



ADFÆRDSÆNDRINGER OG OMKOSTNINGER VED FFT

RESULTATER FRA EVALUERINGEN AF FUNKTIONEL
FAMILIE TERAPI I DANSKE KOMMUNER OG
ORGANISATIONER

**VIDEN
VEJLEDNING**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

INDHOLD

Viden om FFT i Danmark

FFT – Et svar på problemadfærd hos unge

Evalueringens design

Målgruppen

De unges og familiernes udvikling

Økonomi i FFT

Konklusion

Litteratur

VIDEN OM FFT I DANMARK

Implementering af en ny indsats indebærer en afvejning af gevinster og omkostninger. Denne sammenfatning beskriver unges og voksnes udvikling henover et indsatsforløb med FFT og vurderer omkostningerne ved at implementere og drive et FFT-team.

Denne sammenfatning er den første af to sammenfatninger, som opsummerer resultater fra en større evaluering af FFT, som er gennemført af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd på opdrag af Socialstyrelsen i 2016-2017 i forbindelse med forebyggelsespakken "Tidlig Indsats – Livslang Effekt" fra 2014.

Evalueringen er udmundet i en række publikationer, som alle kan hentes fra www.vive.dk. Disse er:

1. "Funktionel Familie Terapi (FFT) – Midtvejsevaluering af implementeringen" (Kessing & Scavenius, 2016)
2. Working paper I: "Outcomes of FFT treatment in Denmark" (Lindberg & Scavenius, 2017a)
3. Working paper II: "Implementing FFT into routine service delivery in Denmark" (Lindberg & Scavenius, 2017b)
4. Working paper III: "Economic assessment of FFT in Denmark" (Lindberg & Scavenius, 2017c).

Dette er sammenfatning del I. Her opsummeres resultater af virknings- og omkostningsevalueringerne. I sammenfatning del II beskrives resultater fra implementeringsevalueringen.

FFT – ET SVAR PÅ PROBLEMAADFÆRD HOS UNGE

Følelses- og adfærdsproblemer er almindelige former for sociale udfordringer blandt unge. Derfor er indsatser, som kan hjælpe unge og deres familier og forhindre yderligere udvikling af problemer, en vigtig prioritet hos mange danske kommuner. FFT er en intensiv og helhedsorienteret indsats, som viser gode resultater for målgruppen i Danmark – både på eksternaliserende og internaliserende adfærdsproblemer og både for drenge og piger.

Funktionel Familie Terapi (FFT) er en amerikansk udviklet, evidensbaseret indsats, der kan hjælpe familier med unge i alderen 11-18 år, som udviser adfærdsproblemer. Adfærdsproblemer hos unge kan fx komme til udtryk ved et højt konfliktniveau i familien, kriminel adfærd, skoletræthed, misbrug, aggressiv adfærd eller lignende. Adfærdsproblemer hænger sammen med både individuelle og sociale faktorer omkring den unge. FFT har en systemisk tilgang, som anerkender, at familien spiller en central rolle i forhold til at forme den unges adfærd og fastholde den unge i bestemte adfærdsmønstre. I FFT arbejder man derfor terapeutisk med hele familien. I modsætning til individuel terapi er fokus ikke alene på at ændre den unges adfærd, men også på at ændre de relationer i familien, som har været med til at forme uhensigtsmæssig adfærd.

FFT er et intensivt behandlingsforløb, som typisk består af 16-20 sessioner med en FFT-trænede terapeut. Sessionerne vil typisk foregå én gang om ugen.

Behandlingen er inddelt i faser. I et familierapeutisk forløb kommer barnet/den unge og familien igennem i alt 5 faser, hvor man arbejder med: 1) at engagere hele familien, 2) at skabe motivation for forandring, 3) analyse af risikofaktorer,

beskyttelsesfaktorer og relationelle funktioner, 4) adfærdsændring gennem konkrete værktøjer og planer og 5) generalisering af den nye adfærd til andre sociale sfærer, eksempelvis skolen og kammeraterne.¹

FFT blev udviklet i 1970'erne af forskere ved University of Utah i USA med udgangspunkt i en række velfunderede teorier, bl.a. relationel familierapi, systemisk terapi, kognitiv terapi og adfærdsterapi. FFT er evidensbaseret, fordi uafhængige forskere har fundet evidens for, at FFT-behandling har gode effekter for unge i USA (for et overblik over FFT-forskning: se Robbins m.fl., 2016, og working paper I). Siden er metoden blevet udbredt på tværs af lande og kulturer. I Europa er FFT implementeret i Storbritannien, Holland, Norge, Sverige, og siden 2013 har man også arbejdet med FFT i Danmark.

FFT er en del af Forebyggelsespakken "Tidlig Indsats – Livslang Effekt" som er en del af finanslovsaftalen for 2014. Som en del af projektet er seks FFT-team startet med i alt 10 kommuner involveret. Året forinden startede de første fem FFT-team i Danmark – de "gamle" team. Denne evaluering bygger på data fra alle 11 team.

1. Find mere viden om FFT-behandlingsforløbet: <https://vidensportal.dk/temaer/udadreagerende-adfaerd/indsatser/fft-functional-family-therapy>; <http://www.fftllc.com/>

De fem gamle team er forankret i Herning Kommune (et team), Københavns Kommune (tre team) og Familie og Evidens Center (FEC, et team). De nye team er forankret i kommunerne Ikast-Brande, Kolding, Odense og Center for Socialt Arbejde (CESA), som hver har et team. To team er resultatet af et samarbejde mellem to kommuner, nemlig Roskilde og Høje-Taastrup Kommuner (et team) og Faxe og Vordingborg Kommuner (et team).

INDHOLD I SAMMENFATNING DEL I

Denne sammenfatning beskriver resultater fra to dele af FFT-evalueringen:

1. De unge og familiernes udvikling under FFT-behandling
2. Evaluering af økonomien i FFT-behandling.

Sammenfatningen beskriver:

- Evalueringens design.
- Målgruppen for FFT i Danmark.
- Familiernes og de unges udvikling fra opstart til afslutning af FFT-forløbet, herunder ændringer i den overordnede adfærd hos den unge, eksternaliserende og internaliserende adfærd hos den unge og konfliktniveauet i familien samt den unges udvikling i forhold til skole, alkohol, stoffer og følelseskolde træk.
- Omkostninger ved at implementere og drive et FFT-team i Danmark.

EVALUERINGENS DESIGN

I løbet af halvandet år, fra januar 2016 til juli 2017, blev alle familier i Danmark, som fik tilbudt et FFT-forløb, bedt om at udfylde et spørgeskema. Skemaet udfyldes af alle familiemedlemmer både ved behandlingsforløbets start og afslutning. Evalueringen er altså designet med før- og eftermålinger af forældrenes og den unges udvikling samt suppleret med demografiske baggrundskarakteristika omkring henvisningsårsager til FFT.

INSTRUMENTER TIL MÅL AF UDVIKLING

Unge og forældre har ikke nødvendigvis samme oplevelse af problemniveauer og FFT-behandling. Vi undersøger både forældrenes og den unges egne oplevelser af adfærdsudvikling i løbet af FFT-behandlingen. Udvikling måles i forhold til:

- Den unges styrker og vanskeligheder, rapporteret af både den unge selv og forældrene. Målt med det veldokumenterede instrument Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ. Herunder afdækkes:
 - Samlet problemadfærd
 - Eksternaliserende adfærd, eksempelvis problemer med impuls kontrol, aggressiv og antisocial adfærd
 - Internaliserende adfærd, eksempelvis overkontrolleret adfærd, ængstelighed, tristhed og angst
 - Disharmoni i hjemmet, rapporteret af både den unge og forældrene. Målt med det veldokumenterede instrument The Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation, SCORE-15.

For begge instrumenter gælder det, at en højere score indikerer flere vanskeligheder.

Ud over SDQ og SCORE-15 har vi også målt udviklingen i følelseskolde hos den unge med måleredskabet Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU), udvikling i den unges skolegang samt den unges alkoholvaner og stofbrug. Hovedresultaterne opridses her. En mere detaljeret resultatpræsentation findes i working paper I, hvor den interesserede læser også kan finde mere viden om undersøgelsens design

DELTAGERE

I alt deltog 1.070 personer i undersøgelsen, heraf var 428 unge og 642 forældre. De udgør datagrundlaget i målgruppebeskrivelserne. Alle deltagere, inklusive dem, som falder fra i løbet af undersøgelsen, er medtaget i målgruppebeskrivelserne for at give det mest uddybende billede af familierne, der visiteres til FFT i Danmark, og de problemer, familierne kommer med.

426 personer (heraf 39 pct. unge og 61 pct. forældre) besvarede både før- og eftermålingen og udgør datagrundlaget i virkningsanalyserne. En frafaldsanalyse viser, at der er få og relativt små forskelle mellem gruppen af personer, der har deltaget i både før- og eftermålinger, og gruppen af personer, der er faldet fra i løbet af undersøgelsen.²

2. Små, men dog signifikante forskelle er fundet i forhold til køn (lidt flere familier med piger er faldet fra, og lidt flere fædre end mødre er faldet fra), forældres arbejdsmarkedsstatus (forældre i arbejde har i lidt højere grad svaret på begge skemaer). Se mere om frafaldet i working paper I.

SAMMENLIGNINGSGRUPPER

Undersøgelsen har ikke en egentlig kontrolgruppe, men resultaterne for udvikling i problemadfærd, eksternaliserende adfærd og internaliserende adfærd sammenlignes med scorer for tre pseudo-kontrolgrupper:

- Grænsen for normalområdet: Vi anvender normscorer for niveauet hos normale børn fra SDQ Dawba-organisationen, som er udregnet på baggrund af engelske data. Normscorerne anvendes til at vise, hvor unge og forældre i FFT ligger i forhold til grænsen for normalområdet. Normalområdet er defineret ved, at 20 pct. af unge ligger over grænsen, og 80 pct. af unge ligger under. Bemærk, at der er forskellige normscorer for unge- og forælderrap-

porteret adfærd. Se <http://sdq-dawba.dk/sdq/opgorelse-af-sdq-scoring/>

- Gennemsnitsscorer for behandlingskrævende unge: Data fra VIVEs Børneforløbsundersøgelser, BFU, anvendes til at illustrere, hvor unge og forældre i FFT ligger i forhold til de 20 pct. af unge i Danmark, der har det højeste problemniveau målt ved SDQ. Disse regnes almindeligvis som behandlingskrævende.
- Gennemsnitsscorer for anbragte unge: Scoren er beregnet på baggrund af data fra VIVEs store undersøgelser af anbragte børn og unge i 2014 og 2016 (TABU). Den bygger på et repræsentativt udsnit af alle anbragte unge i Danmark i alderen 11-17 år.

MÅLGRUPPEN

FFT blev oprindelig udviklet med henblik på at hjælpe især teenagedrenge på vej ud i en kriminel løbebane i USA (Alexander & Parsons, 1973). Siden er FFT blevet afprøvet til en bredere målgruppe af unge med gode resultater, bl.a. unge med misbrugsproblematikker og unge fra familier med højt konfliktniveau (Hartnett, Carr & Sexton, 2016; Marshall, Hammliton & Cairns, 2016; for en gennemgang af litteraturen, se working paper I).

HENVISNINGSÅRSAGER I FFT I DANMARK

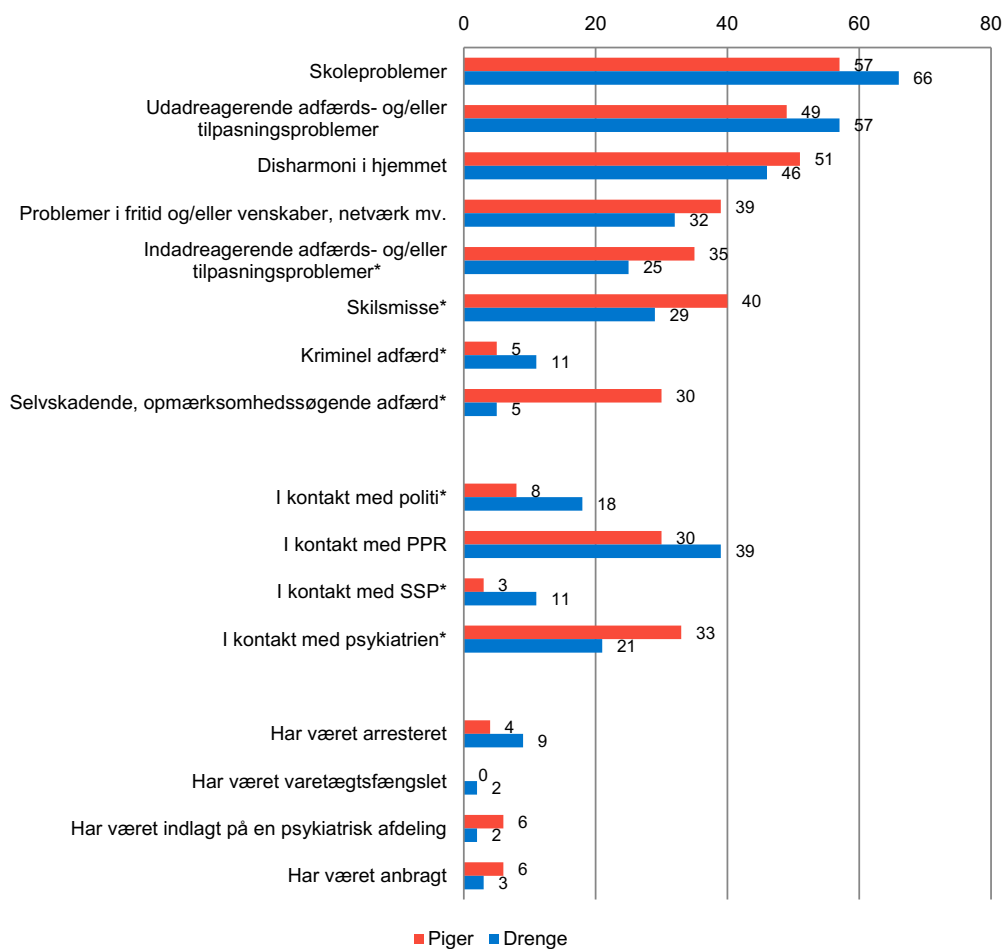
Pigerne i denne evaluering kommer oftere til FFT-behandling med selvskadende og opmærksomhedssøgende adfærd, de har oftere været i kontakt med psykiatrien, og de kommer oftere end drengene fra familier med skilsmisseproblemer.

Drengene har oftere kriminel adfærd, og de har oftere været i kontakt med politiet.

Fælles for både drenge og piger er, at skoleproblemer, tilpavningsproblemer, disharmoni i hjemmet og problemer med venner er gennemgående og centrale problemer hos familier, der bliver henvist til FFT. I gennemsnit har familier i FFT 3,4 henvisningsårsager.

De problemer, som danske unge kommer til FFT-behandling med, fremgår af figur 1.

Figur 1 Henvisningsårsager til FFT i Danmark. Fordelt på køn. Procent.



Anm.: N = 428 unge, heraf 218 piger og 210 drenge. Henvisningsårsager er rapporteret af FFT-terapeuter ved behandlingsstart, Multiple choice.

Note: * angiver signifikante forskelle mellem drenge og piger.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

KARAKTERISTIKA VED UNGE I FFT-BEHANDLING

De unge, der henvises til FFT-behandling, er teenagere, som går i skole, men som har en noget skrøbelig skoletilknytning, idet de ofte har skiftet skole én eller flere gange. Færre piger end drenge bor med begge forældre, og de fleste har forældre, der lever hver for sig. Lidt under 10 pct. af de unge er tosprogede.

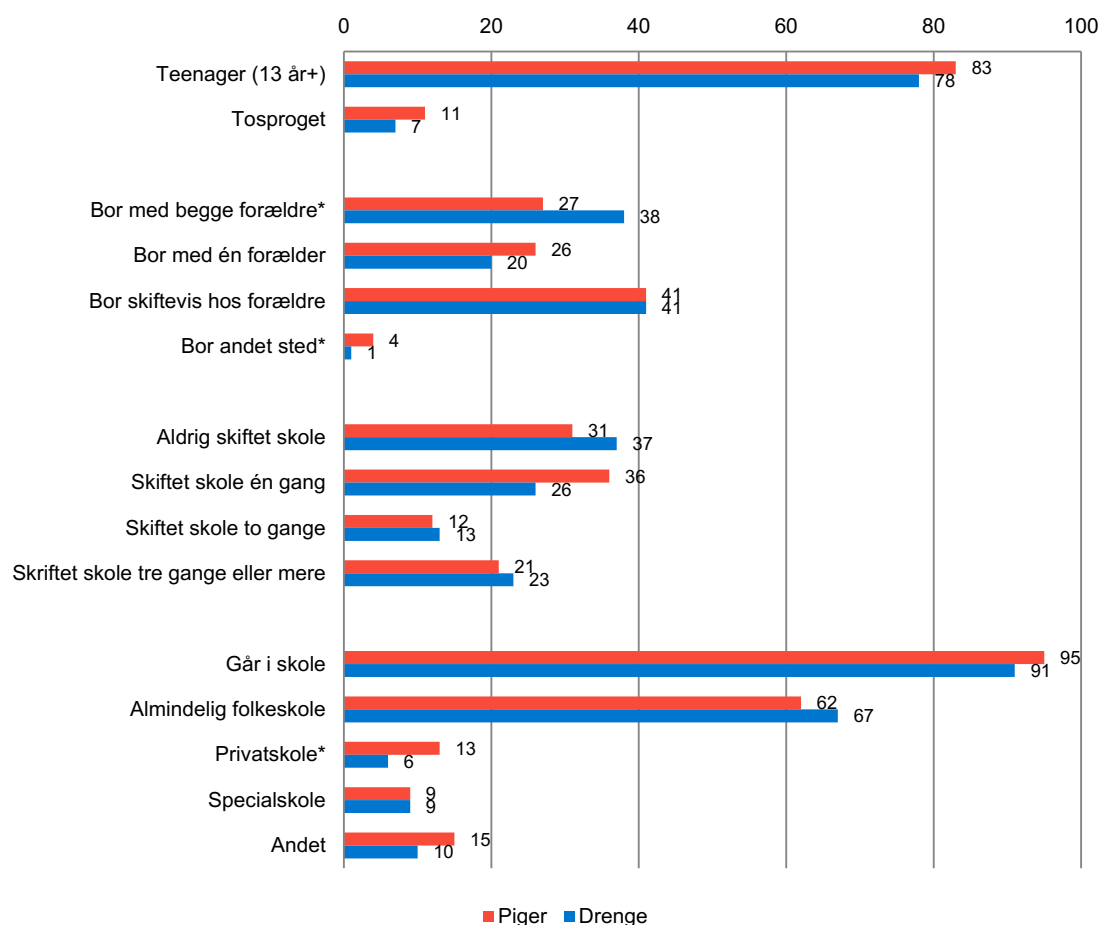
FFT er målrettet unge i alderen 11-18 år. I Danmark er gennemsnitsalderen for piger i FFT-behandling lige under 15 år, mens den for drenge er lige over 14 år. I figur 2 afspejler forskellen sig i, at lidt flere piger end drenge er teenagere (13 år +), når de påbegynder behandling.

Lige under 10 pct. af de unge er vokset op i familier, hvor de primært taler et andet sprog end dansk med en eller begge forældre.

Drengene bor oftere sammen med begge forældre, mens pigerne oftere bor hos den ene forælder. Lige mange drenge og piger har en deleordning mellem forældre.

Majoriteten af de unge i FFT-målgruppen har skiftet skole – kun omkring en tredjedel har ikke et eller flere skoleskift bag sig. De unge i FFT har altså en noget skrøbelig skoletilknytning. Til gengæld er stort set alle de unge tilmeldt et skoletilbud. Ca. to tredjedele går i almindelig folkeskole ved behandlingsstart, hertil kommer ca. en tiendedel, som går i privatskole.

Figur 2 Karakteristika ved unge i FFT-behandling i Danmark. Fordelt på køn. Procent.



Anm.: N = 428 unge, heraf 218 piger og 210 drenge.

Note: * angiver signifikante forskelle mellem drenge og piger.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

KARAKTERISTIKA VED FORÆLDRENE I FFT-BEHANDLING

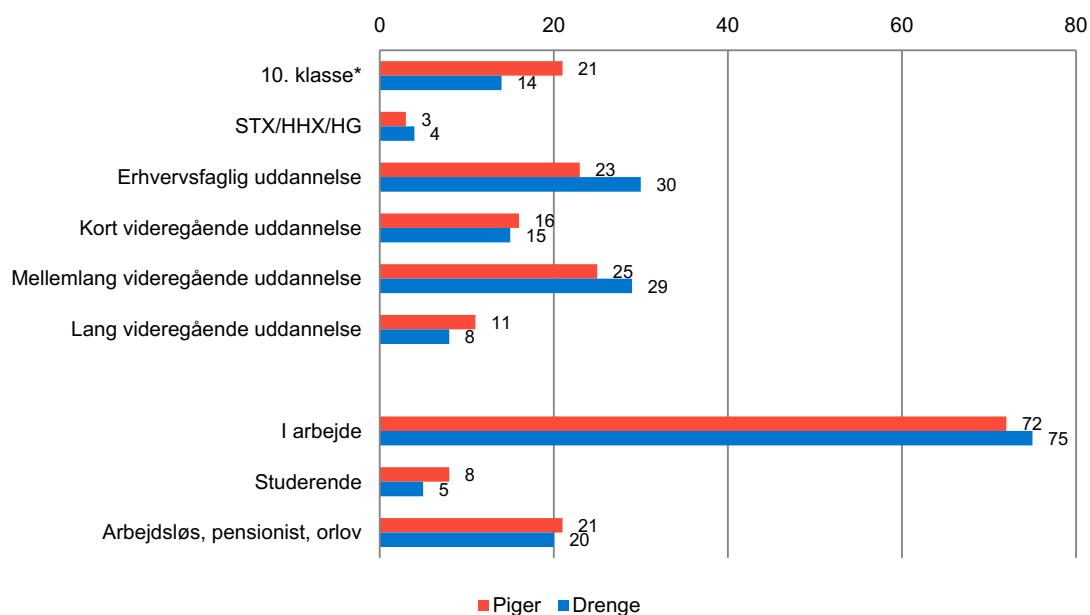
Næsten tre fjerdedele af de forældre, som deltager i FFT-behandlingen, er i arbejde. De unges forældre har lidt mindre uddannelse og lidt lavere arbejdsfrekvens end den danske befolkning generelt. Det er mest pigernes forældre, som ikke har en uddannelse.

Forældrenes højest fuldførte uddannelse og arbejdsmarkeds-tilknytning ses af figur 3. De unges forældre er som hovedregel i arbejde. 20 pct. er uden for arbejdsmarkedet, og en mindre andel er studerende. I forhold til den danske befolkning generelt står forældrene i højere grad uden for arbejdsmarkedet.³

Tæt på en fjerdedel af forældrene har en erhvervsfaglig uddannelse, lidt færre har en kort mellemlang uddannelse, og der er også omkring en fjerdedel, som har en mellemlang videregående uddannelse. Ca. hver femte forælder har ingen kvalifikationsgivende uddannelse (10. klasse og gymnasial eksamen). Her er der signifikant forskel på køn. Det er især pigernes forældre, som ikke har nogen uddannelse ud over grundskolens 10. klasse.

Drengenes forældre er generelt lidt bedre uddannede og i lidt højere grad på arbejdsmarkedet.

Figur 3 Karakteristika ved forældre i FFT-behandling: Højest fuldførte uddannelse og arbejdsmarkedsstatus. Fordelt på den unges køn. Procent.



Anm.: N = 388 forældre, heraf 191 piger og 197 drenge.

Note: * angiver signifikante forskelle mellem drenge og piger.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

DE UNGES OG FAMILIERNES UDVIKLING

Vi finder gode resultater for FFT i Danmark. Det er en gruppe af unge med mange adfærdsmæssige udfordringer, der starter i FFT-behandling med deres familier. Efter FFT-behandling er problemniveauet reduceret signifikant. Pigerne går fra at have en forøget grad af internaliserende og eksternaliserende adfærd til at ligge inden for normalområdet. Også drengene oplever positive fremskridt, særligt i forhold til eksternaliserende adfærd. Drengene ligger ligeledes inden for normalområdet efter FFT. Konfliktniveauet i familierne sænkes også markant. Det rapporterer drenge, piger og forældre samstemmigt om.

Resultater af virkningsevalueringen er beskrevet i detaljer i working paper I. Her beskriver vi udvikling i de unges vanskeligheder (SDQ) og disharmoni i familien (SCORE-15). Den interesserede læser kan finde detaljeret viden om regnemøderne i working paper I.

SELVRAPPORTEREDE FORBEDRINGER I DE UNGES ADFÆRD

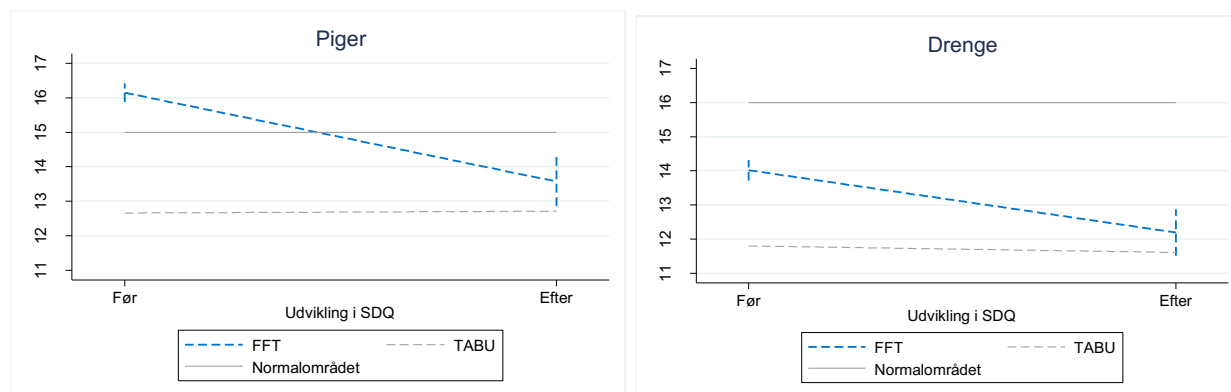
De unge har selv vurderet egen adfærd før og efter FFT-behandling. Udviklingen i problemadfærd er målt med en overordnet SDQ-score samt scorer for eksternaliserende og

internaliserende adfærd hos de unge. Resultaterne viser, at der er signifikant forskel på problemniveau og udvikling hos hhv. piger og drenge.

UDVIKLING I PROBLEMADFÆRD

Figur 4 viser den gennemsnitlige udvikling i problemadfærd hos unge, der har deltaget i FFT, målt ved total SDQ-score. Udviklingen i total SDQ-score ses af de stiplede blå linjer. For både piger (til venstre) og drenge (til højre) ses en signifikant reduktion i problemadfærd fra før behandling til efter behandling.

Figur 4 Unges vurdering af udvikling i problemadfærd (SDQ) fra før til efter FFT-behandling. Separat for piger og drenge. Sammenlignet med den øvre grænse for normalområdet og gennemsnitsscoren for anbragte unge. Pointscore.



Anm.: Egne beregninger på baggrund af data fra VIVEs FFT-evaluering, og VIVEs undersøgelser af anbragte børn og unge, TABU samt engelske normscorer fra <http://sdq-dawba.dk/sdq/opgorelse-af-sdq-scoring/>.

Note: Piger: Ændring i SDQ = -2,58; $F(1,222) = 26,54$; p -værdi = 0,000. Drenge: Ændring i SDQ = -1,83; $F(1,211) = 13,41$; p -værdi = 0,000.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Den massive grå linje illustrerer grænse for normalområdet.⁴ De 20 pct. unge med flest vanskeligheder ligger over den massive grå linje og anses typisk for at være behandlingskrævende. De 80 pct. unge med færrest vanskeligheder ligger under den massive grå linje.

Den blå stiplede linje i grafen til venstre viser, at pigerne vurderer

egne problemer til at ligge uden for normalområdet før FFT, men pigerne oplever en signifikant reduktion i problemadfærd henover FFT-forløbet, og efter FFT-behandling er pigerne i normalområdet for SDQ-scoren. Den blå stiplede linje i grafen til højre viser, at drengene selv vurderer, at de ligger i normalområdet og har en mindre grad af problemadfærd end pigerne, når de begynder i FFT-behandling. Men ligesom pigerne

4. Normalområdet er defineret ved grænsen mellem de 80 pct. med få eller ingen adfærdsvanskeligheder og de 20 pct. med flest vanskeligheder for populationen af 12-årige, baseret på engelske normaltal. Beskrivelsen af sammenligningsgrupper findes i working paper I.

oplever drengene en signifikant reduktion i problemadfærd henover FFT-forløbet.

De stiplede grå linjer viser gennemsnitsscoren for anbragte unge i Danmark.⁵ Vi kan se, at både piger og drenge, som starter i FFT-behandling, har en væsentligt højere grad af problemadfærd end den gennemsnitlige anbragte unge i Danmark. Henover FFT-forløbet nærmer de unge i undersøgelsen sig gennemsnitsniveauet for anbragte unge.

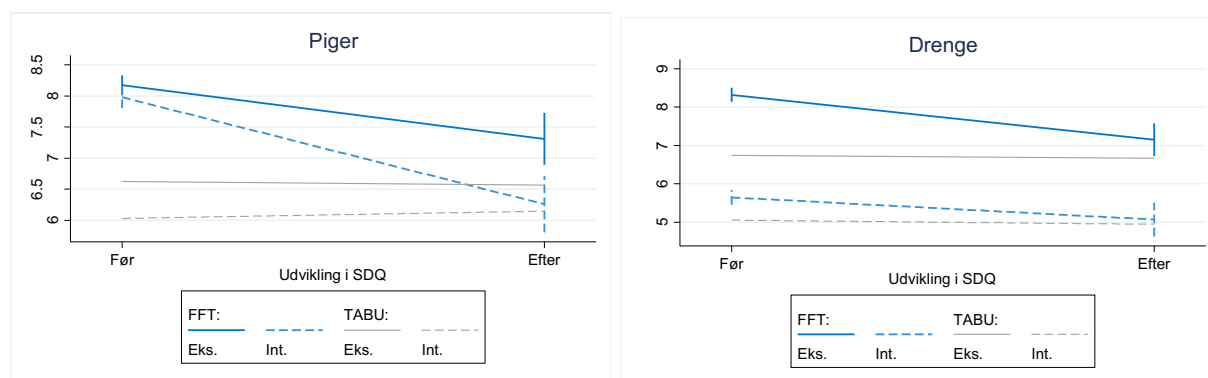
Overordnet har unge i evalueringen relativt mange adfærdsp problemer, når de starter i FFT. Særligt pigerne har et behandlingskrævende niveau af problemer. Efter FFT-behandling er

problemniveauet hos både drenge og piger reduceret signifikant og ligger i normalområdet.

EKSTERNALISERENDE OG INTERNALISERENDE ADFÆRD SDQ kan også bruges til at se på udviklingen i de unges eksternaliserende og internaliserende adfærd. Figur 5 deler adfærdsp problemerne op i eksternaliserende (massiv blå linje) og internaliserende problemer (stiplet blå linje).

Før FFT vurderer pigerne (til venstre), at de har ca. lige mange eksternaliserende og internaliserende problemer. Drengene (til højre) vurderer, at de har betydeligt flere eksternaliserende end internaliserende problemer.

Figur 5 Unges vurdering af udvikling i eksternaliserende og internaliserende adfærd (SDQ) fra før til efter FFT-behandling. Separat for piger og drenge. Sammenlignet med gennemsnitsscoren for anbragte unge. Pointscore.



Anm.: Egne beregninger på baggrund af data fra VIVEs FFT- evaluering og VIVEs undersøgelser af anbragte børn og unge, TABU.

Note: Piger: Ændring i eksternaliserende = -1,72; $F(1,222) = 28,81$; p-værdi = 0,000. Ændring i internaliserende = -0,86; $F(1,222) = 8,57$; p-værdi = 0,004.

Drenge: Ændring i eksternaliserende = -1,17; $F(1,211) = 14,17$; p-værdi = 0,000. Ændring i internaliserende = -0,58; $F(1,211) = 3,14$; p-værdi = 0,078.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Under FFT-forløbet oplever både piger og drenge en positiv udvikling i eksternaliserende og internaliserende adfærd. Begge grupper oplever signifikante reduktioner i eksternaliserende adfærd, og især pigerne synes, at de har markant færre internaliserende problemer efter FFT-forløbet.

Det tyder på, at FFT er mere effektivt over for pigers internaliserende problemer end over for drenges internaliserende problemer – også når vi tager højde for, at drengene starter på et lavere niveau.

De grå linjer viser den tilsvarende udvikling i eksternaliserende adfærd (den fuldt optrukne linje) og internaliserende adfærd (den stiplede linje) hos den gennemsnitlige anbragte unge.

Igen ser vi, at de unge inden FFT-behandling har markant flere både internaliserende og eksternaliserende problemer end anbragte unge på samme alder. Efter FFT er problemniveauet normaliseret i forhold til gennemsnitsniveauet hos anbragte unge.

5. Målt på baggrund af data fra VIVEs (tidl. SFI) undersøgelse TABU af anbragte børn og unge i 2014 og 2016. Den gennemsnitlige udvikling for anbragte unge over 20 uger (svarende til længden på et FFT-forløb).

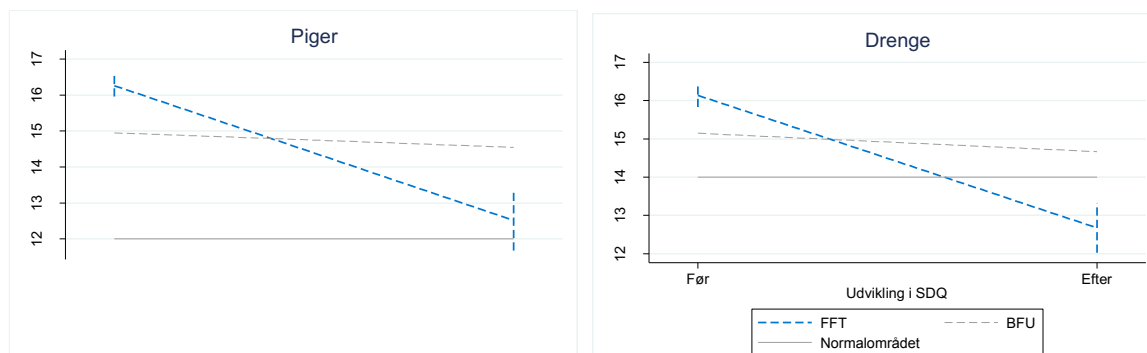
VOKSENRAPPORTEREDE FORBEDRINGER I DE UNGES ADFÆRD

UDVIKLING I PROBLEMAADFÆRD

I de familier, som starter i FFT-behandling, har den unge og forældrene ikke samme opfattelse af den unges adfærd. Forældrene vurderer, at de unge har væsentligt flere adfærdsproblemer, end de unge selv gør.

De voksnes vurderinger af de unges adfærd er illustreret i Figur 6. De stiplede blå linjer viser forældrenes vurderinger af hhv. pigers (til venstre) og drenges (til højre) adfærdsproblemer før og efter FFT-behandling. Grænserne for normalområdet er igen illustreret ved de massive grå linjer.

Figur 6 Voksnes vurdering af de unges udvikling i adfærdsproblemer (SDQ) fra før til efter FFT-behandling. Separat for piger og drenge. Sammenlignet med den øvre grænse for normalområdet og gennemsnitsscoren for anbragte unge. Pointscore.



Anm.: Egne beregninger på baggrund af data fra VIVEs FFT-evaluering og VIVEs børneforløbsundersøgelser BFU, samt engelske normscorer fra <http://sdq-dawba.dk/sdq/opgorelse-af-sdq-scoring/>

Note: Piger: Ændring i SDQ = -3,74; $F(1,208) = 41,52$; p-værdi = 0,000. Drenge: Ændring i SDQ = -3,46; $F(1,216) = 50,74$; p-værdi = 0,000.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Figur 4 viste, at drengene selv vurderede deres problemniveau til at ligge i normalområdet. Men spørger man de voksne, vurderer de, at både pigers og drenges problemniveau er uden for normalområdet før FFT. Se figur 6. Under FFT-forløbet oplever de voksne – ligesom de unge – en positiv udvikling i de unges adfærd, og efter FFT vurderer de, at drengene er i normalområdet, og at pigerne ligger på grænsen til normalområdet.

Den stiplede grå linje i figur 6 viser den gennemsnitlige score for behandlingskrævende unge (de 20 pct. unge i Danmark med flest adfærdsproblemer).⁶ Både piger og drenge i FFT

ligger over den stiplede linje ved behandlingsstart; de har derfor flere adfærdsproblemer end en gennemsnitlig, behandlingskrævende ung i Danmark. Ifølge forældrenes vurderinger tilhører de unge i FFT altså en belastet gruppe af unge med betydelige adfærdsproblemer.⁷

Efter FFT ser vi, at forældrenes vurderinger af de unges problemniveau er reduceret signifikant. Nu giver forældrene både drenge og piger væsentligt lavere problemscorer end gennemsnittet for gruppen af belastede unge. Drengene ligger inden for normalområdet, og pigerne ligger på grænsen til normalområdet.

6. Behandlingskrævende unge defineres ved de 20 pct. unge i BFU-undersøgelsen, der har flest adfærdsproblemer målt ved SDQ-score.

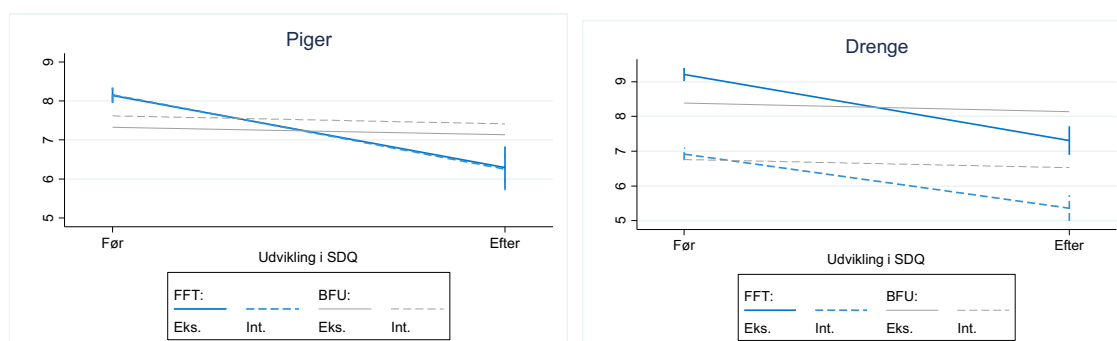
7. Da vi i denne evaluering bruger selvrapporterede vurderinger, kan vurderingen dels reflektere reelle adfærdsproblemer hos de unge, men også forældrenes frustration over den unges adfærd.

EKSTERNALISERENDE OG INTERNALISERENDE ADFÆRD

I figur 7 deles voksnes vurdering af unges adfærdsproblemer op i eksternaliserende og internaliserende problemer. De to blå linjer viser udviklingen for unge i FFT, mens de grå linjer igen viser gennemsnitsudviklingen for behandlingskrævende unge i Danmark (de 20 pct. unge i Danmark med flest adfærdsproblemer).

De voksnes vurdering af pigernes udvikling er den samme for både eksternaliserende og internaliserende adfærd. Det ses ved, at de to blå linjer ligger oven i hinanden. Før FFT-forløbet vurderede de voksne, at pigerne har flere vanskeligheder end andre behandlingskrævende unge, mens de efter forløbet vurderer, at pigerne har færre vanskeligheder.

Figur 7 Voksnes vurdering af de unges udvikling i eksternaliserende og internaliserende adfærd (SDQ) fra før til efter FFT-behandling. Separat for piger og drenge. Sammenlignet med gennemsnitsscoren for anbragte unge. Pointscore.



Anm.: Egne beregninger på baggrund af data fra VIVEs FFT-evaluering, VIVEs børneforløbsundersøgelse, BFU og VIVEs undersøgelser af anbragte børn og unge, TABU.

Note: Piger: Ændring i eksternaliserende = -1,84; $F(1,208) = 24,88$; p-værdi = 0,000. Ændring i internaliserende = -1,90; $F(1,208) = 25,88$; p-værdi = 0,000. Drenge: Ændring i eksternaliserende = -1,90; $F(1,216) = 37,90$; p-værdi = 0,000. Ændring i internaliserende = -1,55; $F(1,216) = 31,75$; p-værdi = 0,000.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

For drengene vurderer de voksne, at de har flere eksternaliserende end internaliserende problemer, både før og efter forløbet. Forbedringen i de to problemtyper er, ligesom for pigerne, parallelle henover forløbet. Sammenlignet med udviklingen for en gennemsnitlig behandlingskrævende dreng har drengene i FFT flere problemer før FFT-forløbet, men færre problemer efter FFT-forløbet. Det gælder både for eksternaliserende og internaliserende adfærd.

Efter FFT tilhører de unge ikke længere gruppen af behandlingskrævende unge i Danmark. Det gælder hverken pigerne eller drengene, og det gælder hverken i forhold til internaliserende eller eksternaliserende adfærd, når man måler på forældrenes vurderinger. I alle tilfælde er udviklingen statistisk signifikant.

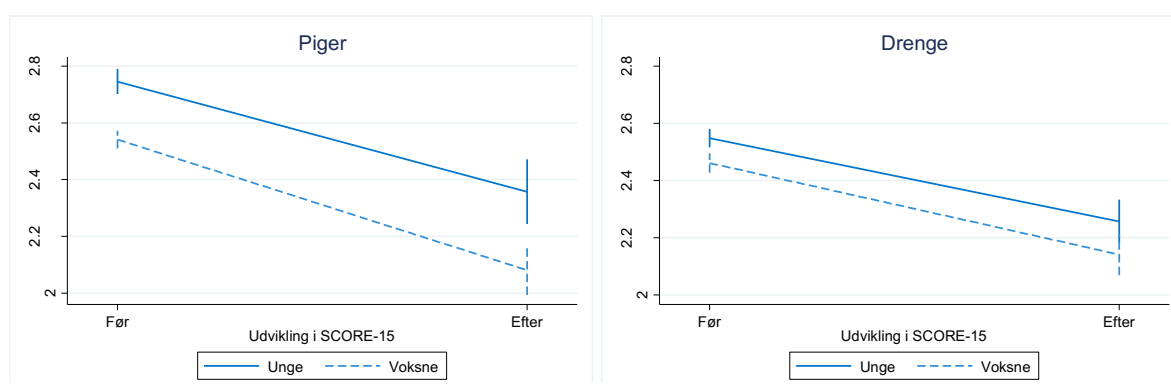
FORBEDRING AF FAMILIENS KONFLIKTNIVEAU

Nedbringelse af konfliktniveauet i familien er et væsentligt mål i FFT-behandling. Det validerede redskab SCORE-15 måler konfliktniveauet i familien ved at spørge både unge og forældre om kriser, tillid og samarbejde i familien.

De unge vurderer generelt, at der er et højere konfliktniveau

i familien, end forældrene gør. Især pigerne i undersøgelsen rapporterer om en markant højere grad af disharmoni ved behandlingsstart. Det ser vi af figur 8, hvor de unge (massiv linje) ligger højere end de voksne (stiplet linje). Det gælder både for piger og drenge, men forskellen er større i familier, hvor den unge er en pige.

Figur 8 Unges og voksnes vurdering af disharmoni i familien (SCORE-15) fra før til efter FFT. Opdelt på den unges køn. Point.



Anm.: Egne beregninger på baggrund af data fra VIVEs FFT-evaluering.

Note: Piger: Unges ændring i SCORE-15 = -0,39; $F(1,223) = 22,98$; p-værdi = 0,000. Voksnes ændring i SCORE-15 = -0,46; $F(1,208) = 57,79$; p-værdi = 0,000.

Drenge: Unges ændring i SCORE-15 = -0,29; $F(1,212) = 27,88$; p-værdi = 0,000. Voksnes ændring i SCORE-15 = -0,32; $F(1,217) = 34,91$; p-værdi = 0,000.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Tidligere så vi, at de voksne vurderede, at de unge udviste en højere grad af problemadfærd, end de unge selv vurderede (se figur 4 og figur 6). Nu ser vi af figur 8, at det forholder sig omvendt i forhold til konfliktniveau i familien, hvor de unge rapporterer om flere konflikter end forældrene. Forskellene vidner om, at der er uoverensstemmelse mellem familiemedlemmerne i FFT om årsagen til problemer. Det kan være et udtryk for en kultur i familierne, hvor man har en tendens til at tilskrive problemerne andre fremfor sig selv.

I løbet af FFT-behandlingen oplever både unge og forældre dog en forbedring af konfliktniveauet i hjemmet. Disharmoni er reduceret signifikant ved endt behandling. Figur 8 viser, at både familier med drenge og piger oplever en signifikant forbedring i harmonien i familien. Figuren viser også, at alle familiemedlemmerne oplever den samme udvikling; hældningen på de fire kurver er meget lig hinanden.

UDVIKLING I FORHOLD TIL SKOLE, ALKOHOL, STOFFER OG FØLELSESKULDE

Evalueringen har også undersøgt, om FFT har en positiv indflydelse på de unges skolegang, forbrug af alkohol og euforiserende stoffer og evne til at udvise følelser for andre mennesker, eksempelvis empati og medfølelse.

De unge rapporterer ikke om signifikante udviklinger i forhold til deres præstation i skolen, skolefravær, eller hvor godt de synes om at gå i skole. Det kan dog bl.a. handle om, at de unge ikke rapporterer en generel stor utilfredshed med skolen før FFT-behandling. Inden FFT gav størstedelen af de unge fx udtryk for, at de var relativt glade for skolen (75 pct.), ligesom langt størstedelen af de unge mente, at de klarede sig nogenlunde eller godt i skolen (86 pct.). Spørger man de voksne, finder man blandede resultater. Vores analyser peger i retning af, at FFT kan have positive effekter på pigers fravær og indstilling til skolen, når man spørger forældrene. Resultaterne kan dog ikke genfindes i de unges vurderinger.

De voksne rapporterer derimod om, at de oplever en positiv udvikling i forhold til børnenes skolegang efter FFT-behandling. Andelen af voksne, der mener, at deres børn godt kan lide skolen, stiger signifikant, og samtidig falder andelen af voksne, der rapporterer om fravær hos den unge.

De unge nedsætter ikke deres forbrug af alkohol og stoffer i en grad, så det kan måles. Det hænger dog formentlig sammen med, at de er relativt unge (gennemsnitsalderen er 14,5 år), og at kun 10 pct. af de unge fortæller, at de drikker alkohol hver uge, 10 pct. har røget hash mere end én gang, og 10 pct. har

prøvet stoffer ved opstart med FFT. Det er lave andele, som gør det svært at måle en udvikling.

Forældrenes vurdering af de unges evner til at udvise empati og følelser er også belyst i evalueringen med hjælp af det validerede instrument ICU. Der ses en positiv udvikling. Forældrene rapporterer om signifikant reduktion i de unges følelseskulde.

Mere detaljeret viden om de unges udvikling i forhold til skole, alkohol, stoffer og følelseskulde findes i working paper I.

ØKONOMI I FFT

FFT er – ligesom alle andre sociale indsatser – forbundet med en række omkostninger for de kommuner, der tilbyder indsatsen til deres borgere. Men det kan godt betale sig. Det peger både amerikanske og skandinaviske studier af omkostningseffektivitet i FFT på.

De potentielle nytteeffekter af FFT er mange, og der er både kortsigtede og langsigtede effekter af familiebehandling. Vi har lige set, at familierne i Danmark får det signifikant bedre efter FFT-behandling. Internationale erfaringer peger også på, at en tidlig og intensiv indsats til familier og unge med adfærdsproblemer potentielt kan medføre store besparelser.

Det gælder bl.a. besparelser ved reduceret kriminalitet og færre anbringelser uden for hjemmet, som er to af de tunge samfundsøkonomiske udgiftsposter (Gordon m.fl., 1988; Stout & Holleran, 2013; Oslo Economics, 2017). Andre samfundsøkonomiske fordele, som kan følge af FFT-indsats, er bedre helbred og højere produktivitet i arbejdslivet, som betyder reducerede udgifter til sundhedsvæsenet og øgede skatteindtægter (Oslo Economics, 2017).

Undersøgelser baseret på norske og svenske data peger på, at der er gode samfundsøkonomiske fordele ved at tilbyde FFT til skandinaviske familier. Det kan dog være svært at afgøre den præcise samfundsmæssige værdi af FFT-behandling, fordi vi ikke med sikkerhed kan vide, hvordan det var gået de unge og deres familier, hvis de ikke havde fået FFT. En nylig norsk undersøgelse, som antager, at 10 pct. af de unge var blevet anbragt, og at 30 pct. flere unge havde begået kriminalitet (jf. resultater fra et svensk studie af Hansson m.fl., 2004), peger på besparelser på 37.400-86.700 norske kroner pr. ung

i FFT-forløb, alene pga. færre anbringelser og færre kriminelle hændelser (Oslo Economics, 2017). Hertil skal lægges besparelser forbundet med bedre psykisk helbred for både den unge og forældrene.

På den korte bane kræver det dog en investering fra kommunernes side. For at kortlægge omfanget af denne investering har vi beregnet de kommunale omkostninger ved at tilbyde FFT-behandlingsforløb. Beregningerne bygger på data fra IT-registreringssystemet FFT-CSS og andre data fra 8 danske FFT-team.⁸

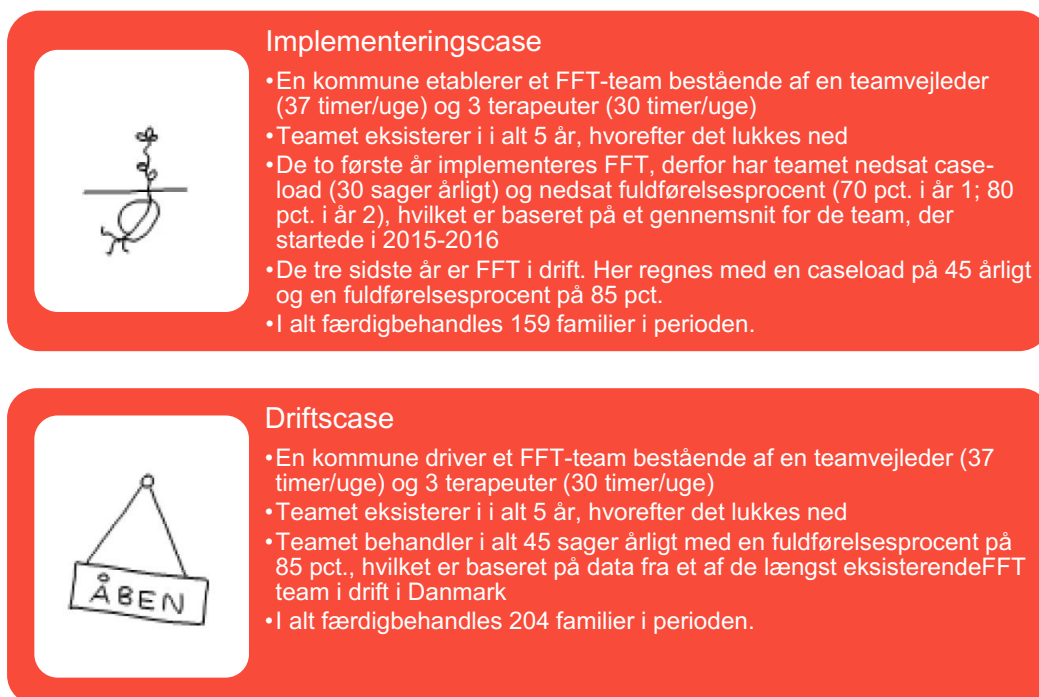
BEREGNINGSGRUNDLAG

Beregningerne er foretaget for to omkostningsscenerier eller "business cases": En implementeringscase, som er baseret på data fra fem "nye" FFT-team, som startede i 2015-16, og en driftscase, som er baseret på data fra de tre etablerede FFT-team, som startede i 2013.

Implementeringscasen afspejler de omkostninger, som en ny kommune, der ønsker at implementere FFT, kan forvente i løbet af de første 5 år, hvor FFT først implementeres (år 1 og 2) og siden overgår til drift (år 3-5). Driftscasen afspejler de omkostninger, som vil være forbundet med at drive et kommunalt FFT-team i 5 år. Specifikationer af de to cases fremgår af figur 9.

8. Alle fungerende FFT-team i Danmark deltager i evalueringens øvrige elementer, men desværre frafaldt tre team omkostningsevalueringen.

Figur 9 Scenariet specificationer af de to cases.



Anm.: Baseret på data fra FFT-CSS og omkostningsoplysninger fra 8 danske FFT-team. Bemærk, at de to cases afspejler et gennemsnitligt scenarie i Danmark. Der er en vis variation i organiseringen af FFT-team i Danmark.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

De to cases er opstillet på baggrund af data om de faktiske forhold for FFT-team og valideret af danske FFT-nøglepersoner

og de danske FFT-team. Beregningerne inkluderer omkostninger til de elementer, som fremgår af tabel 1.

Tabel 1 Elementer i omkostningsvurderingen.

Omkostningselement	Implementeringscase (baseret på udgiftsposter i 5 nye team)	Driftscase (baseret på udgiftsposter i 3 etablerede team)
Træning og licens	X	X
Tansport- og rejseomkostninger	X	X
Tidsforbrug til træning/uddannelse	X	X
Tidsforbrug til transport	X	X
Lønomsotninger	X	X
Materialer	X	X
Uddannelse	X	
Parathedsanalyse	X	
Indkøb af IT-udstyr og videoudstyr	X	
Implementeringsmøder	X	
Vedligehold og oplæring	X	X
Overhead ¹	X	X

Anm.: En standard overhead på 20 pct. er tillagt alle lønomkostninger, da arbejdskraft har omkostninger ud over reallønnen, eksempelvis på medarbejderadministration og IT-support.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Beregningerne følger forskrifterne i Socialstyrelsens vejledning til vurdering af omkostninger ved sociale indsatser og metoder og anvender den dertil udviklede beregningsmodel og beregningsprincipper.⁹

RESULTATER

TIDSFORBRUG

Den dominerende omkostning forbundet med sociale indsatser er lønomkostninger. Omkostningerne pr. forløb er derfor følsomme overfor, hvor meget tid en terapeut bruger på forlø-

bet, da ekstra tid betyder ekstra lønomkostninger. Driftscasen afspejler et scenarie, hvor FFT er i drift, og terapeuter følger FFT-anbefalingerne om 16-20 sessioner pr. familie. Implementeringscasen afspejler et scenarie, hvor terapeuten er i træning, og det derfor forventes at bruge ekstra tid pr. forløb og samtidig have flere afbrudte forløb.

For at anskueliggøre den variation, der kan være i terapeuters tidsforbrug, særligt i forbindelse med implementering, har vi kortlagt tidsforbrug hos FFT-terapeuter i Danmark. Det fremgår af tabel 2.

Tabel 2 Tidsforbrug til FFT-forløb.

Aktivitet	Gennemsnitligt tidsforbrug pr. forløb	Variation	Baggrund for gennemsnitsestimatet
Tid med familier	29 timer	16-45 timer	Gennemsnitligt 17 sessioner pr. forløb a 1,25 timer + 0,5 time ekstra på kontakt med familien mellem sessioner
Transport	8 timer	0-24 timer	I de tilfælde, hvor familien behandles i et kommunalt familiehus, fratager tid til transport. Vi regner med et gennemsnit på 0,5 timer pr. session
IT-registrering og dokumentation	25 timer	8-25 timer	0,5-1,5 timer pr. session
Supervision og teammøder	21 timer	16-25 timer	Team bruger gennemsnitligt 5 timer pr. uge på supervision og teammøder fordelt på alle igangværende forløb
Administrativt tidsforbrug	3,5 timer	0-8 timer	I tilfælde, hvor team bistås af en administrativ medarbejder, fratager tid til administrativt forbrug
Total	86,5 timer	40-159 timer	

Anm.: Baseret på data fra FFT-CSS og omkostningsoplysninger fra 8 danske FFT-team. Bemærk, at de to cases afspejler et gennemsnitligt scenarie i Danmark. Der er en vis variation i organiseringen af FFT-team i Danmark.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Ved FFT i drift er det gennemsnitlige tidsforbrug 86,5 timer pr. forløb. I de tilfælde, hvor behandlingen foregår i fx et kommunalt familiehus, kan tid til transport fraregnes. I de tilfælde, hvor der ikke er en administrativ medarbejder til at bistå teamet, kan administrativt tidsforbrug også fraregnes.

OMKOSTNINGER VED IMPLEMENTERINGSKASSEN

Tabel 3 viser omkostningerne pr. år i implementeringscasen. Omkostningerne er opgjort som totalomkostninger og omkostningerne i nettonutidsværdi (NNV).

Tabel 3 Implementeringscasens omkostninger.

Omkostning	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Total
Antal igangsatte forløb	30	30	45	45	45	195
Antal gennemførte forløb	21	24	38	38	38	159
Omkostninger, kr. i alt	2.335.355	2.115.862	2.029.403	2.029.403	2.029.403	10.539.426

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

9. Der er anvendt en diskonteringsrate for investeringer på 4 pct., og levetiden for investeringer er sat til 5 år, fordi team antages at fungere i en 5-årig periode.

De årlige omkostninger beløber sig til ca. 2,34 mio. kr. i år 1, hvor terapeuter er i træning, og hvor licens og rejseomkostninger derfor er størst. I år 2 er det kun teamvejlederen, der modtager træning, og her falder omkostningerne til ca. 2,14 mio. kr. Fra år 3 stabiliserer omkostningerne sig omkring 2,03 mio. kr. årligt.

Tal fra danske FFT-team viser, at man kan forvente at igangsætte ca. 30 forløb årligt i implementeringsfasen, og at gennemførelsesprocenten stiger frem mod overgang til drift.¹⁰

De gennemsnitlige omkostninger pr. igangsat og gennemført forløb i implementeringscasen ses af tabel 4.

Tabel 4 Gennemsnitlige omkostninger pr. forløb i implementeringscasen

Omkostning	Pr. igangsat forløb	Pr. gennemført forløb
Total kr.	54.466	66.764
- heraf lønomkostninger kr.	49.464	60.559

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

I et implementeringsscenario bør man regne med udgifter på gennemsnitligt 54.466 kr., hver gang man sætter et forløb i gang i løbet af de første 5 år. Det er ikke alle forløb, som gennemføres, og særligt i implementeringsfasen bør man regne med et større frafald end normalt. Opgøres omkostningerne i stedet pr. gennemført forløb, bliver omkostningen 66.764 kr. pr. forløb.

dere, som udgør ca. 90 pct. af udgifterne ved et FFT-forløb i driftscasen. Resultaterne er derfor meget følsomme over for terapeuternes tidsforbrug. FFT-forløb skal ifølge programmet strække sig over 16-20 sessioner. I omkostningsresultatet antages det, at dette krav overholdes fra år 3 og frem.

Den væsentligste ressource i FFT er arbejdsløn til medarbej-

OMKOSTNINGER VED DRIFTSCASEN

De totale årlige omkostninger samt nettonutidsværdien af omkostninger over hele perioden fremgår af tabel 5.

Tabel 5 Driftscasens omkostninger, pr. år og totalt.

Onkostning	Pr. år	Total
Antal igangsatte forløb	45	225
Antal gennemførte forløb	38	204
Omkostninger, kr. i alt	1.965.239	9.098.848

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

De årlige omkostninger ved driftscasen er 1,97 mio. kr. Tabel 6 viser disse omkostninger fordelt på igangsatte og gennem-

førte forløb, under antagelse af at der igangsættes 45 forløb pr. år, og at 85 pct. af disse gennemføres.

Tabel 6 Gennemsnitlige omkostninger pr. forløb i driftscasen.

Omkostning	Pr. igangsat forløb	Pr. gennemført forløb
Total kr.	43.679	51.379
- heraf lønomkostninger kr.	42.274	49.734

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

10. Mere viden om caseload og gennemførelsesprocenter fremgår af VIVEs øvrige publikationer om FFT.

Den interesserede læser kan fx læse mere i sammenfatning del II om implementering af FFT i Danmark og i FFT working paper I og II, som kan findes på VIVE.dk.

I driftscasen er omkostningerne pr. forløb reduceret i forhold til implementeringscasen. Det skyldes både, at implementeringsomkostninger ikke indgår, og at et team i drift har større caseload og højere fuldførelsesprocent end et team under implementering.

Opgøres de samlede omkostninger pr. igangsat forløb, ligger de på 43.679 kr., og opgøres de pr. gennemført forløb, er de 51.379 kr. Resultatet bygger på et scenarie, hvor 85 pct. af forløb gennemføres, og hvor kravet om en forløbsvarighed på 16-20 sessioner overholdes gennem hele driftsperioden.

ØKONOMIEN I KONTEKST

Alternativet til at tilbyde et FFT-forløb vil ofte være at give familien en anden indsats. Omkostningerne til FFT-forløb skal derfor ses i lyset af de omkostninger, som kommunen vil opleve ved alternative indsatser. Det kan være, at familien var

blevet tilbudt en anden evidensbaseret indsats, en anbringelse uden for hjemmet eller en kombination af flere indsatser.

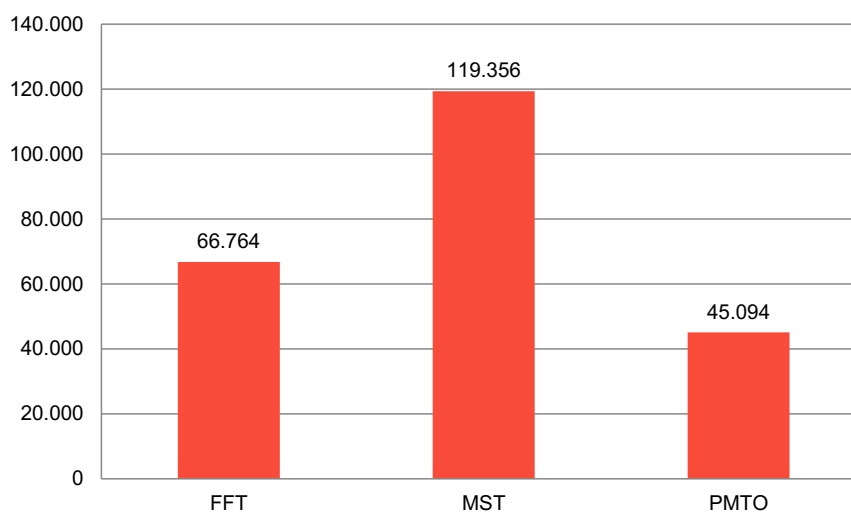
ANDRE EVIDENSBASEREDE INDSATSER

FFT er en af flere evidensbaserede indsatser, der tilbydes til børn, unge og familier med adfærdsproblemer i Danmark.

Andre evidensbaserede indsatser, der også arbejder systemisk, og som har overlappende målgrupper, er Multisystemisk Terapi (MST) og Parent Management Training Oregon (PMTO).

Der er foretaget omkostningsvurderinger af MST og PMTO i Danmark på baggrund af samme beregningsmodel, som vi har anvendt i evalueringen (Socialstyrelsen, 2015a, 2015b). Derfor er resultaterne sammenlignelige. De gennemsnitlige omkostninger pr. gennemført forløb inklusive implementeringsomkostninger fremgår af figur 10.

Figur 10 Evidensbaserede programmer i Danmark: Gennemsnitlige omkostninger pr. gennemført forløb i Danmark i et implementeringsscenario. Kr.



Kilde: Socialstyrelsen, 2015a, 2015b og VIVE– Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

FFT er væsentligt mindre omkostningstung pr. gennemført forløb end MST-behandling. Samtidig er det noget dyrere end PMTO individuel behandling.

Det skal sammenholdes med, at MST er et mere omfattende forløb, som ud over forældre også inddrager den unges øvrige netværk. Det skal også sammenholdes med, at PMTO er målrettet en yngre gruppe, hvor problemniveauet kan være lavere, og at der typisk vil inddrages færre personer i PMTO-behandling end i FFT. Det anbefales derfor, at sammenligning af omkostningsestimaterne anvendes vejledende, og at der lægges vægt på behov og målgruppe i valg af indsats.

ANBRINGELSE

En norsk undersøgelse vurderer, at ca. 10 pct. af målgruppen

ville være anbragt uden for hjemmet som alternativ til FFT (Oslo Economics, 2017). I 2014 var omkostningerne pr. anbragt barn i Danmark i gennemsnit 646.830 kr. om året.¹¹ For de unge, hvor FFT kan afhjælpe behovet for anbringelse, er der meget stor besparelse at hente alene ved at tilbyde den relativt set markant billigere indsats FFT.

FLERE BORGERE BEHANDLES PR. FFT-FORLØB

I relation til omkostninger til FFT-forløb er det desuden vigtigt at have in mente, at der typisk behandles flere borgere pr. forløb i FFT. Omkostningerne forbundet med ét forløb svarer ikke til omkostningerne ved at behandle én borger, men en hel familie. Det betyder, at man i nogle tilfælde fx kan spare omkostningerne til forløb for søskende, fordi søskende kan medbehandles i FFT.

11. Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280>

KONKLUSION

Drenge og piger kommer til FFT med forskellige problemer.

Målgruppen i FFT i Danmark har en del variation, men rummer især to typer unge. Pigerne har internaliserende og selvskade-adfærd og kommer ofte fra familier præget af skilsmisse og problemer med kommunikation og relationer i familien. Drengene har primært eksternaliserende adfærd, de har skoleproblemer og har også sommetider fået deres første erfaringer med kriminalitet.

Specielt pigerne er i kontakt med psykiatrien, og drengene er sommetider i kontakt med politiet og SSP. Fællestræk ved familier, der starter i FFT-behandling i Danmark, er problemer i forhold til den unges skolegang, at den unge har en udadretterende adfærd, og at der er disharmoni i familiens interaktion med hinanden.

Ved opstart af FFT vurderer de unge sig selv til at have færre adfærdsproblemer, end deres forældre synes. Omvendt synes de unge, at der er et højere konfliktniveau i familien, end forældrene fortæller. Det kan indikere, at man synes, det er de andre i familien og ikke en selv, der er problemet.

Det er disse unge og familier, som man kan hjælpe med FFT.

MARKANTE REDUKTIONER I ADFÆRDSPROBLEMER OG KONFLIKTNIVEAUER

Både piger og drenge oplever signifikant positive udviklinger i adfærdsproblemer, eksternaliserende og internaliserende adfærd i løbet af FFT-forløbet. Forældrene oplever også signifikante forbedringer i deres børns adfærd under FFT. Vi ser, at FFT er lige effektivt for piger og drenge mht. eksternaliserende adfærd, mens FFT er mere effektivt for piger mht. internaliserende adfærd.

Efter FFT er både piger og drenge uden for den gruppe af unge, man regner for behandlingskrævende.

Konfliktniveauet i familien nedbringes signifikant i løbet af FFT-behandlingen. Inden FFT vurderer unge konfliktniveauet i familien til at være højere end de voksne, men både unge og voksne oplever samme reduktion af konflikter efter FFT.

ØKONOMIEN I FFT ER FORNUFTIG

De gennemsnitlige omkostninger pr. gennemført FFT-forløb inklusive implementeringsomkostninger beløber sig til omkring 66.764 kr. Sammenlignet med lignende indsatser ser omkostningsniveauet fornuftigt ud.

FORBEHOLD

Da vi ikke har en kontrolgruppe i evalueringen, kalder vi ikke resultaterne for effekter. Vi ved nemlig ikke, hvordan det var gået familierne, hvis de ikke havde fået FFT. Derfor kan vi ikke med sikkerhed fastslå, at den udvikling, vi måler, er en effekt af FFT. Når vi sammenligner med normtal og tal for andre udsatte unge, kan vi dog se, at de ikke gennemgår den samme markante positive udvikling som unge, der er i FFT-behandling.



LITTERATUR

Alexander, J.F. & B.V. Parsons (1973): "Short-Term Behavioral Intervention with Delinquent Families: Impact on Family Process and Recidivism". *Journal of Abnormal Psychology*, 81(3), s. 219.

Gordon, D.A., J. Arbuthnot, K.E. Gustafson & P. McGreen (1988): "Home-Based Behavioral Systems Family Therapy With Disadvantaged Juvenile Delinquents". *The American Journal of Family Therapy*, 16(3), s. 243-255.

Hansson, K., P. Johansson, G. Drott-Englén & Y. Benderix (2004): "Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praksis". *Nordisk Psykologi*, 54, s. 304-320.

Hartnett, D., A. Carr & T. Sexton (2016): "The Effectiveness of Functional Family Therapy in Reducing Adolescent Mental Health Risk and Family Adjustment Difficulties in an Irish Context". *Family Process*, 55(2), s. 287-304.

Kessing, M. & C. Scavenius (2016): *Funktionel Familie Terapi (FFT) – Midtvejsevaluering af implementeringen*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Lindberg, M. & C. Scavenius (2017): *Outcomes of FFT Treatment in Denmark*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Lindberg, M. & C. Scavenius (2017): *Implementing FFT into Routine Service Delivery in Denmark*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Lindberg, M. & C. Scavenius (2017): *Economic Assessment of FFT in Denmark*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Oslo Economics (2017): *Samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetiltak fra barnevernet*. Master Thesis.

Robbins, M.S., J.F. Alexander, C.W. Turner & A. Hollimon (2016): "Evolution of Functional Family Therapy as an Evidence-Based Practice for Adolescents with Disruptive Behavior Problems." *Family Process*, 55(3), s. 543-557.

Socialstyrelsen (2015a): *Omkostningsvurdering af PMTO individuel: Parent Management Training Oregon*. Odense: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015b): *Omkostningsvurdering af Multisystemisk Terapi (MST)*. Odense: Socialstyrelsen.

Stout, B. & D. Holleran (2013): "The Impact of Evidence-Based Practices on Requests for Out-of-Home Placements in the Context of System Reform." *Journal of Child & Family Studies*, 22(3), s. 311-321.





MERE VIDEN?

Kontakt:

Forsker Christoffer Scavenius, css@vive.dk, tlf.: 3348 0971

Videnskabelig assistent Malene Rudolf Lindberg, mgc@vive.dk, tlf.: 3369 7789

