hade genomförts gjordes en ansats från forskarhåll att sprida kunskap om resultaten samt metoden, vilket ledde till att FFT antogs i barnpsykiatriska kliniken i Växjö (Hansson, Balldin & Schüller, 2008), där man

också genomförde en, icke randomiserad studie, med goda resultat (Hansson et al, 2004). Efterfrågan på utbildning i FFT började öka 2005 och i dagsläget finns det över tjugo behandlingsteam som erbjuder FFT i Sverige (Hansson et al, 2008).

7 Implementeringsforskning

I detta kapitel återger vi tidigare producerad forskning om implementering av evidensbaserade metoder inom socialt arbete. Vi har främst utgått från nyligen publicerade metaanalyser, för att kunna ge en aktuell bild av forskningsläget; en beskrivning av fem breda strategier för olika sätt att implementera evidensbaserad metod samt en modell av både deskriptiv och normativ karaktär vilken används som ramverk för vår presentation och analys av insamlat material. Vi tar även upp forskning kring implementeringen av FFT, för att kunna relatera till de delar av implementeringsprocessen som är specifika för just denna behandlingsmetod.

7.1 Forskning kring att implementera en evidensbaserad metod i organisationer för socialt arbete

Glappet mellan forskningsresultat och praktik har varit ett problem inom socialt arbete under hela dess moderna historia. Även så inom hela den människobehandlande sektorn. Idag finns det dock en rad effektutvärderade metoder utarbetade för behandling, utredning och så vidare, med relevans för socialt arbete (Mullen et al, 2008). Motiverat av flera misslyckanden i att integrera evidensbaserade metoder i praktiken har det börjat att riktas uppmärksamhet mot hur dessa ska implementeras i det dagliga (sociala) arbetet (Sundell & Soydan, 2008). Proctor och Rosen (2008) menar att det är nödvändigt att bedriva forskning kring implementering specifik för det servicesystem som utgör sammanhanget innan ett beslut tas om att börja använda en evidensbaserad metod, för att en sådan ska kunna förväntas fungera. De skriver att kunskap om implementering bör förstås relaterat till kunskap om servicesystemet, forskning om förmåga att uppnå önskade resultat (eng. efficacy) samt effektforskning. Implementeringsforskning kan också placeras i ett bredare fält kallat ”knowledge management”, inbegripande hur organisationer på bästa sätt hanterar kunskap som resurs (Mullen et al, 2008, sid. 328).

I implementeringsforskningen skiljer man ofta mellan tre viktiga skeenden i arbetet med att börja använda en evidensbaserad metod (Mullen et al. 2008; Zazzali et al. 2008): införande (eng. adoption), formell kunskapsspridning och implementering. *Införande* syftar till själva beslutet att en organisation ska erbjuda en specifik metod (Zazzali et al., 2008), *formell kunskapsspridning* (översättning av eng. dissemination, hämtad ur Sundell & Soydan, 2008) betecknar den riktade spridningen av information om interventionen till en grupp praktiker och *implementering* är "[...] the use of strategies to introduce or change interventions within specific settings." (Mullen et al, 2008, sid. 328). Dessa processer är integrerade, vilket innebär att även då vi avser att beskriva implementering så kommer samtliga tre fenomenoundvikligen att beröras. Till exempel beskriver Zazzali et al. (2008) införande och implementering som skeenden med till viss del samma innehåll, medan Mullen et al. (2008) pekar på formell kunskapsspridning som en del av implementeringen, men också att formell kunskapsspridning, trots tidigare antaganden inte är tillräckligt för att kunna förvänta sig en implementering av en evidensbaserad metod i en organisation. Kunskapsspridning kan också karakteriseras som informell (eng. diffusion) när den sker från människa till människa utan ett explicit strategiskt syfte, vilket också är ett fenomen med betydelse i en implementeringsprocess (Sundell & Soydan, 2008).

I *Att förändra socialt arbete – Forskare och praktiker om implementering* (Roselius & Sundell (Red.), 2008) utgiven i samarbete med IMS ges en begreppsapparat för att påvisa implementeringsprocessens basala aspekter, ur ett annat perspektiv: vetenskaplig evidens, krav på förändring och en organisation anpassad för förändring, som tre faktorer vilka måste samverka. Att de använder *vetenskaplig evidens* istället för att peka på kunskapsspridningen i sig speglar att författarna också tar upp att både bevisat effektiva och obeforskade, kanske rent av skadliga, metoder har förutsättningar för att spridas i en organisation. Deras ståndpunkt är att det finns ett rent etiskt imperativ att se till att de metoder man använder har bevisats verkningsfulla.

Dessa två begreppsliga indelningar ger oss att det är metoden i sig (vetenskaplig evidens) och spridningen av kunskapen om denna, attityder som legat bakom beslutet att anta metoden (krav på förändring) och hur de organisatoriska faktorerna påverkar processen (en organisation anpassad för förändring) som måste studeras för att beskriva en implementeringsprocess. Det finns flera teoretiska modeller för hur en implementering bör genomföras, men vanligen är dessa inte understödda av empirisk forskning (Mullen et al,

2008; Sundell & Soydan, 2008). Det har dock nyligen gjorts ansatser för att samla den kunskap som finns på området. Under nästkommande rubrik kommer vi att ta upp fem breda strategier för implementering som Mullen et al (2008) använder för att beskriva hur man kan ta sig an uppgiften att implementera en evidensbaserad metod i socialt arbete. Därefter återger vi den modell för implementering av evidensbaserade metoder i socialt arbete som presenteras i *Att förändra socialt arbete – Forskare och praktiker om implementering* (Roselius & Sundell (Red.), 2008), vilken nyligen publicerats som en kontenta av vad man idag vet om hur en sådan process ska bedrivas framgångsrikt.

7.2 Strategier för implementering av en evidensbaserad metod i organisationer för socialt arbete

Mullen et al. (2008) återger följande fem strategier för implementering, härledda ur den kunskap som producerats inom fältet: undervisningsmodellen (the teaching model), direkt implementering av en evidensbaserad metod (direct implementation of ESIs), en modell för att kombinera evidens och intressegruppers konsensus (a model combining evidence and stakeholder consensus), en modell för att kombinera utbildning av personal och utveckling av organisationen (combining staff training and organizational development) och en modell för att använda utveckling av den professionella infrastrukturen som agent (development of professional infrastructure as agent) (a.a. sid. 328).

Undervisningsmodellen har koppling till såväl EBP som evidensbaserade metoder och är i första hand inriktad på formell kunskapsspridning genom effektiva undervisningsmetoder samt att lära ut hur man bör förhålla sig till evidens. Fokus ligger idag vanligen på att lära sig väga samman de tre kunskapskällorna: forskningen, professionellt kunnande och klientens perspektiv. Man arbetar ofta med att både inom den akademiska och den professionella sfären, kopplade till socialt arbete, lära ut hur man på ett effektivt sätt använder och förhåller sig till vetenskap, på ett sätt som är jämförbart med EBP. Det finns dock en liten mängd forskning om hur detta ska göras (Mullen et al, 2008).

Direkt implementering av en evidensbaserad metod är en renodlad top down-strategi, vilket innebär att formell kunskapsspridning om metoden sker uppifrån, via riktlinjer, manualer och så vidare, som praktikern förväntas förhålla sig till och använda. Strategins effekt har ännu

inte belagts på ett fullgott sätt i det sociala arbetets kontext, men viss framgång har kunnat ses när den använts, inom psykiatrin i USA (mental health services), då man bland annat lade vikt vid att effektiviteten i implementeringen är ” [...] determined by the fit between the organization and the core technology.” (Mullen et al, 2008, sid 330).

Att kombinera evidens och intressegruppers konsensus är en implementeringsstrategi som modifierar en ”Direkt implementering av en evidensbaserad metod” i de lägen då en mångfacetterad situation gör bevisläget svagt och man istället tar utgångspunkt i intressegruppernas uppfattning. Detta kan vara ett sätt att anpassa sig till de förhållanden som råder lokalt och att hantera glapp i forskningen relativt den specifika situationen som föreligger, genom att organisera diskussionsforum på olika nivåer som sedan får vara vägledande. Författarna anser att strategin verkar lovande i de lägen som det finns förutsättningar för att genomföra den omfattande process som krävs för att berörda intressegrupper ska kunna informeras och komma till tals, men de påpekar att det inte finns några långtidsstudier på framgången i implementering av denna art (Mullen et al, 2008).

Mullen et al. (2008) skriver att det är allmänt accepterat att implementeringsambitioner måste innebära mer än utbildning, för att få till stånd en evidensbaserad praktik eller börja arbeta med en evidensbaserad metod. Också den organisatoriska kontexten måste förändras, vilket alltså innebär *att kombinera utbildning av personalen och utveckling av organisationen*. Inom ramarna för denna strategi för implementering finner Mullen et al. (a.a.) att om fokus hamnar på utbildningsprocesser så kan organisationskulturer som inte stöder ett tänkande i linje med EBP vara ett hinder. Strategin går alltså ut på att såväl förankra användningen av befintlig forskning för att bemöta behov i organisationens verksamhet, vilket berör alla dess delar, som att träna professionella i de specifika evidensbaserade metoder som man väljer att anta (a.a.).

Den strategi som Mullen et al. (2008) benämner *professionell infrastruktur som agent* baserar de på en artikel av Enola Proctor där hon enligt dem ger den mest omfattande strategin av implementering av såväl EBP som evidensbaserade metoder, via ett brett perspektiv på socialt arbete och fyra delmål som alla berörda, inom den akademiska såväl som inom den professionella sektorn, behöver samverka om för att uppnå:

- ”1. Identification and access of relevant and appropriate ESIs
2. Acceptance of the evidence and a decision to adopt ESIs

3. Implementation of ESIs
4. Evaluation of their usefulness” (a.a. Sid. 332)

Hennes modell innebär att dessa delmål måste få genomslag inom: ”(a) research, (b) training, and (c) organizational culture.” (a.a.).

7.3 En modell för implementering av evidensbaserade metoder i organisationer för socialt arbete

Även om det finns såväl normativa som deskriptiva modeller för implementeringsprocessen så anser Mullen et al. (2008) att det inte finns något, allmänt vedertaget, samlande begreppsligt ramverk. Vi väljer att i denna uppsats använda oss av en ansats till att skapa ett sådant, utarbetat av Tina Olsson och Knut Sundell, som presenteras i den i denna text tidigare refererade boken *Att förändra socialt arbete – Forskare och praktiker om implementering* (Roselius & Sundell (Red.), 2008). Boken har givits ut i samarbete med IMS som ett stöd för professionella och studenter som hanterar implementeringsfrågor rörande evidensbaserade metoder i socialt arbete. Modellen tar avstamp i Fixsen et al:s metaanalys av implementeringsforskning (2005) , vilken också Mullen et al. (2008) benämner som den hittills mest omfattande. Olsson och Sundell (2008) stipulerar följande kronologiskt ordnade (men, i praktiken, ibland överlappande) steg:

- 1: Undersöka behov och förutsättningar
- 2: Förankra behovet av förändring.
- 3: Val av insats och planera genomförandet.
- 4: Utbildning i den nya metoden.
- 5: Stöd när metoden börjar användas.
- 6: Varaktigt vidmakthållande av den nya metoden. (Kap. 2. Olsson & Sundell, 2008)

Att undersöka behov och förutsättningar är ett steg som bygger på kunskapen att tydligt definierade behov och insikt i lokala förutsättningar ökar chansen att också lyckas implementera ett lämpligt svar på behoven, sådana som de ser ut i sitt sammanhang. Olsson och Sundell (2008) förespråkar också att kvantitativa mätningar av effekten i det befintliga arbetet utförs i detta inledande skede, så att utvärderingsprocessen kan genomföras på ett bra sätt då en ny metod finns på plats.

För att *förankra behovet av förändring* behöver beslutet om att implementera en ny metod ha stöd på alla nivåer i organisationen så att de berörda ska känna sig delaktiga och motiverade att genomföra det. Det finns, enligt Olsson och Sundell (2008), empiriskt stöd för att implementeringen bör ledas utifrån en lokal nivå snarare än en nationell och vidare, i mer konkreta termer, att det har rönt framgång att utse en så kallad implementeringsansvarig, som en drivande person i arbetet, vilken inte riskerar rollkonflikter genom att ha andra uppgifter. Att introducera en ny metod bör göras långsiktigt; först bör bristerna i verksamheten belysas, sedan bör alternativa lösningar presenteras och till sist bör man tydliggöra hur den valda metoden passar in i den befintliga strukturen av juridiskt förankrade riktlinjer och tillgängliga resurser. Ett engagemang och en känsla av delaktighet måste nu skapas hos praktikerna. Det är viktigt att "[...] genom att beskriva nödvändiga förändringar." (a.a. sid. 35) visa att det kommer att vara praktiskt möjligt att göra den nya metoden till en del av det vardagliga arbetet. Författarna ser en diskussion om ekonomiska fördelar som en viktig faktor i arbetet att förankra metoden i organisationen. Den implementeringsansvarige bör också identifiera och diskutera förutsättningar för förändring eftersom olikheter mellan de berörda, i benägenhet att ta till sig nya rön om hur praktiken ska se ut, kan skapa hinder. I ett sådant arbete kan politiker vara en källa till attityder bland lokalbefolkningen. Informationen bör spridas i de delar av organisationen som inte är direkt involverad, ty "Med en oinformerad överordnad chef finns det risk för att arbetet avbryts eller nedprioriteras." (a.a. sid. 39), samt i andra organisationer vars arbete på något sätt berör organisationen i förändring, genom att de till exempel fungerar som remittenter (Olsson och Sundell, 2008).

Det tredje steget i Olssons och Sundells (2008) modell är att *välja insats och planera genomförandet*, vilket de sammanfattar i de tre punkterna: "Identifiera en ny metod som bättre kan tillfredsställa behoven.", "Fatta beslut om att införa en specifik metod baserad på lokala förutsättningar." och "Mobilisera organisatoriskt stöd." (a.a. Sid. 42). De påpekar att de som genomför implementeringsprocessen måste vara uppmärksamma på att om metoden har blivit aktuell genom att den sålts in av externa företrädare för densamma så har man kunnat konstatera att detta innebär en risk för att metoden hamnar mer i fokus än behoven. I dessa fall riskerar man att metoden inte är effektiv överhuvudtaget eller för den relevanta målgruppen. Att fatta beslut om att införa en ny metod och framgångsrikt genomföra implementeringen: "[...] förutsätter politiskt, ekonomiskt och organisatoriskt stöd [...]" (a.a. sid 44.). Forskning har dock visat att det faktum att ett beslut tas inte är en garant för att det

också genomförs. Författarna lyfter dessutom fram att de beslut som senare tas i organisationen, när en evidensbaserad metod väl används, kan komma att hindra att den kan användas så som det är tänkt (Olsson & Sundell, 2008).

När det finns ett beslut om att införa en ny evidensbaserad metod i verksamheten behöver de professionella i nästa fas få *utbildning i den nya metoden*. Utbildning och träning är ett måste och behöver reflektera metodens komplexitet, vilket innebär att metoden i sig har betydelse, till exempel i termer av tydliga kärnkomponenter (det vill säga metodens grundprinciper). Det är däremot, som nämnts, inte befogat att anta att utbildning är tillräckligt, men det finns belegg för att utbildning tillsammans med praktisk träning och handledning på den faktiska praktiken fungerar (Olsson & Sundell, 2008).

För att de professionella inte ska börja avvika från metoden eller upphöra att använda den på grund av svårigheter i utförandet så krävs det *stöd när metoden börjar användas*, vilket är något som Olsson och Sundell delar upp i ”Handledning inom ramen för det ordinarie arbetet.” och ”Uppföljning av behandlingstrohet.” (2008, sid. 52). Det är viktigt att utvärdera följande tre områden: de organisatoriska faktorernas påverkan på metoden, om kärnkomponenterna används i en rimlig utsträckning och de professionellas skicklighet i klientmötet, för att avgöra om metoden används så som det är tänkt och att stödet för dess effektivitet därmed kan antas gälla. Utvärdering av en sådan art kan anses särskilt viktig då ”Implementering av en evidensbaserad metod innebär att metoden flyttas från ett ursprungligt sammanhang till ett annat, vilket innebär att metoden påverkas.” (Olsson & Sundell, 2008, sid 42-43). Handledning är en av de viktigaste komponenterna i en lyckad implementering och författarna föreslår processutvärdering som ett instrument för att kunna ge handledning till dem som är i störst behov av det. Handledning kan råda bot på ett stelt förhållningssätt till ny kunskap och att påverkan från klienter inte förändrar metodanvändningen i en orimlig utsträckning (Olsson & Sundell, 2008).

För ett *varaktigt vidmakthållande av den nya metoden*, vilket är det sista steget i implementeringen, behöver de tidigare stegen, som generellt löper över 2-4 år, ha genomförts framgångsrikt. För att kunna trappa ner på de mer styrande ansatserna, utan att riskera att implementeringsambitionen går förlorad, har det visats nödvändigt att cirka en tredjedel av de som fått en introduktion också använder metoden. Det behövs en uppföljning för att försäkra sig om att förändringen i organisationens struktur består. Även en kontinuerlig utvärdering av

behandlingstroheten krävs samt att eventuella förändringar av metodens innehåll, som anpassningar till lokala förhållanden, följs upp genom effektstudier för att ambitionen om att arbeta evidensbaserat inte ska undergrävas. Om implementeringen lyckas och arbetet med metoden vidmakthålls så är det även sannolikt att en så kallad ketchupeffekt kan inträda, i meningen att fler evidensbaserade metoder lättare kan implementeras i organisationen (Olsson & Sundell, 2008).

7.4 Forskning kring att implementera FFT i organisationer för socialt arbete

Det finns en utarbetad modell för hur FFT ska implementeras (Zazzali et al, 2008). Denna stipulerar att processen inleds genom ett möte där personer i ledande befattning och med ansvar för implementeringsprocessen medverkar. Mötet syftar till att klargöra förutsättningarna för att implementera FFT i organisationen och därefter tas ett beslut om huruvida en grundutbildning ska initieras. Man uppmanar då även de i verksamheten som inte kommer att ingå i behandlingsteamet att delta. Grundutbildningen avslutas med en återkoppling till diskussionen, på chefsnivå, om förutsättningar för att inleda arbetet med införandet av FFT och bilda ett behandlingsteam. Certifiering används som kontroll av behandlingstrohet och arbetet med detta har påbörjats i Sverige, där FFT har introducerats relativt nyligen (Hansson et al, 2008).

Zazzali et al. publicerade i år (2008) resultat från en pilotstudie där de sökte viktiga faktorer i implementeringen av FFT inom organisationer som arbetade med problematik rörande barn och familjer. De kom fram till att faktorer med betydelsefull inverkan på implementeringsprocessen var: huruvida programmet passade organisationens uppdrag, organisationernas intresse av evidensbaserade behandlingsmetoder och organisatoriska karakteristika (när FFT väl var på plats); såsom tillgängliga resurser, organisationsstruktur och organisationskultur (Zazzali et al. 2008, sid 38). I resultaten av sin pilotstudie fann Zazzali et al. (2008) att remitteringen av klienter var ett problem som fanns inom några av de deltagande organisationerna. De hade problem med att få en stadig ström lämpliga klienter remitterade och behövde övertyga remittenter om fördelarna med programmet. Författarna menar att anledningar till detta kan vara problem i organisationens egna intagningsprocess eller en onödigt snäv tolkning av vilka klienter som utgör målgruppen. De föreslog lösningen, för att undvika problem med remittering, att det bör skapas band till viktiga remittenter innan antagandet av metoden. Ett återkommande fenomen var att kostnaderna för att skola in ersättningspersonal, vilket är nödvändigt för att upprätthålla användandet av FFT, ansågs

höga. När det gällde själva metodens egenskaper så fann författarna att modellens krav på dokumentation och trohet till metoden upplevdes som problematiska, av de deltagande behandlarna. Studien visade att de flesta som implementerade FFT gjorde det av rationella orsaker; FFT passade uppdraget, eller på grund av ett starkt intresse för evidensbaserade metoder (Zazzali et al, 2008).

På bas av erfarenhet av att ha arbetat med implementering av FFT och närbesläktade evidens- och manualbaserade behandlingsmetoder sammanfattar Hansson et al. (2008) följande punkter som viktiga aspekter i processen:

- ” • Utvärdering av organisationen för att motivera förändring.
 - En effektiv organisation som leder implementeringen.
 - Lämplig utbildning hos dem som ska arbeta med insatsen ifråga.
 - Ambassadörer som försvarar insatsen.
 - Möjlighet att integrera nya insatser i den ordinarie verksamheten.
 - Utbildning och tillgång till teknisk assistans.
 - Acceptans för manualer hos användarna.
 - Kontroll av användarnas behandlingstrohet. ” (a.a. sid. 106)

8 Implementeringen av FFT i Småstad: Presentation och analys av empiri

Utifrån de intervjuer som vi har genomfört med personer som, på olika sätt, deltagit i implementeringen av FFT i Småstad beskriver och analyserar vi här denna implementeringsprocess, genom att relatera den till implementeringsforskning samt EBP. För att på ett överskådligt sätt återge våra resultat har vi utgått från Olsson och Sundells (2008) modell för implementering, som består av sex kronologiskt ordnade steg (se avsnitt 7.3). Vi har delat upp vår presentation under tre rubriker, för att också kunna ge plats åt för uppsatsen relevanta resonemang som inte har tydlig koppling till denna modell. Under rubriken ”Den initiala fasen” återges stegen 1,2 och 3, under rubriken ”Förändringsarbetet genomförs” återges stegen 4 och 5 samt under rubriken ”Metodens fortlevnad i organisationen” återges steg 6. Återgivningen och analysen av implementeringen av FFT i Småstad återknyter vi sedan till uppsatsens frågeställningar i en avslutande diskussion i kapitel 10.

Presentation av intervjupersonerna

Behandlare 1 har tidigare arbetat som familjebehandlare i Småstads behandlingsteam men har nu sin huvudsakliga sysselsättning på Lunds Socialhögskola och arbetar därför endast deltid i Småstads socialtjänst. Behandlare 1 är utbildad socionom, nätverksterapeut samt har genomgått en steg ett-utbildning i familjeterapi.

Behandlare 2 är utbildad socialarbetare och har genomgått steg ett- utbildning i familjeterapi. Dessutom har han utbildats i att arbeta lösningsfokuserat. Behandlare 2 arbetar idag heltid som familjebehandlare i Småstads behandlingsteam⁵.

Behandlare 3 är utbildad socionom och arbetar heltid i Småstads behandlingsteam. Förutom socionomutbildningen har Behandlare 3 genomgått nätverksledarutbildning samt utbildning i KOMET⁶. Behandlare 3 arbetar idag både med FFT och med KOMET.

IFO-chefen är högsta chef över Individ- och Familjeomsorgen i Småstad. IFO-chefen var innan 2008 års omorganisation även FFT-teamets närmsta chef.

Socialnämndens ordförande är ordförande i socialnämnden och ordförande i dess arbetsutskott. Socialnämnden har ansvar för kommunal vård och omsorg i Småstad, däribland IFO.

8.1 Den initiala fasen

8.1.1 Ett behov av förändring identifieras

Det första steget i en implementeringsprocess, så som Olsson och Sundell (2008) beskriver den, är att undersöka behov och förutsättningar. I Småstad uppmärksammade man att

5 Idag är Behandlare 2 certifierad FFT-terapeut, vilket han inte var då vi genomförde våra intervjuer.

6 Ett utbildningsprogram syftande till att ge redskap för att minska konflikter hemma och i skolan. Se officiell hemsida: www.kometprogrammet.se

institutionsplaceringar var en insats som inte ledde till de resultat man önskade. Såväl IFO-chefen som två av behandlarna beskriver att efter att ha tagit del av forskning av Bo Vinnerljung, genom att han föreläste för personalen, på initiativ av Behandlare 1, så såg man detta som en brist som behövde åtgärdas.

Behandlare 2: ”[...] vi har en del som är familjehemsplacerade. Och, där har [...] man [...] fått en ändring i praktik på grund av forskningen, och [att] man har bjudit in Bo [Vinnerljung] och kopplat ihop det med den egna erfarenheten. Och den egna erfarenheten är att man betalar 5000 kronor per dag till ett behandlingshem. Och sen [...] får [man] inte det resultat som man förväntar sig.”

Insatsens effektivitet, dess kostnader och forskningsläget gav alltså bilden av ett behov. IFO-chefen beskriver att det bildades ett team som skulle arbeta med behandling på hemmaplan, det vill säga öppenvårdsbehandling, med ambitionen att starta ett behandlingsarbete snabbt för att undvika institutionsplaceringar. IFO-chefen säger att ” [...] från början så var inte FFT något aktuellt [...]”. Arbetsformen var dock problematisk; IFO-chefen, Behandlare 1 och 2 upplevde det som att behandlarnas uppdrag blev otydligt.

Behandlare 1: ” Vi ville systematisera behandlingsarbetet. Och tydliggöra det för handläggarna. Det blev så att när det var kaos och ångest hos handläggarna så inträffa[de] två saker: Antingen var dom så upptagna av sitt arbete att dom glömde remittera familjer, för det blev så svårt för dom. Eller så snodde dom behandlarna i korridoren: ”Kan du inte hjälpa mig med en familj jag har?”. Så det blev väldigt, väldigt diffust. Och man kan säga då att familjeteamet, som inte riktigt var ett familjeteam ännu, blev nästan sönderslitet. Det kändes inte som att det var en speciell grupp som hade en speciell profession, [en] speciell kunskap.”

Behandlare 1 och 2 uppger också att det fanns en skillnad mellan handläggare och behandlare i synen på hur behandlingen skulle bedrivas; handläggarna talade för individualinriktad behandling medan behandlarna hade ett familjeperspektiv. Ur detta föddes idén hos Behandlare 1 och 2, vilka båda varit starkt engagerade i implementeringsprocessen, att de behövde göra något åt saken.

8.1.2 Förankringen av FFT som svar på organisationens behov

Behandlare 1 hade även en befattning på Lunds Socialhögskola där han hade kontakt med Kjell Hansson, som bedrivit forskning om FFT, vilket denne ansåg vara en metod som skulle kunna passa verksamhetens behov. Behandlare 2 återger förloppet som att Behandlare 1 därefter spred information om FFT i organisationen, vilket ledde till ett beslut om att bjuda in Kjell Hansson för att ge en grundläggande utbildning bestående av studiedagar och föreläsningar, riktade mot alla i organisationen; såväl handläggare och chefer som behandlare.

För att kunna genomföra en implementering av FFT i organisationen behövdes ett beslut i socialnämnden om att avsätta ekonomiska resurser. IFO-chefen beskrivs av behandlarna som ett stort och nödvändigt stöd i denna process. IFO-chefen säger att "[...] det var nog personalen som kom och sa att vi skulle vilja gå den här utbildningen med Kjell Hansson. Och få handledning och jobba enligt [...] FFT." och att de sedan tillsammans skrev ihop ett dokument till socialnämnden där de föreslog att omfördela pengar från institutionsvården till ett behandlingsteam.

I förankringsprocessen fann vi att kvalitet, ekonomi och etik varit framträdande aspekter, som dessutom hänger ihop. Behandlare 2 sammanfattar detta genom att säga: "Jag tycker att det vore vårt ansvar att erbjuda den bästa, mest effektiva [behandlingsmetoden] som finns just nu." och vidare att hos politikerna är frågan "[...] hur ska vi använda den pengarna så effektivt som möjligt?" levande. Han ser en trend i att under de elva år som han har arbetat inom organisationen så har ekonomi blivit en del av den vardagliga diskussionen kring arbetet. FFT är en metod som konstaterats vara kostnadseffektiv och bemötte sålunda också detta önskemål inom organisationen.

8.1.3 Valet av FFT sett som ett steg mot en evidensbaserad praktik

I de svar vi har fått på våra frågor kring kvalitetsaspekten via den intention om att införa ett evidensbaserat arbete, som bland annat uttrycks av IMS, framkommer att behandlarna inte ser detta som en påverkansfaktor i implementeringen av FFT i Småstad. Både Socialnämndens ordförande och IFO-chefen resonerar kring vikten av att använda sig av evidensbaserade metoder som en åtgärd för att värna om kvaliteten i verksamheten. Behandlare 1 och 2 återkommer till att de anser sig ha haft stöd från ledning och politiker gällande vikten av att

arbete evidensbaserat men de ser ingen koppling mellan Socialstyrelsens påbud om att socialtjänstens verksamhet ska vara evidensbaserad och vad som faktiskt har skett i organisationen. Sett ur ett perspektiv grundat i EBP så har vi funnit ett glapp mellan var kunskapen finns och var det formella ansvaret ligger när det gäller att välja metoder som svar på uppfattade behov i verksamheten. Socialnämndens ordförande säger: ”Vi som politiker ska ju inte gå in och titta vilka metoder som är dom bästa utan det är ju, dom ni har pratat med, det är dom som kan vad som är aktuellt för tillfället och vilken forskning det är och så. [...] Däremot så är vi ju ansvariga för kostnaderna, och vi är ansvariga för kvalitén, vad som kommer ut av det.”. IFO-chefen menar att de professionella är de som bör ha bäst förutsättningar att välja lämpliga metoder i ett givet fall utifrån befintlig forskning. Behandlare 2 poängterar att de professionella har ett ansvar för att läsa in sig på aktuell forskning inom området. Vi vill dock lyfta fram att i den process vi här har undersökt så har det formella ansvaret för att tillförsäkra sig och förmedla kunskap om evidens beträffande specifika metoder inte varit ålagt någon enskild. Våra intervjupersoners beskrivning av valet av metod ger att det redan i ett tidigt skede var stort fokus på FFT, på bekostnad av, för den aktuella målgruppen, alternativa metoder. Detta är en aspekt som inte uppfyller EBP, i den bemärkelsen att en sökning efter bästa svar på behoven ska göras, inom organisationen. Kompetensen nödvändig för att göra ett sådant val förefaller dock ha funnits tillgänglig, genom Behandlare 1 och dennes anställning vid Lunds Universitet. En risk vid ett förfarande likt detta, med en starkt drivande person och en avsaknad av formellt ansvar för att kontinuerligt bevaka relevant forskning, är att metoden hamnar mer i fokus än behoven, vilket Olsson och Sundell (2008) tar upp i samband med att metoder säljs in av externa företrädare.

8.1.4 ”En stark person” som företrädare för metoden

Behandlare 1 uttrycker ståndpunkten att utan den tyngd som det fört med sig att han är knuten till Lunds socialhögskola så hade det varit svårt att förankra ståndpunkten om FFT som lösning på organisationens behov. Också de övriga intervjuade personerna nämner detta som en faktor. Behandlare 3 menar att det behövs ”[...] en stark person som driver en sak i en kommun [...]” och att denne ges utrymme för att en process liknande den som genomförts i Småstad ska komma till stånd. På frågan om hur det kan komma sig att man har lyckats införa en evidensbaserad behandlingsmetod i Småstad säger Behandlare 3 att ”Jag tror helt enkelt att det är för att [Behandlare 1] har varit så stark. Och brunnit för detta, och fått med sig chefer och andra, och politiker och så på att det här är en bra idé.”. Behandlare 1 har sålunda

fungerat som en företrädare för metoden inom verksamheten och på många sätt fyllt rollen som implementeringsansvarig, vilken Olsson och Sundell (2008) menar behöver fyllas. Skillnaden mellan deras rön och implementeringsprocessen i Småstad är att frågan har väckts och drivits underifrån, vilket vi uppfattar som fördelaktigt då motivationen för förändringsarbetet förankras i de delar av organisationen som det berör redan innan beslutet tas. Verksamheten i Småstad var bland annat öppen för förändring genom att kravet på förändring hade sina rötter bland organisationens professionella; de som skulle komma att bli föremål för förändringen var således också de som drev den. Detta kan då ses som ett argument för den ståndpunkten som IFO-chefen ger uttryck för, nämligen att val av lämpliga metoder bör göras av de professionella. En sådan ordning är också i linje med EBP, där det stipuleras att ett klientärende ska hanteras just genom att man först formulerar ett informationsbehov och sedan söker samt granskar tillgänglig evidens (se kapitel 5). Detta förutsätter dock att en sådan arbetsuppgift förankras i organisationen, beträffande formella arbetsuppgifter och resurser (se avsnitt 8.1.3).

8.1.5 FFT ur icke-professionellas perspektiv

I implementeringens förankringsfas menar Olsson och Sundell (2008) att politiker kan vara en värdefull källa till information kring åsikter om en eventuell förändring i organisationen bland lokalbefolkningen. Socialnämndens ordförande tar upp att det generellt finns en motvilja gentemot att bedriva öppenvård med den målgrupp som FFT riktar sig mot, det vill säga utagerande ungdomar, istället för att nyttja institutioner. Detta kan ställas mot förankringen av införandet av FFT i det etiska argumentet att socialtjänsten bör erbjuda de metoder som konstaterats fungera bäst, vilket framförs av både behandlare och IFO-chefen. Behandlare 1 och 2 tar också upp ett motstånd i mötet med klienterna, då ungdomens föräldrar ofta har en önskan om att denne ska ges individualterapi, istället för att, som metoden påbjuder, delta i familjekonstellation. Detta innebär att det ofta finns ett behov av motivationsarbete, vilket Behandlare 1 menar att det inte finns en tradition att bedriva inom svenskt socialt arbete. Detta är något som han beskriver som ett framförallt etiskt problem, eftersom de ”svåra familjerna” är svårast att motivera. Han påpekar dock att motivationsarbete är en uttalad del av FFT, som metod. Därmed ser vi att han beskriver något som skulle kunna vara ett glapp mellan metod och organisation, även om det inte nämnts, av de intervjuade, som ett problem i deras arbete.

8.2 Förändringsarbetet genomförs

8.2.1 Inskolning i FFT

Efter att de inledande föreläsningarna och studiedagarna givits påbörjades en grundutbildning som Behandlare 2 beskriver som att de befintliga handledningstillfällena omvandlades till handledning/utbildning ledd av Kjell Hansson, under en termins tid. Även handläggare valde, enligt honom, bort sin vanliga handledning till förmån för detta. Behandlare 2 beskriver den följande processen som att den ursprungliga gruppen på ca tjugo personer sedan minskades ner till en mindre grupp som så småningom var den familjeterapigrupp på fyra personer som skulle arbeta med FFT i behandling. Handledning gavs varje vecka, då man fick handledning på filmade terapisesioner, vilket är en praktisk träning i att använda metoden som fortgått kontinuerligt.

Behandlare 3 beskriver användandet av metoden som krävande gällande att arbeta troget manualen och understryker vikten av kontinuerlig handledning; "[...] så att man ser att man är på rätt väg.". Både behandlare 2 och 3 påpekar att somliga familjer har behov som gör att de inte, på ett gynnsamt sätt, kan behandlas med FFT och att de då tar beslutet att inte benämna sin insats FFT, istället för att vidga metodens applikationsområde. Behandlare 2 säger att "Jag tycker alltid det är bättre att jobba med en modell men jag är medveten att med [ett antal familjer] kan jag ärligt talat inte kalla det FFT, men jag kunde väl kalla det för FFT-liknande.". Behandlare 3 menar att man håller extra hårt på de aspekter som kan anses vara metodens kärnkomponenter. Att FFT är en manualbaserad metod beskrivs också, av Behandlare 1, som ett stöd, då han säger att "[...] manualen är en kompass för mig, och det är en teknik, att arbeta i rummet.". Han berättar också om övriga hjälpmedel som finns utvecklade för att arbeta med metoden, såsom checklistor att fylla i efter avslutade sessioner, för att orientera sig i processen. Att arbeta med FFT som metod är alltså en svårighet på det sätt som Behandlare 3 sammanfattar med orden att det är "Ett annat sätt att tänka.", men metoden är också konstruerad på ett sätt som innebär stöd i att arbeta troget den, på flera sätt. Utbildning kompletteras med praktisk och kontinuerlig träning i form av handledning på

konkreta behandlingssituationer, vilket är i linje med de resultat som Olsson och Sundell (2008) tar upp som de enda positiva fynden relativt hur man ska kunna försäkra sig om att praktiker faktiskt förändrar sitt arbetssätt. Att metoden är manualiserad innebär också en tydlighet som underlättar denna process. Behandlare 1 understryker att just tydligheten, i att använda en metod och i FFT i sig, även gagnar samarbetet med remitterter, då det medför att de vet vilken hjälp behandlarna har att erbjuda klienter.

8.2.2 Remisser

För att kunna arbeta med FFT i Småstad krävs också att det finns en tillräckligt stor ärendemängd. Detta är något som visade sig vara ett problem för flera av de organisationer som deltog i Zazzali et al.:s (2008) studie, och som författarna ansåg vara kopplat till relationen till remitterter och tolkningen av metodens målgrupp. Behandlare 3 menar att man i Småstad ”inte [har] jättemycket som man kan bara sitta [...] och ha familjer och hålla sig till FFT strikt.”. Den övergripande bilden som intervjupersonerna ger är dock att det finns en fullgod mängd ärenden, vilket alltså behövs för att FFT-terapeuterna ska kunna hålla sin yrkeskunskap levande samt att insatsen kommer verksamhetens klienter till gagn. Behandlare 1 menar att tydligheten i metoden samt i arbetets struktur, med en avgränsad behandlingsgrupp, gör att handläggare har lättare att remittera passande klienter. Att förankra metoden hos handläggare menar Behandlare 2 är ett arbete som förts på lång sikt och att det ibland kan innebära svårigheter då personalen byts ut och personer med en annan inställning till hur socialt arbete bör bedrivas, börjar arbeta. Behandlare 2 beskriver också hur han har arbetat mot skola och polis för att dessa samhällsinstanser ska känna till den resurs som behandlingsteamet är, vilket han menar har lett till en bra utveckling beträffande remisser därifrån.

8.2.3 Anpassningen mellan metod och organisation

Implementeringsprocessen som vi har undersökt tycks ha genomförts på ett strukturerat sätt, med beslut om att anta metoden, vilken i sin tur innehåller riktlinjer för hur färdigheten i densamma ska spridas samt upprätthållas bland de professionella, genom utbildning och handledning. Behandlare 2 säger dock att ”[...] det har gått ganska så fort och det har varit mycket fokus på implementeringen, eller; det har kommit efterhand, implementeringen – Hur kan man få en modell att fungera i vår verksamhet?”. Anpassningen mellan arbetets struktur i

organisationen och de krav som FFT ställer i detta avseende var alltså inte en fråga som han upplevde som att den stod på dagordningen i planeringsstadiet. Vi kan också konstatera att utformningen av organisationsstrukturen för arbetet med FFT i behandlingsteamet har omorganiserats. Detta kan dock inte sägas ha varit ett problem i implementeringsprocessen, då flera av intervjupersonerna svarar att inga förändringar av organisationen har behövt göras eftersom den har varit väl anpassad till de krav FFT ställer. Att så är fallet har förmodligen varit en stark faktor i det att implementeringen av FFT har lett till att metoden friktionsfritt kunnat börja erbjudas som behandlingsmetod i Småstad då anpassningen mellan organisation och metod har framkommit som en viktig aspekt i implementeringsforskningen (jämför Mullen et al. 2008; Olsson & Sundell, 2008). IFO-chefen påtalar bristen inom forskning rörande metoder, i ett svenskt sammanhang, som ett problem när det gäller att finna relevanta utvärderingar, vilket har betydelse när det gäller att välja en metod som passar organisationen.

8.2.4 Utvärdering

Behandlingstrogenhet är ett grundläggande begrepp i arbetet med evidensbaserade metoder då detta krävs för att evidensen beträffande den aktuella metodens effektivitet ska vara valid. Även om förutsättningarna för att arbeta troget FFT verkar finnas i den verksamhet som vi undersökt så menar intervjupersonerna att kvalitetssäkring i form av processutvärdering inte görs systematiskt. Behandlare 1 anser att detta är något som krävs av alla behandlingsmetoder men att det är något som han saknat i Småstad. Behandlare 2 upplever att "[...] inom socialtjänsten i allmänhet finns det ingen struktur för att evaluera [...]". Också IFO-chefen menar att detta i någon mån rör sig om ett systemfel då det inte finns tydliga riktlinjer för kvalitetsgranskning, såsom Länsstyrelsens tillsynsverksamhet av privata behandlingsinstitutioner, samtidigt som kommunernas öppenvårdsinsatser ökar i omfattning. Det finns en ansats till att utvärdera effekterna av arbetet med FFT i Småstad genom att skatta klienterna på bas av KASAM⁷, men detta har inte kunnat genomföras fullt ut. Behandlare 3 uttrycker det som att man "slarvar" med detta. Behandlare 2 ger en förklaring till att utvärderingen är svår att genomföra, genom att peka på att uppgiften är svårförenlig med behandlarrollen, samt att klienter ofta är ovilliga att återuppta kontakten då deras problematik har avhjälpats. Han understryker att ambitionen om utvärdering är viktig samt att den är en del av FFT, som metod, men menar att uppgiften bättre skulle kunna utföras av en extern part.

7 Känsla av sammanhang; ett begrepp myntat av Aaron Antonovsky, där han gör en koppling mellan individens upplevelse av sin tillvaro och dennes hälsa.

Behandlare 3 pekar på att en form av kvalitetsgranskning finns inbyggd i socialtjänstens arbete genom att handläggare kontrollerar och bedömer huruvida vårdplanen för klienterna uppfyllts. Detta tar även Socialnämndens ordförande upp och menar att "[...] vi har tittat på individnivå men vi har inte gjort någon sammanställning [...]" och menar vidare att "Ibland är det så tydligt att [en metod] fungerar, så då behöver man inte lägga resurserna på det.". Han understryker också att det tar mycket resurser i anspråk att kunna genomföra en "regel utvärdering". Flera av de intervjuade tar upp att införandet av FFT i verksamheten har uppfyllt syftet att minska användandet av institutionsplaceringar av ungdomar, som insats. I denna bemärkelse finns det sålunda påvisbara positiva resultat av implementeringen av FFT, relativt ambitionen att minska antalet placerade ungdomar, vilket var en viktig aspekt av den problembild som identifierades i implementeringsprocessens initiala fas. Vi ser dock en risk i att använda en evidensbaserad behandlingsmetod utan att utvärdera arbetet systematiskt, även om förutsättningarna för att få till stånd ett behandlingstroget arbete är goda, då validiteten i evidensen för metodens effektivitet kan hotas och begreppet "evidensbaserad" därmed inte kommer att vara förankrat i verkligheten.

8.2.5 Stöd från politiker och ledning

Behandlarna upplever att de har haft gott stöd i att arbeta med FFT, från ledning och politiker, vilka satsat de resurser som behövts även om det, som Behandlare 2 uttrycker det, "[...] är ganska så mycket pengar för en liten kommun som man ska betala [...] jämfört med de flesta kommuners utbildningskonto.", i diskussion om den handledning de får. IFO-chefen menar också att man är "väldigt framåt", gällande att anpassa verksamheten efter forskningsrön, i Småstad, och att det finns "... en mycket stor tillit från våra politiker.". Detta bekräftas av Socialnämndens ordförande som säger att "Jag tror att behandlingsteamet har förstått att vi är intresserade av deras verksamhet. Vilket gör att dom har varit prioriterade i rätt många år [...]". Även om det har satsats relativt stora resurser på implementeringen av FFT så är kostnaderna för att utbilda personal en del av svårigheten att försäkra sig om att metoden bevaras i organisationen.

8.3 Metodens fortlevnad i organisationen

8.3.1 Bortfall av kompetens – en sårbarhet i organisationen

Behandlare 1, som fungerat som drivkraft tillsammans med Behandlare 2 i implementeringsprocessen, arbetar idag inte med FFT i Småstads behandlingsteam. Därmed har Behandlare 2 axlat (den informella) rollen som företrädare för metoden, inom organisationen, vilket bland annat Behandlare 3 beskriver. Behandlare 2 menar att detta innebär att:

”Om jag skulle sluta imorgon tror jag inte att FFT skulle stanna kvar i kommunen. Och det är lite oroväckande. Det måste vara ett bättre sätt att få in en metod, så det inte är beroende [av] en person... men det är någonting som man sett gång efter gång.”

Behandlare 1 instämmer i att detta är ett vanligt problem och säger att ”Det är ju alltid sårbart”. Även IFO-chefen resonerar kring detta som en sårbarhet:

”Skulle någon sluta i teamet så är det svårt att få in den kompetensen genom anställning. Då får vi utbilda dom igen, dom nya. Det är jag ju fullt medveten om att [...] där är ju en skörhet [...] För den finns inte idag, ute bland socionomer.”

I likhet med Behandlare 2 så ser Behandlare 1 svårigheten med att försäkra sig om metodens fortlevnad, genom att ha rätt kompetens tillgänglig, som ett problem vilket kan spåras till strukturella förhållanden. Han menar att ”[...] det är väldigt sällan som man ser inom socialtjänsten att man rekryterar folk med en mycket snäv specialutbildning. Det finns ingen tradition på det [...] utan det räcker att man är socionom.”. Detta leder till att organisationen som erbjuder en specifik behandlingsmetod också måste stå för kostnaden för att utbilda ersättningspersonal, vilket Zazzali et al. (2008) lyfter fram som en svårighet i implementeringen av FFT också i USA. Vidare så är ekonomiska resurser och kompetens en del av vad som utgör förutsättningarna med påverkan på hur en evidensbaserad praktik kommer att te sig (jämför Jergeby, 2008).

8.3.2 Certifiering

Behandlare 2 nämner certifiering som ett sätt att dels kvalitetssäkra arbetet med FFT men också som en ”katalysator” för att väcka intresse hos andra, vilket skulle kunna fungera som ett sätt att vidga kompetenspoolen. Även det faktum att man diskuterar certifiering av team, snarare än individer, när det gäller FFT pekars, av Behandlare 1, ut som något som skulle kunna vara en positiv faktor i arbetet med att bevara metoden i organisationen. Behandlare 2 och 3 nämner dock båda att detta ändå skulle kräva att personer med en viss kompetens och erfarenhet förblir knutna till arbetsplatsen.

8.3.3 Anpassning av metoden till lokala förutsättningar

Även om det är orealistiskt att förvänta sig att en ny insats helt kan svara mot en organisations faktiska behov då man väljer att implementera den så ställer det, som Olsson och Sundell (2008) påpekar, krav på att sådana eventuella förändringar följs upp av effektstudier. Med ett nytt innehåll inom metodens ramar så kan också validiteten i den forskning som finns kring dess effektivitet ifrågasättas. I Småstad har man undvikit att gå utanför metodens ramar, till förmån för behandlingstroheten i arbetet med FFT (se avsnitt 8.2.1.). Behandlare 1 menar att det faktum att arbetet med FFT sker i ett självständigt team samt metodens utformning skänker en tydlighet som kan motverka glidningar i metodanvändningen, då till exempel handläggare önskar insatser som inte är i linje med de procedurer som FFT föreskriver. Han tar till exempel upp den tidigare nämnda, skillnaden mellan handläggarnas tendens mot att vilja arbeta individuellt respektive behandlarnas familjeperspektiv; ”Du behöver inte göra så den här gången, kan du inte ta honom själv [...] Påtryckningarna blir större på att förändra modellen [...] om det inte passar systemet.”

8.3.4 Omorganisering

Anpassning mellan metod och organisation är dock inget statiskt fenomen, då beslut som förändrar de strukturella förutsättningarna tas kontinuerligt. Efter det att FFT infördes i Småstads socialtjänst så har det tagits ett beslut om att behandlingsteamet ska bli en så kallad resultatenhet tillsammans med det team som fungerar som resursteam för skolan, istället för att, inom organisationen, ligga under avdelningen för Individ och Familjeomsorg. IFO-chefen förklarar detta som följer:

”Här vill man ha, i kommunen, en väldigt tydlig beställarorganisation och en utförarorganisation. Och inom IFO så har det ju inte varit möjligt tidigare [...] Därför att du kan ju inte göra myndighetsfunktionen till en utförarorganisation, va. Men teamet är ju utförare. [...] vi köper ju då tjänsterna av teamet, istället för att köpa det externt.”

Detta är ett beslut som, enligt Socialnämndens ordförande, växte fram mellan honom och cheferna för Individ och Familjeomsorg respektive Vård och Omsorg. Han återger resonemangen bakom beslutet om omorganiseringen som att:

”[...] nu försöker vi då lägga ut dom som en resultatenheter. Så dom ska få ännu mer självbestämmande, ännu mer att dom som är duktiga på sitt ska göra sitt, så att säga. Och det gör man lättare i en resultatenheter. Då får man ett uppdrag och en summa pengar och bestämmer själv vad man ska arbeta med. [...] behandlingsteamet arbetar nu tillsammans med skolans resursteam och då fanns det då ytterligare en tanke med det att [...] barnen är av sin vakna tid väldigt mycket i skolan och [...] därför så ville vi koppla ihop det med skolans resursteam. Så att det kunde liksom stärkas upp; nätverket kring barnen och ungdomarna.”

Att organisera arbetet med FFT på detta sätt tycks vara i linje med Behandlare 1:s ståndpunkt om att självständighet är bra, för att det är en faktor som gynnar behandlingstrohet samt att han menar att det uppstår svårigheter ”[...] när man blandar in team för mycket i en traditionell organisation [...]”. Behandlare 2 och 3, vilka är de som idag arbetar i teamet, ger dock bilden att beslutsprocessen inte involverat dem, vilket medfört ett mått av osäkerhet inför förändringen, även om de känner förtroende för beslutstagarna. Behandlare 2 höjer frågetecken rörande relationen till handläggarna, genom att påpeka ” Men om det blir så att man är självständig [...] blir det större avstånd.”, samt kring vad det kommer att innebära att bli underställda en chef som inte är bekant med behandlingsmetoden såsom den nuvarande. Behandlare 2 återger rekryteringsprocessen för chefen för det nya teamet som att ”Dom annonserade först ut efter en ny ledare till centrala resursteamet. Sedan efter att den tjänsten hade gått ut fattades ett beslut av ledningen om att den personen också kunde vara arbetsledare till behandlingsteamet.”. Att teamets självständighet på det här sättet befasts också gentemot dess ledning kan anses vara en risk gällande att bevara förtroendet mellan behandlarna och ledningen, vilket beskrivits som en viktig resurs. Intervjupersonerna uttryckte dock tillförsikt i denna fråga.

8.3.5 Ett spektra av evidensbaserade metoder – ett sätt att uppnå en evidensbaserad praktik?

Olsson och Sundell (2008) tar upp forskning som visar att det finns, vad de kallar, en ketchupeffekt gällande implementeringen av evidensbaserade metoder. När en evidensbaserad metod har fått fäste så är det mer sannolikt att ytterligare sådana kommer att implementeras. FFT beskrivs av intervjupersonerna som en av flera evidensbaserade metoder i ett spektra, för att täcka upp alla relevanta målgrupper. Vi ser därmed att Småstads socialtjänst är på väg mot vad som kan vara en realistisk lösning för att uppnå en evidensbaserad praktik, givet trenden mot att organisationen själv erbjuder insatser i öppenvård. EBP föreskriver att den professionelle i varje ärende gör en bedömning av vad forskningsläget säger om lämpliga insatser, men som Jergeby (2008) skriver (se kapitel 5) så spelar också resurser roll i detta skede och vi ser det som en orimlighet att en enda organisation kan skaffa sig den kompetens som krävs för att följa forskningens rön om bästa möjliga val av insats. Ett spektra av en för varje stor målgrupp bevisat effektiv insats är därmed kanske vad man bör sträva efter.

I denna utveckling finns det drag av den typ av implementeringsmönster som Mullen et al. (2008) benämner *professionell infrastruktur som agent*, som de, genom Enola Proctor, sammanfattar som att man via forskning, utbildning samt praktisk träning i metoden och organisationskultur arbetar mot målen: ”1. *Identification and access of relevant and appropriate ESIs* 2. *Acceptance of the evidence and a decision to adopt ESIs* 3. *Implementation of ESIs* 4. *Evaluation of their usefulness*” (a.a. Sid. 332). Detta kan ses som en beskrivning av hur socialtjänsten i Småstad verkar ha utvecklats som organisation, sånär som beträffande utvärderingspunkten, vilket också är en skillnad gentemot EBP. Även om det sker en översiktlig utvärdering av insatsernas verkan i de individuella fallen, enligt till exempel Socialnämndens ordförande, så har detta inte gjorts systematiskt.

9 Avslutande diskussion

I denna uppsatsens avslutande del inleder vi med att relatera vår beskrivning av implementeringen av FFT i Småstad till Mullen et als (2008) beskrivning av hur implementering kan gå till, grundad i tidigare producerad forskning (se kapitel 7.2) Därefter återknyter vi presentationen och analysen av vårt insamlade material till våra frågeställningar och sammanfattar och diskuterar våra huvudsakliga fynd.

Implementeringen av FFT i Småstad initierades underifrån, då det på behandlarnivå fanns kopplingar till Lunds Universitet som gav förutsättningar för att anta FFT som ett svar på verksamhetens önskan att undvika institutionsplaceringar. Kopplingen till den akademiska sfären är i linje med tanken om att skapa *professionell infrastruktur som agent* för implementeringen av evidensbaserade metoder. Beslutsprocessen initierades och kom att drivas på behandlarnivå, men beslutet förankrades och togs på ledningsnivå. Ett förfarande likt vad som förespråkas i strategin *att kombinera evidens och intressegruppers konsensus*, då alla berörda intressegrupper ska få komma till tals, genomfördes alltså inte. Skälet till detta kan antas vara svårigheten i att involvera klientgruppen samt det starka bevisläget, angående metodens effektivitet, som presenterades (vilket dock också kan ifrågasättas. Se nedan). Införandet av FFT i organisationen, genom utbildning och träning, följde den modell för detta som FFT innehåller, med färdiga material och riktlinjer, vilket har likheter med en *direkt implementering av en evidensbaserad metod*. Innan valet av FFT som metod gjordes hade man redan skapat ett avgränsat team för familjebehandling, vilket gav bra förutsättningar för att arbeta med den. Ytterligare en omorganisering gjordes under implementeringsprocessen, för att öka behandlingsteamets självständighet och tillvägagångssättet kan därmed beskrivas som att *kombinera utbildning av personalen och utveckling av organisationen*, även om mer uppmärksamhet givits den förstnämnda aspekten.

Vi har formulerat en av våra frågeställningar som *Hur påverkades implementeringen av FFT av de idéer om hur behandling bör bedrivas som fanns i verksamheten?* Vi kan se att behandlarnas idé om hur verksamheten bör bedrivas fick företräde, på grund av det förtroende som ledning och politiker hade för dem. Vikten av att arbeta evidensbaserat är en idé om verksamhetens utformning som lyfts fram på såväl nämnd- som lednings- och behandlarnivå. Motiven till detta var både etiska och ekonomiska, det vill säga att man ville ge bästa möjliga insats, på ett sätt som utnyttjade de tillgängliga resurserna på bästa möjliga sätt. Detta var en av drivkrafterna i implementeringen av FFT. Man var inom organisationen medveten om spridningen av ambitionen om att arbeta utifrån evidensbaserade metoder och, i förlängningen en evidensbaserad praktik i bred bemärkelse, som idag också förmedlas uppifrån (jämför SOU 2008:18 och IMS:s verksamhet), då med koppling till EBP som praxisteori. EBP hade ingen direkt inverkan på den förändring av praktiken som skedde inom Småstads socialtjänst, men de idéer om hur verksamheten bör bedrivas som intervjupersonerna i denna undersökning givit uttryck för är i enlighet med tankarna bakom denna praxisteori. Givet detta

och verksamhetens struktur i svensk kommunal socialtjänst, där en organisation ska hantera behoven hos en bred målgrupp, samt de resurser, främst ekonomiska, som finns tillgängliga, så tycks implementeringen av FFT i Småstad visa på hur EBP rimligen kan se ut i svenskt offentligt organiserat socialt arbete.

Som svar på vår frågeställning: *Hur påverkade organisationens struktur implementeringen av FFT?* kan vi konstatera att intervjupersonerna i vår undersökning upplever organisationens struktur som att den är bra lämpad som grund för att arbeta utifrån FFT. Innan implementeringen av FFT initierades gjordes det en förändring av organisationen då man ökade behandlingsteamets självständighet, genom att behandlarna kom att utgöra ett avgränsat team som sedan fick uppgiften att arbeta med öppenvårdsbehandling. Senare beslutade man om att detta behandlingsteam skulle arbeta med FFT, som en del av ett spektra av flera avgränsade metoder. Ett beslut togs därefter om att behandlingsteamet skulle utgöra en så kallad resultatenhet, vilket också var en förändring av organisationsstrukturen som ökade självständigheten i arbetet. Självständigheten beskrivs som en positiv faktor i att kunna arbeta metodtroget samt i att kunna tydliggöra FFT-teamets arbetsuppgift i relation till övriga delar av organisationen. Att teamet är en del av den kommunala socialtjänstens organisation lyfts fram som positivt då närheten till handläggarna gör att arbetet med klienter kan individanpassas effektivt. Den brist i strukturen som framkommit är avsaknaden av en struktur för utvärdering av öppenvård i kommunal regi. Bristen på utvärdering påtalas på alla nivåer i organisationen; såväl Socialnämndens ordförande, IFO-chefen som behandlarna nämner detta. Även FFT, som metod, innehåller ett krav på utvärdering av arbetet och avsaknaden av detta är sålunda en problematisk aspekt av hur FFT, som varande en evidensbaserad behandlingsmetod, har implementerats i Småstad, då validiteten i stödet för metodens effektivitet är avhängigt att man kan påvisa behandlingstrohet.

Avsaknaden av utvärdering av arbetet med FFT förklarades som resultat av otillräckliga ekonomiska resurser, vilket innebär att det är en aspekt av vår frågeställning: *Hur påverkade organisationens resurser implementeringen av FFT?* Den ekonomiska frågan spelar också in i problematiken med att försäkra metodens fortlevnad genom att skapa sig tillgång till rätt sorts kompetens, i händelse av att någon i behandlingsteamet lämnar sin tjänst. Då beslutet om att införa FFT som ett insatsalternativ i organisationen togs var ekonomin likaledes ett motiv. Institutionsvård, som var den insats man tidigare använde för att täcka behoven hos en del av den målgrupp som idag är kopplad till FFT, konstaterades vara en undermålig åtgärd och

därmed icke kostnadseffektiv. På grund av detta samt en tilltro till de professionella, från ledning och politiker, kunde implementeringen av FFT ta sin början. Tilltron är en resurs som behandlarna återkommande nämner som en viktig förutsättning för att implementeringsprocessen skulle kunna komma till stånd. En del av denna tilltro hade sin grund i att Behandlare 1 hade kopplingar till Lunds Universitet och därmed var betrodd om att ha god kännedom om forskningsläget på området. Att en sådan kompetens fanns hos de professionella i organisationen och att det fanns ett förtroende för att så var fallet i ledning och socialnämnd var resurser som gav förutsättningar för att införa en evidensbaserad behandlingsmetod. Detta är i linje med vad som krävs för att kunna uppnå en evidensbaserad praktik, i enlighet med EBP, i den meningen att den kompetens som Behandlare 1 besatt är nödvändig för att kunna genomföra ett val av lämpliga svar på formulerade behov utefter aktuell forskning. Avsaknaden av en formell struktur inom organisationen avseende en tilldelning av ansvar för denna process innebär dock att det finns utrymme för att en metod väljs på andra grunder än att den kan visas vara bäst lämpad att möta organisationens behov.

I en beskrivning av implementeringen av FFT i Småstad som en del i en utveckling mot en evidensbaserad praktik måste det faktum att man framgångsrikt kunnat börja använda sig av metoden i behandling ställas mot avsaknaden av strukturerat utvärderingsarbete i organisationen samt avsaknaden av en gedigen effektforskning rörande FFT, i det svenska servicesystemets sammanhang. Den enda utförliga effektstudie av FFT som är gjord i Sverige är demonstrationsprojektet i Lund ”[...] med optimala förutsättningar i en universitetskontext.” (Hansson et al, 2004, sid. 305), vilket innebär att resultaten inte kan förväntas vara reproducerbara i det svenska servicesystemets sammanhang (a.a.). Som metod för utvärdering av behandlingsteamets arbete har man i Småstad haft en ambition om att applicera KASAM. Våra intervjupersoner beskriver att denna ambition inte har kunnat införlivas. Dessa brister ger anledning att ifrågasätta såväl om FFT i själva verket är en evidensbaserad behandlingsmetod, i en svensk kontext, som om användandet av en (i USA) evidensbaserad behandlingsmetod i Småstad också innebär att man där arbetar evidensbaserat.

Vi ser en koppling mellan den typ av implementering bottom up, initierad av de professionella, som varit fallet i Småstad och de förutsättningar som krävs för att arbeta evidensbaserat, i enlighet med EBP. Som avslutande reflektion vill vi dock nämna att i den forskning som finns kring implementering av evidensbaserade metoder inom socialt arbete,

som vi har tagit del av och utgått från under arbetet med denna uppsats, finner vi att ett bottom up-perspektiv sällan lyfts fram. Vi resonerar att litteraturen i ämnet främst vänder sig mot de beslutsansvariga (den har också ett arv från organisationsforskningen, som ofta behandlar en sfär där ansvarsfördelningen är samlad till chefspositioner i högre grad än i svenskt socialt arbete) och att det därmed är logiskt att anta ett top down-perspektiv i modeller för förändringsarbetet. Vi ser alltså ett glapp i relationen mellan forskning och fält. Då vi har studerat implementeringen av FFT i Småstad med utgångspunkt i modeller för implementering top down (jämför Olsson och Sundell, 2008; Mullen et al, 2008) finns en risk för att fenomen som är av vikt i en implementeringsprocess bottom up, inte framkommit i vår undersökning. Vi uppfattar ett behov av att kartlägga en implementering bottom up, obundet fältets teoretiska ramverk. Detta eftersom vi i vår studie har sett exempel på att flera aspekter i en implementeringsprocess av ett sådant slag stämmer väl överens med en ambition om att få till stånd en evidensbaserad praktik i socialt arbete, givet svenska förhållanden.

Referenslista

- Aspers, Patrik (2007). *Etnografiska metoder : att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber
- Fixsen, Dean. L., Naoom, Sandra. F., Blase, Karen. A., Friedman, Robert. M. & Wallace, Frances. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publikation nr. 231).
- Gambrill, Eileen (1999). "Evidence-Based Practice: An alternative to Authority-Based Practice". *Families in Society*, vol. 80, nr. 4 .
- Gerdman, Peter (2000). "Kvalitetsutveckling – socialbyråkratins mantra". *Socionomen* årgång nr 4/2006.
- Gustle, Lars-Henry, Hansson, Kjell, Sundell, Knut, Lundh, Lars-Gunnar and Löfholm, Cecilia, Andrée (2007). "Blueprints in Sweden. Symptom load in Swedish adolescents in studies of Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) and Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)". *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol 61, nr 6, sid. 443 – 451.
- Hansson, Kjell (2001). *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Gothia.
- Hansson, Kjell, Balldin, Tryggve & Schüller, Per (2008). "Implementering av fyra manualbaserade behandlingsinsatser för barn och unga". I Roselius, Maria & Sundell, Knut (Red.) (2008), i samarbete med Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. *Att förändra socialt arbete – Forskare och praktiker om implementering*. Stockholm: Gothia.
- Hansson, Kjell, Cederblad, Marianne & Höök, Börje (2000). "Funktionell familjeterapi – en behandlingsmetod vid ungdomskriminalitet". *Socialvetenskaplig tidskrift*. Nr 3/2000.
- Hansson, Kjell, Johansson, Per, Drott Englén, Gun & Benderix, Ylva (2004). "Functional family therapy in psychiatric practice". *Nordisk Psykologi*. Vol. 56, nr: 4, sid: 304-320.
- Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (2008) "Om IMS- Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete" (elektronisk). Socialstyrelsens officiella hemsida http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/socialt_arbete/IMS/specnavigation/material/Om_IMS/index.htm (2008-11-03)
- Jergeby, Ulla (2008). *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*. Stockholm: Gothia.
- May, Tim (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Månsson, Sven-Axel (2003). "Att förstå sociala insatsers värde". *Nordisk Socialt Arbeid* nr 2/2003.
- Mullen, Edward J, Bledsoe, Sarah E & Bellamy, Jennifer L (2008). "Implementing Evidence-Based Social Work Practice". *Research on Social Work Practice*. nr 18/2008. Sage Publications.
- Olsson, Tina & Sundell, Knut (2008). "Implementering steg för steg – vad säger forskningen". I Roselius, Maria & Sundell, Knut (Red.) (2008), i samarbete med Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. *Att förändra socialt arbete – Forskare och praktiker om implementering*. Stockholm: Gothia.
- Oscarsson, Lars (2006). "Evidenskravet och socialt arbete. Skiss till en strategi för forskning och praktik". *Socionomen* nr 4/2006.
- Proctor, Enola K & Rosen, Aaron (2008). "From Knowledge Production to Implementation: Research Challenges and Imperatives". *Research on Social Work Practice* 2008; 18. Sage Publications
- Repstad, Pål (1999). *Närhet och distans*. Lund: Studentlitteratur.

Roselius, Maria & Sundell, Knut (Red.) (2008), i samarbete med Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. *Att förändra socialt arbete – Forskare och praktiker om implementering*. Stockholm: Gothia.

Sexton, L. Thomas & Alexander, F. James (2007). *Funtionell familjeterapi – en manual*. Översättning: Drott Englén, Gun. Lund: Författarna & Palmkrons Förlag.

Sundell, Knut & Soydan, Haluk (2008). ”Från kunskap till praktik”. I Roselius, Maria & Sundell, Knut (Red.) (2008), i samarbete med Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. *Att förändra socialt arbete – Forskare och praktiker om implementering*. Stockholm: Gothia.

SOU 2008:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren* (Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst). Stockholm.

Vetenskapsrådet (2002). ”Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning”. Stockholm: Vetenskapsrådet. Elektronisk källa:

http://www.lub.lu.se/cgi-bin/ipchk/http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/etikreglerhs.pdf. (2008-10-23).

Zazzali, James L. & Sherbourne ,Cathy & Eaton Hoagwood, Kimberly & Greene, Deborah & Bigley, Michael F. & Sexton, Thomas L. (2008). ”The Adoption and Implementation of an Evidence Based Practice in Child and Family Mental Health Services Organizations: A Pilot Study of Functional Family Therapy in New York State”. *Adm Policy Ment Health* nr 35/2008, sid. 38–49.

Zeira, A., Canali, C., Vecchiato, T., Jergeby, U., Thoburn, J. and Neve, E. (2007), “Evidence-based social work practice with children and families: a cross national perspective”. *European Journal of Social Work*. Vol. 11, nr. 1, sid. 57 – 72.

Bilaga 1

Riktlinjer för behandlingsteamet

Vision

Genom tidiga insatser skall barn och ungdomar ges möjlighet till goda familjerelationer och uppväxtvillkor. Behandlingen skall bedrivas ur familje- och nätverksperspektiv.

Övergripande mål

- Behandlingsteamets arbete skall grunda sig på ett professionellt förhållningssätt och kunskapsbaserade metoder.
- Klienten skall i kontakten med behandlingsteamet uppleva känsla av meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet.
- Insatser till barnfamiljer skall syfta till att stärka föräldrars förmåga så att barnets behov tillgodoses.
- Möjliggöra ungdomars trygga uppväxt genom en fungerande skolgång, fritid, relation och kommunikation inom familjen och övrigt nätverk.
- Med effektiva metoder och utvärderingar medverkar behandlingsteamet till en god ekonomisk medvetenhet.

Mätbara mål

- En aktuell utbildningsplan skall finnas för teamet som helhet och för varje enskild personal.
- KASAM skall användas i alla individärenden.
- Alla insatser med vårdplan skall efterföljas av överlämningsmöte och genomförandeplan.
- Självskattningsinstrument skall användas i alla behandlingsärenden.
- 90% av alla barn/ungdomar som teamet arbetar med skall efter avslutad insats kunna bo kvar hemma.
- 75 % av alla familjer skall fullfölja sin behandling.

Bilaga 2

Intervjuguide för behandlare

Bakgrundsfrågor

- Kan du berätta lite om ditt arbete på behandlingsteamet i Småstad?
- Vilken yrkesbakgrund har du?
- Vilken utbildningsbakgrund har du?

Implementeringen av FFT i Småstad

- Hur kommer det sig att ni började arbeta med FFT i Småstad?
- Vilka attityder fanns/finns det till valet av FFT i organisationen?
- Hur har du skolats in i metoden? (Vilken träning och vilket stöd fick ni att använda metoden?)
- Kan du beskriva FFT som metod och hur det är att arbeta med den?
- Erbjuds ni vidareutbildning/fortbildning inom FFT?
- Finns det ett arbete med kvalitetssäkring? Utvärderas ert arbete med FFT och hur görs detta?
- FFT är en manualbaserad metod. Vad innebär det? - Hur förhåller du dig till manualen i behandlingsögonblicket?
- Är det viktigast att agera intuitivt eller att förhålla sig metodologiskt strikt?
- Hur mycket kan man avvika från manualen och ändå anse att man arbetar metodtroget?
- Har ni möjlighet att modifiera metoden, så att den möter de speciella krav som arbetet i Småstad innebär? Har ni gjort det?
- Hur ser processen ut i ett typiskt behandlingsärende?
- Vilka klienter riktar ni er mot?
- Hur förhåller sig klienterna till att bli föremål för en evidens- och manualbaserad metod?
- Hur påverkar klientunderlaget arbetet med att implementera FFT?
- Upplever du det som att det faktum att behandlingen tillhandahålls av socialtjänsten påverkar din roll som behandlare?
- Vilka organisatoriska faktorer anser du behövs för att metoden ska fungera idealt?
- Det har skett en omorganisering som berör behandlingsteamets arbete. Kan du beskriva den processen?

Avslutning

- Finns det något mer som du vill tillägga?
- Får vi lov att kontakta dig igen om vi skulle vilja fråga kring något ytterligare?

Bilaga 3

Intervjuguide för chef

Bakgrundsfrågor

- Vilken yrkesbakgrund har du?
- Vilken utbildningsbakgrund har du?
- Kan du berätta lite om ditt arbete med familjeteamet i Småstad?

Implementeringen av FFT i Småstad

- Hur såg processen bakom valet av FFT som metod ut? - Vem initierade valet av FFT?
- Vilka motiv tycker du att det fanns till att börja arbetet med FFT i Småstad?
- Hur märks det att man från politiskt håll vill styra socialt arbete mot att använda evidensbaserade metoder?
- Vilka metoder använde man sig av, inom familjeteamet, innan beslutet om att börja använda FFT togs?
- Upplever du att det fanns ett tillräckligt ekonomiskt utrymme för att få till stånd ett arbete med FFT?
- Vilken funktion ville man att FFT-teamet skulle ha?
- Hur är arbetet i och runt FFT-teamet organiserat??
- Vi vet att arbetet med behandlingsteamet i Småstad ska omorganiseras. Vad är det som kommer att förändras? Varför har man valt att göra dessa förändringar?
- Vad tar ni hänsyn till när ni rekryterar behandlare?
- Vilken ambition om fortbildning/vidareutbildning finns/fanns för behandlarna i FFT-teamet?
- Hur ser tillgången på utbildade behandlare ut?
- Hur tycker du att handledningen bör se ut för behandlarna i FFT-teamet?
- Vilka ambitioner om utvärdering av arbetet med FFT finns det?
- Ställer metoden några speciella krav på organisationen?
- Anser du att du som chef behöver vara insatt i metoden för att kunna leda arbetet?

Avslutning

- Finns det något mer som du vill tillägga?
- Får vi lov att kontakta dig igen om vi skulle vilja fråga kring något ytterligare?

Bilaga 4

Intervjuguide för politiker

Bakgrundsfrågor

- Hur kommer det sig att du började intressera dig för att arbeta politiskt?
- Vilka uppdrag har du i socialnämnden? Vilka arbetsuppgifter innebär detta?

Implementeringen av FFT i Småstad

- Hur insatta behöver ni vara i IFO:s verksamhet för att kunna sköta ert uppdrag?
- Vilken var socialnämndens roll i att man började arbeta med FFT inom IFO i Småstad?
- Vilken information låg till grund för beslutet om att införa FFT och hur resonerade ni?
- FFT är ju en metod som är starkt förankrad i forskning. Spelade detta roll i hur ni resonerade kring att införa den i Småstad?
- Vilka vinster ser du i att förankra det social arbetet inom kommunen i vetenskapligt beforskad kunskap?
- Märks det att Socialstyrelsen vill att forskningsresultat ska få större betydelse för hur man arbetar inom socialt arbete i Sverige?
- Håller ni er uppdaterade om hur arbetet med FFT fungerar, fortlöpande?
- Vilka resurser har man, från IFO, efterfrågat för att kunna arbeta med metoden?
- Vad ligger till grund för den omorganisering som genomförts, där behandlingsteamet tillsammans med centrala resursteamet, blir en resultatenhet?

Avslutning

- Finns det något mer som du vill tillägga?
- Får vi lov att kontakta dig igen om vi skulle vilja fråga kring något ytterligare?