

OVERORDNET INDSATSBESKRIVELSE FOR
BEHANDLINGSMETODERNE I CENTER FOR UNGE OG
FAMILIER



INDHOLDSFORTEGNELSE

Beskrivelse af behandlingsmetoder	4
Målet for behandlingen:.....	5
Grundelementer i CUF's behandlingsmetoder	6
Grundelementer i behandlingen:	7
Målgruppe for behandlingen:.....	7
Tilrettelæggelse af behandlingen:	8
Hovedprincipperne i CUF's behandlingsmetoder:	9
De fire faser i behandlingsmetoderne	13
Fase 1: udrednings- og engagementsfasen	13
Fase 2: Analysefasen.....	14
Fase 3: Ændringsfasen	14
Fase 4: Generaliseringsfasen	15
Samtaleredskaber	17
Forandringscirklen	17
Den motiverende samtale (MI)	20
Samtaler i ændringsfasen	21
Mål og forventede effekter	24
Organisering af behandlingsteam	25
Overordnet metodepraksis (rammen for behandlernes arbejde):.....	26
CUF's kvalitetssikringssystem	27
Struktureret multisystemisk indsats, SMI:	28
Specifikt for SMI-metoden.....	28
Inddragelse af barnet/ den unge	29
Tilrettelæggelse af behandlingen	29
Organisering af SMI-behandlingen	30
Struktureret unge indsats, Sui:	31
Specifikt for SUI-metoden	31

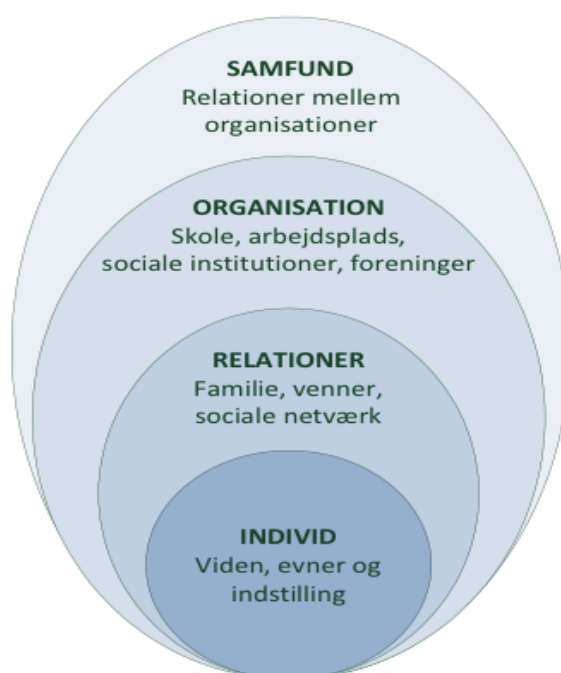
Tilrettelæggelse af SUI-behandlingen.....	32
Organisering af SUI-behandlingen	32
Tilknytning af SUI-behandler (mere individuelt fokus på barnet/ den unge)	32
Visitation og arbejdsproces	34
Bilag 1	35
Bilag 2	39
Bilag 3a	44
Bilag 3b	45

BESKRIVELSE AF BEHANDLINGSMETODER

Alle metoder i Center for Unge og Familier (CUF) tager udgangspunkt i Bronfenbrenners socialøkologiske udviklingsmodel (se figur 1)¹.

Bronfenbrenners socialøkologiske udviklingsmodel illustrerer, at individet ikke er uafhængigt af familie, netværk og det omgivende samfund, men at al udvikling skal ske i sammenhæng med de omgivelser individet indgår i.

En del af teorigrundlaget er en systemisk tilgang som lægger op til et udvidet fokus på at inddrage forældre samt udvidet familie i arbejdet med den unge. Der vil ligeledes arbejdes med det udvidet familienetværk, den unges netværk, samt alle involverede professionelle systemer (fx skole, fritid, sagsbehandler, psykiatri, læge m.m.). Med andre ord, alle der har en privat eller professionel relation til barnet/ den unge og familien.



Figur 1. Social-økologisk udviklingsmodel

Med familien i centrum arbejdes der med risikofaktorer og de relationelle og strukturelle problemer, der er i familien og mellem de involverede systemer, hvor den unge færdes. Behandlingen er fleksibel i forhold til problemkompleks og tilpasses udviklingsniveau og familiens ressourcer.

Behandlingen er intensiv og tidsbegrænset, hvilket bl.a. vi sige at der afholdes hyppige "møder" med familien/ barnet/ den unge. Behandleren mødes derfor med familien/barnet/den unge op til flere gange ugentligt i starten og muligvis mindre mod slutningen.

¹ Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by design and nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press; Bronfenbrenner, U. & Ceci, S.J.: *Nature-nurture reconceptualization in developmental perspective: A bioecological model*. *Psychological review*, 101, 568-586, 1994

Alle møder er med udgangspunkt i de problematikker, der ligger til grund for henvisningen, og med de af familien og systemerne ønskede mål for øje. Behandlingen varetages af en behandler, som overordnet er ansvarlig for behandlingen. Der vil igennem hele forløbet være fokus på at inddrage alle relevante professionelle systemer, for på den måde at sikre, at problemerne løses i fællesskab. Behandleren er en del af et team som i fællesskab varetager behandlingen af de tilknyttede familier. Dette forstået på den måde, at teamet i fællesskab tilrettelægger de behandlingsstrategier der lægges omkring de tilknyttede familier og kontinuerligt sparrer med hinanden omkring udviklingen i behandlingen. Teamet mødes én gang om ugen til fælles vejledning og efterfølgende konsultation i forhold til alle tilknyttede familier. Der er tilknyttet en faglig vejleder til teamet som er overordnet ansvarlig for at behandlingen følger de principper der er gældende for metoden.

I det intensive ligger også en udvidet fleksibilitet i teamet, der med kendskab til hinandens familier, kan dække ved ferier og sygdom, så behandlingsforløbet ikke skal pauses. Ligeledes sikrer en fleksibilitet omkring arbejdstider, at behandleren kan være tilgængelig udenfor almindelig arbejdstid, ved fx kriser i familien, så behandlingen ikke bremses af disse og akutte problemer kan løses i situationen.

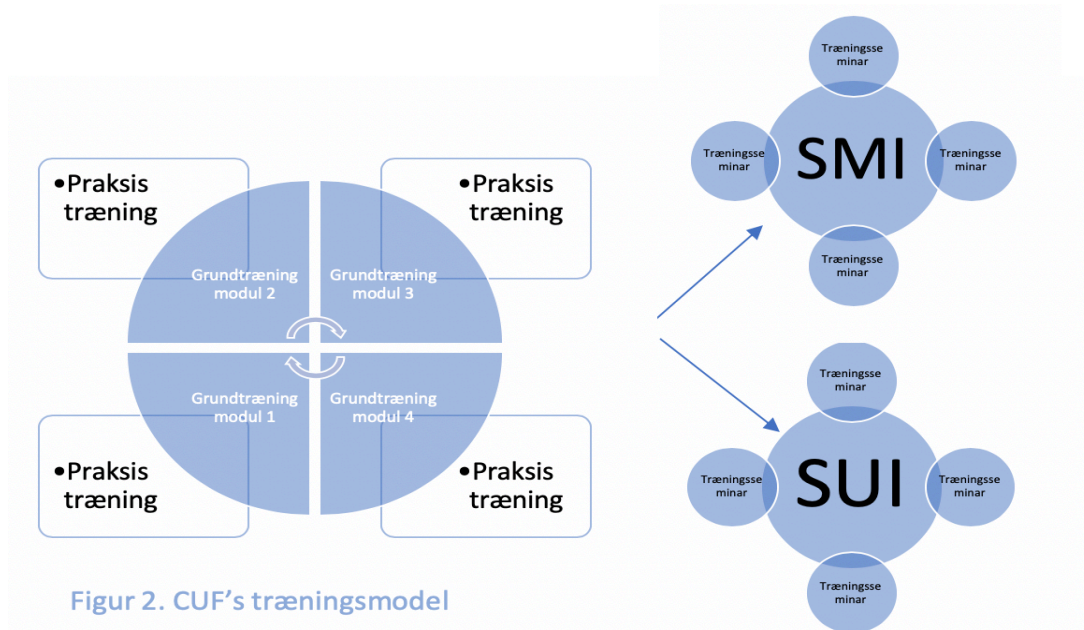
Målet for behandlingen:

Målet med behandlingen er, at de problemstillinger der påvirker barnets/ den unges trivsel og udvikling er mindsket i omfang eller stoppet. Disse mål kan være at familierelationer bedres, stabil skolegang/ beskæftigelse, bedre sociale færdigheder, prosociale relationer og fritidsaktiviteter, intet misbrug, ingen kriminalitet etc.

Målet vil sættes ud fra de konkrete henvisninger af det enkelte barn/ ung og dennes familie. det tilsigtes, at barnet/ den unges funktionsniveau og dagligdag er på et niveau, der sikrer den bedst mulige livskvalitet for denne, og at der ved behandlingens slutning er lavet planer for sikring af, at den gode udvikling eller det stabile fortsætter. Det forventes således, at problemstillingerne hos barnet/ den unge og familien er nedbragt til et niveau, der enten gør det relevant at anvende en mindre indgribende indsats eller i bedste fald gør yderligere indsats overflødig.

Grundelementer i CUF's behandlingsmetoder

Et afgørende element i CUF's behandlingsmetoder er, at den varetages af socialfaglige medarbejdere, der alle, gennem grundtræning, er kvalificeret til at arbejde med grundlæggende familie- og ungeproblematikker. Umiddelbart efter færdiggjort grundtræning vil medarbejderen fortsætte med en specialiserende træning - alt efter hvilken konkret behandlingsindsats man er tilknyttet. Efterfølgende kan der løbende suppleres med forskellige træningsseminarer, alt efter det aktuelle behov (se figur 2.)



Figur 2. CUF's træningsmodel

Alle CUF's metoder varetages således af medarbejdere, der har gennemgået en grundtræning, der danner basis for behandlingen. Denne grundtræning sætter behandlerne i stand til at strukturere behandlingen og lave de analyser der skal til for at tilrettelægge den rigtige behandling og involvere de nødvendige systemer. Behandleren vil i forlængelse af grundtræningen løbende modtage kurser og træning i at kunne arbejde med forskellige grundlæggende familieproblematikker såsom relationelle problemer, konflikter i familien og/ eller konflikter der opstår i skolen, problemer omkring skole/ hjem samarbejdet, samt problemer der relaterer sig til anti-sociale venner eller aktiviteter.

Med udgangspunkt i grundtræningen kan der således efterfølgende trænes forskellige kompetencer op, der rettet sig mod mere specialiserede problemstillinger. Disse supplerende træningsseminarer foregår som udgangspunkt internt i huset og varetages primært af konsulenten. Ved behov kan træningsseminarerne varetages af eksterne undervisere. Træningsseminarerne kan rette sig mod helt specifikke problemstillinger, det enkelte team måtte sidde med.

Meningen med de supplerende træningsseminarer er at sikre, at teamet og den enkelte behandler har de rette kompetencer i forhold til de skiftende behov der kan opstå i behandlingen.

Behandlingen varetages således af et socialfagligt uddannet team med CUF's grundtræning. Det at arbejde i team, sikrer et højt fagligt niveau og at den fælles faglige viden, der er opnået via uddannelse, vejledning og konsultation, træningsseminarer efter behov, dataindsamling m.m. udvikles og implementeres optimalt.

Grundelementer i behandlingen:

CUF's behandlingsmetoder bygger på nogle grundelementer som sikrer at den daglige behandling hele tiden er bygget op omkring systematik og grundighed:

- Struktureret træning via grunduddannelse, specialisering i forhold til konkret behandlingsindsats og opfølgende træningsseminarer efter behov
- Ugentlig udarbejdelse af specifikke arbejdsmaal for den kommende behandlingsuge (se bilag 1)
- Ugentlig sagsgennemgang og vejledning af alle indskrevne unge med vejleder og temaet.
- Ugentlig konsultation ved ekstern konsulent
- Udviklingsplaner for teamet, den enkelte behandler og vejleder
- Indsamling af data ved ind- og udskrivning (Baseline; SDQ; Score-15 og YLS.)
- Tydelig målsætning for hvert behandlingsforløb
- Kontinuerlig udarbejdelse af opsummerende statusskrivelser hver 3. måned og fyldestgørende afsluttende rapport inden afsluttende møde.
- 6 uger, 3 mdr. og 5 mdr. opfølgende møde med den unge og dennes familie, hvor der foretages en systematisk gennemgang af hvert enkelt overordnet mål for behandlingen. Der udfyldes i samarbejde med den unge/ familie en status over hvert enkelt overordnet mål, som efter efterfølgende sendes til sagsbehandler sammen med konkrete fremadrettede anbefalinger.

Målgruppe for behandlingen:

CUF's metoder tager alle udgangspunkt i problemadfærd i familien. Målgruppen er socialt udsatte børn og unge mellem 6 og 25 år, med forskellige udviklings- og/ eller trivselsproblemer. Disse problemer kan vise sig som fx konflikter i og udenfor hjemmet, problemer i skolen, negative sociale relationer eller skolevægring. Der kan ligeledes være tale om unge med sværere adfærdsvanskeligheder som misbrug, kriminalitet, psykiatri (fx ADHD, lettere autisme, udviklingsforstyrrelse, angst, OCD, o.lign.), social isolation, spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd.

Der er dog ikke tale om en såkaldt "one size fits all" -metode, da metoderne bygger på en række gennemgående indsatskomponenter, som sikrer at der hele tiden tages udgangspunkt i den enkelte familie. Derfor er supplerende træningsseminarer nødvendige, alt efter hvilken målgruppe der skal arbejdes med.

Vigtigt er det, at behandlingen er fleksibel og tilpasses ift. målgruppen, problemkompleks og udviklingsniveau. Derfor vil der allerede i visitationen tages højde for/ undersøges hvorvidt de adfærdsmæssige problemstillinger der er tale om hos den enkelte unge/ familie, matcher de kompetencer vi sidder med i forhold til opgaveløsning og ligeledes i forhold til dette, vurderes hvordan vi bedst kan skræddersy indsatsen, så den matcher de behov der er bedst muligt.

CUF's metoder tilbydes familier/ unge, som skønnes at kunne profitere af en intensiv, multisystemisk og familieorienteret behandlingsindsats.

Indsatsen er dog ikke egnet til unge, som er akut selvmordstruede eller akut psykotiske. Disse vil dog kunne starte et forløb, så snart de er stabiliserede.

Se videre om dette i afsnittet om Visitation og arbejdsproces.

TILRETTELÆGGELSE AF BEHANDLINGEN:

Behandlingen varetages som beskrevet af en metodeuddannet behandler som er en del af et behandlingsteam, dvs. et team hvor alle har gennemgået grundtræningen, og følger den beskrevne proces omkring monitorering og evaluering, faglig refleksion og kvalitetssikring. Behandleren vil efter grundtræningen kunne arbejde med grundlæggende familie- og/ eller ungeproblematikker såsom:

- Relationelle problemer og konflikter i familien og netværket
- Problemer omkring skole/ hjem samarbejdet
- Problemer der relaterer sig til anti-sociale venner eller aktiviteter

Hver behandler har ansvar for egne familier/ unge, men der samarbejdes i et team med kendskab til hinandens familier/ unge, så vagtordning, og dækning ved ferie og sygdom kan varetages af alle i teamet i alle familier.

CUF's metoder gør brug af veldokumenterede behandlingsmetoder og redskaber, der understøtter evidensbaseret praksis i forhold til konkrete målgrupper fx kognitiv terapi, dialektisk adfærdsterapi², strukturel systemisk familieterapi³ og strategisk systemisk familieterapi⁴, Motivational Interviewing (MI)⁵, Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) mm.

Alle behandlingsmæssige samtaler tager altid udgangspunkt i de overordnede mål for behandlingen og tilrettelægges hele tiden med evidensbaseret praksis for øje. Hvert møde er planlagt ud fra helt konkrete målsætninger, der alle udspringer af de analyser der løbende udarbejdes omkring de problemområder der er henvist for (se under behandlingsfaser).

Der arbejdes ud fra en ramme der består af 6 hovedprincipper og 4 behandlingsfaser, der sikrer systematik og grundighed i behandlingen, og ikke mindst at denne tilrettelægges med respekt og forståelse for den enkeltes ressourcer og vilkår. En behandling der tilrettelægges efter den enkelte unges, familiens og systemernes behov, problemkompleks og ressourcer.

² Linehan m. fl., DBT Skills Training Manual, 2014

³ Minuchin S.S., Reiter M.D., Borda C, The Craft of Family Therapy: Challenging Certainties, 2013

⁴ Haley J. Learning and teaching therapy, 1996

⁵ Miller og Rollnick (2002): Toward a Theory of Motivational Interviewing

HOVEDPRINCIPPERNE I CUF'S BEHANDLINGSMETODER:

Gennemgående for al behandling i CUF, er seks hovedprincipper, der afspejler både metoder og menneskesyn.

1. At forstå det systemiske og sammenhængen mellem den problemadfærd barnet/ den unge udviser og den kontekst de opstår i.

- a. CUF's metoder bygger på fire centrale teoretiske perspektiver: Den socialøkologiske udviklingsmodel, tilknytningsteorien og Rutters teori om resiliens samt den kognitive adfærdsteori.

Vi anser i tråd med den social-økologiske udviklingsmodel ikke individet som uafhængigt af familie, netværk og det omgivende samfund. Den enkeltes identitet og udvikling sker tværtimod i tæt sammenhæng med de omgivelser, som individet indgår i et samspil med, hvorfor individet altid er under påvirkning af den sociale kontekst, som han eller hun er en del af.

Individet er både et system i sig selv med egne ressourcer og begrænsninger, men er også en del af mange andre sociale systemer, som øver indflydelse på den enkeltes udvikling. Sker der ændringer i et af de systemer, som individet indgår i, eller tilkobles individet nye systemer, kan det påvirke den enkeltes identitet og adfærd i positiv eller negativ retning. Tilknytningsteorien tilbyder en grundlæggende forståelse af, hvordan barnets tilknytning til de nære omsorgspersoner har betydning for barnets psykologiske udvikling. Man taler indenfor tilknytningsteorien om forskellige former for tilknytning, og om hvordan barnets tilknytningsadfærd har betydning for, hvordan barnet gennem livet indgår i relationer⁶.

Resiliens handler om barnets eller den unges mestring af udviklings- eller miljømæssige udfordringer. Her ser man på de beskyttelsesfaktorer eller risikofaktorer i miljøet eller individet, der enten kan støtte eller skabe barrierer for håndteringen af disse udfordringer.

Årsagerne til et barns eller en ungs mistrivsel skal derfor primært findes i deres relationer til de systemer, som de indgår i, samt hvilke beskyttelsesfaktorer eller risikofaktorer der er i barnets eller den unges liv. Derfor er netop påvirkning af disse relationer, og hvordan man kan fremme styrkerne og mindske barriererne, et centralt omdrejningspunkt for den professionelle sociale indsats⁷.

I praksis betyder det, at behandlerne altid starter med at kortlægge barnets, den unges og familiens økologi, og undersøger de forskellige systemers opfattelse af barnets eller den unges problemstillinger og ikke mindst, hvad der er ønsket for forandring. Det er vigtigt for engagement og alliance, at alle de involveredes frustrationer bliver hørt og forstået, og at der i deres ønsker for forandring arbejdes med at ansvarliggøre alle for de områder af problemstillingerne, som de har en indvirkning på, men også, at det gøres tydeligt, hvilken støtte og samarbejde, der kan forventes fra behandleren.

⁶ Bowlby, J. *Attachment, communication, and the therapeutic process. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. 1988.

Stern, Daniel N. *Spædbarnets interpersonelle verden*. Hans Reitzels forlag. 2001.

⁷ Rutter M. & Smith, D.J.: *Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes*. Chichester: Wiley, 1995.

Kognitiv adfærdsterapi er en kombination af kognitiv terapi og adfærdsterapi, og fællesnævneren er at de begge fokuserer på nutidige problemer og deres symptomer og årsager – fremfor fortidige hændelser og begivenheder, der ikke kan ændres på. Kognitiv adfærdsterapi fokuserer på vores kognitioner (tanker, forståelse, fortolkninger) og vores adfærd (opførsel, handlinger). Fælles for disse to er, at det opleves lettere at påvirke eller ændre dem end at ændre på følelser eller kropslige reaktioner.

Kognitiv adfærdsterapi er målrettet og fokuserer på at klienten/familien forstår rationalet bag den behandling de får, og der laves interventioner hvor der trænes og arbejdes i og med familien⁸.

2. At arbejde med respekt og forståelse for den enkeltes vilkår og have fokus på ressourcer.

Alle familier har forskellige vilkår både socialt, økonomisk og helbredsmæssigt, og de familier der vil blive henvist til CUF vil have særlige udfordringer og forskellige ressourcer og muligheder. Ligeledes har vi også forskellige opfattelser af, hvad det "gode eller rigtige liv" er. Professionelle kan ofte have en tendens til at lægge egne holdninger og værdier omkring dette ind i deres tilgang til de mennesker, de arbejder med, og derfor kan der opstå et misforhold mellem den professionelle "dagsorden" for behandlingen og de involveredes ønsker, vilkår og ressourcer. Når dette sker, vil vi ofte opleve, at de involverede virker uformående eller uengagerede i indsatsen, og konklusionen er ofte, at der ikke er evner, vilje eller ressourcer tilstede og at mere indgribende tiltag bør sættes ind.

For at undgå sådanne misforståelser er det vigtigt, at terapeuten tilegner sig en omfattende viden om ønsker, vilkår og ressourcer for hver enkelt familie og ung. Med respektfuld nysgerrighed skal den unges og familiens forhåbninger, relationelle mønstre og adfærdsmønstre samt risiko og beskyttelsesfaktorer afdækkes.

Vi tror på, at der er ressourcer i alle systemer, og at disse skal tydeliggøres og bruges i indsatsen som løftestang for udvikling og forandring. Hvor der mangler ressourcer, skal der kompenseres og findes støtte i netværket, i stedet for at erstatte med et professionelt system, der ikke er blivende eller generaliserende, og dermed ikke øger familiens mulighed for at blive så selvhjulpne som muligt.

Når det er sagt, er der familier, som pga. sygdom, handicap eller andet ikke vil kunne opbygge tilstrækkelige ressourcer, og hvor der heller ikke findes de nødvendige muligheder i netværket. Hvis dette er tilfældet, og hvis barnets eller den unges udvikling eller trivsel fortsat trues, vil CUF med grundige beskrivelser og dokumentation af dette samt hvad der er forsøgt i behandlingen, kunne danne et kvalificeret grundlag for den videre sagsbehandling.

⁸ Judith S. Beck. *Kognitiv Adfærdsterapi* - 2013

3. At mening skaber motivation, og at mennesket altid gør det bedste og vil gøre "det rigtige", hvis de kan og ved hvordan.

For at sikre at behandlingen er meningsskabende og motiverende, er det en afgørende målsætning i CUF at alle bliver mødt med anerkendelsen af at være medspillere i eget liv og egen behandling. I CUF's metoder er udgangspunktet derfor altid, at de involveredes ønsker og mål for behandlingen er i fokus, da det skaber engagement og motivation for forandring hos den unge og familien.

Det er behandlerens opgave at skabe mening i indsatsen for de involverede ved at omsætte disse ønsker og forhåbninger til konkrete udviklingsorienterede handlinger sammen med den enkelte unge og familie. Det er ligeledes behandlerens ansvar i denne proces at synliggøre årsager og sammenhænge i den unges og familens problemstillinger, at identificere hvilke muligheder for forandring der er, og sammen med den unge og familien at finde de metoder og forandringer, der giver mest mening for den enkelte at arbejde med.

4. At skræddersy behandlingen der er fleksibel, tilpasset problemkompleks og udviklingsniveau.

At skabe mening og motivation for familie, netværk og andre involverede systemer, kræver ikke kun, at mål og ønsker peger i den rigtige retning og er meningsgivende for alle involverede. Det kræver også, at alle interventionerne – de små handlinger, der skal skabe forandringerne – er forståelige og omsættelige i de kontekster de skal virke i, og af de personer, der skal udføre dem.

Her er der forskel på om de interventioner, der skal sættes i værk, er rettet mod et barn eller en ung, om denne har psykiatriske vanskeligheder, har overbliksvanskeligheder, er kognitivt udfordret eller har et misbrug m.v. Der er også forskel på, om de voksne der skal føre interventionerne ud i livet, er med eller uden et godt netværk, selv er udfordret af sygdom eller økonomi, har kognitive udfordringer, er fra et professionelt system eller er fra det private netværk osv.

Derfor skal hver enkelt intervention være tilpasset det problem, det skal ramme og være fleksibelt i sin udførelse og skræddersyet til de ressourcer og vilkår de forskellige involverede har.

5. At arbejde med evaluering og generalisering lige fra begyndelsen for at sikre langtidseffekten.

Vi tror på, at alle familier ønsker at være så selvhjulpne som muligt. Derfor skal støtten til familierne fokusere på denne selvhjulpnehed fra begyndelsen og fokusere på at overflødig gøre terapeuten og det sociale system så meget som muligt.

At arbejde med denne selvhjulpnehed kræver omhyggelig kortlægning og involvering af alle ressourcer i familien, netværket og de berørte systemer. Det kræver grundige analyser og omhyggelig tilrettelæggelse af effektive interventioner som trænes, afprøves, evalueres og tilrettes. Herigennem får de involverede en oplevelse af mestring. For at støtte denne mestring må terapeuten være tilgængelig ikke bare i kontortiden, men på de tidspunkter, hvor afprøvning af nye mønstre og adfærd kan resultere i frustrationer og afmagt.

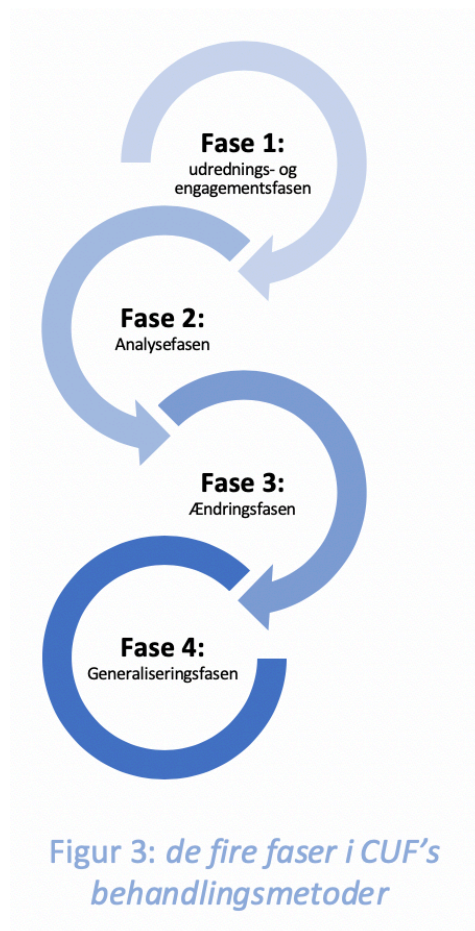
Derfor skal der fra starten af et forløb tænkes ind, hvordan indsatsen kan støtte generalisering af nye samspilmønstre og handlinger, så familien varigt er mere selvhjulpnen når indsatsen slutter.

6. At hele indsatsen bygger på systematik og grundighed

CUF's metoder er støttet af en systematik og struktur, der skal sikre, at indsatsen i praksis er grundig og forholder sig til de bærende principper. Solide analyser fra psykologisk forskning peger på, at virksomt metodisk behandlingsarbejde er kendetegnet ved systematisk analyse, intern faglig sammenhæng, feedback fra modtagerne af behandlingen samt fælles tro på behandlingen⁹.

Behandlerne i CUF skal derfor basere indsatsen på en systematik og grundighed, der sikrer, at disse elementer er tilstede i indsatsen. Strukturen skal også beskrive de nødvendige organisatoriske og faglige rammer, rammerne for faglig refleksion, feedback og faglig udvikling samt ikke mindst systemer til dokumentation af indsatsens resultater.

På baggrund af disse principper og værdier, er al behandling bygget systematisk op i fire faser:



⁹ Duncan, B.L., S.D. Miller, B.E. Wampold & M.A. Hubble (red.). *The Heart and soul of change. Delivering What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association. 2nd edition. 2014

DE FIRE FASER I BEHANDLINGSMETODERNE

Behandlingen er som figur 3 illustrerer opdelt i fire faser: *udrednings- og motivationsfasen; analysefasen; Ændringsfasen; Generaliseringsfasen* (se figur 3). I alle faser arbejdes der målrettet med motivation og engagement af alle systemer. Motivation og engagement handler om at få behandlingen og elementerne i den til at give mening for de involverede og bruge ressourcer der er i familien og omkring dem. Vigtigst er det, at de interventioner der er koblet på de forskellige elementer, giver mening for dem, der er direkte involveret.

Ligeledes foregår generaliseringen af behandlingen i alle faser af forløbet, men intensiveres i den sidste fase. Her er fokus sikring af, at de nye redskaber og måder familien, barnet/ den unge og de involverede systemer interagerer på, fortsætter efter behandlingen stopper. Der laves vedligeholdelsesplaner/ udviklingsplaner til alle de interventioner, der har den ønskede effekt på problemkomplekset og som styrker livskvaliteten for barnet/ den unge og dennes familie. De samarbejdende systemer og deres ledelse har gennem hele behandlingen en meget vigtig rolle. Fx i samarbejdet omkring tilvejebringelse af information relevant for behandlingen samt sikre de vilkår, der skal til for, at en behandling kan gennemføres (fx engangsydelser, tabt arbejdsfortjeneste, pause i jobtræning, fleksible undervisnings/ arbejds-/ fritidstilbud, psykiatriske udredninger m.m.).

Fase 1: udrednings- og engagementsfasen

Foregår som hovedregel i hjemmet, og handler om udredning, kortlægning og afklaring af problemkompleks, risiko og beskyttelsesfaktorer, ressourcer i alle systemer m.m. De relationelle mønstre og adfærdsmønstre afdækkes, og de involveredes ønsker og mål for behandlingen indhentes. Til sidst udfærdiges en samarbejdskontrakt der beskriver disse mål, og som forpligter alle involverede til deltagelse i eller støtte til behandlingen.

Sammen med denne samarbejdskontrakt udarbejdes der en kort statusskrivelse og begge dele sendes til sagsbehandler.

Fase 1 er kendetegnet ved relations dannelse og opbygning af behandlingsalliance mm. Ofte har mange familier/ unge svært ved at bevare tålmodigheden, da hverdagen for mange kan være fyldt af bekymringer, stress og andet der gør det ønskværdigt at komme til forandringsfasen. For behandleren er det vigtigt at bevare roen i denne fase og sammen med sit team/ sin vejleder sørge for at det der skal opnås, i fase 1 bliver opnået.

Behandleren har fokus på at lære familien/ barnet/ den unge at kende og i arbejdet med dette finde frem til hvilken retning behandlingen skal gå (*overordnede mål for behandlingen*). Har familien/ barnet/ den unge svært ved at finde motivation til arbejdet gøres der brug af motiverende samtaleteknikker (se afsnit herom). I arbejdet med det indledende papirarbejde er fokus primært rettet mod orienterende spørgsmål (se figur 5: Karl Tomms spørgsmålstyper)

Struktur til møder med familien i fase 1.

- Velkomst
- Opsummering fra sidst
- Dagsorden
- Trivsels- og effektmonitorering (se bilag 1: kolonne 1b)
- Hjemmearbejde fra sidste gang
- Indledende papirarbejde (se bilag 3)
- Nyt hjemmearbejde

Fase 2: Analysefasen

Her arbejdes der med grundige analyser af de informationer der er indsamlet under udredning- og engagementsfasen. Fokus er på de problemområder der er henvist for, og de som har negativ indvirkning på den unges og familiernes trivsel og udvikling. Der arbejdes særligt med analyse af relationelle mønstre, og de adfærdsmønstre, der er årsager til henvisning og/ eller bekymring. Der udvælges særlige fokusområder, hvor der laves dyberegående analyser, og samtidig afsøges relevant viden der omhandler lignende problemstillinger.

Behandleren har fortsat fokus på at lære familien/ barnet/ den unge at kende og i arbejdet med dette finde frem til en fælles forståelse af hvad der kan ligge bag de problematikker vi sammen med familien/ barnet/ den unge er blevet enige om skal arbejdes med (*adfærdsanalyser*)

Har familien/ barnet/ den unge fortsat svært ved at finde motivation til arbejdet gøres der brug af motiverende samtaleteknikker (se afsnit herom). I arbejdet med adfærdsanalyserne er fokus ligeledes rettet mod cirkulære eller fremtidsorienterede komplekse spørgsmål (se figur 5: Karl Tomms spørgsmålstyper).

Struktur til møder med familien i fase 2.

- Velkomst
- Opsummering fra sidst
- Dagsorden
- Trivsels- og effektmonitorering (se bilag 1: kolonne 1b)
- Hjemmearbejde fra sidste gang
- Adfærdsanalyser (se bilag 3a og 3b)
- Nyt hjemmearbejde

Fase 3: Ændringsfasen

På baggrund af analyserne i fase 2 laves der interventioner, der er målrettet de faktorer, der vurderes at have største indflydelse på problemet i fokus. Der arbejdes med individuelle faktorer ved brug af redskaber som kognitiv terapi ved fx angst eller manglende problemløsningsfærdigheder. Contingency Management hvor der fx arbejdes med belønningsstrategier og strategier til at undgå situationer eller mennesker, der kan påvirke negativt ved fx misbrug eller selvskade. Ved familieproblematikker arbejdes der med kognitive og systemiske redskaber til forbedring af forældre-barn relationer, par-relationer og kommunikation. Der arbejdes også med håndtering af risikoadfærd, konflikter og aggression. Endvidere arbejdes der med redskaber målrettet systemfaktorer som fx skole/hjem samarbejde, planer for skoledeltagelse og belønningsstrategier for fremmøde. Kammeratskaber og samarbejdet med kammeraternes forældre bliver ligeledes rammesat og planlagt, så monitorering og gode venskaber kommer i fokus.

Der kan arbejdes med flere faktorer samtidig, hvis det skønnes at have bedst indvirkning på problemet. Alle interventioner udarbejdes så konkret som muligt. De laves som en handleplan med detaljer og "skridt for skridt" beskrivelser af alle aktiviteter. I denne fase er der særligt fokus på de ressourcer eller mangel på samme, der er i systemerne, og hvor der skal kompenseres med netværksstøtte eller sideløbende indsatser.

Der udarbejdes en statusskrivelse til sagsbehandler 11 uger efter behandlingens opstart med efterfølgende evalueringsmøde umiddelbart efter. Strækker forløbet sig over mere end 5 måneder udarbejdes der herefter statusskrivelser og evalueringsmøder hver 3. måned.

Behandleren har fokus på at hjælpe familien/ barnet/ den unge til at tage de nødvendige skridt mod forandring og fokus i samtalerne er primært rettet mod de mere påvirkende spørgsmål.

Struktur for møder med familien i fase 3.

- Velkomst
- Opsummering fra sidst
- Dagsorden
- Trivsels- og effektmonitorering (se bilag 1: kolonne 1b)
- Hjemmearbejde fra sidste gang
- Opsummering af mål og mestringsstrategier
- Nyt hjemmearbejde

Fase 4: Generaliseringsfasen

Denne fase er gennemgående i de andre faser, men intensiveres mod slutningen af behandlingen. den har fokus på at sikre en fortsat positiv udvikling og en fastholdelse af de dele af behandlingen, der virker for familien og systemerne, og på at sikre, at de kan overføres til andre lignende problemstillinger i fremtiden.

Her samles og overskueliggøres de virksomme dele af behandlingen (interventioner, planer ol), i familiens mappe "hvad skal der til". Alle dele evalueres, sikkerheds- og vedligeholdelsesplaner udfærdiges eller opdateres, og alle systemer ansvarliggøres i forhold til at sikre, at de enkelte planer fastholdes eller videregives. I denne fase drøftes efterværn og der laves beskrivelser af, hvad der vurderes at være nødvendig opfølgning og systemstøtte, for at fastholde den gode udvikling.

Ligeledes laves der nedskrevne aftaler med familien og de involverede systemer om opfølgende og evaluerende møder 6 uger, 3 mdr. og 5 mdr. efter behandlingens afslutning. Der planlægges afsluttende møde og udarbejdes konkret udviklingsplan således at denne er klar til at kunne blive gennemgået ved afsluttende møde. Ved behandlingens afslutning holdes der således et møde med alle systemer og sagsbehandleren, hvor aftaler om opfølgning og møder opsummeres, og vedligeholdelsesopgaver fordeles.

Struktur for møder med familien i fase 4.

- Velkomst
- Opsummering fra sidst
- Dagsorden
- Trivsels- og effektmonitorering (se bilag 1: kolonne 1b)
- Hjemmearbejde fra sidste gang
- Generaliseringsplaner
- Nyt hjemmearbejde

Detektiv

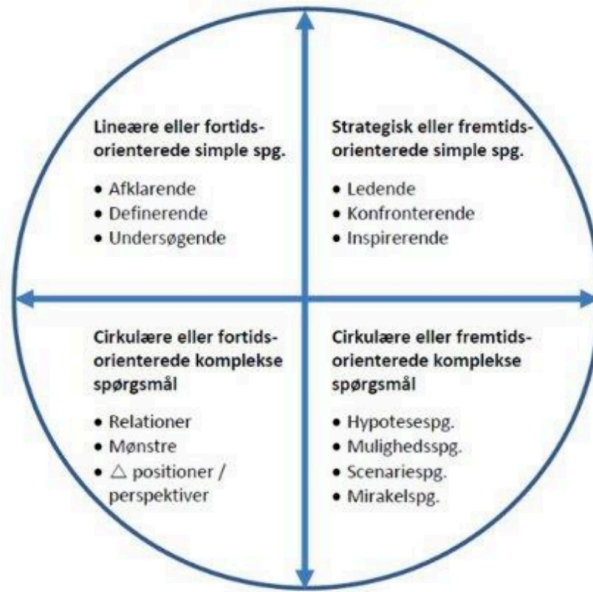


Orienterende spg.
Fortidsrettede



Antropolog

Lineære antagelser



Kaptajn



Påvirkende spg.
Fremtidsrettede



Fremtidforsker

Cirkulære antagelser

Detektiven

- Hvad er din udfordring?
- Hvornår opstår det?
- Hvad gør du så i disse situationer?
- Hvem er til stede?

Kaptajnen

- Hvilke af de muligheder, du har skitseret, tror du mest på?
- Hvornår skal du have gjort noget ved udfordringen?
- Hvem skal hjælpe dig til at holde fast på første skridt og efterfølgende skridt?

Antropologen

- Når han/hun gør det, hvad gør du så?
- Hvordan tror du, at han/hun ser på disse situationer?
- Hvor ser andre på situationen?
- For hvem er det vigtigst, at tingene ændres? Og for hvem er det mindst vigtigt?
- Er der tidspunkter, hvor problemet er mindre eller slet ikke til stede?

Fremtidforskeren

- Lad os forestille os, du er i stand til at håndtere situationen, hvad kendetegner så situationen?
- Beskriv den optimale situation så konkret som muligt. Hvad gør du i situationen – hvad gør andre?
- Hvordan vil du fejre succesen, når du har nået den optimale situation?

Figur 5: Karl Tomms spørgsmålstyper

SAMTALEREDSKABER

CUF's behandlingsmetoder bygger på en systematisk udredning og behandling af familiens samlede problembillede og belastninger. Dette stiller krav til en behandler med et tværfagligt sigte, som kan tage højde for familiens samlede situation.

Samtalen med familien/ barnet/ den unge bygger på veldokumenterede behandlingsmetoder og redskaber, der understøtter evidensbaseret praksis i forhold til konkrete målgrupper fx kognitiv terapi, dialektisk adfærdsterapi¹⁰, strukturel systemisk familierterapi¹¹ og strategisk systemisk familierterapi¹² samt Motivational Interviewing (MI)¹³

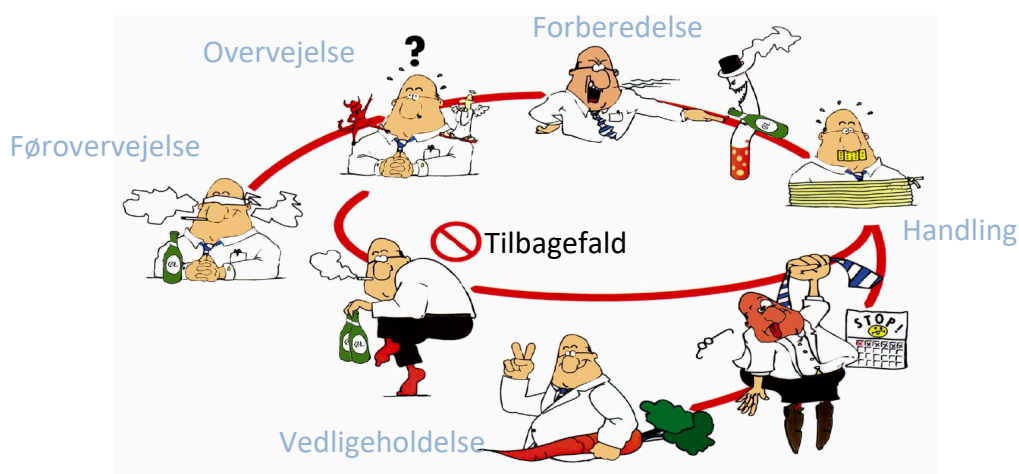
At tale med familien/ barnet/ den unge i øjenhøjde er af afgørende betydning for effekten af samtalen. Til samtalen kan der anvendes forskellige samtaleredskaber. Alt efter hvor i behandlingen familien/ barnet/ den unge er og alt efter din relation til familien/ barnet/ den unge, skal behandleren være bevidst om, hvordan man bedst skaber tryghed for familien/ barnet/ den unge, at behandleren lytter til det familien/ barnet / den unge siger, at behandleren spørger nysgerrigt og at behandleren forsøger at forstå hvor familien/ barnet/ den unge er i forhold forandring.

Forandringscirklen

Forandringscirklen er et redskab der kan bruges til at finde ud af, hvordan familien/ barnet/ den unge opfatter problemerne, og hvor motiveret familien/ barnet/ den unge er for at forandre sin situation/ sin adfærd.

Der kan være forskel på, hvad familien/ barnet den unge har brug for, alt efter hvilket motivationsstadium familien/ barnet/ den unge befinder sig på.

Forandringscirklen giver et godt og anskueligt overblik over forandringens forskellige faser:



Figur 5: forandringscirklen

¹⁰ Linehan m. fl., DBT Skills Training Manual, 2014

¹¹ Minuchin S.S., Reiter M.D., Borda C, The Craft of Family Therapy: Challenging Certainties, 2013

¹² Haley J. Learning and teaching therapy, 1996

¹³ Miller og Rollnick (2002): Toward a Theory of Motivational Interviewing

Før-overvejelse om ændring:

- Tænker ikke der er et problem, eller overvejer ikke at ændre på det.

Overvejelse:

- Ambivalens og overvejelse af fordele og ulemper ved ændring samt troen på, at det kan lade sig gøre

Forberedelse:

- Erkender et problem og er motiveret til at gøre noget ved det.

Handling:

- Ved, hvad der skal gøres for at ændre en ting, og foretager ændringen. Får evt. positive oplevelser med ændringen

Vedligeholdelse:

- Fastholder sig selv i det nye mønster, oplever flere handlemuligheder og er i stand til at fokusere på det gode ved ændringen

Evt. tilbagefald:

- Mister motivationen, overvejer at falde tilbage i det gamle mønster igen, gør det evt. og ryger måske tilbage til overvejelsetsstadiet igen.

Overordnet kan der sondres mellem seks forskellige faser i forandringscirklen, der udtrykker forskellige former for parathed eller overvejeltesfaser hos familien/ den unge. Det drejer sig om før-overvejeltesfasen, overvejeltesfasen, forberedelse af ændring, påbegyndelse af ændring, vedligeholdelse af ændring og tilbagefaldsfasen. I praksis ses ofte mere kortfattede versioner af forandringscirklen. Her er forberedelse, påbegyndelse og vedligeholdelse af forandring "slået" sammen til én fase som samlet udtrykker høj parathed til forandring hos familien/ den unge¹⁴.

Ved at se på hvor i cirklen, familien/ barnet/ den unge befinder sig i forhold til egne ønsker om forandring, kan behandleren og familien/ barnet/ den unge arbejde videre med, hvordan bevægelsen mod den ønskede forandring skal foregå. Ligeledes kan forandringscirklen være god til at forklare hvorfor man i ændringsprocessen ofte vil bevæge sig frem og tilbage mellem forskellige stadier.

Faserne i forandringscirklen – og familiens/ barnets/ den unges parathed til en proces mod forandring:

- **Før-overvejeltesfasen (lav parathed):**

Når relationsarbejdet med familien/ barnet/ den unge startes op, er familien/ barnet/ den unge som oftest i før-overvejeltesfasen. Familien/ den unge lever måske med et stofmisbrug og overvejer ikke, hvordan livet vil være uden. Hvis familiens/ den unges parathed er lav, er familien/ den unge lang fra parat til at gå ind i handlefasen.

¹⁴ Prochaska, J.O., Norcross, J.C., Diclemente, C.C: "Changing for good". Quill, Harper Collins Publishers 1944/2002

- **Overvejselsesfasen (middelhøj parathed):**

Når familien/ barnet/ den unge er i overvejselsesfasen, vil deres parathed ofte være middelhøj. Det betyder dog ikke, at familien/ barnet/ den unge endnu er parat til at gå ind i handrefasen. Ambivalensen er stadig for stor til, at familien/ barnet/ den unge kan tage et begrundet valg om en proces mod forandring.

- **Forberedelses-, påbegyndelse- og vedligeholdelsesfasen (høj parathed):**

Hvis eller når familien/ barnet/ den unge har høj parathed til en proces med forandring, handler det om at støtte dem – dels ved at lægge en handlingsplan, dels ved at give faktisk rådgivning om mulighed for støtte

- **Tilbagefaldsfasen:**

Der kan være risiko for, at familiens/ barnets/ den unges forandringsmønstre fra handle- og vedligeholdelsesfasen ikke varer ved og at de igen vender tilbage til den gamle adfærd forud for det igangsatte arbejde mod forandring. I så fald indtræder en tilbagefalds fase kendetegnet ved, at familien/ barnet/ den unge har mistet motivationen for processen mod forandring og måske er røget tilbage til (før)overvejselsesfasen.

Klientfase	Terapeut, interventionsform
Ikke parat Overvejer ikke at opgive de gamle mønstre; ser der mere positivt end negativt	Åben dialog/ evt. kortlægning "så spirer" til forandring gennem en åben og respektfuld dialog; kortlægge omfanget
Overvejelse Opfatter det gamle mønster mere positivt, men konsekvenserne tynger – ambivalens spirer. Omgivelserne reagerer negativt	Ændringsfokuseret rådgivning og personlig feedback Belyse ambivalensen og styrke klientens kompetence til at vælge/ gennemføre forandring
Forberedelse Beslutter, at det gamle mønster må forandres, og har reelle ønsker herom.	Individuel handlingsplan Samarbejde med klient om overblik over muligheder; støtte beslutningen om bedste vej frem mod forandring.
Handling Handler i overensstemmelse med personlige mål gennem fremmøde, holde aftaler	Basisbehandling Hjælper klienten til at tage de nødvendige skridt mod forandring
Vedligeholdelse Holder stabil pause fra det gamle mønster, arbejder fortsat mere eller mindre aktivt med at fastholde ændring	Tilbagefaldsforebyggelse Hjælper klienten med at fastholde ændringer i tanke og adfærd og finde strategier mod tilbagefald
Tilbagefald Genoptager det gamle mønster og går dermed tilbage til en af de tidligere faser, fx Overvejselsesfasen. Ofte forbundet med stærke negative tanker og følelser.	Omstrukturering (Fejltrin eller tilbagefald) Støtte klienten i at lære af erfaringen frem for at blive selvdestruktiv. Støtte fornyet forberedelse til handling.

Frit. e. Nielsen & Thomsen, efter Annis et al. (1996)

Den motiverende samtale (MI)

MI er en samtalebaseret rådgivningsstil der, der sigter mod at styrke borgerens egen motivation til at foretage forandringer. Det er grundtanken i MI, at man bogstaveligt talt kan overtale sig selv til forandring. Derfor lægges der i MI særlig vægt på at fremkalde forandringsudsagn fra borgeren, dvs. at få borgeren til at fortælle om den forandring vedkommende ønsker – frem for at det er rådgiveren, der fortæller, hvad borgeren skal gøre.

Rådgiveren skal via MI etablere et partnerskab med borgeren. Det indebærer, at rådgiveren skal udvise oprigtig medfølelse med borgeren og acceptere borgeren som vedkommende er og derved fremkalde motivation snarere end forsøge at tilføre motivation til borgeren.

Metodens udgangspunkt

Den motiverende samtale er udviklet af William Miller og Stephen Rollnick¹⁵. De definerer den motiverende samtale som en borgercentreret, styrende metode til at *fremme indre motivation for forandring ved at udforske og afklare ambivalens*.

Hvor mange samtalemetoder arbejder med et fokus på borgernes problemer og fejlslagne forsøg på løsninger, er udgangspunktet i den motiverende samtale et bevidst arbejde med fokus på løsninger. Dette med udgangspunkt i borgernes positive forestillinger om en løsning. Samtalen orienteres om borgernes ressourcer og holder fokus på, hvad borgeren er lykkedes med tidligere i sit liv. På en måde får borgeren synliggjort sine styrker og styrkes i troen på egne evner. En grundpille i den motiverende samtale handler om forståelse af og empati for borgerens situation, oplevelse og opfattelse. Med afsæt i metoden tages altid et respektfuldt udgangspunkt i borgerens egne værdier og ønsker. Den motiverende samtale bygger derfor på inddragelse og empowerment af borgeren.

En styrke ved metoden er, at den tager højde for, at de fleste borgere er ambivalente, når de står over for at skulle tage beslutning om at gennemføre en ændring i livet.

"Kernen" i den motiverende samtale

"Kernen" i den motiverende samtale dækker over den bagvedliggende tilgang til motivationsarbejdet og den måde, hvorpå behandlerne betjener sig af den motiverende samtales strategier og spørgeteknikker. "Kernen" i den motiverende samtale består af følgende fire dele:

- 1. at arbejde ud fra en omsorg for familien/ den unge.** Arbejdet med modellen, herunder kontakt og samtale, foregår ofte med familien/ den unge, når han eller hun er i en form for krise. Her er det særligt vigtigt at arbejde med at opbygge en empatisk relation til familien/ den unge. Med andre ord, skal familien/ den unge føle sig set, hørt og forstået og ikke føle sig tvunget til at foretage en proces mod forandring. Omsorgen består blandt andet i at sætte familiens/ den unges ønsker i centrum som det primære mål for samarbejdet.
- 2. at møde familien/ den unge med accept.** Det vil sige at acceptere familiens/ den unges valg samt respektere familiens/ den unges autonomi på trods af, at de valg, familien/ den unge træffer, kan være i konflikt med eget syn eller tilbuddets eller myndighedens krav.

¹⁵ Miller og Rollnick (2002): Toward a Theory of Motivational Interviewing

3. **at samarbejde med familien/ den unge.** Det er alfa omega, at behandlerne såvel som familiens/ den unges viden, kompetencer samt erfaringer inddrages og spiller en aktiv rolle i udformningen af en realistisk plan for forandringsprocessen.
4. **at frembringe familiens/ den unges argumenter for forandring.** Forandring som led i en forandringsproces bygger på familiens/ den unges egen motivation. Derfor er det vigtigt, at familiens/ den unges egne ønsker frembringes, således at varige forandringer i processen mod forandring, bygger på familiens/ den unges egne tanker og ideer om metoder til at nå målet. Ideen er, at jo mere familien/ den unge selv argumenterer for en forandringsproces, jo mere motiveret bliver borgeren for denne forandring.

Afsættet i den motiverende samtale er bevidst at arbejde på at inddrage familien/ den unge i samtalen og gøre familien/ den unge til en aktiv medspiller. Det skal understøtte familiens/ den unges indre motivation for forandring som led i egen proces mod forandring.

Med dette udgangspunkt beskriver metoden strategier til at hjælpe behandlerne til at understøtte familiens/ den unges forandringsproces.

Konkrete samtale- og spørgeteknikker i den motiverende samtale

På det konkrete plan er den motiverende samtale en samtalebaseret og målrettet kommunikationsstil med særlig opmærksomhed på forandringsudsagn. Den sigter mod at styrke personens egen motivation for, og selvvalgte forpligtelse til, et bestemt mål ved at afdække og udforske personens egne grunde til forandringsprocessen i en atmosfære af accept og medfølelse. Den motiverende samtale er således en samtaleteknik, der på en ikke-konfronterende og ikke-dømmende måde har til formål at reducere de almindelige problemer med ambivalens, som alle oplever, når de skal træffe valg om en forandringsproces. Behandlernes vigtigste rolle er at være refleksive lyttende, empatiske og at anvende samtaleteknikkerne:

- **åbne spørgsmål**
- **spejling**
- **bekræftelse**
- **opsummeringer**

Samtaler i ændringsfasen

Samtalerne i ændringsfasen tager primært udgangspunkt i det systemiske og kognitive. Fokus vil primært være rettet mod handlemuligheder, ressourcer og lægge minimal vægt på problemer. Tilgangen vil således være en målorienteret tilgang, som hjælper den enkelte familie/ barn/ unge med at foretage ændringer i sit liv ved at fokusere på løsninger i stedet for problemer.

CUF's behandlingsmetoder bygger på en grundlæggende tro på, at alle familier/ børn/ unge, uanset deres livssituation, har ressourcer, der kan mobiliseres. Selv i fastlåste situationer vil dele af den ønskede løsning som regel altid være til stede i familiens/ barnets/ den unges liv. Dette kan fungere som udgangspunkt for, at familien/ barnet/ den unge får håb om, at forandring er mulig, og får nogle konkrete redskaber til at arbejde frem mod den ønskede ændring. Grundlaget i CUF's behandlingsmetoder er en terapeutisk tankegang, hvor målet er at finde effektive handlemuligheder for familien/ barnet/ den unge inden for en rimelig og given tidsramme.

Konkrete samtale- og spørgeteknikker.

Samtalerne i ændringsfasen skal som udgangspunkt have et fokus der understøtter familiens/ barnets/ den unges evner i forhold til at sætte og arbejde med ønskede og realiserbare mål. Dette gøres ikke gennem et fokus på problemets årsag og karakter. I stedet skal det ske gennem et fokus på fremadrettede løsninger og tilegnede færdigheder med udgangspunkt i familiens/ barnets/ den unges egne ressourcer og ved at drage læring af de succeser, som familien/ barnet/ den unge har oplevet tidligere i livet.

Antagelsen er, at familien/ barnet/ den unge allerede selv besidder afgørende elementer af løsningstiltag, som vil kunne være vigtige at undersøge og udvikle, således at familien/ barnet/ den unge er ekspert i at finde sine egen løsninger. Med denne samtaleform rettes fokus mod, hvad det er for en fremtid, familien/ barnet/ den unge kunne ønske sig. Samtalens tilgang kategoriseres inden for spørgsmålstyper/ teknikker, som:

- undtagelsesspørgsmål
- skalaspørgsmål
- spørgsmål til forskelle
- Coping-orienterede spørgsmål
- Mirakelspørgsmål
- Spørgsmål til at arbejde med mål

Et fælles afsæt for arbejdet med motivation og forandring

Antagelserne i den motiverende samtale og samtalerne i ændringsfasen lægger sig i høj grad på ad hinanden. Men selvom tilgangen i mange henseende repræsenterer to sider af samme sag, er udgangspunktet i CUF's behandlingsmetoder, at tilgangene kan anvendes på forskellige måder og i forskellige faser i arbejdet med familiens/ barnets/ den unges motivation og forandring.

Overordnet er CUF's behandlingsmetoder baseret på, at den motiverende samtale særligt anvendes i det motivationsarbejde, der går på at hjælpe familien/ barnet/ den unge fra førovervejselsesfasen til et sted, hvor processen mod forandring forberedes eller påbegyndes. Samtidig anvendes den motiverende samtale som en metode, behandlerne kan trække på, hvor familiens/ barnets/ den unges motivation for forandring udfordres af den ene eller anden grund. Omvendt er den motiverende samtale ikke nødvendigvis det rette metodiske valg, når familien/ barnet/ den unge er et sted mellem faserne, hvor forandringsprocessen forberedes, påbegyndes og vedligeholdes. Her kan de kognitive og systemiske tilgange i højere grad være anvendelig.

Samspillet mellem den motiverende samtale og de kognitive og systemiske tilgange

I samspillet mellem den motiverende samtale og de kognitive og systemiske tilgange kan **den motiverende samtale** overordnet karakteriseres som den motiverende samtalemethode, der har til formål at få familierne/ barnet/ den unge til at indgå i de første dele af en udgående og rummelig familiebehandling – og bevæge sig fra før-overvejelse til forberedelse af forandring i en proces mod forandring.

Omvendt repræsenterer **de kognitive og systemiske tilgange** det mere systemiske og strukturerede arbejde, der sættes ind ved forberedelse, påbegyndelse og vedligeholdelse af forandring i en proces

mod forandring. De kognitive og systemiske tilgange anvendes til at tage fat på de konkrete punkter og mål, som familien/ barnet/ den unge ønsker at arbejde med for at synliggøre, hvilke arbejdsområder han eller hun har foran sig, samt at fremhæve, hvilke ressourcer og redskaber familien/ barnet/ den unge allerede besidder og kan anvende i denne henseende.

Det er dog vigtigt at påpege, at dette snit i anvendelse mellem metoderne ikke skal opfattes stringent. Det kan variere fra familie til familie, hvornår hvilken metode er mest anvendelig. Derfor skal behandlernes kvalifikationer i arbejdet med metoderne altid være udgangspunktet for valg af metode.

MÅL OG FORVENTEDE EFFEKTER

Målet med behandlingen er, at de problemstillinger, der påvirker barnets/ den unges trivsel og udvikling er mindsket i omfang eller stoppet. Disse mål kan være at familierelationer bedres, stabil skolegang, bedre sociale færdigheder, prosociale relationer og fritidsaktiviteter, intet misbrug, ingen kriminalitet etc.

Målet vil sættes ud fra de konkrete henvisninger af det enkelte barn og dennes familie. Det tilsigtes, at barnets/ den unges funktionsniveau og dagligdag er på et niveau, der sikrer den bedst mulige livskvalitet for denne, og at der ved behandlingens slutning er lavet planer for sikring af, at den gode udvikling eller det stabile fortsætter. Det forventes således, at problemstillingerne hos barnet/ den unge og familien er nedbragt til et niveau, der enten gør det relevant at anvende en mindre indgribende indsats eller i bedste fald gør yderligere indsats overflødig.

Yderligere er det et mål, at der sammen med sagsbehandler, familien, skolen, m.v. laves aftaler og planer for evt. støttende og opfølgende indsatser ud fra anbefalinger gennem behandlingsforløbet, eks. ved et midtvejsmøde, og at der aftales opfølgende møder (6 uger, 3 mdr. og 5 mdr. efter afslutningen). Dette indskrives i en fælles handleplan for familien og de involverede systemer.

ORGANISERING AF BEHANDLINGSTEAM

Behandlingen varetages som beskrevet af et behandlingsteam som alle er uddannet i CUF's behandlingsmetoder, hvor hver behandler har familier/ unge, som de har behandlingsansvaret for. Der samarbejdes som et team med kendskab til hinandens familier, så hele teamet kan give faglig sparring og vikariere i familierne ved sygdom og ferie. Dette sikrer at behandlerne har den kliniske indsigt i familierne, der skal til for at kunne rådgive dem i de akutsituationer, der kan opstå i de pressede familier, og som teamet dækker via fleksibilitet omkring arbejdstider.

Det at arbejde i et team sikrer også, at den fælles faglige viden der er skabt via uddannelse, ugentlig vejledning og konsultation, kvartalsvise seminarer, dataindsamling m.m. udvikles og implementeres optimalt. Teamet vil således blive fastholdt og styrket i den fælles struktur og systematik. Den strukturerede metode vil styrke integrationen af nye medarbejdere via den træning de vil modtage som en del af deres opstart i CUF.

Teamet består som udgangspunkt af minimum 3 fagpersoner, dvs. 2 – 6 behandlere og en vejleder. Vejlederen har det overordnede ansvar for:

- Det daglige faglige arbejde, der udføres af teamet, herunder sparring efter behov samt ugentlig vejledning
- Samarbejde med ledelse
- Facilitere udvikling af den enkelte medarbejders faglige kompetencer
- Indsamling af data for teamet i eget system.
- Ansvar for samarbejdet med myndighedsområdet omkring visitation
- Formidling af CUF's metoder til samarbejdspartnere og henviste familier

Behandlerens kapacitet afhænger af hvilken metode behandleren arbejder med. Behandlerens kapacitet er derudover afhængigt af erfaring med metoden, og hvor i behandlingen familierne/ den unge er (flere familier/ unge i generaliseringsfasen end i motivationsfasen). Vurdering af behandlerens kapacitet vil foregå i samarbejde mellem vejleder og CUF's konsulent.

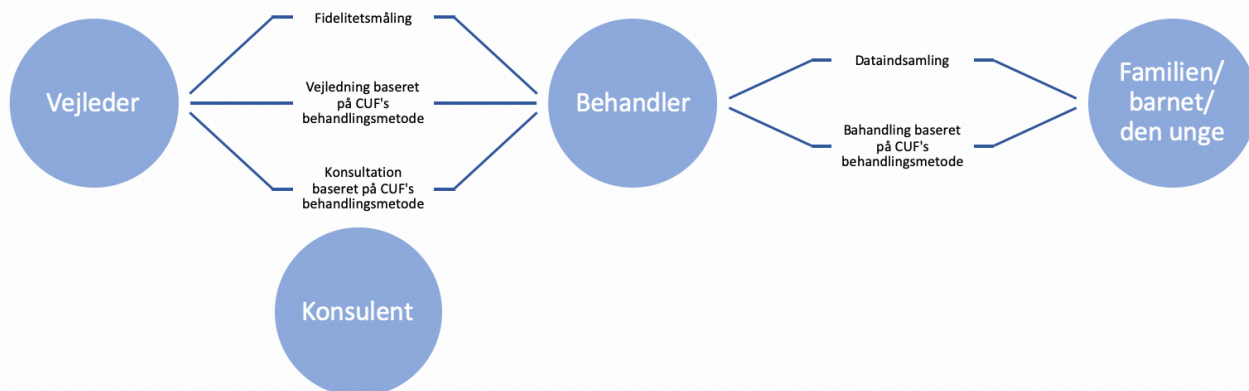
Arbejdet kan foregå hos familien/ den unge eller i egne mødelokaler alt efter familiernes/ den unges behov og muligheder. Dog tilstræbes det, at den første fase foregår i familien, som en del af motivationen og udredningen. Der afholdes mindst 2 ugentlige behandlingsmøder om ugen i fase 1 -3 samt møder i systemerne. Fra fase 4 kan det være nok med 1 ugentligt møde plus forberedelse af systemerne på deres rolle i den fremtidige støtte af familien.

OVERORDNET METODEPRAKSIS (RAMMEN FOR BEHANDLERNES ARBEJDE):

- Behandleren skal have tilladelse til at arbejde så fleksibelt som nødvendigt, for at løse relevante problemstillinger i familien og systemerne. Indskrevne familier skal have mulighed for støtte 24/7/365.
- Behandleren skal forsynes med mobiltelefon og nødvendigt IT- udstyr så familier og samarbejdspartnere kan komme i kontakt med dem.
- Behandlerne arbejder i team af minimum 2 terapeuter plus en vejleder.
- Vejlederen udfører ugentlig vejledning, sørger for deltagelse i den ugentlige konsultation, og er tilgængelig for terapeuterne i forhold til sagsmæssig sparring 24/7/365.
- Den gennemsnitlige behandlingstid er 3 -7 måneder. Udskrivninger er dog mere baseret på resultater end på behandlingslængde.
- Behandlerne følger fremgang og resultater på hver sag gennem udfærdigelse af ugentlige målrefleksioner og deltagelse i den ugentlige teamvejledning samt den ugentlige konsultation.
- CUF har en vagtordning, der dækker familierne under ferie og sygdom.
- Vejleder er ansvarlig for det daglige systemsamarbejde.
- Det skal så vidt muligt undgås at henvise til andre foranstaltninger, mens behandlingen er i gang, medmindre det anbefales af behandleren eller vejlederen, som et led i eller støtte til behandlingen.
- Henvielse til supplerende indsatser efter udskrivning, vil være omhyggeligt beskrevet og planlagt, og begrænset til det, der er nødvendigt for at fastholde den gode udvikling.
- Medarbejderen skal deltage i CUF's grundtræning senest to måneder efter ansættelse – bedst er det, at de har gennemgået denne træning inden arbejdet i familierne.

CUF'S KVALITETSSIKRINGSSYSTEM

Behandlingen i Center for Unge og Familier er bygget op omkring et internt kvalitetssikringssystem der er med til at sikre at kvaliteten i behandlingen er på sit højeste:



Figur 5: CUF's kvalitetssikringssystem

- Hver uge monitoreres der på hvorvidt metodens grundelementer, behandlingsfaser og principper er fulgt via vejledning som tager udgangspunkt i ugentlige målrefleksioner. Den ugentlige vejledning suppleres med ugentlig konsultation, hvor det primære fokus er at sikre den metodiske del af behandlingen bliver fulgt.
- Vejleder samarbejder kontinuerligt med behandleren om dennes behandlingsmæssige udviklingspunkter og der laves i forbindelse med dette kontinuerlige udviklingsplaner for behandleren.
- Konsulenten samarbejder kontinuerligt med vejlederen omkring det daglige faglige arbejde, der udføres af teamet. Konsulenten samarbejder i forbindelse med dette med vejleder omkring vejleders udarbejdelse af udviklingsplaner for behandleren, samt konkrete fokusområder for teamets generelle faglige udvikling
- Derudover samarbejder konsulenten kontinuerligt med vejlederen omkring vejlederens faglige udviklingspunkter og laver i forbindelse med dette kontinuerlige udviklingsplaner for vejlederen.
- Ligeledes står konsulenten for planlægning og undervisning i forbindelse med grundtræning og supplerende træningsseminarer.

STRUKTURERET MULTISYSTEMISK INDSATS, SMI:

Struktureret Multisystemisk Indsats (SMI) er en intensiv systemrettet behandling der retter sig mod familier, som skønnes at kunne profitere af en intensiv, multisystemisk og familiebaseret behandlingsindsats.

Målgruppen kan være socialt udsatte børn og unge mellem 6 og 17 år, der har udviklings- og trivselsproblemer. Disse problemer kan vise sig som fx konflikter i og udenfor hjemmet, problemer i skolen, negative sociale relationer eller skolevægring. Der kan ligeledes være tale om unge med sværere adfærdsvanskeligheder som misbrug, kriminalitet, psykiatri (fx ADHD, lettere autisme, udviklingsforstyrrelse, angst, OCD, o.lign.), social isolation, spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd.

Målgruppen kan ligeledes være de familier med unge mellem 6 og 17 år der henvises med længerevarende alvorlige adfærdsvanskeligheder, såsom skolevægring; kriminalitet; aggressiv adfærd i/ og uden for hjemmet; misbrug eller anden tydelig negativ adfærd, hvor det af forskellige årsager vurderes nødvendigt med intensiv forældreorienteret indsats.

Det primære fokus i forhold til arbejdet med denne målgruppe er forældrene/ de nærmeste omsorgspersoner og de øvrige nøgle- og netværkspersoner der er omkring den unge og familien.

SMI-behandlingen er en intensiv korttidsbehandling på op til 3-7 måneder, hvor det primære fokus i første omgang er at støtte forældre og andre nøglepersoner i bedst muligt at håndtere den unges/barnets adfærd på en måde der i sidste ende motiverer den unge til at ændre adfærd.

Barnet/ den unge skal som udgangspunkt bo hos omsorgspersoner dvs. være hjemmeboende, i netværkspleje eller hos plejefamilie. I SMI kan barnet/den unge i en overgang anbringes i træningsfamilie, som en del af en struktureret og helhedsorienteret behandling. Målet for denne anbringelse er, at barnet/den unge i voksende omfang kan bo hjemme igen og til sidst flytter helt hjem.

Der kan i SMI også være tale om børn og unge, hvor der ønskes en hjemgivelse fra anbringelse eller flytning til plejefamilie. Her kan indsatsen – ud over at behandle identificerede udviklings- og trivselsproblemer støtte op om, at processen/ overgangen fungerer og at hjemgivelsen eller flytningen til plejefamilie ikke bryder sammen.

Struktureret Multisystemisk Indsats varetages af medarbejdere med en grundtræning (CUF's grundtræning), der overordnet gør behandleren i stand til at skulle kunne arbejde med de grundelementer der ligger i CUF's behandlingsmetoder. Umiddelbart efter grundtræningen specialiseres medarbejderen i at arbejde specifikt med SMI-metoden.

Specifikt for SMI-metoden

SMI er en familieorienteret behandlingsmetode, der arbejder med fokus på at skabe konkrete forandringer i barnet/ den unges adfærd.

Grundlæggende ser vi som udgangspunkt altid ungeproblematikker som et voksenansvar, hvorfor det i første omgang er afgørende at forældrene/ nærmeste omsorgspersonerne siger ja til SMI-behandling. I SMI er det derfor også forældrene/ omsorgspersonerne vi i første omgang vil samarbejde med ift. undersøgelse og forståelse af overordnede problematikker mm., ligesom det også er forældrene/ omsorgspersonerne vi i første omgang vil samarbejde med omkring det at få minimeret den risikoadfærd der er hos barnet/ den unge og som er udgangspunktet for henvisningen.

I SMI samarbejder vi i første omgang med forældre/ omsorgspersoner og øvrige nøglepersoner på at forstå den risikoadfærd barnet/ den unge har, med henblik på at støtte forældrene/ omsorgspersonerne og alle andre nøglepersoner omkring familien i, at sikre barnet/ den unges trivsel bedst muligt. Fokus i dette analysearbejde vil derfor være at identificere så mange systemiske faktorer som overhovedet muligt, da disse faktorer ofte lettest kan tilgås og ændres af forældrene/ omsorgspersonerne. Dette kan f.eks. være ift. hvordan forældrene/ omsorgspersonerne bedst muligt kan opstille regler og rammer i hverdagen, således at de ikke hver gang ender i store konflikter; det kan være hvordan de konkret håndtere, når barnet/ den unge ikke overholder en aftale eller det kan være at støtte dem i hvordan de bedst håndtere konkrete konfliktsituationer så disse ikke eskaleres uhensigtsmæssigt meget.

Behandlingen tilpasses efterhånden således at der sammen med den forældre-/ systemorienterede behandling, også tilbydes en mere og mere systemisk orienteret familiebehandling. Derfor vil der i SMI også være et fokus på tidligt at inddrage barnet/ den unge i behandlingen, hvor fokus vi være, at samle hele familien omkring familiebehandlingen. SMI-behandleren vil derfor også skulle trænes i at arbejde mere familieorienteret med henblik på at kunne arbejde med hele familien omkring relationelle problemer og konflikter i familien.

I de tilfælde hvor der arbejdes med en midlertidig anbringelse af barnet/ den unge i en træningsfamilie, inddrages barnet/ den unge helt fra start.

Inddragelse af barnet/ den unge

SMI kan med undtagelse af de tilfælde hvor der arbejdes med en midlertidig anbringelse af barnet/ den unge i en træningsfamilie, startes op uden barnet/ den unges samtykke, da fokus som beskrevet i første omgang rettes mod forældre/ nærmeste omsorgspersoner. Vurderes det ved opstart eller senere hen i behandlingen nødvendigt for opnåelsen af de overordnede mål at arbejde individuelt med barnet/ den unge er det dog vigtigt, at barnet/ den unge efterfølgende giver samtykke til dette.

Tilrettelæggelse af behandlingen

SMI-behandlingen varetages som beskrevet af en uddannet SMI-behandler som er en del af et behandlingsteam, dvs. et team hvor alle har gennemgået grundtræningen, er specialiseret i at arbejde specifikt med SMI-metoden og som følger den beskrevne proces omkring monitorering og evaluering, faglig refleksion og kvalitetssikring.

Hver SMI-behandler har ansvar for egne familier og dermed også ansvaret for at arbejde med alle de nøglepersoner der er omkring barnet/ den unge og deres forældre. Er barnet/ den unge anbragt i en træningsfamilie er det derfor også SMI-behandlerens ansvar at samarbejde med træningsfamilien og i forhold til dette støtte/ vejlede denne i deres arbejde omkring de overordnede mål.

SMI gør brug af veldokumenterede behandlingsmetoder og redskaber, der understøtter evidensbaseret praksis i forhold til konkrete målgrupper fx kognitiv terapi, dialektisk adfærdsterapi¹⁶,

¹⁶ Linehan m. fl., DBT Skills Training Manual, 2014

strukturel systemisk familierterapi¹⁷ og strategisk systemisk familierterapi¹⁸, Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), YLS/CMI¹⁹ mm.

De kontinuerlige samtaler med forældre/ omsorgspersoner, træningsfamilie, skolelærere mm. tager altid udgangspunkt i de overordnede mål for behandlingen og tilrettelægges hele tiden med evidensbaseret praksis for øje. Hvert møde er planlagt ud fra helt konkrete målsætninger, der alle udspringer af de analyser der løbende udarbejdes omkring de problemområder der er henvist for.

Alle sessioner videofilmes eller optages på bånd, så behandlerne kan få direkte feedback fra teamet i den ugentlige vejledning, hvor der også gives feedback på hvorvidt de forskellige behandlingsfaser og principper efterleves og idéer til hvordan de kan omsætte denne feedback i behandlingen.

Organisering af SMI-behandlingen

SMI-behandlingen varetages som beskrevet af et behandlingsteam. Teamet består som udgangspunkt af minimum 3 fagpersoner, dvs. 2 – 6 behandlere og en vejleder.

Hver behandler vil kunne servicere op til 5 familier ad gangen – afhængigt af barnet/ den unge/ familiens problemstillinger; omfanget af disse og om den unge bor hjemme eller er midlertidigt anbragt i træningsfamilie. Behandlerens kapacitet er derudover afhængigt af erfaring med metoden, og hvor i behandlingen familierne er (flere familier i generaliseringsfasen end i motivationsfasen). Vurdering af behandlerens kapacitet vil foregå i samarbejde mellem vejleder og SMI-konsulenten.

Arbejdet kan foregå hos familien/ den unge eller i egne mødelokaler alt efter familiernes/ den unges behov og muligheder. Dog tilstræbes det, at den første fase foregår i familien, som en del af motivationen og udredningen. Der afholdes mindst 2 ugentlige behandlingsmøder om ugen i fase 1 -3 samt møder i systemerne. Fra fase 4 kan det være nok med 1 ugentligt møde plus forberedelse af systemerne på deres rolle i den fremtidige støtte af familien.

¹⁷ Minuchin S.S., Reiter M.D., Borda C, The Craft of Family Therapy: Challenging Certainties, 2013

¹⁸ Haley J. Learning and teaching therapy, 1996

¹⁹ Kildehenvisning

STRUKTURERET UNGE INDSATS, SUI:

Struktureret Unge Indsats (SUI) er en intensiv systemrettet behandling der retter sig mod unge, som skønnes at kunne profitere af en intensiv og multisystemisk behandlingsindsats. Målgruppen er psykisk sårbare/ socialt udsatte og/ eller marginaliserede børn og unge mellem 10 og 25 år, der har udviklings- og trivselsproblemer. Disse problemer kan vise sig som fx problemer i skolen, skolevægning, konflikter i/ udenfor hjemmet og negative sociale relationer. Der kan ligeledes være tale om psykiatriske problemstillinger (fx angst, OCD, spiseforstyrrelse, depression, selvskaede o.lign.), eller unge med sværere adfærdsvanskeligheder som misbrug og/ eller kriminalitet.

SUI tilbydes til unge, som skønnes at kunne profitere af en intensiv, multisystemisk og familieorienteret behandlingsindsats, hvor det som udgangspunkt er nok "kun" at arbejde med individuelle faktorer hos den unge eller som supplement til/ forlængelse af en igangværende SMI-behandling.

Struktureret Unge Indsats består af en grundtræning (CUF's grundtræning), der overordnet gør behandleren i stand til arbejde med de grundelementer der ligger i CUF's behandlingsmetoder. Umiddelbart efter grundtræningen specialiseres medarbejderen i at arbejde specifikt med SUI-metoden.

Specifikt for SUI-metoden

SUI-behandlerens opgave er i samarbejde med den unge at arbejde med eventuelle individuelle problemstillinger hos den unge. Dette kan f.eks. være misbrug, kriminalitet, angst, OCD, social isolation, spiseforstyrrelser, selvskaedende adfærd eller lignende individuelle problemstillinger. SUI-behandleren mødes i gennemsnit med barnet/ den unge 2 – 3 gange ugentligt, hvor fokus vil være et struktureret arbejde omkring de problemstillinger barnet/ den unge er henvist med. Møderne med den unge kan skifte mellem terapeutiske samtaler og konkret færdighedstræning. De terapeutiske samtaler vil primært bygge på kognitiv adfærdsterapi.

Formålet med færdighedstræningen er at støtte barnet/ den unge i forhold til at øve specifikke færdigheder. Dette kan f.eks. være i forhold til eksponeringsøvelser planlagt i ungeterapien; social træning; træning ift. overholdelse af aftaler; træning ift. at blive mere selvhjulpne etc.

Færdighedstræningens fokus ligger på at hjælpe den unge med at tilegne sig og bruge de færdigheder, der er nødvendige for at kunne begå sig blandt voksne og andre unge i forskellige situationer.

SUI-behandlerens opgave i forhold til færdighedstræning er at sørge for et konsistent, opmuntrende miljø, hvor den unge kan tilegne sig og øve sig i prosocial adfærd samt problemløsnings- og coping-færdigheder. Dette sker via en-til-en interaktioner i lokalmiljøet, hvor SUI-behandleren:

- Orienterer den unge mod socialt acceptable aktiviteter i lokalmiljøet;
- Hjælper den unge med at opfylde behandlingsmålene ved at give den unge mulighed for at øve sig i færdighederne; og
- Giver den unge hyppigere feedback i et mere naturligt, "virkeligt" miljø end traditionelle terapiesessioner giver mulighed for.

SUI-behandleren samarbejder tæt med den unges forældre med det fokus hele tiden at holde dem orienteret omkring behandlingen, således at forældrene har mulighed for bedst muligt at støtte den unge.

Tilrettelæggelse af SUI-behandlingen

SUI-behandlingen varetages som beskrevet af en uddannet SUI-behandler som er en del af et behandlingsteam, dvs. et team hvor alle har gennemgået grundtræningen, er specialiseret i at arbejde specifikt med SUI-metoden og som følger den beskrevne proces omkring monitorering og evaluering, faglig refleksion og kvalitetssikring.

Hver SUI-behandler har ansvar for egne unge og dermed også ansvaret for at samarbejde med alle de nøglepersoner der er omkring barnet/ den unge og deres forældre.

Organisering af SUI-behandlingen

SUI-behandlingen varetages som beskrevet af et behandlingsteam. Teamet består som udgangspunkt af minimum 3 fagpersoner, dvs. 2 – 8 behandlere og en vejleder.

Hver behandler vil kunne servicere gennemsnitligt 7 – 10 unge ad gangen – afhængigt af den unges problemstillinger og omfanget af disse. Behandlerens kapacitet er derudover afhængigt af erfaring med metoden, og hvor i behandlingen familierne er (flere familier i generaliseringsfasen end i motivationsfasen. Vurdering af behandlerens kapacitet vil foregå i samarbejde mellem vejleder og konsulenten.

Arbejdet kan foregå hos den unge eller i egne mødelokaler alt efter den unges behov og muligheder. Dog tilstræbes det, at den første fase foregår i familien, som en del af motivationen og udredningen. Der afholdes 2 - 3 ugentlige behandlingsmøder om ugen i fase 1 - 3 samt møder i systemerne. Fra fase 4 kan det være nok med 1 ugentligt møde plus forberedelse af systemerne på deres rolle i den fremtidige støtte af familien.

Tilknytning af SUI-behandler (mere individuelt fokus på barnet/ den unge)

Vurderes der gennem SMI-behandlingen behov for en mere individuelt fokuseret behandling ift. barnet/ den unge kan denne for en periode tilknyttes en særlig SUI-behandler.

Det skal dog i første omgang afklares om det er muligt for den sagsansvarlige SMI-behandler at varetage denne rolle også.

SUI-behandlerens opgave er i samarbejde med den unge at arbejde med eventuelle individuelle problemstillinger hos barnet/ den unge. Dette kan f.eks. være misbrug, kriminalitet, angst, OCD, social isolation, spiseforstyrrelser, selvskadende adfærd eller lignende individuelle problemstillinger. SUI-behandleren mødes i gennemsnit med barnet/ den unge 1 til 3 gange ugentligt, hvor fokus vil være et struktureret arbejde omkring de problemstillinger barnet/ den unge er henvist med. Møderne med den unge kan skifte mellem terapeutiske samtaler og konkret færdighedstræning. De terapeutiske samtaler vil primært bygge på kognitiv adfærdsterapi.

Formålet med færdighedstræningen er at støtte barnet/ den unge i forhold til at øve specifikke færdigheder. Dette kan f.eks. være i forhold til eksponeringsøvelser planlagt i ungeterapien; social træning; træning ift. overholdelse af aftaler; træning ift. at blive mere selvhjulpne etc.

Færdighedstræningens fokus ligger på at hjælpe den unge med at tilegne sig og bruge de færdigheder, der er nødvendige for at kunne begå sig blandt voksne og andre unge i forskellige situationer.

SUI-behandlerens opgave i forhold til færdighedstræning er at sørge for et konsistent, opmuntrende miljø, hvor den unge kan tilegne sig og øve sig i prosocial adfærd samt problemløsnings- og coping-færdigheder. Dette sker via en-til-en interaktioner i lokalmiljøet, hvor SUI-behandleren:

- Orienterer den unge mod socialt acceptable aktiviteter i lokalmiljøet;
- Hjælper barnet/ den unge med at opfylde behandlingsmålene ved at give barnet/ den unge mulighed for at øve sig i færdighederne; og
- Giver barnet/ den unge hyppigere feedback i et mere naturligt, "virkeligt" miljø end traditionelle terapisesioner giver mulighed for.

SUI-behandleren samarbejder tæt med den behandlingsansvarlige SMI-behandler og tilrettelægger i samarbejde med denne de fokusområder der konkret arbejdes med barnet/ den unge omkring. På den måde sikres det, at der hele tiden er en rød tråd mellem SMI-behandlerens arbejde og SUI-behandlerens arbejde. Ligeledes sikres det også, at øvrige nøglepersoner hele tiden er vidende om hvad barnet/ den unge arbejder med SUI-behandleren om og således er bedst klædt på til at kunne støtte barnet/ den unge bedst muligt i forhold til dette.

VISITATION OG ARBEJDSPROCES

Visitation til behandlingen foregår gennem samtale med vejleder for de enkelte behandlingsteams. Hvorvidt SMI-behandlingen i perioder har stort forældrefokus eller der skal tilknyttes en SUI medarbejder, vil blive besluttet efter indledende undersøgelse og faglig vurdering. Undervejs i behandlingen vil der ligeledes kunne foretages justeringer i fokus og behandlingsplan. Dette sker på baggrund af de ugentlige opfølgninger og vejledninger, der er af både den faglige vejleder og konsulent. Justeringer i behandlingsplanen sker således kun som følge af faglige vurderinger som løbende foretages gennem vejledning og gennem CUF's kvalitetssikringssystem. Alle behandlingsplaner og eventuelle ændringer sker altid i dialog med familie og sagsbehandler.

BILAG 1

Dato		Behandlingsuge	
------	--	----------------	--

Ung:		Alder:		Dato for opstart:		Estimeret afslutning:	
------	--	--------	--	-------------------	--	-----------------------	--

Dataindsamling	Ung. Udfyldt og afleveret til vejleder den:	Forældre. Udfyldt og afleveret til vejleder den:
T1		
T2		

Samtykkeerklæring underskrevet:	
---------------------------------	--

YLS

Score	Tidligere og nuværende overtrædelser	Familie	Uddannelse	Omgangskreds	Rusmiddel-misbrug	Fritid	Personlighed	Holdninger
Lav								
Moderat								
Høj								
Ressource								

Kommende rapporter/ udtalelser til sagsbehandler	Deadline (dato):
Information vedr. overordnede mål for SMI-behandling	
11 ugers statusrapport	
Udviklingsplan/ afsluttende statusrapport	

To-do's	Status	"action" denne uge	Ansvarlig	Deadline

Møder			
Dato:	Mødedeltagere:	Mødets varighed:	Mødelokale/ hjemme

Telefon/ SMS - kontakt		
Dato:	Kontakt med:	Tidsforbrug:

Vurdering af udfaldet af den enkelte session og af forløbet generelt. Dette er både en vurdering af familiens engagement og af forløbets udvikling.		
Dato:	Vurdering af udfaldet af den enkelte session (1 – 10)	Generel vurdering for ugen (1 – 10)

Aflyste møder (antal og
begrundelse):

Kolonne 1a: Overordnede mål for behandlingen:

Kolonne 1b: Registrering af udviklingen ift. de overordnede mål:

Registrering af overordnede mål (rullende skema)

Nedenstående skemaer udfyldes med registrering af de overordnede mål der er sat for behandlingen (sæt kryds for tilstedeværende adfærd) - registreres der for flere ting under samme mål, kan dette gøres ved at dele målet op i a,b,c osv. (se nedenstående eksempel). Når uge 12 er udfyldt, erstatter uge 1 uge 13 osv.

Eksempel:

1a = verbale konflikter; 1b = fysiske konflikter; 2a = hjemkomsttid
2b = generelle aftaler; 3 = skole; 4 = misbrug

Mål:	1a	1b	2a	2b	3	4
Man:	-	-	X	X	X	-
Tir:	X	-	-	-	X	-
Ons:	X	-	-	-	-	-
Tor:	X	-	X	X	X	-
Fre:	X	X	-	-	-	X
Lør:	-	-	-	-		X
Søn:	-	-	X	X		-

Uge 1:

Mål:	1a	1b	2a	2b	3	4
Man:						
Tir:						
Ons:						
Tor:						
Fre:						
Lør:						
Søn:						

Uge 2:

Mål:	1a	1b	2a	2b	3	4
Man:						
Tir:						
Ons:						
Tor:						
Fre:						
Lør:						
Søn:						

Uge 3:

Mål:	1a	1b	2a	2b	3	4
Man:						
Tir:						
Ons:						
Tor:						
Fre:						
Lør:						
Søn:						

Uge 4:

Mål:	1a	1b	2a	2b	3	4
Man:						
Tir:						
Ons:						
Tor:						
Fre:						
Lør:						
Søn:						

Uge 5:

Mål:	1a	1b	2a	2b	3	4
Man:						
Tir:						
Ons:						
Tor:						

Uge 6:

Mål:	1a	1b	2a	2b	3	4
Man:						
Tir:						
Ons:						
Tor:						

Fre:																					Fre:																				
Lør:																						Lør:																			
Søn:																						Søn:																			
Uge 7:										Uge 8:																															
Mål:										Mål:																															
Man:										Man:																															
Tir:										Tir:																															
Ons:										Ons:																															
Tor:										Tor:																															
Fre:										Fre:																															
Lør:										Lør:																															
Søn:										Søn:																															
Uge 9:										Uge 10:																															
Mål:										Mål:																															
Man:										Man:																															
Tir:										Tir:																															
Ons:										Ons:																															
Tor:										Tor:																															
Fre:										Fre:																															
Lør:										Lør:																															
Søn:										Søn:																															
Uge 11:										Uge 12:																															
Mål:										Mål:																															
Man:										Man:																															
Tir:										Tir:																															
Ons:										Ons:																															
Tor:										Tor:																															
Fre:										Fre:																															
Lør:										Lør:																															
Søn:										Søn:																															

Overordnede Mål (Vurderet fra 1-10)	Behandlingsuge:									
	Start	5	7	9	13	15	17	19	21	Slut
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

Kolonne 2: Resume af sidste uges behandling.				
Sidste uges mål for arbejdet med og omkring familien (forældre; den unge samt øvrige nøglepersoner):		Nået	Delvist nået	Ikke nået
# 1				
# 2				
# 3				
# 4				
# 5				

Kolonne 3a: Resume af sidste uges behandling.
Kort beskrivelse af de eventuelle barrierer der har været ift. opnåelse af sidste uges mål (beskrives for hvert enkelt mål):

Kolonne 3b: Resume af sidste uges behandling.
Kort beskrivelse af det der er lykkedes ift. opnåelse af sidste uges mål (beskrives for hvert enkelt mål):

Kolonne 4: Resume af sidste uges behandling/ Nu-og-her.
Generel status. Kort beskrivelse af vigtige hændelser der har været i løbet af ugen, samt hvordan disse hændelser påvirker behandlingen

Kolonne 5: Nu-og-her.
Fokus denne uge. Ud fra ovenstående beskrivelser (kolonne 3 -4) beskrives her hvilke(n) fokusområde(r) der prioriteres at fokusere på den kommende uge – altså hvilke(n) adfærdsanalyse(r) det prioriteres at forankre denne uges behandling i. Beskriv ligeledes kort hvorfor dette fokusområde prioriteres.

Kolonne 6: Fremadrettet	
Konkrete mål for denne uge (forældre; den unge samt øvrige nøglepersoner):	
# 1	
# 2	
# 3	
# 4	
# 5	

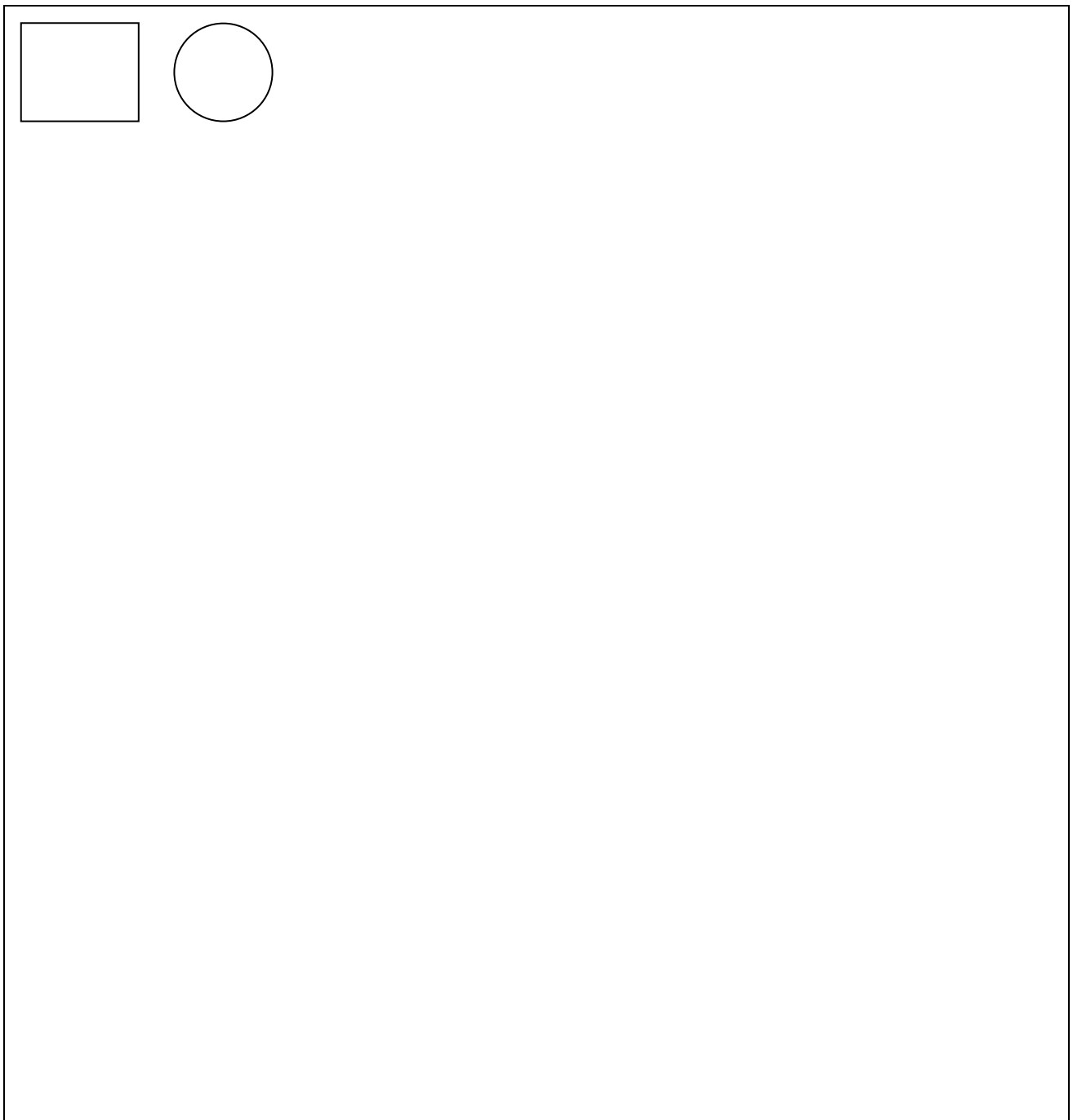
Spørgsmål til vejleder

Progressionsplan
Beskriv kort hvad familien/ den unge har fået af hjemmeopgaver imellem sessionerne og hvordan du sikrer dig hjemmeopgaverne bliver udført.

Indledende papirarbejde

Familie: _____ **SMI-behandler:** _____ **Dato:** _____

Genogram (3 generationer)



Netværkskort

Familie	Venner
Bekendte/ kollegaer	Offentlige personer

Årsager til henvisning



Umiddelbare mål/ ønskede resultater af behandlingen

Deltagere	Mål
•	-
•	-

SYSTEMISKE STYRKER	SYSTEMISKE VANSKELIGHEDER
Individuelle	Individuelle
Familie	Familie
Skole	Skole
Kammerater	Kammerater
Nabolag m.v.	Nabolag m.v.

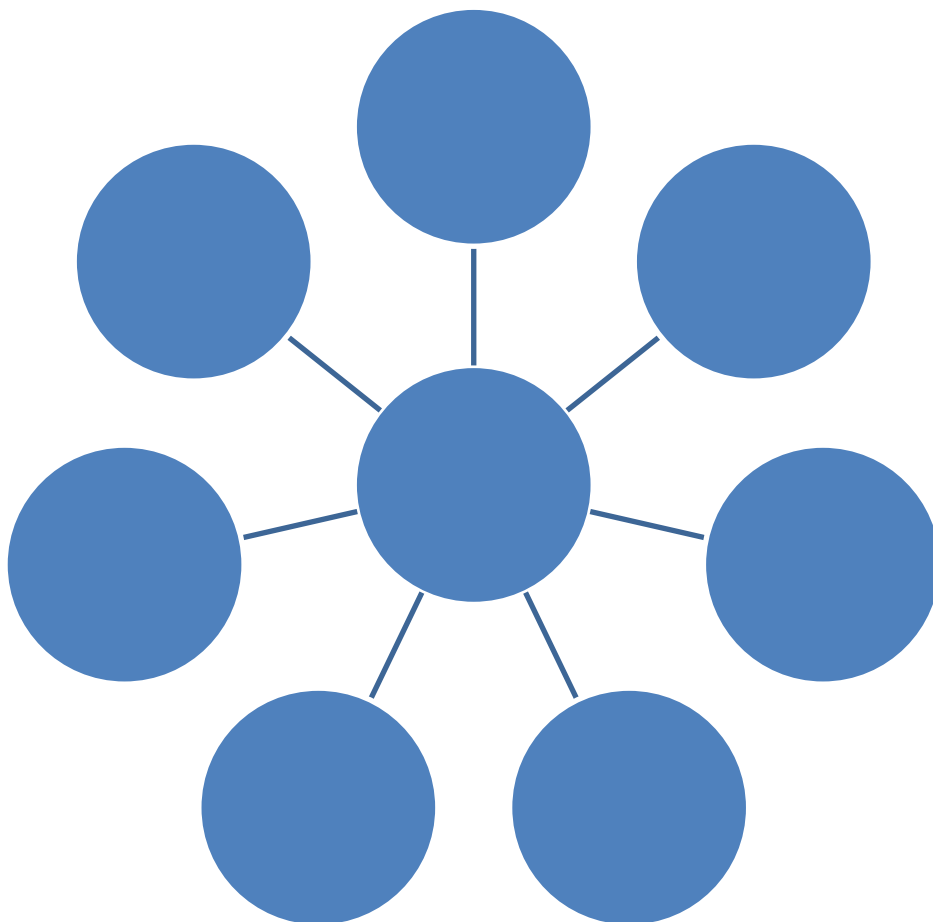
BILAG 3A

Adfærdsanalyse

At forstå sammenhængen mellem problemadfærd og påvirkende faktorer:

Ung:

Dato:



Prioriterede påvirkende faktorer:

1. _____
2. _____

Hypoteser

1. _____
2. _____

Relaterede nye midlertidige mål:

1. _____
2. _____

Sekvensanalyse-skema

