

## **Praktisk koordineret familiebehandling**

**Helge Kjems**

Här beskrives den i Århus utvecklade speciella familjebehandlingen baserad på socialpolitiska-pedagogiska grunder samt på gruppkonsultation, en speciell konferensteknik utarbetad för ändamålet.

Efterhånden som flere og flere socialpolitiske problemer løses, vil den gruppe af familier, som stadig falder helt udenfor vor rækkevidde, blive mere og mere udfordrende for os. Det er dels en rest af gammel fattigdom, et efterslæb i kulturel henseende, dels familier, som på grund af sygdom, dårlige evner eller andre interfamilære forhold desorganiseres med det resultat, at normsystemer svigter og familiens basale funktioner kommer i uorden. Det er indviklede familier med en sammenblanding af legemlig sygdom, psykisk traumatisering, ofte dårlige evner, mange års afhængighed af social forsorg, alt vævet sammen i et mønster som gør, at man behandlingsmæssigt ikke ved, hvor man skal begynde eller ende. Starter man et sted, f.eks. med det somatiske, nedbrydes resultaterne hurtigt af andre mangler, og det samme gælder start indenfor andre felter, f.eks. behandling af det psykiske helbred eller økonomisk hjælp. Man har derfor tidligere stort set opgivet disse familier som behandlingsobjekter, man nøjes med at forsørge dem økonomisk forsvareligt, men har ladet dem leve deres eget kulturløse liv, sådan at man kun griber ind i nødtilfælde, f.eks. ved at fjerne børnene, hvis forholdene bliver helt uforsvarlige, eller ved at give individuel

behandling i tilfælde af groft spiritusmisbrug, narcomani, selvmordsforsøg. Ofte indtræder nødsituationen først, når børnene begynder at blive kriminelle.

### **De lokale forudsætninger**

En speciel konvergens af socialpolitiske forhold har gjort, at vi er kommet til at beskæftige os mere med disse familier. Der har her igennem mange år været drevet en aktiv socialpolitik, hvor man ikke har nøjedes med at tage problemerne, når de kom, men også selv har opsøgt dem. Der er opbygget et behandlingsapparat indenfor socialvæsenet i form af omsorgsarbejde, hjemkonsulentarbejde og sociallægeinstitution, altså alt i alt et vågent socialvæsens bestræbelser i progressiv retning, og en koordinering af disse bestræbelser indenfor et bysamfund af en passende størrelse, 120.000 indbyggere.

### **Hjemkonsulenterne**

Hjemkonsulentinstitutionen har bestået siden 1940. Hjemkonsulenterne er forsorgsmedarbejdere med en særlig uddannelsesbaggrund, idet de er pædagoger med en husholdningsfaglig uddannelse. Institutionen har her fra en forsigtig begyndelse på privat

basis udviklet sig sådan, at der nu er 10 hjemkonsulenter, som er kommunalt ansatte og nu administrativt tilknyttet børneforsorgens familievejledningsafdeling.

Hjemkonsulenterne kommer i forbindelse med klientellet på flere måder, de arbejder i distrikter, hvor de efterhånden får et stort lokalkendskab, ligesom de selv bliver kendte, det bevirker at familier, som har vanskeligheder, har god mulighed for at komme i kontakt med dem, enten ved direkte henvendelse eller ved kontakt gennem bekendte, som i forvejen har forbindelse med hjemkonsulenten. De arrangerer kursus- og klubvirksomhed i deres kvarterer, og her deltager mange, specielt husmødre fra truede familier, og har altså også herigennem en mulighed for kontakt. De fleste familier henvises dog fra socialkontor, sundhedsplejerske, skolepsykologisk kontor, læger og andre institutioner. Omkring hjemkonsulenternes virksomhed er der vokset et klubarbejde frem, hvori deltager såvel husmødre som større og mindre børn. Lokaler til disse klubber findes i tilslutning til forebyggende børneforsorgscentre, her er der tillige demonstrationskøkken, hvor hjemkonsulenterne i små grupper kan undervise husmødre i elementær madlavning. Hjemkonsulenterne leder selv deres klubber, men udover klubvirksomheden er der en meget varieret kursusvirksomhed med mulighed for at lære syning, tilskæring, håndarbejde, der har været studiekredse i litteratur og økonomi. Undervisningen foregår i små grupper på 10—15. Gruppearbejdet på disse kurser får en særlig karakter, fordi deltagerne ofte går igen fra år til år, de kommer der for kontaktens skyld og får herved en mulighed for at bryde ud af den særlige isolation, som netop er karakteristisk for mange multiproblemfamilier. Undervisningen foretages af faglærere, men hjemkonsulenterne leder virksomheden. Af hensyn til at mange husmødre i gruppen har små børn, er der i forbindelse med klub- og kursusvirksomheden arrangeret børnepasning med småbarnspædagoger. Der arrangeres årlige sommerlejr, hvor grupper af mødre og deres børn kan være sammen, befriet for det hjemlige tryk, og komme i kontakt med hjemkonsulenten.

## Sociallægeinstitutionen

En anden vigtig forudsætning for denne specielle familiebehandling er opbygningen af sociallægeinstitutionen med dens psykiatriske, pædiatriske, psykologiske og socialrådgiverekspertise. Der er tale om en social-psykiatrisk institution, placeret midt i byens sociale forvaltning med nær kontakt til alle afdelinger på socialkontoret. En sådan placering af denne særlige sagkundskab lige midt imellem de sociale medarbejdere, som har det daglige arbejde med klientellet, har givet specialisterne en mulighed for at få et godt indblik i klientbehandlingen og de særlige problemer, den frembyder. Man får et indgående kendskab til klientellet, dets livsvilkår og familieforhold, byen er ikke større, end at man kender familiemedlemmer i så godt som alle truede familier, og mange af klienterne har man set i tidligere krisesituationer. Sociallægeinstitutionens placering giver den en særlig gunstig observationsposition, og en særlig god mulighed for at følge med i den socialpolitiske udvikling, og administrationen her har været interesseret i utraditionelle arbejdsmetoder og forsøg med nye behandlingstekniker. Yderligere har der været den gunstige position, at der siden 1957 har været fuld beskæftigelse og en almindelig stigning af levestandard og velfærd. Multiproblemfamilierne har nok delvis fulgt med i den økonomiske udvikling, men med hensyn til familiefunktionen, har de stagneret og er derfor stadig en udfordring for den sociale administration.

Jeg har selv tidligere haft erfaringer, som gjorde det særlig naturligt for mig at have opmærksomheden vendt mod familieproblemer. I årene 1947—53 foretog jeg en undersøgelse af et børneværns-klientel, omfattende 197 tilfælde, for ungdomskommissionens 5' udvalg. Et af formålene var at skaffe oplysninger om børnenes hjem, både hvad angår de økonomiske forhold og de sociale forhold samt hjemmets følelsesmæssige atmosfære. Undersøgelsen påviste typiske udviklingsforløb hos børnene, det var muligt at belyse sammenhængen mellem specielle miljøtyper og udviklingsforløb hos børnene og påvise "farlige miljøer". På det tidspunkt manglede man indsigt i familiedynamik, og mange vigtige sammenhæng blev overset, men

en senere vurdering har overtydet mig om, at mellem 35 og 40 % af disse familier var typiske multiproblemfamilier, så jeg har kendt disse familier i forvejen, uden at kende begrebet.

### Hvor stort er problemet talmæssigt?

Hvor stort et problem er disse familier talmæssigt? Helt sikkert kan det ikke siges, men det er næppe stort. Vi har prøvet at danne os et skøn over det.

Ved en statusopgørelse af sundhedsplejerskeklientellet i Århus i oktober 1963 blev et, af os udarbejdet, skema udfyldt af sundhedsplejersken i de tilfælde, som hun følte faldt ind under denne gruppe. Skemaet beskrev de forhold, der var af betydning: utilfredsstillende boligforhold, grænsen sat meget lavt, legemlig sygdom eller handicap hos forældrene og børnene. Psykisk sygdom hos forældre eller børn, evnedefekter, alkoholisme eller spiritusmisbrug, mangler i børnenes pasning, offentlig hjælp, og eventuel direkte nød. Endelig rubriceredes hovedproblemet i familien.

Materialet er gjort op af socialrådgiver Thora Randrup og sociallæge Gertrud Schleisner og skal kort refereres:

Udgangsmaterialet er 2257 familier, som alle havde børn under 3 år, de fleste under 1 år. Mødrenes alder viste en spredning fra 39 år til 15 år — med et gennemsnit omkring 25 år. Der var ialt 288 enlige mødre, altså ca. 13 %.

Indenfor dette klientel, der dækker så godt som alle de familier, der har børn i den alder, fandtes 69 familier med miseriespræg, nok et minimumstal. Heraf var 39 enlige mødre med børn, altså noget mere end halvdelen.

Hos 42 af de 69 familier var der kontakt med socialkontoret og en eller flere andre hjælpende eller behandlende institutioner, og de skematiske oplysninger bekræftede, at familiernes problemer lå på mange områder, f.eks. havde de alle problemer på mere end eet af følgende områder: det boligmæssige, det økonomiske, det helbredsmæssige og følelsesmæssige, og 15 familier havde problemer på alle disse felter.

Ca. halvdelen af disse familier levede overvejende af offentlig hjælp, og godt en fjerdedel

fandtes direkte nødlidende, trods de gængse hjælpeforanstaltninger.

Boligforholdene var slette hos 25 familier, økonomien meget dårlig hos 22, helbred dårligt hos 17, disharmoni og utryghed hos 25, og manglende evne til at passe børn hos 30 familier.

Der er ingen tvivl om, at der er tale om en egentlig problem- og miseriesgruppe, og det skønnedes da også, at kun  $\frac{1}{3}$  havde både evne og vilje til samarbejde om en behandling — et tilsvarende antal er forøvrigt i behandling.

Hvis vi går ud fra familier med børn under 1 år, hvor dækningen er fuldstændig, finder vi her 33 tilfælde af 1856 — altså knap 2 % — og jeg vil skønne, at halvdelen af dem er multiproblemfamilier.

Indenfor denne relativt unge gruppe er man altså nede på ca. 1 %, en størrelseorden som jeg mener, dækker hele gruppen af familier med børn.

Gruppen er altså ikke større, end at man skulle kunne nå den med et veludviklet socialvæsen.

Det kan bemærkes, at sundhedsplejerskernes journalmateriale efter denne undersøgelse er udbygget med oplysninger, som er relevante med henblik på at afsløre multiproblematik, og at disse oplysninger nu registreres på datamaskine, sådan at man fremover vil få en mulighed for at identificere disse familier tidligt og dermed også en mulighed for at kontakte dem.

### Lignende projekter

I slutningen af 50-erne og i begyndelsen af 60-erne har der overalt i de vestlige lande, først og fremmest i England, U.S.A. og Canada, men også i Holland og Frankrig, været en speciel interesse for at behandle multiproblemfamilier. Behandlingsprojekter er piblet frem, uden nogen fælles planlægning, men affødt af erkendelsen af disse familiers tilstand og deres specielle behandlingsbehov. Behandlingsprojekterne har været meget forskellige, og mangfoldigheden af dem er beskrevet i Benjamin Schlesingers arbejde: *The Multi-Problem Family*, 1963, af Lagey og Ayres. Man har delt behandlingsprojekterne op i 5 grupper:

1) Case-konference, behandling baseret på at man indenfor en gruppe omfattende forskellige institutioner behandler et case med henblik på diagnose og behandlingsplan. Hovedformålet er koordinering. Mange projekter er begyndt på den måde.

2) Intensiv case-work med speciel teknik, en mere direkte behandling, også baseret på hjembesøg, deltagelse i funktioner i familien.

3) Multi-service-behandling, som er en kombination af case-work-behandling i familien, gruppearbejde, koordination af sundheds- og velfærdsinstitutionernes arbejde.

4) Lokale samfundsmæssige udviklingsprogrammer i specielle truede kvarterer, her bygges meget på kvarterets egen befolknings initiativ, stiles efter sanering, forbedring af uddannelsesmuligheder.

5) Andre programmer, baseret på frivillig hjælp, hjemmehjælpsstøtte eller anbringelse af hele familier i specielle institutioner, som man særlig har gjort det i England og Holland.

Forfatterne har placeret 117 af dem opsporede behandlingsprogrammer på følgende måde: case-konference 20½ %, intensiv case-work 37 %, multiservice 17 %, lokale udviklingsprogrammer 13 %, resten enten andre eller ikke klassificerede programmer.

Hoveddelen af Schlesingers bog er iøvrigt en bibliografi med en kort karakteristik af godt 300 artikler eller monografier vedrørende multiproblemfamilier, altså et overordentlig vigtigt hjælpemiddel for de, der skal arbejde indenfor feltet.

### **En socialpolitisk-pædagogisk behandling**

Behandlingen af multiproblemfamilier her er først og fremmest en pædagogisk og socialpolitisk behandling, baseret på hjemkonsulternes hyppige besøg i hjemmene, sociallægeinstitutionens supervision af hjemkonsulentgruppen, koordinationen af en række institutioners arbejde med familierne, det drejer sig om sundhedsplejerskerne, daginstitutioner for børn, børneforsorgsinstitutioner, skoler, skolepsykologisk kontor, revalideringscenter og socialkontorets forskellige afdelinger, anvendelse af gruppevirksomhed, klubber, kurser og sommer-

lejre. Der er altså 3 poler i virksomheden, hjemkonsulenten i familien, sociallægeinstitutionen og samfundets støtteinstitutioner.

Familiens indre rollespil opleves kun af hjemkonsulenten, mens ydre rollespil kan iagttages både af hjemkonsulent og institutionspersonale. Ud over supervisionsfunktionen har sociallægeinstitutionen også funktion som psykiatrisk-psykologisk konsulent for teamet. Enkeltmedlemmer af familierne undersøges og vurderes, børn testes, og der kan også være tale om individuel behandling.

### **Hjemkonsulenternes funktion**

Hjemkonsulenternes funktion i familierne består først og fremmest i et praktisk samarbejde med familierne, der drøftes økonomi, lægges eventuelt budget, man ser på kostvanerne, vedligeholdelsen af tøjet, børnenes pasning og opdragelse, og igen disse praktiske gøremål kommer hjemkonsulenten efterhånden i kontakt med alle familiedlemmer. Den praktiske virksomhed består dels i demonstration af, hvordan man gør arbejdet mest praktisk, altså en pædagogisk virksomhed, dels af direkte hjælp til at gøre tingene i situationer, hvor det giver særlig gode kontaktmuligheder med familiemedlemmerne. Hjemkonsulenten kan f.eks. hjælpe en kone med reparation af børnenes tøj for derigennem at få lejlighed til at tale med hende, uden at det føles som en interview-situation. Det har vist sig, at samarbejde mellem hjemkonsulent og familiemedlemmer om praktiske ting giver en ganske særlig god mulighed for nonverbal kommunikation. Beskæftigelsen med familiens helt basale praktiske funktioner åbner for indblik i familiens indre rollespil, og specielt afsløres svigt og mangler meget klart, ligesom man får et indblik i de interfamilære årsager til svigtende funktion. Under en sådan nonverbal kommunikationsproces folder familiens emotionelle problemer sig ud, hjemkonsulenten kommer bag familiens forsvarsværker og bliver identificeret med familiemedlemmerne og kommer til at deltage i familiens interaktionsprocesser. Man kan sige, at den nonverbale barriere overspringes, og netop i forhold til multiproblemfamilier er det den eneste mulighed for at få en behandlingsbæredygtig kontakt. Disse

familier er så skeptiske og så isolerede, og så lidt fortrolige med at udtrykke sig, at den sædvanlige interviewsituation, og en behandlingssituation baseret herpå, ikke er mulig. På den anden side bervirker identifikationen og deltagelsen i familiens interaktion, at hjemkonsulenten selv løber en risiko for at blive vævet ind i familiens patologi. Der kræves en betydelig grad af professionel holdning for ikke selv at lade sig vikle ind i familiens problematik og komme til at fungere som et "dårligt tilpasset familiemedlem". Det er nødvendigt, at der er mulighed for supervision af udenforstående teamrepræsentanter, der kender familiens problemer uden selv at være personligt engageret i dem.

Det er vigtigt, at hjemkonsulentens deltagelse i praktisk virksomhed i familien indskrænkes til at omfatte situationer, hvor en sådan deltagelse har pædagogisk værdi, eller hvor den har værdi for kontakten. I de mange tilfælde, hvor der derudover er behov for praktisk hjælp, bruges hjemmehjælpere, som under ledelse af hjemkonsulenten foretager det praktiske arbejde sammen med husmoderen. Det er praktiske medhjælpere uden pædagogisk uddannelse.

Den store vægt, som vi lægger på arbejdet med familiens praktiske og basale funktioner, er forklaringen på, at vi stadig fortrinsvis bruger medarbejdere med husholdningsfaglig uddannelse og ikke socialrådgivere. På det tidspunkt, hvor hjemkonsulenten kommer ind i familien, er hele hjemmets praktiske funktion oftest så kompromitteret, at det kræver virkelig sagkundskab af denne art for at påbegynde et opbygningsarbejde. Økonomien er for det meste brudt sammen, hjemmet er dårligt passet, maden insufficient, børnene forsmåede både fysisk og følelsesmæssigt, og ofte står familien i en situation, hvor de er eller risikerer at blive opsagt i deres bolig. I denne desperate situation er familien på den anden side ofte motiveret for hjælp, og hjemkonsulenten får herved fra starten en gunstig position, som en, der i hvert fald kan hjælpe med nogle af de praktiske ting. Hjemkonsulenten kommer i disse tilfælde hovedkulds ind i familien og må starte med meget hyppige besøg, somme tider daglige. I andre til-

fælde, specielt hvor der er tale om særlig stor skepsis og modvilje eller passivitet, kræves der et langt forberedelsesarbejde fra hjemkonsulentens side, inden hun kan få kontakt. Der kræves da tilbageholdenhed, diskretion, forsigtighed med hensyn til indblanden, hjælp med hensyn til mere perifere forhold, kontakten formidles af og til gennem klub- eller kursusvirksomhed eller ved at få kontakt med børnene i klubber for dem. Der kan gå måneder til halve år med en sådan forsigtig tilnærmelse, og der er tilfælde, hvor kontakten ikke opnås, men de er egentlig sjældne.

### **Hjemkonsulenten som samarbejdsformidler**

Formålet med arbejdet er at få familien til at fungere bedre udadtil og indadtil, og det er vores erfaring, at de to sider af familielivet påvirker hinanden. Med hensyn til funktionen udadtil, virker hjemkonsulenten som en samarbejdsformidler, og det er en meget vigtig side af virksomheden, det kan være helt afgørende også for familiens indre liv, at der opnås bedre forhold til de institutioner, som er til disposition for familien. Langt de fleste af disse familier har dårlige erfaringer med offentlige institutioner, der vil ofte være misforståelser, modvilje eller uvilje fra begge sider. Det er vanskelige og provokerende klienter, som i deres møde med samfundet lægger op til konflikter, de er krævende og besværlige, og hvis man ikke forstår deres baggrund, er de næstan umulige at ekspedere korrekt. Her har hjemkonsulenten en mulighed for på den ene side at forklare samfundets hjælpemidler for familien og gøre den indstillet på at modtage hjælpen, på den anden side at forklare institutionerne og myndighederne familiens situation og eventuelt sikre, at de midler, der bliver bevilget, bliver anvendt til formålet. Det er ikke meningen, at hjemkonsulenten skal være familiens advokat overfor de sociale myndigheder, men bør være en formidler, som kan indstille begge på et fornuftigt samarbejde ved at udrydde misforståelser og modvilje hos familien, og ved gennem sit kendskab til familien at forklare institutionernes repræsentanter, hvorfor familien har fungeret sådan og sådan i konkrete situationer. Det sidste skulle være det letteste, og her

medvirker vore gruppekonsultationer til at klare dette forhold. Familiens egen modvilje og indstilling er væsentlig vanskeligere at bearbejde. Det drejer sig her om benyttelse af dagsinstitutioner, børnehaver og fritidshjem, midlertidige anbringelser af børn i børnehjem, mange af disse mødre har et næsten fysisk behov for at have børnene omkring sig hele tiden, og det kan være svært at motivere dem for at give børnene fra sig. Hos nogle af de dårligste familier er det imidlertid absolut nødvendigt at have børnene i børnehaver, inden de skal i skole, de bliver ganske simpelt ikke skolemodne uden denne behandling. I visse tilfælde er det nødvendigt at hente og bringe disse børn og det er en selvfølge, at der i disse tilfælde gives friplads til børnene. Børnene er ofte så afvigende og forstyrrende, at der fra daginstitutionens side må ydes en helt speciel behandling, nogle børn bliver vasket og klædt om, når de kommer, og der kræves et meget nært samarbejde mellem daginstitutionen og hjemkonsulenten, for at det kan gå. I disse hjem passes de profylaktiske helbredsmæssige undersøgelser ikke uden støtte fra hjemkonsulenten, det kan være svært at få børnene i skole, og det kan være vanskeligt at motivere forældrene for flytninger til specialklasser eller hjælpeskole. Vi lægger megen vægt på hele den side af virksomheden, det er et område, hvor store resultater kan nås, og hvor der i hvert fald ikke kan gøres skade.

### **Sociallægeinstitutionens funktion**

Jeg skal herefter omtale sociallægeinstitutionens funktion indenfor arbejdsområdet med multiproblemfamilierne. Der er her psykiatrisk, psykologisk og specielt socialrådgiverassistance til disposition, både for familierne, for hjemkonsulenterne og for de institutioner, der skal arbejde med familierne. Arbejdet er tilrettelagt sådan, at det væsentligst sker i konferenceform. Der er 3 typer af konferencer, en ugentlig 1-times konference, hvor hjemkonsulenterne kan forelægge aktuelle problemer, både om nye sager og om sager, der har været til behandling tidligere. Der er arbejdskonferencer, som indkaldes efter behov, her behandles en bestemt families problem under medvirken

af det snævrere mulige team, hjemkonsulenten og repræsentanter fra de institutioner, der har det nærmeste samarbejde med familien. Endelig er der den egentlige gruppekonsultation, de store konferencer, hvor alle hjemkonsulenter og teamet fra sociallægeinstitutionen er tilstede sammen med repræsentanter fra daginstitution, børnehjem, børneværn, socialkontorets afdelinger, skolepsykologisk kontor og enkelte gange tillige patientens egen læge, eller læger fra psykiatrisk børnehospital eller statshospitalet. Sociallægeinstitutionens socialrådgiver forbereder, sammenkalder og leder disse konferencer. Forberedelsen består i en minuttøs gennemgang af akter og journaler, iværksættelse af fornødne individuelle undersøgelser af børn og familiemedlemmer. Konferencen refereres, og disse referater er ved siden af de undersøgelses- og testmaterialer, der foreligger, vort væsentligste skriftlige materiale.

### **Gruppekonsultation: Supervision — planlægning — uddannelse**

Denne konference er en form for gruppekonsultation. Det er en kommunikationsform, som er vokset frem gradvis siden 1959, betinget af de helt specielle samarbejdskrav, der stilles til de medarbejdere og institutioner, som har med multiproblemfamilier at gøre. De klassiske kommunikationsformer, på den ene side supervisionen, på den anden side den skriftlige erklæring, slår ikke til i dette arbejde. Med hensyn til supervisionen ligger vanskelighederne i, at der i branchen er samlet repræsentanter fra en række forskellige institutioner, fagfolk af helt forskellig uddannelse. Manglerne ved den skriftlige erklæring, som er den traditionelle psykiatriske kommunikation, er at den er ensrettet og ikke giver mulighed for feedback, ofte er den, der har skrevet erklæringen ikke til stede. Endelig er der det forhold, at man i psykiatri sjældent arbejder med nagelfaste facts. Man har derfor forsøgt at arbejde sig frem til en ny form for kommunikation, som giver mulighed for at indhente de facts, som gruppen er i besiddelse af, føre en vis fælleskontrol med den professionelle holdning i gruppen, planlægge behandling i fællesskab og endelig udnytte gruppen som

et fælles pædagogisk instrument i form af en fortsat klinisk uddannelse, i hvert fald af de faste deltagere i gruppen.

Med hensyn til indhentning af facts må det bemærkes, at gruppen er sammensat af medarbejdere fra forskellige institutioner og fra forskellige fagområder, men alle har et indgående kendskab til familien, nogle endog et kendskab, som strækker sig over to generationer. I forvejen er relevante facts fra journaler, både sociale, psykiatriske og psykologiske, samlet og refereret, der er ofte foretaget nye psykiatriske og psykologiske undersøgelser af familiemedlemmer til brug for konferencen. Hjemkonsulenten har på konferencetidspunktet oftest arbejdet med familien i flere måneder forinden og kommer med en hel serie af friske observationer, som er oplevet under interaktion i familien.

Med hensyn til kontrollen med den professionelle holdning i gruppen drejer det sig selvsagt mest om de faste teammedlemmers holdning, her kan afsløres for stærk identifikation med bestemte familiemedlemmer, eller med familien som helhed, for stærkt engagement, som kan føre til fejlurderinger og uheldige holdninger til institutioner, som arbejder med familien. I mindre grad gør det sig gældende overfor repræsentanter for andre institutioner, men det er dog sket, at en negativ holdning til en familie er blevet ændret helt, efter at en repræsentant har fået nærmere indblik i familiens forhold og har oplevet den måde, gruppen bearbejder en families problemer.

Den fælles planlægning, og hermed koordinationen af behandlingen, er en meget vigtig side af gruppekonsultationens funktion. På grundlag af de facts, der er indhentet, og den sagkundskab der er samlet, har man mulighed for at planlægge væsentlig mere realistisk. De medarbejdere, der skal udføre planen, er til stede og kan sige fra, hvis planen er gennemførlig, det kan gælde forhold, som har juridisk, økonomisk og boligmæssig karakter. En anden fordel er, at de medarbejdere, der er til stede, på en vis måde forpligter sig indenfor deres funktionsområde. Dette forhold gælder ikke de, der arbejder i selve familierne. Dem op-

fatter vi som helt selvstændige med det fulde ansvar for det, de gør. Det er nødvendigt, at de har en særlig frihed til at vælge en speciel fremgangsmåde, passende til deres egen personlighed og til skiftende situationer i familien. Kravet til dem er derimod åbenhed overfor gruppen. Koordinationen mellem arbejdet i familien og arbejdet med familien fra institutioner, der er til støtte for familien, f.eks. daginstitutioner, skolepsykologisk kontor, socialkontorets forskellige afdelinger, herunder børneværnet, egen læge, hospitalsafdelinger, er helt afgørende for behandlingens gennemførelse. Man undgår så vidt muligt at have forskellige grupper af medarbejdere kommende i hjemmet, delegerer opgaverne til bestemte, og aftaler nøjagtigt hvad hver enkelt skal udføre.

Gruppekonsultationens pædagogiske værdi er en vigtig side af dens funktion. Alle deltagere i gruppen lærer af disse konferencer, uanset hvilken basisuddannelse de har, man lærer af selve tilfældet, de forskellige faggrupper lærer af hinanden. Endelig dyrkes det pædagogiske også helt specielt, idet der holdes rent teoretiske konferencer om helt specielle emner, og der gennemgås ny litteratur. Konferencerne får karakter af en fortløbende klinisk uddannelse for de faste gruppemedlemmer.

Under arbejdet i gruppen er det muligt at få en vurdering af familiens indre rollespil, dens ydre rollespil, dens funktionsniveau på forskellige områder, man kan f.eks. få svar på spørgsmålet om, hvilke områder familien fungerer godt eller dårligt på, hvor man med held kan prøve at styrke familiens funktion med de hjælpemidler, der er til disposition i form af bedre administration i hjemmet, styrkelse af bestemte familiemedlemmer eller mere generelle foranstaltninger af økonomisk, social eller boligmæssig art.

Denne behandlingsform, den praktisk koordinerede familiebehandling, er ikke en psykiatrisk behandling, det er heller ikke en case-work-behandling, men det er en speciel social-pædagogisk behandling, baseret på hjemkonsulenternes praktiske og pædagogiske virksomhed i og med familien, og på en koordination af samfundets hjælpemidler, specielt med henblik på disse familier.