

Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn

Anders Broberg, Kjerstin Almqvist, Petra Appell, Ulf Axberg, Åsa Cater, Helena Draxler, Maria Eriksson, Karin Grip, Fredrik Hjärthag, Ole Hultmann, Clara Iversen, Karin Röbbäck de Souza



GÖTEBORGS
UNIVERSITET



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS





insatser & risk- skyddsbedömningar för våldsutsatta barn

iRisk är ett forskningsprojekt som startade 2012 på uppdrag av Socialstyrelsen. Syftet med projektet är att förbättra möjligheterna för barn som lever med våld i sin familj att få sin situation uppmärksammas och giltiggjort, samt att barn som får kontakt med socialtjänsten, socialtjänstanknutna verksamheter eller BUP ska få insatser som svarar mot barnens behov av skydd, stöd och behandling. I projektet samverkar Göteborgs, Karlstads och Örebro universitet samt Mälardalens Högskola.

Forskningsledare är Anders Broberg, professor i klinisk psykologi vid psykologiska institutionen, Göteborgs universitet och Kjerstin Almqvist, professor i medicinsk psykologi vid institutionen för sociala och psykologiska studier, Karlstads universitet.

Övriga medlemmar i projektgruppen är:

Ulf Axberg och Karin Grip, båda lektorer, Ole Hultmann, leg. psykolog och doktorand, vid psykologiska institutionen samt Karin Röback de Souza lektor vid institutionen för socialt arbete, alla vid Göteborgs universitet.

Petra Appell, bitr. forskare, Helena Draxler, leg. psykoterapeut och doktorand, och Fredrik Hjärthag, lektor, alla vid institutionen för sociala och psykologiska studier vid Karlstads universitet.

Maria Eriksson, professor i socialt arbete vid akademien för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens högskola.

Åsa Cater, professor i socialt arbete vid institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro universitet.

Clara Iversen, fil.dr och forskare vid sociologiska institutionen, Uppsala universitet.

Önskas direktkontakt med någon av projektmedlemmarna för ytterligare information går det bra att skicka e-post:

Kjerstin.Almqvist@kau.se
Petra.Appell@kau.se
Ulf.Axberg@psy.gu.se
Anders.Broberg@psy.gu.se
asa.cater@oru.se
Helena.Draxler@kau.se
Maria.Eriksson@mdh.se
Karin.Grip@psy.gu.se
Fredrik.Hjarthag@kau.se
Ole.Hultmann@psy.gu.se
Clara.Iversen@soc.uu.se
karin.robback@socwork.gu.se

Projektet avrapporteras löpande i form av såväl svenskspråkiga rapporter som internationellt publicerade vetenskapliga artiklar.

Innehåll

Sammanfattning	5
Inledning	9
Föreliggande rapport	10
Projektet innehåller tre delar	11
Bakgrund	13
I. Kartläggning av barns utsatthet för våld – risk för förnyat/förvärrat våld	13
II. Insatser på olika nivåer – en insatstrappa	15
Sekundärpreventiva eller behandlande insatser	15
Användning av standardiserade bedömningsmetoder	15
III. Prövning i Sverige av interventioner för våldsutsatta barn som visat goda effekter i internationella studier	17
Utvärdering av nya metoder	18
Kunskapsläget rörande insatser för våldsutsatta barn	19
I. Utveckla och pröva bedömningsinstrument om våld i familjen samt ta fram en metod att användas vid risk-/skyddsbedömningar	23
Syfte delprojekt I	23
Deltagande verksamheter	23
Del A. Utveckling och prövning av metoder för att kartlägga våld i familjen	24
Metod	25
Resultat	26
Fördjupad kartläggning	28
Sammanfattning av resultatet av kartläggning av våld i familjen	31
Del B. Utveckling av en metod för risk-/skyddsintervjuer	31
Metod	31
Resultat	34
Samtalsanalys av risk/skyddsintervjuer med barn	37
Sammanfattande slutsatser	42
Del C. Att införa och arbeta med systematiska risk- och skyddsbedömningar	44
Metod	44
Att införa modellen	44
Genomförbarheten av risk- och skyddsintervjuer	46
Brukares delaktighet	52
Grad av måluppfyllelse i delprojekt I	53
A. Metoder för att kartlägga förekomst av våld i familjen	53
B. Utveckling och prövning av förbättrade risk-/skyddsintervjuer	53
C. Möjligheter och hinder för att implementera risk-/skyddsintervjuerna	53

D. En modell för fort-/vidareutbildning av personal i att använda de metoder som arbetas fram i delprojektet.	54
II. Utveckling av en insatstrappa	55
Syfte	55
Frågeställningar	55
Metod.....	56
Rekrytering av verksamheter och personal.....	56
Rekrytering av barn och föräldrar	57
Inkluderade behandlare och handläggare	58
Inkluderade föräldrar och barn	58
Mätinstrument.....	58
Intervjuer om genomförbarhet av kartläggning som redskap för samverkan	59
Analyser	59
Resultat	60
I vilken utsträckning kom barnen till rätt insatsnivå?.....	60
Hänvisning till BUP från verksamhet på annan insatsnivå.	61
Hänvisning från BUP till verksamhet på annan insatsnivå.	62
Samverkan mellan insatsnivåer för att barn ska få rätt insats.	63
Vad försvårar respektive underlättar att barn får insats på rätt nivå?	64
Behandlares och handläggares åsikter om att använda kartläggning av psykisk ohälsa för att våldsutsatta barn ska få insats på rätt nivå	64
Hinder för att använda strukturerad kartläggning i verksamheten	66
Hinder och möjligheter för samarbete mellan verksamheter på olika nivåer	67
Underlättande faktorer för samverkan om rätt insats till våldsutsatta barn	67
Måluppfyllelse:	68
III. Prövning i Sverige av insatser för våldsutsatta barn som i internationella studier visat goda effekter.	71
Syfte	71
Metod.....	72
Tillvägagångssätt.....	72
Instrument	75
Analyser	76
Översiktlig beskrivning av de fyra metodernas innehåll	77
Resultat	79
Våldsutsatthet och psykisk hälsa hos barn och föräldrar före insatsen	79
Genomförbarhet TF-KBT.....	83
Genomförbarhet Child Parent Psychotherapy	85
Genomförbarhet Project Support.....	90
Genomförbarhet Kids' Club	94

Måluppfyllelse.....	97
IV. Utbildning i och förvaltning av de metoder som tagits fram inom projektet.....	101
V. Psykometriska instrument som utvecklats/prövats i projektet	105
Barn om sig själva.....	105
Våldsutsatthet	105
Psykisk ohälsa	106
Förälder om barn och om sig själva	107
Våldsutsatthet	107
Traumasymtom.....	109
Symtom på allmän psykisk ohälsa	109
VI. Diskussion	111
Delprojekt 1.....	111
Kartläggning.....	111
Slutsatser Risk-/skyddsintervjuer	112
Slutsatser användbarhet och genomförbarhet av modellen för datainsamling som underlag för risk-/skyddsbedömningar	113
Delprojekt 2: Insatstrappa	114
Barnens symtomnivåer styr inte val av insats	114
Samverkan mellan insatsnivåer	115
Praktisk genomförbarhet.....	115
Begränsningar	117
Delprojekt 3 Insatser.....	117
Acceptans av de fyra insatsmetoderna.	117
Införandemöjligheter.....	118
Praktisk genomförbarhet.....	119
Bristande tillgänglighet.....	119
Anpassning.....	119
Utbildning	120
Hållbarhet	120
Sammanfattande diskussion av erfarenheterna från iRisk-projektet.....	121
Referenslista	123
Bilagor	133

Sammanfattning

Socialnämnden har ansvar för att ingripa till barns skydd, särskilt när det gäller barn som bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående vuxna. Barnen är offer för brott och kan vara i behov av stöd och hjälp. Samtidigt är våld i familjen ofta en familjehemlighet. På grund av rädsla och förvirring, lojalitet, skuld och skam berättar barn sällan för andra vad de varit med om. Det finns därför risk att deras utsatthet inte uppmärksammas.

För att kunna bedöma risken för att ett barn, som lever med vuxna som utsatt varandra och/eller barnet för våld, ska drabbas av mer och kanske grövre våld, eller tvingas leva med att inte få sina basala praktiska och känslomässiga behov tillgodosedda, krävs detaljerad information om barnets och familjens situation. Socialstyrelsen uppmanar i sin vägledning från 2014 att fråga rutinmässigt om förekomst av våld inom BUP (och inom vuxenpsykiatri och mödrahälsovården). Man konstaterar också att förutsättningarna för att upptäcka våld ökar också inom socialtjänsten om frågor om våld ställs rutinmässigt snarare än på indikation.

I delprojekt I utvecklades och prövades metoder för insamling av uppgifter som behövs för bedömning av hur stor risk barn löper att utsättas för förnyat och eller förgrovat våld av vuxna som har omvårdnadsansvar för barnet. Det rörde sig dels om metoder för att rutinmässigt kartlägga om och i så fall vilken typ av våld i familjen som barn som får kontakt med olika verksamheter (BUP, socialtjänsten, respektive socialtjänstanknutna verksamheter) varit utsatta för, och dels om metoder som syftar till att få fördjupad kunskap om barnets situation och risken för fortsatt våldsutsatthet.

För barn som varit utsatta för våld, antingen indirekt genom att bevittna våld mellan vuxna eller direkt genom våld mot barnet själv, utvecklade och prövade vi intervjuer som kan användas dels med barnen själva (en version för yngre barn och en för äldre barn och tonåringar) och dels till barnets vårdnadshavare. I och med att det finns en rad frågetecken rörande möjligheten och lämpligheten att intervjua i synnerhet yngre barn om deras egen våldsutsatthet, så spelades intervjuerna med barn in på band och analyserades med avseende på dessa frågeställningar.

För att följa upp hur användandet av kartläggning respektive risk-/skyddsintervjuer fungerade inom verksamheterna genomfördes intervjuer med såväl handläggare som chefer.

Kartläggningen av våld visade att i **en fjärdedel (BUP)** respektive en tredjedel (IFO) av de undersökta familjerna uppgav föräldern våldsutsatthet eller otrygghet i en nuvarande eller före detta kärleksrelation. Den fördjupade kartläggningen visade att våldet mot mammor och barn var omfattande.

Baserat på den genomförda kartläggningen bedömer vi att det kan finnas skäl att göra risk-/skyddsbedömning i cirka 10 procent av alla nya ärenden inom BUP och socialtjänsten, och i en majoritet av ärendena där barn har kontakt med skyddade boenden eller andra institutioner inom socialtjänsten eller socialtjänstanknutna verksamheter.

De av oss utvecklade risk-/skyddsintervjuerna fungerade väl rent datainsamlingsmässigt och de togs också väl emot av såväl handläggare som mammor och barn.

Tyvärr visar projektet att det var förenat med stora svårigheter att införa en ny rutin inom såväl BUP som socialtjänsten, vilket ledde till att den rutinmässiga kartläggningen bara genomfördes i en bråkdel av alla aktuella ärenden. I och med det genomfördes endast ett fåtal

risk-/skyddsintervjuer inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg, trots att man under den tid som projektet pågått haft fler än fem tusen klienter. Ingen intervju genomfördes inom BUP trots att de deltagande BUP-mottagningarna hade flera tusen patienter under den aktuella tidsperioden. Så gott som samtliga risk-/skyddsintervjuer genomfördes i stället inom de skyddade boendena eller andra särskilda verksamheter inom eller utom Socialtjänsten.

Intervjuerna med handläggare och chefer visade överlag att instruktion och utbildning från forskarteamets sida hade fungerat väl. Det man kan konstatera är att i synnerhet i verksamheter som till skillnad från till exempel de skyddade boendena inte har våld i familjen som huvudsakligt fokus kan det finnas ett behov av fortbildning om våld i nära relationer som en del av introduktionen av modellen med kartläggning och risk-/skyddsintervjuer.

När det gäller de organisatoriska faktorer som bidrog till svårigheten att pröva modellen inom BUP och socialtjänsten framstår hög arbetsbelastning, hög personalomsättning både vad gäller handläggare och chefer, bristande ledning av förändringsarbetet, samt bristande kompetens om och beredskap att hantera våld i nära relationer som de mest centrala hindren.

Delprojekt II, Insatstrappan, prövade en samverkansmodell mellan stödjande (sekundärpreventiva) insatser i socialtjänsten eller särskilda verksamheter samt behandlande insatser, dvs. barn- och ungdomspsykiatri. Syftet var att våldsutsatta barn som har utvecklat allvarliga symtom på psykisk ohälsa skulle hänvisas direkt till barn- och ungdomspsykiatri medan barn utan så höga symtomnivåer skulle erbjudas stödjande insatser. I modellen användes symptomkartläggande instrument där den som utredde barnet fick snabb återkoppling på om barnets symtomnivå indikerade behov av behandling eller ej. Handläggare som deltog i delprojektet intervjuades om modellens användbarhet. Symptomkartläggningar och flöden mellan verksamheterna registrerades och analyserades. Delstudien om Insatstrappan var den i iRisk som mötte störst svårigheter att genomföra som planerat, och endast en mycket begränsad andel av de barn som kom till verksamheterna under den aktuella perioden kartlades avseende symtomnivåer. Det innebär att resultatet från delprojektet Insatstrappan får tolkas med stor försiktighet.

I likhet vad som visats i tidigare studier, var det en stor andel (ungefär hälften) av de barn som kom till de stödjande (sekundärpreventiva) verksamheterna som hade symtomnivåer som pekade mot ett behov av specialiserade behandlingsinsatser. Samverkan mellan insatsnivåerna förekom dock i stort sett inte alls. I intervjuerna gav behandlare och handläggare uttryck för en positiv inställning till att använda standardiserade bedömningsmetoder, men det var få av dem tog steget att regelbundet använda dem. I de fall man genomförde kartläggning av psykisk ohälsa hos barnen, var det endast i enstaka fall som resultatet påverkade valet av insats för barnet.

Från de behandlande BUP-verksamheterna skedde inte i något fall hänvisning till en sekundärpreventiv insats, trots att det fanns ett antal barn där personal visste att barnet bevittnat våld mot förälder och kontakten med BUP avslutades efter den inledande bedömningsfasen. De stödjande verksamheterna hänvisade inte heller de barn som hade kliniska symtomnivåer till BUP utan erbjöd dem insatser i den egna verksamheten. Delprojektet Insatstrappa belyste såväl svårigheterna att införa standardiserade bedömningsmetoder som att samverka mellan insatsnivåer. Tekniska lösningar som underlättade snabb återkoppling till de som utreder barnen och bättre utbildning och träning av utredande personal i administrering och användning av de standardiserade instrumenten skulle sannolikt ha gett bättre förutsättningar för att pröva modellen.

I delprojekt III prövades genomförbarheten av fyra olika metoder för insatser till våldsutsatta barn som visat goda effekter i internationella studier. Traumafokuserad Kognitiv Beteende Terapi (TF-KBT) och Child Parent Psychotherapy (CPP) utgör behandlingar för barn med symtom på posttraumatisk stress. De prövades inom Barn- och ungdomspsykiatri och ett par särskilda verksamheter. Project Support är en familjebaserad intensiv social behandlingsinsats för våldsutsatta mammor och deras barn som utvecklade beteendestörningar, där vård- och stödsamordning kombineras med föräldraträning i hemmet. Kids' Club är ett gruppprogram för barn som bevittnat våld och deras våldsutsatta mammor. De två sistnämnda insatserna prövades i socialtjänsten. Syftet var att utvärdera acceptans för de olika metoderna bland behandlare och föräldrar, införandemöjligheter, praktisk genomförbarhet, hållbarhet av effekter, att identifiera behov av anpassning och att utveckla utbildningar. Intervjuer med behandlare och föräldrar tillsammans med instrument där föräldrarna skattade sina egna och barnens symtom och instrument där behandlare skattade sin metodtrohet användes för analyser.

Delprojektet genomfördes enligt plan och såväl behandlare som föräldrar uttryckte sig genomgående positivt om den metod de hade prövat. Metoderna tycks i stort sett kunna användas som de utvecklats, med undantag av att det i tre metoder ingår strategier för att lära föräldrar att sätta gränser för sina barn (TF-KBT, Project Support och Kids' Club) vilka de svenska behandlarna fann oacceptabla och uteslöt. En genomgående svårighet, särskilt inledningsvis, var att rekrytera våldsutsatta barn till insatserna, då man inte kartlade våldsutsatthet och hade svårigheter att identifiera barn som behövde insatsen. Övriga svårigheter som identifierades gällde framförallt organisation (tillgång till stöd från ledning, omsättning bland personal och chefer, tillgång till handledning, begränsad tillgänglighet på grund av arbetstider och geografiskt avstånd).

Sammanfattningsvis visade denna genomförbarhetsprövning lovande resultat för samtliga metoder. CPP och TF-KBT utgör två behandlingsmetoder som är väl lämpade att erbjuda till våldsutsatta barn, och som även kan användas för barn som utsatts för andra trauman. Båda metoder användes spontant av behandlarna i andra lämpliga ärenden redan under projektiden. De kan därför bedömas ha goda möjligheter att spridas inom Barn- och ungdomspsykiatri. Tillsammans innebär metoderna att man har ett behandlingsutbud för barn i alla åldrar. Båda metoderna kräver dock en infrastruktur med regelbunden handledning och stabil miljö för behandlarna, som exponeras för barns utsatthet.

Även Project Support och Kids' Club visar båda lovande genomförbarhet. Gruppformen reser frågor om lämplig kommunstorlek, vilket innebär att den familjebaserade Project Support kan vara ett lämpligt komplement som insats till våldsutsatta barn och föräldrar. Det kräver dock fortsatta studier där möjligheten att arbeta med Project Support inom Socialtjänsten studeras vidare.

Inom ramen för projektet har utbildningar i Project Support, CPP och Kids' Club utvecklats vid tre universitet och högskolor med lämplig inriktning. Handledarkompetens för TF-KBT har även byggts upp. Att etablera av upphovsmännen godkända utbildningar med svenska utbildare och handledare och därmed tillhandahålla dessa utbildningar på svenska kräver flera års arbete. Det är dock en förutsättning för att metoderna ska kunna spridas i Sverige och erbjudas till våldsutsatta barn och föräldrar.

Inledning

Barn far illa av att utsättas för eller bli vittne till våld eller andra övergrepp som begås av eller mot närstående vuxna personer. Våldet eller övergreppet är ett övergrepp även mot barnen [1]. Socialnämnden har ansvar för att ingripa till barns skydd, särskilt när det gäller barn som bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående vuxna. Dessa barn är offer för brott och kan vara i behov av stöd och hjälp [2].

Nästan elva procent av 13–17-åringar uppger i en svensk studie att de någon gång under uppväxten har upplevt våld i nära relation [3]. Barn och unga är ofta i det rum där våldet äger rum och riskerar även själva att bli skadade eller kränkta. Forskning visar på tydliga samband mellan våld i den vuxna parrelationen och barnmisshandel. I olika studier finns överlappning i mellan 22 och 67 procent av fallen [4].

Våld i familjen är ofta en dold familjehemlighet. Barn berättar sällan för andra om vad de varit med om när de bevittnat våld, bl.a. av rädsla och förvirring, lojalitet, skuld och skam. Det finns därför risk för att deras utsatthet inte uppmärksammas [5].

Att utsätta sitt barn eller sin partner för våld är inte förenligt med ett gott föräldraskap. Att utöva våld mot ett barn eller mot barnets närstående, i synnerhet om det sker i barnets närvaro, är ett uttryck för bristande föräldraförmåga och visar brist på inlevelse i vad våldet kan få för konsekvenser för barnet. En våldsutövande förälder kan genom skrämmande uppträdande också göra det svårt för barnet att utveckla en trygg anknytning [6].

Våld från en partner innebär stor risk för att föräldraförmågan påverkas negativt även hos den som utsätts för våldet genom att det påverkar den våldsutsattas psykiska hälsa [6]. Den förälder som utsätts för våld behöver hantera våldets påfrestningar och samtidigt upprätthålla sin föräldrafunktion. Flera studier har visat att mammor som utsätts för våld i nära relationer upplever en hög stress i sitt föräldraskap. En del studier visar att mammor som utsätts för våld i nära relationer använder ökat fysiskt och psykiskt våld mot sina barn [4].

Förnekande och social skam hindrar ofta kvinnor som misshandlas att söka hjälp, och många kvinnor som misshandlas av sin partner har aldrig berättat för någon vad de utsatts för. Så småningom lämnar många kvinnor trots allt den misshandlande mannen. En av de viktigaste anledningarna till att kvinnor bryter sig loss från en relation där de misshandlas är att de märker att situationen påverkar barnen negativt [7]. Att kvinnan lämnar relationen innebär dock inte automatiskt att våldet upphör. Hot och våld fortsätter många gånger, eller trappas t.o.m. upp, under separationsprocessen [8, 9]. Rädslan för att utsättas för våld upplevs också av många kvinnor som ett hinder för att kunna ställa krav i samband med förhandlingar vid familjerätten [10]. Om det finns gemensamma barn kan även det fortsatta umgänget mellan pappan och barnet/barnen innebära en ökad risk för fortsatt våld, eller hot om våld, gentemot mot mamman [11].

En studie av barn på kvinnojourer visade att närmare 70 % bedömdes vara i behov av psykiatrisk behandling [12]. Nyligen genomförda studier inom barn och ungdomspsykiatri i Göteborgs visar att ca 50 procent av de barn som kom till mottagningen hade utsatts för direkt eller indirekt våld i sin familj [13].

Att låta barn få tala om sina erfarenheter kan minska och förebygga symtom [14, 15]. Även barn som inte uppvisar synliga symtom kan behöva tala om och dela sina upplevelser med

andra för att förstå sina känslor och reaktioner [16]. Därför är det viktigt att sådana möjligheter erbjuds även för barn som inte behöver barnpsykiatrisk behandling.

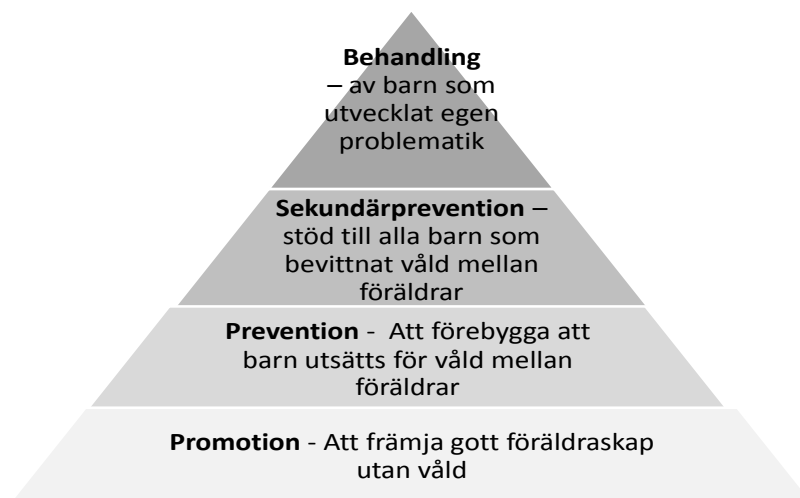
Ett viktigt syfte med insatser riktade till barn som levt med våld i sin familj är att möjliggöra för barnet att uttrycka sina känslor kring det som har hänt för att på så sätt giltiggöra deras upplevelser. Barn vill tala om våldet, men har många gånger svårt att hitta någon de känner som de kan vända sig till [16]. Att barnet ges möjlighet att berätta om sina upplevelser har visat sig kunna minska och förebygga symtom i form av beteendeproblem [15] eller PTSD [14]. Den kunskap som finns om barns utsatthet har fått praktiska konsekvenser i form av olika insatser riktade till föräldrar och/eller barn.

Tyvärr visar den utvärdering som vår projektgrupp gjorde åren 2008–2010 på Socialstyrelsens uppdrag dels att barn med behov av stöd alltför ofta inte kom till rätt vårdnivå, dvs fick en intervention som motsvarade barnets behov, och kanske som en följd av det att effekterna av de olika interventionerna var relativt blygsamma.

Föreliggande rapport

Projektet, som har tre delar, bygger vidare på de erfarenheter som gjordes i projektet *Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma* [11]. De tre delprojekten vilar på kunskapen att insatser för barn som levt med våld i sin familj måste erbjudas på flera nivåer, något som illustreras med följande figur:

Interventioner för våldsutsatta barn



Modellen följer Socialtjänstlagens åläggande till socialnämnden att utreda barns behov av stöd på kort och lång sikt, erbjuda barnet råd samt stöd- och behandlingsinsatser utformade utifrån den bästa tillgängliga kunskapen om barns behov och vad som ger bäst resultat, samt förmedla kontakt till andra aktörer [17]. Den är också i enlighet med Regeringens proposition *Stärkt stöd och skydd för barn och unga* [18].

Projektet bygger på ovanstående modell och siktar in sig på nivå 3 (utveckling av bedömningsinstrument för identifiering av stöd- och skyddsbehov & utveckling av samtalsstöd till barn som upplevt våld i familjen) och 4 (utveckling av behandlingsinsatser för barn som utvecklat allvarlig psykisk ohälsa) samt fördjupad samverkan mellan nivå 3 (primärkommunala och ideella verksamheter) och 4 (främst landstingskommunala verksamheter).

Projektet innehåller tre delar

- I. Utveckling av bedömningsinstrument för kartläggning av våldsutsatthet och psykisk ohälsa, samt utveckling av metoder för risk-/skyddsbedömningar avseende barn som bevittnat våld mellan närstående eller utsatts för våld av närstående och deras våldsutsatta förälder.
- II. Utveckling och utprovning av en modell för "insatstrappa" dvs. hur barn som bevittnat våld mellan närstående eller utsatts för våld av närstående ska få en insats som svarar mot barnets behov.
- III. Införande och preliminär utprovning av genomförbarhet avseende stödinsatser för barn som bevittnat våld mellan närstående eller utsatts för våld av närstående som i internationella studier visat sig ha god effekt.

Bakgrund

I. Kartläggning av barns utsatthet för våld – risk för förnyat/förvärrat våld

Barn som lever i familjer där den ene föräldern utsatt den andre för våld har ofta själva blivit utsatta för våld av samme förälder [19]. Vissa barn utsätts också för direkt våld, utan att vuxna utsätter varandra för våld. I samband med att föräldrar söker hjälp för barn, på grund av barnets oförmåga att fungera i skolan eller på fritiden, eller på grund av barnets symtom på psykisk ohälsa, uppmärksammas alltför sällan barnets eventuella våldsutsatthet, både vid t ex. vid växelvis boende eller umgänge med en förälder som utövat våld, eller våld mellan två vuxna som barnet bor ihop med, eller våld från någon eller båda dessa vuxna direkt mot barnet [13].

Det krävs detaljerad information om barnets och familjens situation för att kunna bedöma risken för att ett barn, som lever med vuxna som utsatt varandra och/eller barnet för våld, ska drabbas av mer och/eller grövre våld, eller tvingas leva med att inte få sina basala praktiska och känslomässiga behov tillgodosedda.

Det finns olika traditioner för hur personal samlar information om barns situation och utsatthet. Det vanligaste sättet torde vara att personalen talar med vuxna om hur barnet har det, i allmänhet i form av en öppen ostrukturerad intervju. Forskningen visar att bedömningar byggda på den typen av information bara är något säkrare än slumpen när det gäller att förutsäga om barnet kommer att drabbas av ytterligare våld [20 – 23]. I USA, Australien och Europa pågår försök att utveckla mer strukturerade metoder för att (1) samla in information, (2) väga samman denna till en bedömning, och (3) använda bedömningen för beslut om insatser i form av stöd och hjälp till familjen och/eller omhändertagande och placering av barnet.

Även om ostrukturerade kliniska bedömningar har sina definitiva svagheter så är inte heller motsatsen – hårt strukturerade metoder med automatiserade utfall baserade på poängberäkningssystem – lösningen. Sådana system fångar inte upp enskilda fall som inte "passar in i mallen" och de tenderar att mäta enbart sådana aspekter som är lätta att kvantifiera [24]. Dessutom riskerar alltför mekanistiska metoder att avprofessionalisera, och i värsta fall avhumanisera dem som ska göra bedömningarna. Detta genom att de upplever att de bara distribuerar formulär, ställer förutbestämda frågor och "kryssar i rutor", utan att själva ta ansvar för bedömningen – den görs ju "automatiskt".

Utvägen ur dilemmat är någon form av "både och", när det gäller själva informationsinsamlingen och när det gäller metoden som helhet. Det är dock viktigt att skilja på de tre olika delarna av risk-/skyddsbedömningen: informationsinsamling – bedömning – beslut.

När det gäller bedömning och beslut måste många olika aspekter vägas in som inte bara gäller barnet och familjen utan också bland annat den egna organisationen, dess resurser och förmåga att stötta familjen, samt de tillgängliga alternativen och deras kvalitet [25. 26]. En sådan komplex struktur lämpar sig inte för automatiserade bedömningar byggda på gränsvärden (risk ej risk; omhändertagande/ej omhändertagande; placering/ej placering etc.). Det krävs i stället ett systemekologiskt angreppssätt [27] inom vilket många olika faktorer kan vägas samman av en handläggare med god kännedom om de lokala förhållandena.

När det gäller själva informationsinsamlingen finns det både för- och nackdelar med strukturerade intervjufrågor rörande våld och svåra upplevelser. En fördel är att intervjupersonen sällan måste lägga tid och energi på att förstå vad som är ett relevant och socialt acceptabelt svar. För att barn (och andra) ska kunna utöva delaktighet i institutionella sammanhang är det viktigt att förväntningar och krav som finns i en given situation är uttalade [28]. När det gäller våldsutsatta barn är information som visar att det är okej att prata om våld också viktig i sig, eftersom erfarenheter av våld generellt omgärdas av tystnad [29, 30]. En baksida av denna informationsrikedom är dock risken för att intervjupersonens svar inte blir självständiga. I rekommendationer om utredningssamtal framhålls att intervjuaren ska vara så objektiv som möjligt utan att ge avkall på empati [31]. Det kan vara svårt för intervjuaren att i samtal om svåra upplevelser hitta den rätta balansen mellan "objektivitet" och "empati".

Strukturerade frågemetoder är effektiva i bemärkelsen att en stor mängd information kan samlas in på relativt kort tid. I synnerhet när det gäller yngre barn, med ett relativt begränsat uppmärksamhetsspann, är det viktigt att använda den tid som står till buds så effektivt som möjligt, så att barnet får möjlighet att redovisa vad det varit med om. Men effektiv tidsanvändning genom strukturerade frågemetoder medför också risker. Dels begränsas utrymmet för barn att själva ta upp sådant som är relevant för dem. Dels kan samtalets stödjande aspekter äventyras. Det kan vara svårt för intervjuare att bedöma när information om utsatthet kräver att de visar empati med barnets situation respektive när de bara bör gå vidare med nästa fråga. Här kan i värsta fall effektiviteten i samtalen äventyra att barnets upplevelser giltiggörs [29].

Sammanfattningsvis

Barn som lever i familjer där den ene föräldern utsatt den andre för våld har också ofta själva blivit utsatta för våld av samme förälder. Även den våldsutsatta föräldern sviktar ofta i sitt föräldraskap, och riskerar då att använda uppfostringsmetoder med inslag av våld. För att kunna bedöma risken för att ett barn, som lever med vuxna som utsatt varandra och/eller barnet för våld, ska drabbas av mer och kanske grövre våld, eller tvingas leva med att inte få sina basala praktiska och känslomässiga behov tillgodosedda, krävs detaljerad information om barnets och familjens situation.

Strukturerade frågemetoder är effektiva i bemärkelsen att en stor mängd information kan samlas in på relativt kort tid. I synnerhet när det gäller yngre barn, med ett relativt begränsat uppmärksamhetsspann, är det viktigt att använda den tid som står till buds så effektivt som möjligt, så att barnet får möjlighet att redovisa vad det varit med om. Men effektiv tidsanvändning genom strukturerade frågemetoder medför också risker. Dels begränsas utrymmet för barn att själva ta upp sådant som är relevant för dem. Dels kan samtalets stödjande aspekter äventyras.

Delprojekt I (utveckling av metoder för kartläggning och informationsinsamling för risk-/skyddsbedömning) syftar därför till att utveckla metoder för informationsinsamling av uppgifter som behövs för bedömning av hur stor risk barn löper att utsättas för förnyat och eller förgrovat våld av vuxna som har omvårdnadsansvar för barnet, som tar hänsyn till olika instruments för- och nackdelar.

II. Insatser på olika nivåer – en insatstrappa

Insatser till barn som bevittnat våld mot sin förälder sker framför allt via Socialtjänsten eller socialtjänstanknutna verksamheter. Socialtjänstens ansvar för att dessa barn får adekvat stöd är sedan 2007 förstärkt [2]. I en utvärdering av insatser för barn som bevittnat våld mot sin mamma som genomfördes 2008-2011 [11] framkom det att det inte var några skillnader i symtomnivå hos barn som kom till Barn- och ungdomspsykiatriska (BUP) verksamheter respektive verksamheter inom Socialtjänsten eller socialtjänstanknutna verksamheter. Barnens symtomnivåer vad gäller psykisk ohälsa och posttraumatisk stress var generellt höga och det fanns en stor spridning i symtomnivåer oberoende av vilken typ av verksamhet som barnet hade kontakt med. Inga skillnader kunde identifieras vad gällde effekter mellan insatser på BUP och insatser inom Socialtjänsten. Inom båda typer av verksamheter var effekterna små och många barn hade efter avslutad insats fortsatt höga symtomnivåer av psykisk ohälsa [11]. En möjlig bidragande orsak till de små effekterna kan vara att barn fick sekundärpreventiva insatser trots att deras symtomnivåer indikerade behov av mer specialiserad behandling. I rapporten betonades betydelsen av en insatstrappa, dels för att stödet ska vara varje enskilt barn till största möjliga nytta och dels för att samhällets resurser ska användas så effektivt som möjligt. I en sådan tänkt kedja behöver man kunna skilja ut de barn som kan dra nytta av en generell stödinsats, det man brukar kalla en sekundärpreventiv insats, från de barn som utifrån sina erfarenheter av att ha bevittnat våld mot sin förälder har utvecklat allvarlig psykisk ohälsa och är i behov av behandlingsinsatser. För att så snabbt som möjligt kunna hjälpa barn på ett effektivt sätt, dvs. erbjuda dem en insats på den nivå som motsvarar deras behov, behövs samverkan mellan verksamheter som tillhandahåller sekundärpreventiva insatser och verksamheter som kan erbjuda behandlande insatser, och att verksamheterna använder gemensamma metoder för att mäta barnens och föräldrarnas grad av psykisk ohälsa.

Sekundärpreventiva eller behandlande insatser

Interventionsmetoder brukar grovt kunna delas upp i preventiva respektive behandlande insatser. Inom dessa breda kategorier kan i sin tur finare uppdelningar göras av olika typer av preventiva och behandlande insatser [32]. Till skillnad från behandlande interventioner, som kännetecknas av att de är utformade för barn som utvecklat en viss typ och grad av symtom- och problemnivå eller har en viss diagnos, karaktäriseras den typ av interventionsmetod som brukar kallas sekundärpreventiv av att de rör insatser som riktas mot en viss riskgrupp (till exempel barn som har tvingats leva med våld mot sin omsorgsperson) i syfte att reducera eller förhindra att symtom och problem utvecklas [33]. Generellt kan sägas att sådana interventioner inte enbart riktar sig till barn med en viss grad av symtom- eller problemnivå. Det innebär att barn som får en sådan typ av intervention kan variera stort i typ och grad av symtom som uppvisas. Den gemensamma nämnaren för sekundärpreventiva interventioner kan sägas vara att de riktar sig till personer som har erfarenheter som man vet genererar en större risk att utveckla symtom och problem och att interventionen generellt är inriktad på att försöka stärka en god utveckling.

Användning av standardiserade bedömningsmetoder

Fördelen med standardiserade bedömningsmetoder är att man ger underlag till mer enhetliga bedömningar, ökar transparensen i beslutsfattandet och gör det lättare att fatta beslut om relevant insats. Samtidigt har standardiserade instrument, som beskrevs i föregående avsnitt, nackdelar, och de ska därför användas som hjälpverktyg snarare än utgöra det enda

underlaget för beslut om stöd eller behandling [33]. Med en standardiserad bedömningsmetod tar man hjälp av ett vetenskapligt prövat bedömningsinstrument och en manual där användningen av bedömningsinstrumentet beskrivs [34]. Att instrument är vetenskapligt prövade innebär att man har undersökt deras psykometriska egenskaper såsom tillförlitlighet (reliabilitet), giltighet (validitet), sensitivitet (korrekt identifierad andel av de som har svårigheter som instrumentet avser att fånga) och specificitet (den andel som är sant negativa eller identifierade som att de inte har svårigheter som instrumentet avser att mäta). Instrument ska hålla god vetenskaplig kvalitet och samtidigt vara kliniskt användbara. Allra helst bör de bedömnings- och utvärderingsinstrument som används vara sådana att de kan användas både av forskare och av kliniker. Det innebär att instrumenten behöver vara standardiserade och klinisk relevanta det vill säga till exempel ge information om gränsvärden för kliniska symtomnivåer. Vidare behöver instrumenten vara tidsmässigt rimliga att genomföra för klienterna och allra helst bör instrumenten finnas i versioner för flera informanter som barn, förälder och lärare [35].

Internationella studier har visat att många kliniker inom hälso- och sjukvård och motsvarande socialtjänst inte självklart använder sig av standardiserade metoder för att bedöma sina klienters psykiska hälsa och/eller för att utvärdera effekterna av givna insatser. Kliniker tenderar att i stället förlita sig på sin kliniska bedömning [36], och inte sällan utgör denna den enda informationskällan [37] trots att det finns belägg för att ostrukturerade kliniska intervjuer är otillräckliga [38] och att slutsatserna sällan stämmer väl överens med de som kan fås från strukturerade diagnostiska intervjuer [39,40]. En studie som undersökte klinikers inställning till standardiserade metoder, fann att en merpart uppfattade klinisk intuition som mer användbar än standardiserade metoder [41]. När man frågat kliniker om varför de inte använder standardiserade bedömnings-metoder framkom praktiska svårigheter som det främsta hindret [42]. Andra studier har visat att många kliniker uppfattar standardiserade bedömningsmetoder som tidskrävande och/eller inkräktande på arbetsrelationen till klienten [41, 43].

När man har undersökt vad klienter/patienter inom Hälso- och sjukvården själva tycker om standardiserade bedömningsmetoder, har flera studier visat att klienter/patienter generellt tycks vara positivt inställda till användning av dessa. I en del studier som både har mätt patienters och behandlande personals inställning har patienterna varit mer positivt inställda till användning av standardiserade bedömningsmetoder än personalen [32].

En övervägande del av cheferna inom Socialtjänsten uppfattar att det behövs nya metoder för att bedöma klienters behov att följa upp utfallet av insatser, det var dock få chefer som bedömde att deras medarbetare hade tillräckliga kunskaper för att använda standardiserade instrument och kunde mäta utfallet av givna insatser [44].

I den tidigare utvärderingen rörande insatser till barn som bevittnat våld mot sin mamma [11], konstaterades att barnen som kom till sekundärpreventiva respektive behandlande insatser hade likartade symtomnivåer. Ingen systematiskt kartläggning av psykisk ohälsa skedde på verksamheterna innan insatser påbörjades. Utan strukturerad kartläggning kan omfattningen av symtombelastningen vara svår att få ett grepp om och det kan till exempel fördröja att barn som har traumatiserats av sina erfarenheter av att ha levt med våld, snabbast möjligt får en effektiv behandling, dvs. en behandling inriktad mot barnets traumatiska erfarenheter. I värsta fall används sekundärpreventiva verksamheter som en ersättning för barnpsykiatrisk vård.

Undersökningsmetoder som ska användas i vanlig klinisk vardag bör vara enkla, och lätta att administrera och tolka. Allra helst bör de administreras på ett sådant sätt att professionella snabbt kan få återkoppling på resultatet. Brist på snabb återkoppling minskar instrumentens kliniska användbarhet och har visat sig minska anställdas motivation att använda dem [45]. För att kunna få snabb återkoppling behövs administrativ support i form av IT-stöd [46, 47]. Instrument som används bör vidare vara generella och fånga flera olika symtombilder [45]. De kan sedan kompletteras med specifika metoder, för t ex. traumasymtom, när det finns grundad anledning tro att detta är en viktig aspekt av klientgruppens symtombild. Andra barriärer som tidigare forskning identifierat för att använda rutinmässig och kontinuerlig bedömning av klienter är ökad tidsåtgång för professionella och/eller administrativ personal, bristande träning i hur man bäst gör för att integrera användning av bedömningsinstrument i den kliniska vardagen, samt att de instrument som används inte upplevts relevanta i de professionellas arbete [45].

Sammanfattning

Insatser till barn som bevittnat våld mot sin förälder sker framför allt via Socialtjänsten eller socialtjänstanknutna sekundärpreventiva verksamheter. I en utvärdering av insatser för barn som bevittnat våld mot sin mamma som genomfördes 2008-2011 fann man inga skillnader i symtomnivå hos barn som kom till Barn- och ungdomspsykiatriska (BUP) respektive övriga verksamheter. Barnens symtomnivåer var generellt höga, men oberoende av vilken typ av verksamhet som barnet hade kontakt med fanns det stor spridning i symtomnivåer. Effekterna av givna insatser var i allmänhet begränsade och likvärdiga mellan olika verksamheter. En möjlig bidragande orsak till de små effekterna var att barn med allvarlig psykisk ohälsa fick sekundärpreventiva insatser trots att de hade behov av mer specialiserad behandling. I rapporten betonades betydelsen av en insatstrappa, dels för att stödet ska vara varje enskilt barn till största möjliga nytta och dels för att samhällets resurser ska användas så effektivt som möjligt.

Syftet med delprojekt II (Insatstrappan) var därför att pröva att utveckla samarbetet mellan några sekundärpreventiva verksamheter och BUP för undersöka möjligheterna att snabbare hjälpa barn på ett effektivt sätt, dvs. erbjuda dem insatser på en nivå som motsvarar deras behov. Ett annat syfte var att få verksamheterna att använda gemensamma metoder för att mäta barnens och föräldrarnas grad av psykisk ohälsa, så att de lättare kunde kommunicera med varandra rörande vilken insatsnivå som barnet och föräldern kunde tänkas ha mest nytta av.

III. Prövning i Sverige av interventioner för våldsutsatta barn som visat goda effekter i internationella studier

Vår forskargrupp har tidigare på Socialstyrelsens uppdrag utvärderat olika stödinsatser som erbjuds barn som upplevt våld mot mamma i Sverige [11]. En av utvärderingens slutsatser var att befintliga insatser till barn vars mammor utsatts för våld var uppskattade, men inte gav tillräckliga effekter på barnens psykiska hälsa och utveckling. Det finns således behov av att utveckla insatser som erbjuds våldsutsatta barn, och att introducera nya metoder. Därför syftar delprojekt III (Interventionsmetoder) till att importera och pröva några metoder för stöd till barn som levt med våld i sin familj, som visat sig ha god effekt i det land där de utvecklades.

Utvärdering av nya metoder

Verksamheter inom Socialtjänstens individ- och familjeomsorg och inom Hälso- och sjukvården har under det senaste decenniet haft ett ökat krav på sig att tillämpa en så kallad evidensbaserad praktik [33, 44, 47]. En evidensbaserad praktik innefattar vetenskapligt prövade behandlings- och bedömningsmetoder [48] och kan i korthet sägas vila på tre ben. Dessa utgörs av en balanserad blandning av bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap, bedömning och erfarenhet från klinisk expertis samt önskemål från klienten [59]. En evidensbaserad praktik är inte detsamma som att använda evidensbaserade interventionsmetoder utan rör snarare ett förhållningssätt i det kliniska arbetet och beslutsfattandet [50]. Socialstyrelsen beskriver kortfattat en evidensbaserad praktik i rapporten "Evidensbaserad Praktik i Socialtjänsten" [44] som just ett sätt att arbeta och förhålla sig till kunskap. Det handlar om att först identifiera behov av information rörande en frågeställning, därefter söka efter bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap, värdera den vetenskapliga kunskapen och med denna värdering sedan beakta egen professionell kompetens och erfarenhet samt klientens önskemål. I en evidensbaserad praktik ingår också att sedan utvärdera givna insatser. För att Socialtjänstens och Hälso- och sjukvårdens arbete i större grad ska präglas av en evidensbaserad praktik är en förutsättning bland annat en positiv inställning till ett sådant arbetssätt bland chefer och personal. I de uppföljande mätningar som Socialstyrelsen genomfört framgår att intresset bland chefer inom Socialtjänsten för en evidensbaserad praktik har ökat de senaste åren och att de allra flesta säger sig ha en positiv inställning till ett sådant arbetssätt [44]. Inom hälso- och sjukvården är efterfrågan på evidensbaserade behandlingsmetoder väl etablerad, även om systematiskt införande och utvärdering av sådana fortfarande är ett eftersatt område inom barn- och ungdomspsykiatri.

Intresset för hur man kan överföra och omsätta vetenskaplig kunskap i den praktiska kliniska vardagen har ökat de senaste 10 till 15 åren [51, 52, 53]. Att försöka implementera en evidensbaserad praktik i offentlig sektor är associerat med en rad utmaningar [54]. Det finns olika benämningar för den process eller de olika faser som inbegrips i försök att överföra vetenskapligt beprövade metoder för bedömning och behandling till den kliniska vardagen: "kunskapsöverföring" (eng. knowledge translation) "spridning" (eng. dissemination) eller implementera (eng. implementation) [55].

Implementering av en ny metod för bedömning eller behandling påverkas av en rad olika faktorer inom och utanför organisationen [54]. För att framgångsrikt föra över vetenskapligt beprövade metoder för behandling till klinisk verksamhet tycks själva implementeringsprocessen vara lika viktig som den specifika modell eller metod som införs [56]. Det finns flera modeller för implementering och många av dem delar upp implementeringen i olika faser (till exempel förberedelse, genomförande, bibehållande) och många modeller är snarlika men skiljer sig genom att de betonar olika aspekter eller faktorer som mer betydelsefulla än andra i implementeringsprocessen [57].

För att en förändring ska komma till stånd tyder tidigare forskning på att det behövs en viss beredskap både på individuell och på organisatorisk nivå för att en förändring ska kunna ske. Denna beredskap återspeglas i motivationen till förändring, det vill säga upplevda behov av samt krav på att en förändring ska ske [58]. Förutsättningar för implementeringsarbetet är resurser i verksamheten och en atmosfär som präglas av beslutsamhet att genomföra förändringen, så kallat organisatoriskt klimat för förändring. Även verksamhetsstöd som

uppmuntrar och bibehåller förändring så som uppföljning, feedback, formella och informella belöningar som förstärker positiva förändringar som sker är viktigt [58]. Tidigare implementeringsforskning har pekat på olika hinder för införandet av nya arbetssätt till exempel organisatorisk instabilitet, begränsade resurser samt svårigheter att lära sig och förstå den nya metoden [53]. Andra potentiella hinder kan vara bristande tilltro till nya metoder eller arbetssätt och misstro mot metoder som upplevs komma påtvingade "uppifrån" [51]. Kritiska faktorer för en framgångsrik implementering tycks vara organisatoriskt stöd i implementeringsprocessen och individernas motivation för att använda den nya metoden [59].

De metoder som prövas i den aktuella studien har utvecklats i USA och även den forskning som finns tillgänglig är i huvudsak gjord i USA. Även om metoder har visat sig vara effektiva pekar forskningen på behovet av att testa hur överförbara metoderna är till andra länder och kulturella kontexter [60]. Det finns olika svårigheter att införa internationella metoder för att stödja eller hjälpa barn och föräldrar i Sverige. Det gäller dels att familjernas och barnens situation och problematik kan se olika ut. Det gäller också skillnader i kultur och värderingar, samt i lagstiftning och samhällets stöd till utsatta familjer, vilket innebär att behovet av särskilt stöd skiljer sig åt mellan länder. Det är dessutom nödvändigt att olika metoder prövas på rätt insatsnivå och av aktörer som har förutsättningar att inom befintlig lagstiftning och samhällets organisering ta ansvar för insatser på nivån ifråga. Ovanstående innebär att vi behöver pröva och utvärdera internationella insatsmodeller även när det finns gott vetenskapligt stöd för metoden ifråga baserat på studier i annat land. Inte minst gäller det insatser som syftar till att påverka samspelet mellan föräldrar och barn, ett område där kulturella värderingar har stor betydelse. Vi kan beskriva detta som att vi behöver göra genomförbarhetsstudier ("feasability-studies"), [61], där olika aspekter av metoden prövas i svensk kontext, till exempel hur metoden accepteras av de som ska arbeta med metoden och av brukarna (föräldrar och barn).

Genomförbarhetsstudier syftar till att undersöka hur väl metoderna passar för att användas i Sverige, kartlägga eventuella hinder i lagstiftning och praxis samt behov av justeringar för svenska förhållanden. Studier som undersöker om en metod som utvecklats i en demografisk kontext går att flytta till en ny demografisk grupp utformas i första hand för att svara på frågan om metoden kan accepteras i den nya kontexten och om den behåller sin effekt där. Utformningen av en genomförbarhetsstudie sker stegvis, anpassat till hur långt införandet av metoden gått. Man börjar således ofta med små urval för inledande prövningar för att skala upp och pröva metoden med större urval om det första steget faller väl ut.

Kunskapsläget rörande insatser för våldsutsatta barn

Department of Justice och Department of Health and Human Services i USA genomförde år 2011 en kartläggning av befintliga insatsmetoder för barn som utsatts för våld och aktuell forskning om metodens effekter. Kartläggningen visade att det fanns ett relativt stort antal metoder som visat lovande resultat, men enbart ett fåtal med tillräcklig evidens för att bedömas som effektiva. En motsvarande kartläggning av behandlingsmetoder för barn som traumatiserats av våld i familjen publicerades i Australien 2014 [62]. TF-KBT bedömdes där som den enda insats som idag kan beskrivas ha ett gott vetenskapligt stöd. Men två metoder som beskrivs närmare nedan (CPP och Project Support) ingick bland de metoder som man kunnat identifiera med vetenskapligt stöd. Kids' Club (se nedan) ingick inte i denna kartläggning då man enbart inkluderade metoder som klassificerades som behandling, inte sekundärpreventiva insatser.

Baserat på tillgänglig internationell kunskap, och de resurser (tidsmässigt och ekonomiskt) som stod till buds valde vi i föreliggande projekt ut fyra insatsmetoder, vilka bedömdes ha tillräckligt gott stöd för att vara lämpliga att prövas i svensk socialtjänst och/eller barn- och ungdomspsykiatri. Metoderna var Kids' Club [63], Project Support [64, 15], TF-KBT (trauma-fokuserad kognitiv beteendeterapi) [65] och CPP (Child - Parent Psychotherapy) [66]. Metoderna riktar sig i viss mån till olika åldersgrupper men också till delvis olika målgrupper. Metoderna varierar i utformning och teoretisk ansats, och är mer eller mindre lämpliga att använda i socialtjänst respektive hälso- och sjukvård. Tre av metoderna (TF-KBT, CPP & Project support) utgör behandlingsinsatser, avsedda för föräldrar vars barn utvecklat symtom på posttraumatisk stress, uppförandestörningar eller andra allvarliga symtom på psykisk ohälsa. Kids' Club däremot, är en sekundärpreventiv insats avsedd för barn vars mamma utsatts för våld i sin nära relation, oavsett om barnen utvecklat egna symtom eller ej. Två av metoderna (Project support & CPP) hade inte prövats i Sverige tidigare. De två andra (Kids' Club & TF-KBT) hade nyligen börjat användas i Sverige för barn som levt med våld i nära relationer.

Det finns alltså evidens, i varierande utsträckning, för de fyra metodernas effektivitet för den aktuella målgruppen – barn som levt med våld i sin familj och utvecklat psykisk ohälsa, eller löpte en förhöjd risk att utveckla psykisk ohälsa. Däremot fanns det ingen prövning av metodernas genomförbarhet och användbarhet i en svensk kontext. En sådan prövning behövs, liksom eventuell anpassning av metoderna, innan det är aktuellt att göra formell en utvärdering av metodernas effekt i Sverige.

Nedan följer en närmare beskrivning av de olika metoderna.

Trauma fokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) är en psykoterapeutisk metod som utvecklats av Judith Cohen med kollegor i USA [65]. TF-KBT integrerar principer från kognitiv beteendeterapi, interpersonell terapi och familjeterapi med traumainterventioner. Metoden utvecklades ursprungligen för barn som utsatts för sexuella övergrepp, men har även använts och visat sig effektiv för barn som utsatts för annat våld i familjen [67]. Metoden riktar sig till barn och ungdomar från senare delen av förskoleåren till 17 år. Terapin bedrivs dels individuellt med barnet/ungdomen dels genom ett föräldrabete samt gemensamma träffar med föräldrar och barn.

TF-KBT är en väletablerad metod vilken har prövats i flera olika studier och visat goda effekter när det gäller att reducera symtom på posttraumatisk stress och andra emotionella problem hos såväl yngre [68, 69, 70] som äldre barn [71, 72]. Med väletablerad avses i det här sammanhanget att metoden prövats i minst två randomiserad kontrollerade studier med väletablerade metoder och är manualiserad [73]. TF-KBT har även prövats i Norden på äldre barn och visat goda resultat som är väl i linje med tidigare amerikanska studier [74]. I Sverige pågår en randomiserad kontrollerad studie på BUP Gamlestaden i Göteborg [75].

I Sverige introducerades TF-KBT av BUP Elefanten i Linköping som arbetar med barn som utsatts för sexuella övergrepp. Några verksamheter i Sverige, särskilt sådana med specifikt fokus på trauma hos barn och ungdomar, har fått sin personal utbildad via BUP Elefanten, genom företrädare för metoden från USA eller via de webutbildningar som erbjuds.

Child Parent Psychotherapy utvecklades av Alicia Lieberman och Patricia Van Horn på basen av tidigare erfarenheter av Infant Parent Psychotherapy [76, 77]. Genom sin fördjupning av anknytningsaspekter och kombinationen med samtida traumateori har CPP (Child Parent

Psychotherapy), fått stort genomslag när det gäller behandling av våldsutsatta och traumatiserade förskolebarn (0-6 år) i USA [78].

CPP har prövats i ett flertal studier i USA och har visat goda effekter när det gäller små barn som bevittnat att mamma utsatts för våld, likväl som barn som själva utsatts för våld och annan omsorgssvikt [79]. Vid Mt. Hope Family Center, Rochester har Cicchetti, Toth och Rogosch [80] påvisat goda effekter vad gäller anknytningen mellan barn och mammor som lider av depressiva syndrom, kognitiv utveckling hos barnen [81] samt att främja trygg anknytning hos spädbarn i familjer där det förekommer våld [82]. Det finns även en publicerad studie om implementering av CPP inom en fosterhemsverksamhet för barn med särskilda behov i Illinois [86]. Jämfört med barn i det traditionella vårdssystemet medförde CPP större förbättringar av alla fem områden som bedömdes: traumatiska stressymtom, styrkor, funktion, beteende, känslomässiga behov och riskbeteenden. CPP visade sig också vara effektivt i olika etniska subgrupper [83].

Tack vare de goda resultaten i olika effektstudier sprids CPP nu på bred front i USA, bland annat med stöd från National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). Utanför USA är det dock hittills endast i Israel som det har funnits en av upphovspersonerna stödd utbildning i metoden. CPP har inte prövats i Sverige eller något annat Europeiskt land.

Project Support (PS) utvecklades av Ernest Jouriles och Renee McDonald som stöd för våldsutsatta mammor vars barn (3-9 år) utvecklat beteendestörningar [15]. Uppföljande studier visade kvarstående positiva förändringar hos barnen, vars symtomnivåer minskade, och hos mammorna, vars föräldraförmåga utvecklades positivt [15, 84]. De positiva resultaten upprepades i en randomiserad kontrollerad studie, vilket ledde till att man även prövade PS som insats i familjer där det förekommit barnmisshandel och omsorgssvikt [85]. Även denna studie visade positiva effekter av PS, både vad gäller barnens psykiska hälsa och föräldrarnas förmåga att fostra sina barn utan våld [85]. Project Support har huvudsakligen spridits genom handledning av upphovspersonerna, i Texas, USA. Project Support har inte tidigare prövats i Sverige eller Europa.

Kids' Club är en gruppbaserad stödinsats utvecklad av Sandra Graham-Bermann. Den riktades ursprungligen till barn och mammor som vistades på kvinnojourer eller hade haft kontakt med socialtjänst eller polis till följd av våld mot mamman. Kids' Clubs barnprogram är, till skillnad mot de övriga tre metoderna som prövats inom ramen för denna studie, utformat som ett sekundärpreventiv, generellt, stöd till barn som upplevt våld mot mamman, och barnen behöver inte ha kliniska symtomnivåer för att delta [86, 88]. Internationellt har Kids' Club-metoden utvärderats i två studier, där den större studien visat positiva resultat med minskade symtomnivåer hos både barn och mammor [89, 90]. Däremot kunde inga effekter påvisas i mammors självskattade föräldraförmåga efter genomgången mammaprogram [90]. I Sverige har en förstudie, baserad på bl a effektberäkningar avseende tio mammor och deras 13 barn, gjorts av Cater och Grip [91]. Mammorna skattade att de upplevde att barnen hade en lägre grad av psykisk ohälsa efter insatsen jämfört med innan, och mammorna beskrev en ökning av positiva föräldrabetenden jämfört med förmätningen.

Sammanfattning

De insatser som idag ges i Sverige till barn som levt med våld i sin familj ger i allmänhet inte tillräckliga effekter på barnens psykiska hälsa och utveckling. Det finns således behov av att utveckla insatser som erbjuds våldsutsatta barn, och att introducera nya metoder. I USA och

Australien har man kartlagt såväl befintliga insatsmetoder för barn som utsatts för våld och aktuell forskning om metodernas effekter. Baserat på dessa kartläggningar valdes i föreliggande projekt fyra insatsmetoder ut, vilka bedömdes ha tillräckligt gott stöd för att vara lämpliga att prövas i svensk socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. Metoderna var Trauma-fokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT), Child - Parent Psychotherapy (CPP), Kids' Club och Project Support.

Delprojekt III (Interventionsmetoder) syftar till att importera och pröva dessa metoder. Project Support och CPP är i Sverige helt oprövade metoder, vilka därför prövas i små urval där fokus läggs på kvalitativa analyser, medan Kids' Club och TF-KBT inledningsvis fallit väl ut där man prövat insatsen i Sverige. Där planerades därför genomförandestudier på ett något större urval för att få en preliminär uppfattning om ifall effekten som belagts i tidigare studier behålls också när metoden används i Sverige.

I. Utveckla och pröva bedömningsinstrument om våld i familjen samt ta fram en metod att användas vid risk-/skyddsbedömningar

Syfte delprojekt I

Delprojekt I syftar till att utveckla underlag till en modell för bedömning av risken för våldsutsatta barns fortsatta utsatthet för familjevåld. Detta underlag baseras på en kombination av halvstrukturerade intervjuer och standardiserade bedömningsmetoder. Genom ett stegvist användande av olika bedömningsinstrument leder utfall på en fråga eller ett instrument till introduktion av nästa o s v. Modellen utvecklas för att kunna användas inom såväl socialtjänstens individ- och familjeomsorg, och socialtjänstens särskilda verksamheter (t ex skyddade boenden, Kriscentrum, Utväg barn) som barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Vi har delat upp syftet i följande delar:

- A. Utveckling och prövning av metoder för att kartlägga om och i så fall vilken typ av våld i familjen som barn som får kontakt med olika verksamheter (BUP, IFO, resp. socialtjänstanknutna verksamheter) varit utsatta för,
- B. Utveckling och prövning av förbättrade risk-/skyddsbedömningar avseende barn som varit utsatta för våld direkt mot barnet (barnmisshandel) eller indirekt (IPV = våld i nära relationer mellan barnets föräldrar eller andra som barnet bor/bott med) i familjer som har kontakt med socialtjänsten (IFO, eller behandlingsverksamheter), Särskilda verksamheter (Skyddade boenden, Utredningshem, Utväg, ideella verksamheter) och barn- och ungdomspsykiatri (BUP)
- C. Analys av genomförbarheten (möjligheter och hinder) att i reguljär verksamhet implementera den metod för risk-/skyddsintervjuer som utvecklas inom projektet
- D. Utveckling av en modell för fort-/vidareutbildning av personal i att använda de instrument och den modell för risk-/skyddsbedömning som arbetas fram i projektet.

Deltagande verksamheter

De resultat som redovisas från delprojekt I bygger på underlag från sammanlagt 24 verksamheter (se bilaga 1). Det handlar om sex enheter inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP: Falköping, Ludvika, Mariestad, SÖBO/Mölndal, Ronneby, Trollhättan), 11 enheter inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg med ansvar för utredningar om barn och unga (IFO: Angered, Askim/Frölunda/Högsbo, Västra Göteborg, Hässleholm, Ludvika, Malmö/Innerstaden, Malmö/Norr, Malmö/Väster, Malmö/Öster, Ronneby, Uppsala/Norr), samt sju verksamheter som i avsnitten nedan benämns särskilda verksamheter. De särskilda verksamheterna utgörs av en utredningsinstitution inom socialtjänsten (Brogården Uppsala), tre kommunala skyddade boenden för våldsutsatta kvinnor (Kriscentrum för kvinnor Göteborg, Kriscentrum Boende Malmö, Kriscentrum för kvinnor och barn Stockholm), två enheter inom socialtjänsten med ansvar för samordning och stöd i ärenden med våld (varav en med fokus på vuxna och en med fokus på barn, Koncept Karin Malmö, Utväg Barn Göteborg), samt en frivilligorganisation som erbjuder stöd till våldsutsatta barn och föräldrar (mammor) (Bojen). Tre av BUP-mottagningarna (Falköping, Mariestad, Trollhättan) ingick även i delprojekt II och då dessa mottagningar endast samlat in basdata och genomfört rutinmässig kartläggning

inkluderas underlaget från dem endast i analysen i del A och B. De ingår däremot inte i undersökningen av genomförbarhet av modellen för att inhämta underlag för risk- och skyddsbedömningar som redovisas i del C.

Del A. Utveckling och prövning av metoder för att kartlägga våld i familjen

Ole Hultmann

Att rutinmässigt fråga klienter/patienter om de varit utsatta för våld skiljer sig från begreppet screening. Screening handlar om att göra generella undersökningar i befolkningen [91] i avsikt att upptäcka ett för patienten okänt förstadium till eller markör för allvarlig sjukdom (till exempel bröst- eller prostatacancer). Frågor om våld däremot ger information som är känd för den som tillfrågas. Att fråga om förekomsten av våld kan därför, vid mottagningar där informationen är av betydelse för hur ärendet ska handläggas, snarare ses som en del av anamnesupptagningen. Rutinmässiga frågor om förekomst av våld inom BUP eller socialtjänsten liknar på det sättet frågor om rökning och alkoholkonsumtion inom primärvården. Att ställa frågor om våld rutinmässigt till kvinnor som har kontakt med hälso- och sjukvården har enligt en amerikansk översiktsstudie inte visat sig ha negativa effekter för de som tillfrågats [93].

Rutinmässiga frågor om våld är särskilt befogade i verksamheter där förekomsten av våld är högre hos patienter/klienter än hos befolkningen i övrigt och kan ha samband med deras symtom. En nationell studie har visat att förekomst av erfarenheter av våld hos barn som är patienter inom BUP ligger runt 25 % och inom socialtjänsten på ännu högre nivåer [11, 94]. På en BUP-mottagning där man under en femårsperiod aktivt arbetat med att förbättra sina metoder för att upptäcka våld i familjen är andelen våldsutsatta barn bland patienterna ännu högre [13]. Möjligheten att upptäcka våldet ökar när rutinfrågor ställs [11]. Det finns ett klart samband mellan barns våldsutsatthet och i synnerhet traumasymtom hos barn [13]. Därmed finns det också starka behandlingsmässiga skäl att upptäcka dessa barn för att skydda dem mot fortsatt våldsutsatthet och för erbjuda dem kvalificerad behandling.

Socialstyrelsen uppmanar i sin vägledning [94] att rutinmässigt fråga om förekomst av våld inom BUP (och inom vuxenpsykiatri och mödrahälsovården). Man konstaterar också att förutsättningarna för att upptäcka våld ökar inom socialtjänsten om frågor om våld ställs rutinmässigt snarare än på indikation.

För att klienter skall känna sig bekväma med att bli tillfrågade om våld är det viktigt att handläggarna ställer frågorna på ett empatiskt sätt, garanterar sekretess och uppmärksammar säkerhetsaspekter. Det finns god kunskap om detta från tidigare studier [95]. Erfarenheterna från BUP visar att rutinmässiga frågor tidigt i kontakten är ger bäst resultat. Att ställa frågor skriftligt är att föredra enligt erfarenheter inom BUP [96] och andra studier [97].

Vårdpersonal har uppgett att hinder för att fråga kvinnliga patienter om våld utgörs av(a) att man anser att det skadar mer än gör nytta [98], (b) tidsbrist [100], (c) att behandlaren skulle göra patienten upprörd [101] (d) att vårdpersonalen inte uppfattar det som ett ansvarsområde inom professionen [102] och (e) föreställningen att problemet inte finns bland de patienter som verksamheten möter [103, 100]. Känslan av obehag och bristande kompetens är också en orsak till att professionella avstår från att beröra frågan [104, 105]. Oro över

bristande resurser att bistå den drabbade kan också vara ett hinder [106] samt bristande tilltro till att sociala myndigheter har förmåga att skydda och hjälpa de utsatta [98].

En viktig aspekt för huruvida rutinmässiga frågor ska ställas om alkohol, rökning, våld i nära relationer m.m. är balansen mellan individens personliga integritet och värdet av att få underlag för bedömningen av vilken insats som ska erbjudas klienten/patienten [108].

I syfte att åstadkomma en så bra balans som möjligt bestämde vi därför att dela upp kartläggningen i två delar – rutinmässig respektive fördjupad kartläggning.

Metod

Valet av upplägg baserades på aktuell forskning, erfarenheter i ett tidigare projekt [11] och de systematiserade erfarenheterna av att under en fem-årsperiod (2007 – 2012) rutinmässigt fråga om förekomst av våld i nära relationer på en BUP-mottagning [109]. I januari 2013 startade vi ett samarbete med 24 verksamheter (bilaga 1) som vi samarbetat med i tidigare projekt rörande våld i familjen. Enligt projektplanen skulle vi sedan sommaren 2013 modifiera instrumenten baserat på verksamheternas erfarenheter under VT2013. Därefter skulle instrumenten prövas även i ett antal nya verksamheter under perioden HT2013-VT2014. Den rutinmässiga kartläggningen skulle ske genom att

- samla in bakgrundsinformation rörande det aktuella barnets ålder, kön, boende- och vårdnadssituation samt om det fanns behov av tolk eller ej. Dessa uppgifter skulle dokumenteras på ett basdatablad. Basdatabladet skulle ta max fem minuter att fylla i.
- be den förälder som kom till mottagningen, eller båda föräldrarna om de hade kontakt med mottagningen, att fylla i ett formulär med frågor om förekomst av våld mot föräldern själv respektive mot barnet, samt om huruvida föräldern kände sig trygg i sin pågående eller tidigare relation. Frågorna skulle ta max fem minuter att fylla i.

Svaren på frågorna kunde alltså innebära att föräldern uppgav att hen eller barnet varit utsatt för våld i en nära relation och/eller att föräldern kände sig otrygg i en nära relation. Det positiva alternativet var naturligtvis att föräldern uppgav att vare sig hen eller barnet varit utsatta för våld och att föräldern kände sig trygg i sin pågående eller tidigare nära relation eller inte hade någon pågående relation.

Utfall på den rutinmässiga kartläggningen definierades som att föräldern uppgav att hen eller barnet varit utsatt för våld under de senaste tre åren, och/eller att föräldern kände sig otrygg i relation till en nuvarande eller tidigare partner. Bedömning av utfall/ej utfall tog mindre än två minuter. Vid utfall på den rutinmässiga kartläggningen fanns det två möjligheter:

- samma handläggare som bett föräldern fylla i den rutinmässiga kartläggningen bad klienten att också fylla i två kompletterande frågeformulär: ett avseende våld mot föräldern och ett om våld direkt mot barnet. Detta kunde ske vid samma tillfälle som den rutinmässiga kartläggningen, eller så bokades ett nytt besök,
- baserat på att det blivit utfall på den rutinmässiga kartläggningen hänvisades föräldern från mottagningsenheten till utredningsenheten. Det blev då utredningsenhetens ansvar att genomföra den fördjupade kartläggningen.

Vid den fördjupade kartläggningen av våld mot föräldern användes ett amerikanskt formulär (Conflict Tactics Scale, brief version), som med copyright-innehavarens godkännande ändrats så att det utöver frågor om föräldrarnas utsatthet för våld av sin partner också innehöll frågor

om i vilken utsträckning barnet bevittnat detta våld. Formuläret tog högst 10 minuter att fylla i. Om den rutinmässiga kartläggningen indikerade att det förekommit våld riktat direkt mot barnet, så ombads föräldern att fylla i ett formulär kallat Våld Mot Barn (VMB) som vi utvecklat inom projektet. Formuläret och innehåller totalt 16 frågor och tog högst 10 minuter att fylla i.

I de särskilda verksamheterna (Kriscentrum, skyddade boenden, Utväg barn och Bojen en socialtjänstanknuten behandlingsverksamhet) som ingick var anledningen till brukarens kontakt att hen varit utsatt för våld. Därmed fanns det ingen anledning att göra en rutinmässig kartläggning. Däremot ombads dessa verksamheter att fylla i basdatablad och göra den fördjupade kartläggningen.

Resultat

Verksamheternas erfarenheter av att genomföra den rutinmässiga kartläggningen

Som framgår av tabell 1, bilaga 3, deltog sammanlagt 24 verksamheter i delprojekt I. Ytterligare två IFO-verksamheter (Malmö Söder och Strängnäs) hade anmält intresse med deltog aldrig. För alla verksamheter inleddes deltagandet i projektet med att forskarna under en halvdag gick igenom förfarandet för kartläggning och instruktion i risk-/skyddsintervjun. Några få verksamheter besöktes ett flertal gånger innan projektstart för att motivera och förankra projektdeltagande.

Verksamheterna utsåg två kontaktpersoner vardera vilka skulle ansvara för utlämning och insamling av relevanta formulär till kollegor, samt upprätta en kodnyckel för barn som inkluderades i projektet. Dessa försågs också med samtliga formulär och en affisch-mall avsedd för väntrum som informerade om projektet skickades ut. Två verksamheter (IFO Askim-Frölunda-Högsbo och Göteborg Väster) deltog med liten aktivitet under en kort period. IFO Angered och BUP-mottagningen i Göteborg avbröt efter ett års deltagande och IFO Ronneby avbröt sitt deltagande i augusti 2014. BUP-mottagningarna i Skaraborg (Mariestad, Trollhättan och Falköping) deltog enbart med basdatablad och den första kartläggningen i denna del av projektet.

Sammanfattningsvis hade verksamheterna svårigheter att inleda sitt deltagande. På grund av dessa svårigheter, och i och med att vi startade med nya verksamheter så sent som i januari 2014, så beslöt vi att förlänga datainsamlingen, vilken enligt projektplanen skulle ha avslutats i juni 2014, till december 2014.

Verksamheterna erbjöds handledning av forskargruppen genom besök en gång per termin. De flesta verksamheterna tog emot detta erbjudande och vi träffade kontaktpersoner, berörda anställda och chefer på enheterna.

Gemensamma heldagsmöten för kontaktpersonerna (och intresserade enhetschefer) hölls vid tre tillfällen på Psykologiska institutionen i Göteborg. Första mötet (juni 2013) fokuserade på uppstartssvårigheter för verksamheterna. Vi gjorde förtydliganden kring det skriftliga materialet i pärmen, och kontaktpersonerna gav återkoppling på det material som hade samlats in hittills. Baserat på denna återkoppling la vi till en fråga om psykiskt våld avseende både förälder och barn, och tog bort några frågor i den fördjupade kartläggningen som upplevdes irrelevanta och la till några fördjupande frågor om sexuella övergrepp.

Kartlägningsformulären samt informationsmaterial översattes till sju olika språk och risk/skyddsintervjuerna reviderades inför höstterminen 2013.

De följande mötena, i januari och augusti 2014, ägnades i huvudsak åt att stötta verksamheter och att ge återkoppling på materialet som samlats in.

Under hela projektperioden har forskarteamet löpande besvarat frågor via e-post och haft "telefon-jour" fredag eftermiddag, och kontaktpersonerna har fått möjlighet att dela sina bekymmer och svårigheter med kollegor och forskningsteamet. Den sista terminen har tre informationsbrev skickats ut.

Avslutningsvis utvärderade vi verksamheternas deltagande i projektet genom tre frågor som besvarades skriftligt och diskuterades vid mötet med verksamheterna i augusti 2014: Vad har varit bra med att använda kartläggningen och/eller risk-/skyddsintervjun? Vad har inte varit bra? Kontaktpersonerna fick också besvara frågan Vilka har varit de viktigaste faktorerna som påverkat framgången och/eller misslyckandet med att införa kartläggning respektive risk/skyddsintervjun? Kontaktpersonernas synpunkter överensstämde väl med de intervjusvar som vi redovisar i avsnitt B nedan, och vi konstaterar därför bara att verksamheterna med något undantag var mycket nöjda med kontakten med forskargruppen och det praktiska stöd och den uppbäckning man fått av oss.

Kvantitativa resultat avseende de olika instrumenten

Basdatablad samt rutinmässig och fördjupad kartläggning bland föräldrar

Underlaget för nedanstående redovisning består av basdatablad från socialtjänstens individ- och familjeomsorg (IFO) i Göteborg, Malmö, Ludvika, Uppsala och Ronneby, sex barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar (BUP) och särskilda verksamheter (SÄV) (skyddat boende Stockholm, Göteborg, Malmö, Koncept Karin Malmö, Utväg barn Göteborg, Brogården Uppsala, Bojen Göteborg). Totalt har 24 verksamheter upprättat 2 377 basdatablad avseende 1 803 familjer med uppgifter om barnets kön, ålder, boende, umgänge och andra basuppgifter. Verksamheterna tog enligt egna uppgifter emot 10107 nya ärenden under projektperioden. Några aktualiseringar kan röra sig om samma barn (förnyad anmälan). Baserat på dessa uppgifter finns basdatablad på 20 procent av samtliga barn. Från tre IFO-verksamheter som varit med sedan HT 2013 har vi basdatablad på mellan en tredjedel och hälften av barnen medan övriga IFO verksamheter ligger under 10 procent. BUP-mottagningarna ligger mellan 10 och 30 procent av samtliga barn, och SÄV som deltagit från 2013 ligger från 30 upp till 85 procent. Könsfördelningen var jämn inom SÄV, medan BUP och IFO hade en något högre andel pojkar. SÄV hade lägst medelålder på barnen, 6 år, följt av IFO, 9 år. Högst medelålder, 13 år, hade barnen inom BUP.

Endast IFO och BUP hade till uppgift att använda den rutinmässiga kartläggningen för att upptäcka våld och vid utfall göra den fördjupade kartläggningen. De uppgifter vi har från IFO och BUP redovisas därför först, och därefter redovisas SÄV. En översikt över antalet insamlade VIF, CTS, VMB och risk-/skyddsintervjuer återfinns i tabell 2, bilaga 3.

Av barnen på vilka det fanns basdatablad bodde nästan hälften (46 %) med en av föräldrarna (mamma n = 713, pappa n = 98). Något färre barn (43 %) bodde med båda sina föräldrar. Vartionde barn (9 %) bodde växelvis och några få (2 %) bodde i familjehem, hos släktingar eller på institution. Fördelningen mellan IFO och BUP skilde sig inte åt (tabell 3, bilaga 3). Åtta av tio barn hade föräldrar med gemensam vårdnad medan mamman hade ensam vårdnad om knappt vart femte barn (17 %). Pappan hade ensam vårdnad om två procent av barnen och en procent hade annan vårdnadshavare. Av de 1 011 barn som bodde med en förälder eller inte med någon av sina föräldrar hade 38 procent umgänge med den förälder de inte bodde med.

Inom IFO användes VIF i 43 procent och inom BUP i 79 procent av de familjer som det fanns basdatablad på. Som tidigare omtalats kan rutinmässig kartläggning av våld vara förenat med en rad svårigheter för behandlare, framförallt i ett inledande skede. Som andel av antalet ifyllda basdatablad under det första årets provotid, kan därför antalet VIF ses som acceptabelt inom IFO) och bra inom BUP. Om siffrorna däremot ställs mot antalet nya ärenden under perioden (10107) så är andelen betydligt lägre. Det tycks alltså finnas ett samband mellan att verksamheterna får till stånd rutiner för att upprätta basdatablad och att VIF faktiskt används.

Vad svarar mammor och pappor på VIF inom IFO respektive BUP? Utfall på den rutinmässiga kartläggningen definierades som att föräldern angav att hen eller barnet varit utsatt för våld av en nuvarande eller före detta partner till hen, eller att föräldern upplevde sig otrygg i relation till en nuvarande eller före detta partner. I dessa fall, eller om handläggaren av annan anledning ansåg det motiverat, skulle föräldern tillfrågas om att också fylla i den fördjupade kartläggningen.

Fysiskt och psykiskt våld eller upplevd otrygghet. Utfall av den rutinmässiga kartläggningen var vanligare inom IFO (24 %) än BUP (14 %). Inom båda verksamheterna var det fler mammor (28 % resp. 18 %) jämfört med pappor (14 % resp. 6 %) som rapporterade att de varit utsatta för våld och/eller kände sig otrygga. Det finns inga säkra prevalenssiffror avseende våldsutsatthet bland föräldrar som har kontakt med socialtjänstens individ- och familjeomsorg i Sverige. I den nationella kartläggningen rapporterades dock väsentligt högre andel våldsutsatthet bland mammor [11]. Också inom BUP har högre prevalenssiffror rapporterats [13]. Bland ensamstående var utfallet av den rutinmässiga kartläggningen dubbelt så hög jämfört med samboende föräldrar (tabell 4, bilaga 3).

Föräldrars rapportering om våld mot barnet Den rutinmässiga kartläggningen av fysiskt eller psykiskt våld direkt mot barnet visade en förekomst på strax under 10 procent inom både IFO och BUP vilket är lägre än vuxnas utsatthet (tabell 5, bilaga 3). Föräldrar som uppgav att de själva varit utsatta för våld, rapporterade i högre utsträckning att barnet varit utsatt för direkt våld. Var tredje förälder som rapporterade egen utsatthet rapporterade att även barnet varit utsatt för våld jämfört med var 20:e förälder som inte själv varit utsatt för våld (tabell 6, bilaga 3). Av de ensamstående föräldrarna rapporterade 13 procent att barnet utsatts för våld, vilket var klart högre jämfört med samboende föräldrar (4 %) (tabell 7, bilaga 3).

Fördjupad kartläggning

Vid utfall på VIF-formuläret skulle verksamheterna göra en fördjupad kartläggning om det fanns indikation på våldsutsatthet oavsett om det blev utfall på VIF eller ej. För att följa flödet från den rutinmässiga kartläggningen med VIF har beräkningarna nedan baserats på en huvudinformant i varje familj och i nästan nio fall av tio (88 %) var det en mamma. Av 776 huvudinformeranter på VIF kom 484 från IFO och 292 från BUP (tabell 1, bilaga 3). Av de drygt 200 fördjupade kartläggningarna kom en tredjedel från BUP och IFO och två tredjedelar från de särskilda verksamheterna (SÄV), oftast skyddade boenden i Stockholm, Göteborg eller Malmö.

När det blev utfall på VIF gjordes den fördjupade kartläggningen i drygt hälften av fallen inom IFO och inom BUP i en tredjedel av fallen. De svar som mammorna gav tyder på att våldet både mot barn och förälder var omfattande och grovt. På CTS rapporterade nästan alla informanter inom IFO och BUP om minst en typ av våld (fysiskt, psykiskt eller sexuellt) (tabell 8 & 9 i bilaga 3). En majoritet hade utsatts för antingen alla tre typerna av våld (30 %) eller för två

typer (51 %). Det var få fall (under 10 %) där inget våld alls rapporterades. Svaren på frågorna om våld direkt mot barnet (VMB) visade lägre nivåer av våldsutsatthet barnet (tabell 10, bilaga 3). Föräldern rapporterade att hälften av barnen där det gjordes en fördjupad kartläggning hade utsatts för två eller tre typer av våld, medan en fjärdedel av barnet utsatts för någon typ av våld. Slutligen rapporterades att en fjärdedel inte utsatts för direkt våld alls.

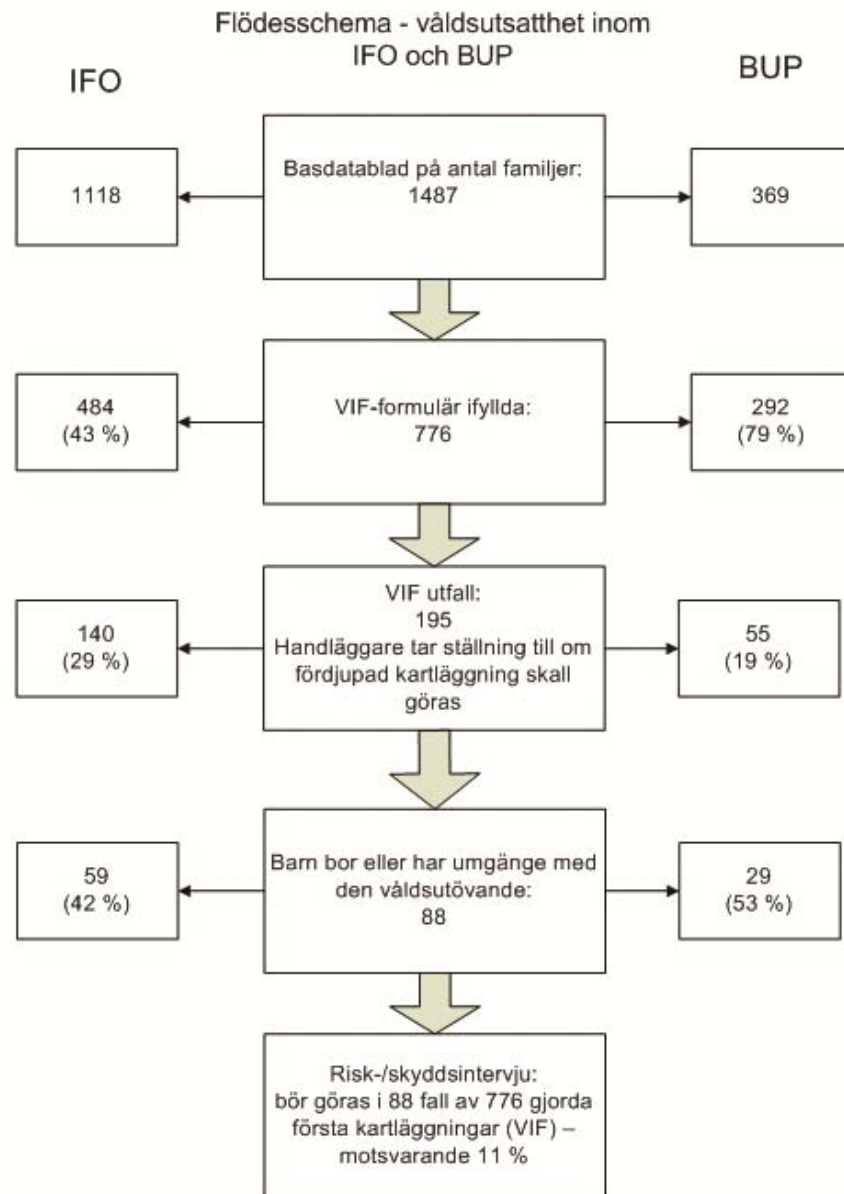
I hur många ärenden bör det göras Risk-/skyddsbedömningar?

I figur 1 görs en uppskattning på grundval av de 1 487 familjer det finns basdatablad på. Inom IFO hade 31 procent av familjerna utfall på VIF-formuläret och inom BUP i var det utfall i 21 procent av familjerna.

Risk-/skyddsintervjun görs om barnet bor med båda föräldrar eller har umgänge med den andra föräldern, vilket är fallet för hälften av barnen. Uppskattningsvis finns det alltså skäl att göra en risk-/skyddsintervju i ca 10 procent av de familjer som blir aktuella inom BUP eller socialtjänsten.

Dessa siffror kan jämföras med handläggarnas egna bedömningar, byggda på uppgifterna från basdatabladen, och utfallet. På knappt hälften av basdatabladen besvarade handläggaren frågan om det fanns anledning att göra en Risk-/skyddsbedömning. I åtta procent av ärendena ansåg handläggaren att så var fallet. Men det gjordes bara fem risk-/skyddsbedömningar i dessa ärenden (ett femtiotal). Så även när handläggaren själv bedömde att en sådan behövdes gjordes den bara i vart tionde ärende.

Figur 1



Not. Procentsiffrorna i figuren
anger andel familjer av antalet
i ovanstående box

De särskilda verksamheterna (SÄV)

SÄV har inte behövt använda VIF, eftersom barn och föräldrar är aktuella på dessa verksamheter (förutom en utredningsverksamhet) just på grund av våldsutsatthet. De skyddade boendena har nästan alla upprättat basdatablad på minst hälften av alla aktualiserade barn under projektperioden.

Instrumenten för fördjupad kartläggning har använts i knappt hälften av alla aktualiserade familjer och informanterna har med enstaka undantag varit mammor. Jämfört med IFO och BUP rapporterar mammorna högre nivåer av våldsutsatthet mot sig själva. Över hälften av mammorna rapporterar om utsatthet för alla tre våldstyper (fysiskt, psykiskt eller sexuellt) och endast två procent rapporterade ej utsatthet för någon typ av våld (tabell 11, bilaga 3). Mammorna svarar att deras barn i mycket hög utsträckning varit närvarande när våldet utövas (tabell 12, bilaga 3). Svaren om våld direkt mot barnet (VMB) ligger däremot på samma nivå som inom IFO och BUP (tabell 13, bilaga 3). Tre fjärdedelar av barnen i de särskilda verksamheterna har umgänge med den andra föräldern.

En tredjedel av föräldrarna inom IFO och drygt hälften inom SÄV rapporterar om utsatthet för sexuellt våld (tabell 10 och 13, bilaga 3), och ungefär hälften av barnen som bevittnat eller själva utsatts för våld hade umgänge med den våldsutövande föräldern.

Sammanfattning av resultatet av kartläggning av våld i familjen

I en fjärdedel (BUP) respektive en tredjedel (IFO) av de undersökta familjerna uppger föräldern (huvudinformat, se definition i tabell 1, bilaga 3) våldsutsatthet eller otrygghet. Mammor anger högre nivåer av våldsutsatthet och otrygghet jämfört med pappor. Både fysiskt och psykiskt våld förekommer. Våld och otrygghet förekommer sällan isolerat, utan samtidig förekomst av fysiskt och psykiskt våld och upplevelse av otrygghet är vanligt. Våld mot barn och föräldrar förekommer ofta samtidigt. I hälften av familjerna inom IFO och BUP som anger våldsutsatthet eller otrygghet bor barnet med eller har umgänge med den våldsutövande. Tre fjärdedelar av barnen inom SÄV har umgänge med den våldsutövande. Den fördjupade kartläggningen visar att våldet mot mammor och barn är omfattande. Kombinationen av tidigare våld i familjen och umgänge/ boende med den andra föräldern talar för att barnet riskerar att fortsatt utsättas för våld. Inom BUP och IFO kan det finnas skäl att göra en risk-/skyddsbedömning i ca 10 procent av alla ärenden medan det inom de särskilda verksamheterna finns anledning att göra motsvarande bedömning i majoriteten av ärendena.

Del B. Utveckling av en metod för risk-/skyddsintervjuer

Anders Broberg

I en risk-/skyddsbedömning måste, som vi beskrev i bakgrundsavsnittet, många olika aspekter vägas in. Detta gäller å ena sidan det berörda barnet och dess familj, å andra sidan organisationen, dess resurser och förmåga att stötta familjen, samt de tillgängliga insatsalternativen och deras kvalitet. Att ta hänsyn till dessa olika aspekter är ett omfattande arbete som kräver sammanvägning av information från olika informanter och på olika nivåer. Innan en sådan sammanvägning kan bli aktuell måste de olika delarna finnas på plats. I föreliggande projekt har vi därför koncentrerat våra ansträngningar på att konstruera intervjuguiden för insamling av relevant information från förälder och barn som kan ligga till grund för en risk-/skyddsbedömning.

Metod

När vi konstruerade frågeguiderna för risk-/skyddsintervjuer med barn försökte vi väga samman olika, ibland motstridiga, intressen. Vi gjorde det utifrån Barnkonventionens tre pelare: resurser, skydd och delaktighet [110]. Vi försökte tillhandahålla resurser i form av material som barnet kan använda sig av, se till att intervjuerna maximerar barnets möjlighet

att få skydd, och lägga upp intervjuerna på ett sådant sätt att de möjliggör även för yngre barn att delta som aktörer i dessa processer, som i allra högsta grad rör deras egna liv.

En grannliga uppgift vid utvecklingen av metoder för informationsinsamling från barn gäller avvägningen mellan å ena sidan barns rätt, enligt lag och barnkonvention, att komma till tals i frågor som rör barnet självt och å den andra vårdnadshavares rätt att bestämma vilka frågor som personal inom socialtjänsten och andra verksamheter (inklusive forskning) får ställa till barn utan att vårdnadshavaren är informerad på förhand och har gett sitt godkännande. Eftersom det i vårt fall rörde sig om ett forskningsprojekt så beslöt vi, med den regionala etikkommitténs i Göteborg godkännande (Dnr: 032 – 13) att om barnet var mellan fem och 14 år gammalt så skulle, utöver barnet själv, båda vårdnadshavarna tillfrågas innan barnet intervjuades. Barn som fyllt 15 år kunde däremot intervjuas baserat på deras eget ställningstagande.

Utmaningen att konstruera en fungerande intervju var störst när det gällde de yngre barnen. Vi satte den nedre gränsen för barnintervjuer vid fem år eftersom forskningen om barns minnesutveckling och allmänna mognad talar för att barn som fyllt fem år i allmänhet kan ge självbiografiska berättelser som är mindre påverkade av situationen och av hur frågorna ställs än yngre förskolebarn [111]. Barn som är fem år och äldre behöver inte "hjälpmedel" i form av dockor eller annat material för att kunna ge en berättelse. När det gällde den övre gränsen för "småbarnsintervjun" valde vi mellan åtta och nio år. Till slut valde vi åtta år därför att vi ville se om det var möjligt att även från 9-åringar få den fullödigare information som intervjun med äldre barn ger.

Intervjun med barn i åldern fem till åtta år

Intervjun med yngre barn innehåller totalt 30 frågor uppdelade på fem avdelningar:

Den första delen inleds med kontaktskapande frågor, en sammanhangsmarkering och en bekräftelse till barnet om att föräldern gett sitt tillstånd till att barnet får berätta fritt om hur det varit hemma.

Vi använder samma teknik som i *den kognitiva utredningsintervjun* [112], vilket innebär att vi betonar att enbart barnet själv har kunskap om det vi frågar om. Vi diskuterar vad det innebär, och hur viktigt det är, att tala sanning. För att minska risken för att barnet av inställsamhet mot den vuxne ska fabricera svar poängterar vi också att det är okej att svara "jag vet inte".

Efter denna inledning följer två öppna frågor:

"Vet du varför du är här idag? Kan du beskriva?"

"Kan du berätta vad som hänt hemma hos er."

Till den senare frågan finns olika följdfrågor beroende på hur barnet svarar på den öppna frågan

Intervjun innehåller därefter frågor om barnets erfarenheter: sju frågor om våld mellan de vuxna, sju frågor om våld direkt mot barnet, två frågor om alkohol/droger och en fråga om huruvida den person som enligt barnet utövar mest våld hemma också gör annat som inte känns bra för barnet.

Frågorna om våld mellan de vuxna respektive våld direkt mot barnet är anpassade på två sätt: hur de ställs och hur de kvantifieras. Frågor om våld ställs dels som en ja/nej-fråga t ex. "Har din mamma skrikit åt din pappa?", och dels öppet "Vad skrek hon då?" Detta möjliggör för

barnet att ge en egen berättelse. Kvantifieringen av svaret görs i två steg: (1) har mamma skrikit åt din pappa: Nej = 0 Ja = 1 och 2 om ja flera ggr

Därefter innehåller intervjun åtta frågor om barnets posttraumatiska reaktioner på det våld barnet bevittnat/utsatts för. Avsnittet inleds med att handläggaren återberättar något av vad barnet självt berättat i intervjuens inledning. Sedan frågar handläggaren om detta är det hemskaste som har hänt hemma. Om barnet svarar ja ber handläggaren barnet att tänka på denna händelse när barnet svarar på de följande frågorna. Om barnet föreslår en annan händelse som den hemskaste så väljs istället denna. Vid skattning av barnets posttraumatiska reaktioner så används för varje fråga en skala:

0 (aldrig) I någon gång II ibland III (ofta)

Genom att använda romerska siffror för 1, 2 & 3 blev själva siffran en antalsmarkör i form av antalet streck, vilket är tänkt att underlätta för yngre barn. För att förklara hur frågandet och svarandet ska gå till inleder vi denna frågesekvens med att fråga barnet om det äter godis, och i så fall hur ofta. Om barnet t ex introducerar begreppet lördagsgodis använde vi detta för att förankra skalsteget II (ibland) och sa att det betyder någon gång i veckan. medan III (ofta) betyder att då händer det nästan varje dag.

Intervjun avslutas med att intervjuaren frågar barnet om det är något viktigt som hänt hemma som intervjuaren inte frågat om, och som barnet vill berätta om.

Intervjun med barn i åldern 9 – 17 år

Intervjun med äldre barn/ungdomar innehåller först en inledande kontaktskapande del (5-10 minuter) och en kortare instruktion liknande den som ges till yngre barn, därefter totalt drygt 60 frågor uppdelade på tre avsnitt:

1. En öppen fråga om det våld som förekommit i hemmet med olika följdfrågor beroende på barnets spontana berättelse.
2. Frågor om kontakten med den förälder som enligt barnet utövade det mesta våldet
3. Frågor om kontakten med den andre föräldern

Intervjufrågorna om kontakten med respektive förälder är halvstrukturerade och ger gott om utrymme för barnet att utveckla sina svar.

Under intervjun får barnet också fylla i två frågeformulär (se bilaga 2):

CEDV (Children's Exposure to Domestic Violence) som innehåller två delar: (1) hur mycket våld mellan de vuxna som barnet "bevittnat" och (2) i vilken utsträckning barnet varit indragen i det våld den ene vuxne utsatt den andre för,

CTS-C (Conflict Tactics Scale Parent-Child child version) som tar upp olika uppfostringsmetoder som föräldrar kan använda och där barnet får ange hur ofta respektive metod (bl a olika former av fysisk bestraffning) använts. Barnet fyller i CTS-C två gånger, i anslutning till att relationen till respektive förälder diskuteras.

Liksom när det gäller de yngre barnen avslutas intervjun med att intervjuaren frågar barnet om det är något viktigt som hänt hemma som intervjuaren inte frågat om, och som barnet vill berätta om.

Efter intervjun fick barnen också svara på fem frågor om hur de upplevde intervjun och de frågor som ställdes.

Föräldrainsintervjun

Intervjun med den våldsutsatta föräldern innehåller först en sammanhangsmarkering, dvs förklaring till varför intervjun görs och hur den kommer att användas. Därefter följer knappt 60 frågor uppdelade på tre avsnitt:

1. En öppen fråga om det våld som förekommit i hemmet med olika följdfrågor beroende på föräldrarnas spontana berättelse.
2. Frågor om föräldrarnas egen kontakt med den förälder som utsatt hen och/eller barnet för våld
3. Frågor om barnets kontakt med den förälder som utsatt föräldern och/eller barnet för våld

Föräldern ombads också att fylla i tre frågeformulär (se bilaga 2):

DA (Danger Assessment eller FREDAs farlighetsbedömning på svenska) där föräldern rapporterar förekomsten av våldsamma situationer eller beteenden från medföräldern. DA är ett hjälpmedel för att bedöma risken för förnyat/förvärrat våld mot föräldern. Instrumentet är normerat i USA men på grund av kulturella skillnader har vi avrått från att använda de amerikanska gränsvärdena.

CTS-PC (Conflict Tactics Scale Parent Child) är samma formulär som CTS-C fast det är föräldern som fyller i det.

YCPC (Young Children's Posttraumatic Checklist) är ett formulär med vars hjälp föräldrar till yngre barn (upp till åtta år) kan bedöma barnets posttraumatiska symtom.

Liksom när det gäller barnen avslutas intervjun med att intervjuaren frågar om det är något viktigt som hänt hemma som intervjuaren inte frågat om, och som föräldern vill berätta om.

Efter risk-/skyddsintervjun fick föräldern också svara på fem frågor om hur de upplevde intervjun och de frågor som ställdes.

Resultat

Intervjun med yngre barn (5 – 8 år)

Anders Broberg

Sammanlagt har 17 barn intervjuats, väl spridda inom åldersspannet fem till åtta år. Enbart ett barn var aktuellt inom IFO, alla övriga hade kontakt med en särskild verksamhet. Elva av barnen var flickor och sex pojkar. Inget av barnen intervjuades med hjälp av tolk. Fyra av barnen bodde med sin mamma och pappa direkt innan de kom i kontakt med verksamheten. Sex av barnen bodde med sin mamma ensam och fem bodde med sin mamma och styvpappa. För två av barnen saknades uppgift. För tio av barnen hade föräldrarna gemensam vårdnad medan mamma hade ensam vårdnad för sju av barnen. Intervjuerna tog i genomsnitt 24 minuter. Tre intervjuer tog mindre än 20 minuter och två tog mellan 31 och 45 minuter.

Det var 15 barn som beskrev att pappan varit den som stått för merparten av våldet medan två barn beskrev våldet som i första hand riktat mot dem själva från båda föräldrarna. På frågan om mamma och pappa bråkar, svarade tolv barn ja och fem nej, varav två var de förut nämnda barnen. Som framgår av tabell 14 i bilaga 3 blir bilden mer komplicerad när barnen får mer specifika frågor. Barnen uppgav att papporna, betydligt oftare än mammorna, hade

skrikit åt den andre föräldern, gjort den andre föräldern illa samt att papporna också oftare gjort den andre föräldern rädd.

När det gäller våld direkt mot barnet ser vi delvis ett annat mönster. Barnen uppgav att mammorna skrikit åt dem ungefär lika ofta som papporna gjort, medan det är stor skillnad när det gäller frågan om föräldrarna gjort något som skrämt barnet eller gjort det illa. I båda fallen rapporterar barnen att papporna gjort detta mycket oftare än mammorna (tabell 15 i bilaga 3).

Frågan om föräldern dricker alkohol så att hen blir full, ställdes bara rörande den förälder som barnet på den öppna frågan beskrivit som den som svarat för merparten av våldet. Sju av barnen svarade att pappan inte drack alkohol när han är tillsammans med barnet, medan 10 barn sa att detta förekom. På följdfrågan om pappan drack så att han blir full/konstig svarade nio barn nej och fem ja och att detta hänt flera gånger, medan tre barn inte svarade på frågan.

De sju frågorna om barnets posttraumatiska reaktioner summerades till en skala (YCPTSR) med godtagbar reliabilitet (variationsvidd 0 – 21; Cronbach's alpha = 0,65). Vi gjorde också, som framgår av tabell 16 i bilaga 3, summerade skalor (variationsvidd 0 – 6) av våld mellan föräldrarna (YCEIPV) respektive våld direkt mot barnet (YCECA) uppdelad på de båda föräldrarna (M resp. P)¹. Medelvärdet för papporna låg betydligt högre än för mammorna avseende både våld mellan föräldrarna och våld direkt mot barnet.

Slutsatser

De yngre barnen klarade överlag av att svara på frågorna utan större svårigheter, även om de tyckte att en del av frågorna var "jobbiga". Intervjutiden (20 – 30 minuter för de allra flesta barnen) bedöms också som rimlig för barn i den här åldersgruppen. Sammanställningen av intervjusvaren visar att barnen kunde ge en sammanhållen och nyanserad, snarare än begränsad och stereotyp, bild av det familjevåld som det utsatts för.

¹ För de senare skalorna beräknades ej något alphavärde då de bara bestod av tre items vardera. Vi prövade om det gick att göra sammanslagna IPV resp CA-skalor, men alphavärdena visade att de inte bildade sammanhållna skalor. Vi prövade då att göra en familjevåldsskala för mamma (YCEDV-M) respektive pappa (YCEDV-P) genom att summera våld mot den andre föräldern med våld direkt mot barnet för respektive förälder. Itemen för mamma bildade inte någon sammanhållen skala vilket de däremot gjorde för pappa (variationsvidd 0 – 12, Cronbachs alpha 0,77).

Intervjun med äldre barn och ungdomar (9 – 17 år)

Anders Broberg

Intervjuer har gjorts med tolv äldre barn varav en med tolk. Två av barnen var yngre än nio år, tre barn var nio eller tio år, sex barn var mellan elva och 14 år och ett var 16 år gammalt. Fem var flickor och sju pojkar. Fem av barnen bodde med både sin mamma och pappa medan fem bodde enbart med mamman och en enbart med pappan. För sju av barnen var vårdnaden gemensam, medan mamman hade ensam vårdnad om tre barn. För två barn var vårdnadssituationen oklar. Två av intervjuerna har gjorts inom IFO och övriga inom SÄV.

Tio av barnen beskriver våldet som huvudsakligen utövat av en vuxen (pappan i sju fall, mamman i ett och styvpappan i två fall). Ett barn beskriver våldet som utövat av två vuxna (mamma och pappa) och ett barn beskriver att det i första hand handlar om att ett äldre syskon utövat våld direkt mot det aktuella barnet.

Det var stor spridning i längden på intervjuerna. Fyra intervjuer tog mindre än 45 minuter, fyra mellan 45 minuter och en timme. Två intervjuer tog mellan 60 och 75 minuter och två tog mer än en och en halv timme att genomföra. I de sistnämnda fallen delades intervjuerna upp på två tillfällen. Intervjun som gjordes med tolk tog strax under en timme. För en intervju saknas uppgift om intervjuens längd. En kraftigt bidragande orsak till att vissa intervjuer blev så långa var att frågeformuläret CEDV var svårt för barnen att förstå och krävde lång tid att genomföra.

På grund av det begränsade antalet intervjuer är det inte meningsfullt att redovisa svaren kvantitativt. Det är dock tydligt att det på samtliga frågor finns en meningsfull spridning, dvs alla frågor fångar upp något som varit relevant för minst ett par av barnen. Svaren ger också en god bild av den utsatthet som flera barn känner. Fem av nio barn som svarat på frågan om de känner sig otrygga när de är hos den förälder som de angett som den som utövat våld svarade att de ibland (3) eller alltid (2) kände sig otrygga tillsammans med denne föräldern, och fyra av dessa nio barn svarade att föräldern vid minst ett tillfälle blivit så farlig att barnet känt att det måste ta sig därifrån. Av dessa nio barn var det också sex som uppgav att föräldern vid flera tillfällen druckit så att hen blivit full. Fyra av de tolv barnen uppgav att föräldern gjort något annat som var obehagligt eller skrämmande när barnet varit hos hen.

På frågan "Gör du och X [den våldsutövande föräldern] något tillsammans som du tycker om?" svarade tre av de 12 barnen ja, sju svarade nej och två svarade inte. De barn som svarat ja gav exempel som handlade om roliga aktiviteter (gå på Liseberg, gå och handla, gå på bio).

Samma frågor som ställdes rörande den våldsutövande föräldern ställdes också rörande den andre föräldern. Åtta barn svarade på frågan om de kände sig otrygga hos föräldern. Sex svarade nej, en ja ibland och en ja alltid. Alla åtta svarade dock nej på frågan om de upplevde att föräldern blivit farlig. Inget av de 12 barnen svarade att föräldern blivit full när barnet varit där, och ingen att föräldern gjort något annat mot barnet som var obehagligt eller skrämmande. Åtta av tolv barn uppgav att de och föräldern gjorde saker tillsammans som barnet uppskattade. I några fall rörde det sig om aktiviteter (handla, gå i affärer, etc.) men lika ofta om relationsaspekter (laga mat, bara vara tillsammans, sitta och mysa).

På frågan om det var något vi glömt att fråga om, som barnet ville förmedla svarade nio barn nej medan tre svarade ja. Två av de senare gav konkreta och relevanta erfarenheter som de ville förmedla, medan en svarade "ja, men det är så hemskt så det vill jag inte prata om".

Barnen tyckte överlag att frågorna var relevanta och gick att svara på.

Samtalsanalys av risk/skyddsintervjuer med barn²

Clara Iversen

Nedan presenteras en analys av samspelet i risk/skyddsintervjuerna. Analysen gäller dels hur intervjuernas planerade funktioner stämmer med hur de fungerade i praktiken (1) och dels hur intervjuerna möjliggör och förhindrar brukares delaktighet (2). Transkriptionerna är förenklade och representerar endast de aspekter av samtalen som tas upp i analysen.

Relationen mellan instrumentens planerade och praktiska funktioner

En jämförande analys av den verbala interaktionen och de skriftliga svaren visar att de nedtecknade svaren är mycket kortfattade och i många fall utelämnar relevant information. För att viktig information inte ska gå förlorad bör risk/skyddsintervjuer spelas in. Nedanstående punkter sammanfattar de svagheter i överföringen från tal till text som analysen påvisat.

- *Kortfattade skriftliga svar.* De nedtecknade svaren utelämnar detaljer som förklarar händelser och som kan vara viktiga för att förstå barnens upplevelser.
- *Utelämnande av barns bedömningar.* I den skriftliga versionen utesluts barnets värderande omdömen. Detta ger en ofullständig bild av barnets förhållningssätt till sin situation
- *Utelämnande av information som inte motsvaras av den aktuella frågan.* Barns beskrivningar följer inte alltid det sammanhang som frågor utgår ifrån utan kan bli begripliga under samtalsgången. Det kan även vara svårt för handläggare att fånga sådant som barnen säger när det inte passar frågans svarsalternativ.
- *Omformuleringar av frågor.* Handläggare omformulerar ofta frågor. För att kunna förstå informationen som barn lämnar är det viktigt att se precis hur frågan är ställd.

Barns delaktighet

Delaktighet i samtal mellan handläggare och våldsutsatta barn kan förstås i förhållande till vilka möjligheter barn har att ge uttryck för sina erfarenheter, utöva inflytande över samtalsutformning och få sina erfarenheter giltiggjorda (se inledning). Nedan presenteras analysen i tre avsnitt: (1) Barns hantering av ledande inslag i frågor, (2) Möjligheter för barn att initiera handlingar, (3) Handläggares giltiggörande av barns beskrivningar.

Barnens hantering av ledande inslag i frågor

Ur en samling av 94 utdrag som gäller motstånd mot ledande inslag i frågor från de åtta intervjuerna presenteras nedan exempel på barns bemötande av ledande inslag i frågor.

"Ja men"- och "nej men"-svar: Barn gör i många fall motstånd mot felaktiga antaganden i frågor genom att ge kontrasterande svar. Dessa kontraster kan delas upp i "ja men"- och "nej men"-svar. "Ja men"-svar innebär att barn bemöter delar av frågans antaganden som korrekta, samtidigt som de ifrågasätter frågans huvudentagande. Detta gäller ofta frågor som bygger på "dubbla" antaganden. I det nedanstående exemplet (fråga 33, Frågor om mammans alkohol och drogmissbruk) reagerar barnet på en lista som grupperar ihop öl, sprit och droger:

² Av utrymmesskäl presenteras inte en fullständig analys i denna rapport men den kan fås vid förfrågan hos Clara Iversen, Uppsala universitet <clara.iversen@soc.uu.se>.

9-17 år

- 33 IR Dricker din mamma öl eller sprit eller använder
 34 droger när du är hemma hos mamma,
 35 (0.9)
 36 IE Öl kan hon dricka,

Att barnet kraftigt betonar "öl" i en grammatiskt ovanlig ordföljd gör att "öl" framstår som en kontrast jämfört med sprit och droger. Dessutom ändrar barnet "dricker" till "kan dricka" och ifrågasätter därmed det vanemässiga som kan intolkas i frågan "dricker". På så sätt lyckas barnet alltså berätta att mamman kan dricka öl – vilket stämmer med frågan – samtidigt som barnet gör motstånd mot antagandet att öl, sprit och droger skulle vara likvärdiga. Frågor som utreder barns och mammors handlingar vid våldshändelser ger också ofta "ja men"-svar som kommunicerar att "Ja, det stämmer, men inte på det sätt som du menar". T.ex. besvarar ett barn frågan "Bråkar din mamma och pappa med varandra?" (fråga 13, 5-8 år) med "Men pappa börja först". Barnet erbjuder då en kontrast mot jämbördigheten i ordet "bråka". Därigenom tillskrivs pappan moraliskt ansvar för bråket.

"Nej men"-svar hanterar antaganden i frågor på precis motsatt sätt som "ja men"-svar. Här ger barnen nekande svar samtidigt som de ändå behandlar frågan som relevant. Ett barn som tillfrågas om det har kastats eller knuffats ned på golvet (fråga 15, CTS-C) svarar "Nä men i sängen" och behandlar därmed "kastandet eller knuffandet" som frågans huvudfokus. På ett liknande sätt kan man förstå svaret i nästa intervjuutdrag: Barnet tillfrågas om det brukar bli argt när det tänker på pappans våld (fråga 28, Små barns posttraumatiska reaktioner).³ Som svar säger barnet att det blivit ledsat och behandlar därmed "känslor" som frågans huvudfokus:

5-8 år

- 378 IR Brukar du bli arg nä ru tänker på de,
 379 (0.6)
 380 IE Ja blir lessen inte arg.
 381 (0.6)
 382 IR Du blir lessen inte arg

Det är anmärkningsvärt många barn (fem av sex 5-8-åringar) som svarar att de blir ledsna, inte arga, på fråga 28. Detta pekar dels på att barn kan hantera och ifrågasätta ledande inslag i frågor som denna och dels på vikten av att ha direkta frågor som kan underlätta att tala om känslor som är svåra. "Nej men"-svar bemöter alltså den direkta frågan som problematisk samtidigt som de pekar på att barnen har relaterade erfarenheter.

Förutom "ja men"- och "nej men"-svar förhåller sig barn till hur trovärdiga deras svar är. Barn kan både förstärka sina svar genom att hänvisa till "bevis" och försvaga trovärdigheten, t.ex. som ett barn som säger att det inte riktigt vet vad som hänt då våldet troligtvis varit "mer grovt när jag inte är hemma" (barn 9-17 år). Sammanfattningsvis kan sägas att barnen i de åtta intervjuer som analyserats förhåller sig till, snarare än böjer sig för, ledande inslag i intervjufrågor. Alltså tycks inte de ledande elementen vara problematiska. Istället verkar det vara frågor som förutsätter att vissa saker hör ihop, såsom dubbla påståenden och listor, som ställer till med bekymmer.

³ Frågan i instrumentet lyder egentligen: "Blir du arg när du tänker på [händelsen]?" (fråga 28, Små barns posttraumatiska reaktioner).

Möjligheter för barn att initiera handlingar

Från de åtta risk- och skyddsbedömningsintervjuerna har initiativ från barnen samlats in (55 st). Analysen nedan sammanfattar mönster i dessa 55 utdrag. Barns initiativ i intervjun består framförallt av frågor som gäller:

- (1) Upprepningar eller förtydligande ("Kan du säga om det där?", "Myndighet, vad är det?").
- (2) Det praktiska förfarandet vid intervjuandet ("Men om det är något jag inte vill prata om då?", "Är rösterna här nu?", "Varför skriver du X?").
- (3) Tillåtelse att få göra saker ("Kan jag rita nu?", "Kan vi gå och leka lite", "Ska vi sjunga den här...?").
- (4) Förfrågningar om hjälp ("Kan du lämna mig hemma?", "Hur ser bokstaven H ut?", "Vad heter den här bilen?").
- (5) Frågor om handläggaren ("Var kommer du ifrån?", "Har du varit på Disneyland?").
- (6) Frågor med värderande inslag ("Varför gråter man när det är födelsedag?", "Varför skulle han ge sig på husdjur?", "Varför ska vi sitta här borta och prata länge?").

Ett genomgripande mönster är att handläggarna svarar på barnens frågor på ett sätt som tar dem på allvar. Handläggarna fångar även upp värderande inslag i barnens frågor (t.ex. som svar på exemplen ovan "Jag vet inte, om man fyller år då brukar man ju vara glad", "Ja det är bra att han inte ger sig på något husdjur", "Ja en liten stund, inte så länge till ska vi prata").

I två fall blir det en kamp om vem som ska fråga. I båda fallen är det yngre barn som ber om hjälp (4) i samband med att de också visar att de vill sluta intervjuandet. Att be vuxna om hjälp hör generellt till barns rättigheter och att barn använder detta som en resurs för att slippa svara på frågor om våld visar samspelemässig kompetens.

Frågor om intervjuens längd finns i fem av de åtta intervjuerna (12 st) och rör sig över ett spann av mer öppna frågor ("Hur mycket är det kvar?"), frågor med tydlig preferens för att sluta ("Är vi klara?"), till direkta förfrågningar ("Snälla jag vill bara titta på boken"). Handläggarna svarar med exakta siffror ("Det kommer att ta en halvtimme till"), med en bedömning ("Nu är det inte så långt kvar") eller med en kombination ("Inte så långt, det är denna sida och denna och en till"). I regel uppmuntrar handläggarna barnen att fortsätta (frågar "Orkar du?" snarare än "Vill du sluta?") och nedtonar mängden frågor som är kvar.

Generellt verkar det finnas utrymme i intervjuerna för barn att initiera handlingar och att få responser på dessa handlingar. Handläggarna ger ofta det svar som efterfrågas eller så visar de att barnen kommer att få igenom sin förfrågan vid ett senare tillfälle. Ofta lyckas handläggarna tillvarata barnens bidrag men när intervjun fortsätter trots att barn tydligt visar att de vill sluta ställs barns delaktighet mot informationsinsamling.

Handläggarnas giltiggörande av barnens beskrivningar

Det är betydligt vanligare att behandlare stödjer barnens bedömande handlingar än att de låter bli. Jämfört med 77 utdrag av stödjande handlingar har endast 15 exempel av uteblivet stöd samlats in. Nedan beskrivs först olika stödjande handlingar. Sedan presenteras ett fall av uteblivet giltiggörande.

Stödjande handlingar: När barn har visat att de tycker att det är svårt att berätta, alternativt gett en värderande bedömning av något eller någon, kan handläggare giltiggöra barnens ståndpunkt på olika sätt. Analysen visar att de vanligaste sätten är att *formulera*, *bedöma*, *reagera*, och *hävda förståelse*. En *formulering* upprepar kärnan av vad föregående talare har sagt och erbjuder möjligheten att bekräfta, förneka eller utveckla denna summering [113]. Härmed fungerar formuleringar både stödjande och informationsinhämtande och avviker

därför jämförelsevis lite från själva intervjuaktiviteten. Handläggares *bedömningar* kommer efter att barnet själv har gjort en bedömning eller beskrivit hur de agerat för att lösa problem i olika situationer. Bedömningar kan vara problematiska eftersom de blandar sig i barnens berättelser. Samtidigt kan säkert avsteg från intervjuarrollen vårda relationen mellan handläggarna och barnen. Handläggare *visar en reaktion* på vad barn säger med betonade ord och ljud, skratt och genom utrop. Reaktionstecken har fördelen att de är kortfattade och därmed inte stör den pågående intervjun. Deras främsta funktion är dock att kommunicera spontanitet och överraskning vilket kan vara ovälkommet i en risk/skydds-intervju. Tvärt om reaktionen "oj" kan handläggarna ibland *säga att de förstår* barnen. Att hävda att man förstår innebär andra problem än en reaktion – barnets tolkningsföreträdare till sina upplevelser kan ifrågasättas. Hävdande av förståelse förekommer också endast i fall då det finns risk att barnen kan uppfatta det som att handläggaren inte förstår, alltså där det redan har uppstått någon form av problem i samspelet.

Uteblivet stöd: Barns bedömningar bemöts av ett begränsat eller uteblivet stöd på i huvudsak två sätt: Antingen ifrågasätter handläggaren det barnet sagt genom att påbörja en rättelse eller så ignorerar handläggaren barnets bedömning och går direkt till nästa fråga. När handläggaren tar initiativ till en rättelse fortsätter barnen i regel sin strävan efter medhåll. Nedan exemplifieras en motsättning mellan barnet och handläggaren som uppkommer en stund efter att handläggaren har ställt den inledande frågan om "vad som hänt hemma":

5-8 år

- 57 IR Ja önskar att min pappa kunde va snäll så jag
 58 kunde bo med han,
 59 (0.3)
 60 IR Va sa ru?
 61 IE Ja önska,
 62 IR Jaa,
 63 IE Att ja kunde b- m- (.) papporna kunde komma till
 64 skyddade boenden.
 65 IR Mm,[att pappa skulle komma hit.
 66 IE [m:
 67 IE Aa,[det var roligt.
 68 IR [m
 69 (0.4)
 70 IR Om det är en snäll pappa.
 71 IE Ja har en jättesnäll pappa nu.
 72 (0.3)
 73 IR Hmm
 74 (0.5)
 75 IE Äkta snäll[äkta
 76 IR [mm

Barnets gör det relevant för handläggaren att förstärka hans affektiva uttalande (rad 57-58) samt hans bedömningar (rad 67, 71 och 75). Handläggaren bemöter det första uttalandet genom att indikera att hon inte hört eller förstått. Efter att barnet förtydligat frågar handläggaren igen på ett sätt som kan tolkas som att hon inte förstår (rad 65). Genom att beskriva en hypotetisk situation där barnets uttalande vore giltigt (rad 70) antyder handläggaren sedan att just detta barns pappa inte är snäll. Barnet står fast vid sin ståndpunkt genom att säga att pappan är "jättesnäll". Handläggarens svar är minimalt och omgärdat av pauser (rad 73). Denna typ av respons tyder ofta på att man inte håller med [114]. Barnet ger

en ännu starkare bedömning – att pappan är äkta snäll (rad 75). Vi ser alltså hur barnets ståndpunkt förstärks när handläggaren, om än försiktigt, kommunicerar en avvikande ståndpunkt.

Slutsatser

- Text skiljer sig från tal på ett sätt som gör att viktig information om barnens situation går förlorad. Därför är det viktigt att spela in intervjuerna.
- Barn verkar kunna hantera frågors ledande inslag men vissa frågekonstruktioner är problematiska.
- Barn tar initiativ som blir uppmärksammade och bemötta. När det gäller barnens önskemål att sluta intervjun blir det ibland en kamp mellan intervjuare och barn.
- Handläggare giltiggör i regel barns bedömande handlingar och i de få fall som handläggare visar en avvikande ståndpunkt tycks motsättningen förstärkas.

Föräldraintervjun

Anders Broberg

Handläggare inom IFO genomförde sammanlagt åtta risk/skyddsintervjuer med mammor, medan handläggare inom de särskilda verksamheterna gjorde totalt 55 intervjuer. Inom BUP genomfördes ingen risk/skyddsintervju. Sexton av intervjuerna genomfördes med tolk, varav sex på arabiska och övriga på åtta andra språk. Den tid intervjuerna tog varierade kraftigt, från under en halvtimme upp till två timmar (tabell 17 i bilaga 3). De längsta intervjuerna var de som gjordes med hjälp av tolk. Nio intervjuer saknade uppgift om intervjuens längd. Två tredjedelar av intervjuerna tog omkring en timme (från 45 minuter till en timme och en kvart). Knappt en fjärdedel av intervjuerna (24 %) hade delats upp på två, i ett fall tre, intervjutillfällen.

Nästan hälften (40 %) av risk/skyddsintervjuerna gällde barn som var yngre än fem år, och endast ett fåtal äldre tonåringar (tabell 18 i bilaga 3)

De intervjuade föräldrarna var alla mammor, och den vuxne som utövat det våld intervjun gällde var i 85 procent av fallen barnets pappa (N = 52). Fem av dem som utövat våldet var styvpappor och tre en annan vuxen. I ett fall var mamman själv inte utsatt för våld utan våldet gällde enbart barnet.

Hälften av barnen bodde med både mamma och pappa, tillsammans eller växelvis (tabell 19 i bilaga 3). För majoriteten av mammorna, som deltog i intervjun medan de befann sig på ett skyddat boende, innebar det att det var oklart hur barnets boendesituation skulle bli sedan.

Nio av mammorna uppgav att de hade en ny relation och för sju av mammorna saknades uppgift om detta. Fyra av de nio mammor som hade en ny relation hade undvikit att berätta detta för den man, i allmänhet barnets pappa, som hade utsatt mamman för våld. Över 80 procent av mammorna uppgav att de var rädda för den man som utsatt dem för våld, och det var, som framgår av tabell 16 vanligt med juridiska tvister

Förhållandevis många mammor (39 %) berättade också att mannen som ett led i tvisterna dem emellan hade anmält mamman till socialtjänsten och så många som 62 procent av mammorna uppgav att mannen utsatt dem för förföljelse, s.k. stalkning.

I intervjun ingick också **frågor om barnets situation**. Nästan åtta av tio mammor (79 %) uppgav att de inte kände sig trygga med att barnet var ensam med mannen. Över hälften rapporterade att det vid minst ett tillfälle hänt något allvarligt när barnet varit med pappan. Trots detta var det bara en **knapp tredjedel av mammorna som pratat med barnet om vad det skulle kunna göra om det hände något allvarligt**. Vi frågade mammorna till de äldre förskolebarnen och skolbarnen om barnet kunde tala ostört med mamman när barnet var hos pappan. Tio av 16 mammor sa att de inte kunde det. Åtta av 17 sa att barnet inte kunde nå mamman, om det önskade det, när det var hos pappan.

Mot slutet av intervjun ställde vi frågor om hur mycket man talat om det våld som förekommit i familjen för att få en bild av vilken möjlighet barnen hade haft att bearbeta det som hänt. Hälften av mammorna (56 %) uppgav att de talat med mannen om våldet, men bara 35 procent uppgav att **mannen talat med barnet om våldet**, och 30 procent hade själva talat med barnen. Vare sig mamman eller mannen hade talat med de barn som var yngre än fem år om våldet.

Vi avslutade intervjun om våldet med att fråga om mamman upplevde att hennes egen **föräldraroll påverkades av vårdnads-/umgängessituationen**. Tre av fyra mammor uppgav att deras egen föräldraroll påverkats negativt.

I de allra flesta fall uppfattade mamman att intervjun täckt av deras situation och att de inte hade något att tillägga. Mammorna var överlag mycket positiva till intervjun som de uppfattade som meningsfull. Samtidigt gav flera uttryck för att det varit jobbigt i och med att de talat så pass detaljerat om svåra saker och att det blivit tydligt för mamman vilken utsatt situation barnen hade.

Slutsatser föräldraintervjun

Mammorna uppfattade intervjun som relevant och heltäckande och var särskilt positiva till att barnets situation lyftes fram så tydligt, även om detta också blev smärtsamt för mamman. Några mammor lyfte fram att vi borde ha ställt frågor om mannens bruk av alkohol/droger och hans "psykiska status" eftersom de frågorna har betydelse för vilka risker barnet blir utsatt för, i synnerhet i samband med att barnet sover över hos pappan.

Liksom när det gällde intervjun med barnen i åldern 9 till 17 år så fanns det en stor spridning i mammornas svar, vilket indikerade att frågorna var meningsfulla. De noggranna frågorna om hur mycket kontakt barnen hade med den man som utsatt mamman för våld, och ofta även barnet, redovisas inte här eftersom de är mest relevanta i det enskilda fallet för att bedöma risken för det enskilda barnet.

Sammanfattande slutsatser

Risk-/skyddsintervjuerna har gett värdefull information som kan ligga till grund för en bedömning av den enskilda förälderns och barnets situation samt av vilken risk förälder och barn löper att utsättas för förnyat våld. Föräldraintervjun är visserligen relativt omfattande, den tar cirka en timme i de allra flesta fall, men meningen är ju att intervjuerna bara ska genomföras när det finns anledning att göra en risk-/skyddsbedömning. Då är en timplång intervju en godtagbar investering. Vi kan också konstatera att de personer som arbetat med intervjuerna har varit väldigt positiva till samarbetet med oss och upplevt intervjuerna som meningsfulla. Det finns alltså anledning att göra det möjligt för fler att använda intervjuerna.

Det faktum att så gott som samtliga intervjuer skett inom de särskilda verksamheterna behöver analyseras närmare. Intervjuerna togs ursprungligen fram för användning inom BUP. De har använts med ett 80-tal föräldrar, drygt 60 barn i åldern 9 – 17 år och 16 barn i åldern fem till åtta år vid den BUP-mottagning där de togs fram. Trots detta har vi i det här projektet inte fått någon av BUP-verksamheterna att använda intervjun, med vare sig föräldrar eller barn, trots att de haft ett stort antal patienter (flera tusen) under projektperioden.

Inom IFO-verksamheterna har det enbart gjorts ett fåtal intervjuer, trots att man under den tid som projektet pågått haft fler än fem tusen klienter, varav det i runt tio procent av ärendena antagligen funnits anledning göra en risk-/skyddsbedömning. Vi baserar denna skattning på att förekomsten av våld, utifrån vår kartläggning, är omkring 30 procent inom IFO och att barnet har regelbunden kontakt med den förälder som utsatt den andre föräldern och/eller barnet för våld i mer än 30 procent. Att det varit så svårt att få till stånd intervjuerna är desto mer märkligt, eftersom verksamheterna frivilligt gått med i projektet och dessutom i flera fall sökt och fått utvecklingsmedel från Socialstyrelsen. Vi återkommer till denna fråga i nästa avsnitt, som baseras på intervjuer med handläggare och chefer.

Intervjuerna har identifierat svagheter i intervjuguiderna vad gäller en del enskilda frågor, men kanske framför allt när det gäller att intervjuerna med äldre barn och föräldrar i sin nuvarande utformning utgår från att barnet bor hos en förälder och har umgänge med den andre. Intervjuerna, inte minst de som genomförts på skyddade boendena, visar att många mammor och barn kommer till boendet från en hemsituation där man bott tillsammans med den vuxne som utövat våldet. På samma sätt har intervjuer från en utredningsinstitution visat på svårigheter att använda barnintervjuerna när barnen bott med båda föräldrarna och varit utsatta för direkt våld av båda, där det inte förekommit något våld mellan föräldrarna. Det behövs alltså ett fortsatt utvecklingsarbete för att göra olika versioner av intervjuerna anpassade till de två huvudsakliga boendesituationerna (1) att barnet bor med båda föräldrarna som bor tillsammans och (2) att barnet antingen huvudsakligen bor med den ene föräldern och har umgänge med den andre, eller att barnet bor växelvis hos båda föräldrarna.

Del C. Att införa och arbeta med systematiska risk- och skyddsbedömningar

Maria Eriksson & Karin Röbbäck de Souza

Följande avsnitt behandlar genomförande och användbarhet när det gäller den modell för att samla information att ligga till grund för risk- och skyddsbedömningar som prövats inom projektet. Vi redogör för olika möjligheter och svårigheter som modellen innebär i praktiken, och diskuterar det faktum att det varit stora igångsättningssvårigheter för en del av verksamheterna inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård.

Metod

Redogörelsen bygger på fyra olika typer av empiriskt underlag. Den första är kvantitativa uppgifter från respektive verksamhet om i vilken omfattning intervjumodellens olika komponenter prövats i praktiken (om verksamheterna, se inledningen till del I). Vidare har semistrukturerade intervjuer om erfarenheterna av att arbeta med modellens olika komponenter genomförts enskilt eller i grupp med totalt 41 handläggare från elva av verksamheterna.⁴ Sex arbetsgrupper har intervjuats vid ett tillfälle, medan arbetsgrupper från de fem verksamheter med störst erfarenhet av att använda modellen har intervjuats både efter att de kommit igång och efter sex till tolv månader då de fått mer erfarenhet. Slutligen har åtta enhetschefer, arbetsledare eller motsvarande från nio verksamheter har intervjuats enskilt per telefon.⁵ Totalt har 48 olika personer kommit till tals om genomförande och användbarhet. Resultaten som presenteras bygger på en tematisk analys av intervjumaterialet med fokus på:

Acceptans: uppfattar handläggarna att modellens olika komponenter (VIF, CTS-Brev/VMB, intervju) och modellen som helhet är lämplig, välfungerande, samt "realistisk" i förhållande till deras uppdrag, målgrupp och organisation?

Införandemöjligheter: är modellen genomförbar med merparten av de föräldrar och barn som är aktuella i verksamheten?

Praktisk genomförbarhet: klarar man att arbeta enligt modellen inom ramen för sin ordinarie verksamhet?

Anpassningsbehov: behöver modellen anpassas för att kunna användas i olika kontexter?

För att också ge en bild av modellen ur ett brukarperspektiv presenteras också delar av risk- och skyddsintervjuerna med äldre barn och föräldrar som handlar om hur de uppfattat intervjun.

Att införa modellen

För verksamheterna innebär modellen för informationsinsamling inför risk- och skyddsbedömningar fem steg av genomförande. De måste för det första (steg 1) komma igång med projektet och en systematisk dokumentation av nybesök (basdata). De ska också inleda

⁴ Nio verksamheter som prövat att använda risk- och skyddsintervjuer, en som endast genomfört rutinmässig kartläggning och fördjupad kartläggning av våld, samt en verksamhet som avbröt medverkan innan projektet avslutades.

⁵ Fyra av de fem verksamheter som har mest erfarenhet av att arbeta med risk- och skyddsintervjuer, två av de andra verksamheter som prövat att använda risk- och skyddsintervjuer, i en verksamhet där man endast prövat att rutinmässigt kartlägga våld, samt två verksamheter där medverkan avbröts innan projektet avslutades.

arbetet med rutinmässig kartläggning i nya ärenden för att identifiera våld (steg 2, instrumentet VIF), fördjupad kartläggning av föräldrars respektive barns våldsutsatthet (steg 3, instrumenten CTS-Brev och VMB) för att därefter gå vidare med risk- och skyddsintervjuer (steg 4, strukturerad intervju). I den ursprungliga projektplanen fanns även momentet uppföljning (steg 5), men som redan framgått har detta steg inte varit möjligt i någon av verksamheterna. De övriga stegen har dock genomförts.

Sammanlagt har 23 verksamheter medverkat i risk- och skyddsbedömningsdelen av projektet under någon period.⁶ Sammantaget är det elva verksamheter som kommit igång med risk- och skyddsintervjuer, det vill säga kärnan i den modell som prövats i projektet. Av dessa är det sex som kan sägas ha *prövat på* att genomföra risk- och skyddsintervjuer med föräldrar och/eller med barn, medan fem verksamheter faktiskt *arbetat med* intervjuerna. De sex verksamheter som prövat på har genomfört ett par – tre intervjuer, medan antalet intervjuer bland verksamheterna som arbetat med modellen spänner mellan sex och 39 intervjuer (mellan en och 13 barnintervjuer). Vissa verksamheter har haft tyngdpunkt på föräldrainsintervjuer, andra har genomfört intervjuer med såväl barn som föräldrar (se diagram 1).

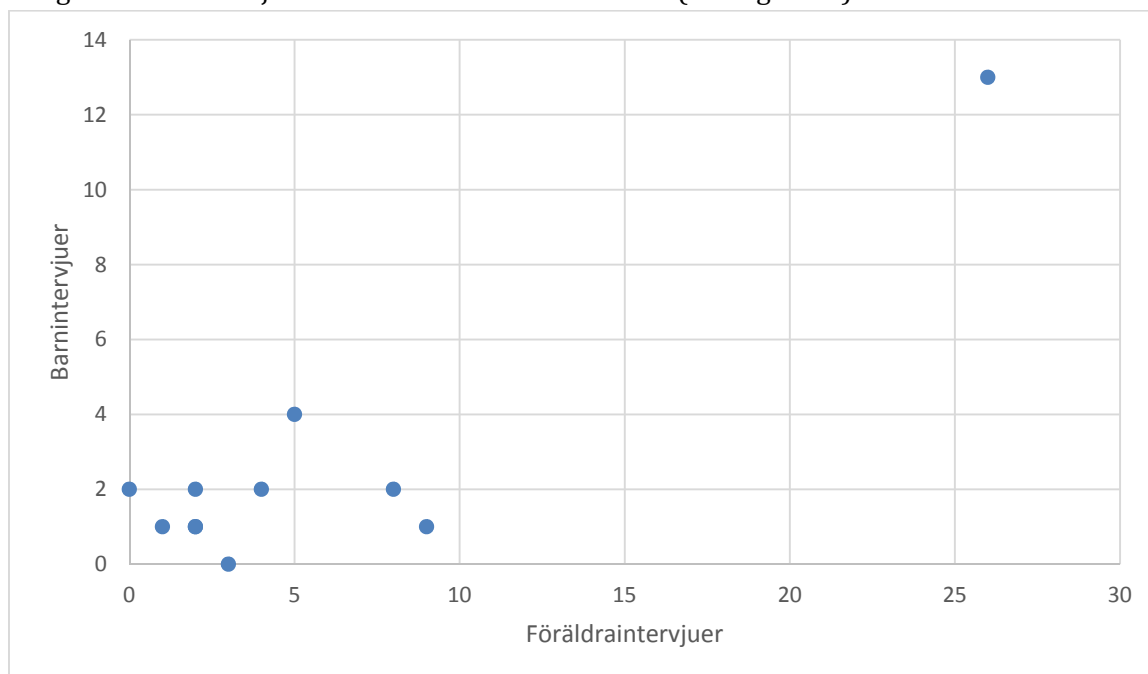


Diagram 1: Fördelning av riskbedömningsintervjuer (11 verksamheter)

Bland de elva verksamheter som kommit igång med intervjuer återfinns förutom fyra reguljära IFO-enheter inom socialtjänsten, de sju verksamheter som i föregående avsnitt benämns särskilda verksamheter: en utredningsinstitution (inom socialtjänsten), och sex verksamheter med fokus på våld (tre skyddade boenden för våldsutsatta kvinnor, två enheter inom socialtjänsten med ansvar för samordning och stöd i ärenden med våld, samt en frivilligorganisation som erbjuder stöd till våldsutsatta barn och föräldrar). Man kan alltså notera att av dessa elva verksamheter har sex det gemensamt att de explicit har fokus på våld mot kvinnor och därför har kunnat hoppa över den rutinmässiga kartläggningen (steg 2) och

⁶ I de föregående avsnitten har även uppgifter från tre BUP-mottagningar från delprojekt II (Insatstrappan) inkluderats i analysen av våldsutsatthet. Då dessa verksamheter inte ingått i delprojekt I och endast insamlat basdata och genomfört rutinmässig kartläggning inkluderas de inte i diskussionen om genomförbarhet av modellen för att inhämta underlag för risk- och skyddsbedömningar.

gå direkt på arbetet med fördjupade kartläggningar av våldsutsatthet och risk-/skyddsintervjuer. Fyra av de fem verksamheter som inte bara prövat på utan även faktiskt arbetat med intervjuerna har fokus på våld mot kvinnor (tre av dem är skyddade boenden).

För att ge en bild av förutsättningarna för att införa nya arbetssätt har enkätverktyget Beredskap för förändring [115] används såväl i de delar i projektet som berör risk/skyddsintervjuer som de delar som handlar om insatser och insatstrappan (se del II och III). Sammantaget kom 120 enkätsvar in, 100 från socialtjänstverksamheter och 20 från BUP-verksamheter (varav 64 av svaren kommer från verksamheter som ingår i risk/skyddsdelen, fördelat på en BUP verksamhet och 16 socialtjänstverksamheter). Dessa enkätsvar ger en bild av relativt goda förutsättningar för att införa ett nytt arbetssätt. Enligt svaren låg verksamheterna relativt högt i skattad förändringsbenägenhet och över gränsvärdet för tillräckliga förutsättningar för att inleda ett förändringsarbete på domänerna Resurser, Personal och Organisationsklimat. Vad gäller domänen Motivation till förändring låg socialtjänstverksamheterna under gränsvärdet för att inleda ett förändringsarbete. Som redan framgått har en del av verksamheterna dock haft stora igångsättningssvårigheter. Det flera olika förklaringar till svårigheterna i det fall genomförandet inte fungerat, och de viktigaste diskuteras nedan: bristande acceptans, otillräckliga resurser, hög personalomsättning, bristande ledarskap, brister i grundläggande kompetens om våld i nära relationer samt otillräcklig beredskap både på handläggarnivå och på organisationsnivå för att arbeta med frågan så här systematiskt.

Genomförbarheten av risk- och skyddsintervjuer

Forskning om införandet av nya arbetssätt betonar att motivation till förändring är en central faktor [115] Något som bidrar motivationen att förändra arbetet är acceptans, det vill säga i vilken mån modellens olika komponenter (VIF, CTS-Brev/VMB, intervju) uppfattas som lämpliga, välfungerande, samt "realistiska" i förhållande till uppdrag, målgrupp och organisation.

Överlag finns en grundläggande acceptans för att börja arbeta med strukturerade risk- och skyddsbedömningar. Det gäller både upptäckt av våldsutsatthet och risk- och skyddsbedömningar gällande barnen. Bland de särskilda verksamheterna passar frågorna om våld väl in. I synnerhet de skyddade boendena kan se att faktaunderlaget som intervjuerna ger är något som är viktig för att återkoppla till socialtjänsten, framförallt om barnen, på ett tydligare sätt. De uppger också att boendet som sådant ger bra förutsättningar att skapa relationer och ha flera olika samtal med barn och föräldrar då de träffas så kontinuerligt på boendena jämfört med andra verksamheter där det krävs att man bokar tider för att få till olika möten. De skyddade boendena har således den högsta graden av acceptans att införa modellen inom ramen för sitt uppdrag, målgrupp och organisation, jämfört med andra typer av verksamheter som ingått i projektet. När det gäller andra verksamheter med fokus på våld kan handläggarna se fördelar med kartläggningsdelarna för att få en tydligare bild av typ och omfattning av våldet, men de ser inte lika tydligt hur risk/skyddsintervjun passar in i deras uppdrag att stötta barn och föräldrar. Den utredningsinstitution som deltagit anser att det ingår i deras uppdrag att utreda barnens och familjens behov och möjliga skyddsbehov som modellen avser. Det har dock tagit tid att få igång arbetet med modellen. Det har här funnits ett visst motstånd och ifrågasättande hos i alla fall delar av personalen, när det gäller att arbeta med denna typ av strukturerade och standardiserade frågor uppdelade i specifika steg, jämfört med en tidigare modell för arbetet som uppfattats som mer processinriktad. Under

projekttiden har dock förhållningssättet delvis förändrats och modellen ses idag inte som ett lika stort problem i förhållande till andra processer och samtal. I likhet med de skyddade boendena ser handläggarna i denna verksamhet en fördel i att familjen bor på institutionen vilket underlättar olika typer av samtal och uppföljningar.

Handläggarna uppger överlag att den största behållningen av materialet är att få mer strukturerad, omfattande, konkret och detaljerad information, jämfört med tidigare arbetssätt. Genom materialet uppnås en bredare och tydligare systematik i frågor om våld och våldsutsatthet, som inte alltid framkommer i andra typer av samtal. En återkommande kommentar är också att det blivit tydligare både för handläggare och våldsutsatta föräldrar hur utsattheten verkligen har sett ut, och vad barnen har varit med om.

Acceptans av de olika komponenterna

Rutinmässig och fördjupad kartläggning

Handläggarna uppger överlag att formuläret för rutinmässig kartläggning (VIF) ger en bra, översiktlig, första bild. Vidare att den fördjupade kartläggningen varit till stor hjälp då frågorna gör det tydligare för såväl klienter och professionella hur våldet sett ut. Systematiken har gjort att handläggarna snabbt får konkreta, värdefulla uppgifter att ta med i sitt fortsatta arbete, eller i förekommande fall kunna föra vidare till IFO. Att frågorna konsekvent också ställs i relation till vad barnet upplevt av våldet uppfattas som mycket värdefullt av handläggarna, både för att barnets utsatthet har tydliggjorts för föräldern och inför handläggarnas framtida barnsamtal. Även i de fall där våldet ligger längre tillbaka i tiden, så att det inte varit aktuellt med en risk/skyddsintervju, uppger flera verksamheter att dessa uppgifter ger ett bra underlag för fortsatta samtal kring våldsutsattheten. Handläggare på IFO-verksamheter uppger att det, trots tidigare utredningar, i den här genomförda kartläggningen framkommit uppgifter om våld som inte tidigare varit kända. Detta understryker ytterligare att konkreta frågor om våld behöver ställas för att våldet ska framkomma.

Man kan notera att handläggare från IFO-verksamheter uppger att arbetet med den fördjupade kartläggningen har gjort att de själva breddat och fördjupat sin syn på våld genom de konkretiserade frågorna, vilket de ser som positivt för möjligheten att upptäcka och tala om våldsutsatthet. Det är dock tydligt att formulären till den fördjupande kartläggningen skiljer sig från hur handläggarna inom IFO-verksamheterna vanligtvis ställer frågor och får svar. Det blir därför viktigt för IFO att få stöd i hur de ska använda och göra bedömningar utifrån psykometriska formulär som de inte är vana att arbeta med. Samtidigt är det tydligt att instrumenten ger mer strukturerad information och samtliga verksamheter – även de som är fokuserade på våld – anser att formulären gör att de får svar på frågor som annars lätt missas i andra typer av samtal.

I vissa av de verksamheter där genomförandet stannat av eller där medverkan i projektet avbrutits kan bristande acceptans ha varit en faktor. Ett exempel är en IFO-verksamhet där både handläggare och chef uppgav att användningen av formuläret VIF inte passade in i handläggningsrutinen, samt att de uppfattade det som problematiskt att fråga rutinmässigt om våld i alla nya ärenden. Det kan dock även ha varit en svårighet att det var en enhet – mottagningsenheten – som skulle genomföra den rutinmässiga kartläggningen, och en annan enhet – utredningsenheten – som skulle göra fördjupade kartläggningar och risk/skyddsintervjuer (steg 3 och 4). De senare stegen kom aldrig igång ordentligt, oaktat synpunkterna på den första delen. Man kan också notera att från denna verksamhet apporteras viss ovana

att arbeta så systematiskt och manualbaserat som modellen förutsätter, och en låg grad av acceptans kan därför möjligen också hänga ihop med bristande erfarenhet och/eller anpassningsförmåga.

Risk- och skyddsintervjuer

Vad gäller risk/skyddsintervjuerna beskrivs föräldrantervjun fungera överlag väl. Handläggarna har lyft fram att det är mycket bra att frågorna uppmärksammar föräldern, men intervjuens uppläggning gör att föräldern allra mest fokuserar på barnens situation vilket är något som kan vara svårt och ibland smärtsamt, men mycket viktigt. Den våldsutsatta föräldrarnas föräldraskap är ett område som handläggarna uppger att de tidigare inte ställt lika mycket/tydliga frågor om, men som är särskilt viktigt ur barnens perspektiv. Flera handläggare uppger att frågeformuläret "När jag tillrättavisar mitt barn" (CTS-PC) har tydliggjort centrala frågor kring detta. Det framgår även att DA-formuläret (FREDA allvarlighetsbedömning) är något som flera verksamheter redan är bekanta med och i vissa fall redan använder och att det fungerar bra.

Även barnintervjuerna fungerar över lag väl. Frågorna om respektive förälders uppfostringsstil och tillrättavisningar (CTS-C), alltså barnversionen av samma formulär som föräldern fyller i, är uppskattat och har tydliggjort dessa frågor utifrån barnets perspektiv. Tillsammans med föräldraversionen ser flera handläggare denna information som ett viktigt underlag, även för framtida insatser. Frågorna om hur respektive förälder pratat med barnet om våldet, samt om hur umgänget fungerar och upplevs, samt vad som hänt kring umgängestillfällena, uppfattas som särskilt centrala. Flera handläggare har också tagit upp att traumafrågorna, som inkluderats i intervjun med de mindre barnen, även skulle inkluderas i intervjun av de äldre barnen. Frågorna om vad som upplevts som "värst" för förälder respektive barn är också viktiga i fortsatta samtal med barn och föräldrar, både utifrån skyddsperspektiv, men också i arbetet med relationen och samtalen mellan barn och föräldrar. Det blir centralt att veta i vilka situationer barnet känner sig rädd och/eller otrygg och det är bra att denna information tas upp. Den upplevs också av handläggarna som viktig för att kunna göra en trygghetsbedömning utifrån barnets upplevelse.

Handläggarna som genomfört intervjuerna med de yngsta barnen tycker att det fungerar väl. Barnen har kunnat förstå och svara på frågorna (se vidare avsnitt B om konversationsanalys av intervjuer med barn). Några handläggare har även lyft fram att det strukturerade sättet (och i vissa fall att samtalen spelats in) har gjort att de yngsta barnen verkat känna sig viktiga och att de blir tagna på allvar. Några handläggare påpekar att någon fråga om umgänget även kunde inkluderas i materialet för de yngre barnen.

Från flera verksamheter påpekas att det är viktigt att följa upp intervjuerna med föräldrar och barn med en diskussion efteråt för att fånga upp deras uppfattning och intryck av informationen och innehållet i intervjun. Det kan handla om övergripande tankar om vad de varit med om och om vad de själva kan göra, det vill säga en egenbedömning och riskmedvetenhet (vilket framförallt tagits upp i relation till föräldrar). Vad barn och föräldrar själva fått ut av intervjun är också en viktig fråga att följa upp. Det är också centralt med uppföljning för att personen inte ska tappa förtroendet när hen berättat om allt som hänt. Uppföljningen upplevs som lättare att göra på de skyddade boendena och utredningsinstitutionen, då boendet och den kontinuerliga kontakten underlättar såväl tillgängligheten och relationen mellan klienter och personal.

När det gäller en del verksamheter som faktiskt kommit igång med risk/skyddsintervjuer kan bristande acceptans ha haft betydelse för en förhållandevis låg grad av användning av intervjuerna. När det gäller två verksamheter som har explicit fokus på våld i nära relationer hade man kunnat förvänta sig att de genomfört risk/skyddsintervjuer i betydligt högre utsträckning än vad som blev fallet (några enstaka intervjuer). Det man kan notera är att båda dessa verksamheter har fokus på stöd till barn, och det kan möjligen vara så att de inte uppfattat att det ingår i deras uppdrag att arbeta med risk- och skyddsbedömningar på ett så detaljerat och strukturerat sätt. Om verksamheten har explicit fokus på våld mot kvinnor eller våld i nära relationer har det underlättat införandet av den här modellen för risk/skyddsintervjuer, men fokus på våld inte har alltså inte alltid varit en tillräcklig förutsättning utan det också varit viktigt att personalen ser poängen med intervjuerna i förhållande till det egna uppdraget.

Införandemöjligheter

Sammantaget framstår modellen som genomförbar med merparten av de föräldrar och barn som är aktuella i de verksamheter som faktiskt använt alla de olika komponenterna.

Vad gäller de olika delarna i modellen är det framförallt omfattningen av risk- och skyddsintervjuerna som en del handläggare har tagit upp som ett möjligt problem. Vid granskning av tidsåtgången av intervjuerna framkommer att genomsnittet för tidsåtgången för föräldraintervjuerna är 60 minuter. Intervjuerna med barnen mellan 9-17 år i de flesta fall kring 45 minuter. För barnen mellan 5-8 år (totalt 17 barn) tog intervjuerna i genomsnitt lite drygt 20 minuter.

En fråga som kommit upp i flera intervjuer är svårigheter att genomföra modellens olika delar när tolk behövs. Värt att notera är dock att de verksamheter som gjort flest risk/skyddsintervjuer med tolk uppger att det fungerat bra. Det finns generella svårigheter kring arbete med tolk. De frågor som rör den här modellen specifikt handlar till exempel om att tolkar i vissa fall inte vill läsa upp översatta dokument utan hellre/enda översätter samtalet (muntliga frågor), och om att just frågor om våld kan vara (extra) känsliga och att det kan i vissa fall vara extra laddat då tolk är med. En fråga för det fortsatta utvecklingsarbetet blir därmed om även intervjuguiden för risk och skyddsintervjuer ska översättas så att tolken endast behöver översätta det som sägs.

Det har varit återkommande diskussioner med verksamheterna när i processen de första frågorna ska ställas och hur det fortsatta arbetet ska organiseras. Under projektiden verkar dock handläggarna i samtliga verksamheter ha kommit att bli tämligen överens om att det fungerar bäst om kartlägningsfrågorna ställs tidigt i en kontakt: i första eller andra samtalet. Förändringar kring t.ex. umgänge kan dock åter aktualisera frågan i ett senare skede av kontakten.

De flesta verksamheter som prövat modellen framför att det är särskilt svårt att kunna göra såväl rutinmässig och fördjupad kartläggning som vidare arbete med familjer då barnahus blir inblandade. Man uppger att polisen då säger till verksamheterna att de inte får prata om våldet, särskilt inte med barnen. Sådana krav skapar en svår situation, speciellt för IFO som samtidigt har krav på sig att göra en risk- och skyddsbedömning för barnen. Polisutredningen dröjer ofta flera månader och verksamheterna upplever att de behöver "vänta" under denna tid. I många fall leder polisutredningen dessutom inte till att polisen pratar med barnen, så i

dess fall har det varit en "onödig" väntan som dessutom undergrävt barnets möjligheter till skydd och stöd.

Praktisk genomförbarhet

I synnerhet i de skyddade boendena och utredningsinstitutionen verkar den här modellen vara något som efter en inledande period kan fungera väl inom ramen för den ordinarie verksamheten. Verksamheter med ett uppdrag att arbeta med stödsatser kan troligen behöva ett tydligt uppdrag (från socialtjänsten) att genomföra risk- och skyddsintervjuer då det annars inte är tydligt att de har i uppdrag att kartlägga situationen så pass ingående.

Utifrån erfarenheterna i projektet och de långa igångsättningsperioderna på de flesta IFO-verksamheter och samtliga tre BUP-verksamheter är det inte helt klart att det är möjligt att klara det inom dessa ordinarie verksamheter. En central fråga är om man ska införa frågor om våld på rutin. Inom BUP rekommenderas redan detta av Socialstyrelsen, och man uppmanar respektive socialnämnd att ta ställning till frågan [94]. Handläggarna i de verksamheter som har kommit igång har överlag positiva erfarenheter av att fråga "alla" rutinmässigt, istället för att välja ut och fråga på indikation. Ur kartläggningssynpunkt vore det bästa att hålla ihop den rutinmässiga och den fördjupade kartläggningen då fördjupningen annars riskerar att "falla mellan stolarna". För att anpassas till IFOs olika organisationsmodeller kan dock det första formuläret (VIF) användas i en mottagningsenhet och den fördjupade kartläggningen i en eller flera utredningsenheter. På utredningsinstitutionen och BUP bedöms dessa två delar kunna användas tillsammans, medan de verksamheter som är specialiserade på våld direkt kan använda den fördjupade kartläggningen.

En fråga i den tidigare nationella utvärderingen (se inledningen) gällde möjligheten att prata med barn som upplevt våld, mot bakgrund av de stora svårigheter som stöd- och behandlingsverksamheter har med att en (våldsutövande) vårdnadshavare säger nej till samtal med barnet. **Till skillnad från stöd och behandling ger utredningssammanhanget en möjlighet att samtala med barn utan samtycke från (båda) vårdnadshavarna.** De verksamheter som prövat modellen i sin helhet har främst varit antingen myndighetsutövande socialtjänst eller verksamheter/boenden där myndighetsutövande socialtjänst varit inblandat i ärendet. Frågan om att få möjlighet att prata med barn har i detta sammanhang därför inte kommit upp som ett stort problem.

När det gäller de långa igångsättningsperioderna på de flesta IFO-verksamheter och samtliga tre BUP-verksamheter finns det flera olika förklaringar till svårigheterna inom just den här typen av verksamheter. En del verksamheter har deltagit i projektet utifrån befintliga resurser, medan andra har sökt extra medel från Socialstyrelsen och uppger att dessa varit en förutsättning för deltagandet. I en av de verksamheter som genomfört flest risk/skyddsintervjuer lyfter en av de ansvariga cheferna fram de ganska speciella organisatoriska förhållanden som rått under projektiden som något som möjliggjort genomförandet. På grund av lokalbyten drogs verksamheten ner, och antalet nybesök minskade, under en period. Detta betydde att de handläggare som fick ansvar för kontakter med projektet hade möjlighet att sätta sig in i modellen, vilket i sin tur gjorde det lättare att använda de olika delarna när verksamheten drog igång igen. Både inom socialtjänstens IFO-verksamheter och barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar har en hög personalomsättning såväl när gäller handläggare som chefer också bidragit till svårigheterna. Omsättningen av personal i organisationen har inneburit en ständig "nystart" med införandet samt att kompetens är svår att upprätthålla. Inte minst i kombination med en redan hög arbetsbelastning har personal-

omsättningen fått negativa konsekvenser för genomförandet. De svårigheter vi sett i projektet bekräftar alltså befintlig kunskap om att hög arbetsbelastning, otillräckliga resurser och personalomsättning motverkar förändringsarbete, samtidigt som det också finns exempel på mycket framgångsrikt genomförande under organisatoriskt instabila förhållanden, bland annat för att instabiliteten frigjort resurser som kunnat användas för att etablera arbetssättet bland handläggarna och tack vare ledningens förmåga att upprätthålla förändringsarbetet.

När det gäller ledarskap kan man notera att i en del verksamheter som aldrig kommit igång med risk- och skyddsintervjuer, tonar de intervjuade cheferna ner sin egen roll i förhållande till genomförandet av projektet och uppger att de givit mandat men inte något direkt eller särskilt stöd till förändringsarbetet. Vidare att chefsbyten bidragit till att genomförandet stannat av eller avbrutits.

I vissa fall kan också personalens förhållningssätt ha haft betydelse för svårigheter i genomförandet. Det tydligaste temat när det gäller personalens förhållningssätt som hinder är **ovana vid att arbeta systematiskt med våld i nära relationer**. Som framgått har det varit påtagligt lättare för de verksamheter där det funnits stor vana vid att arbeta med problematiken att genomföra modellens samtliga komponenter och alltså även risk-/skyddsintervjuer. Intervjupersoner från de verksamheter där genomförandet stannat av eller aldrig kommit igång uppger visserligen att de är vana att möta våldsproblematiken, men personalen har inte haft samma beredskap och kompetens som i de våldsfokuserade verksamheterna eller verksamheter med erfarenhet av tidigare utvecklingsarbete på det här området. Att fråga och samtala så här strukturerat och ingående om våld har ställt nya krav på såväl medarbetare som organisationen som helhet. Förändringsprocessen har blivit en läroprocess kring våld i nära relationer: handläggarna har både behövt ta till sig och hantera våldsförågorna på ett nytt sätt samtidigt som de ska lära sig ett nytt arbetssätt och en ny rutin. Bland en del IFO-verksamheter har det dessutom inte funnit tillräcklig beredskap att följa upp och ta hand om de våldserfarenheter som dokumenterats, exempelvis har det bland annat saknats adekvata stöd- och hjälpinsatser att hänvisa vidare till.

Anpassningsbehov

En anpassning som behövs i risk/skyddsintervjuerna är att det bör finnas två versioner: en för sammanboende och en för särboende föräldrar. Då flera frågor är ställda med utgångspunkten att det finns ett umgänge med en förälder som barnet inte bor med har det vållat problem i de fall där familjens situation inte ser ut så. I de fall där föräldrarna fortfarande bor tillsammans behöver frågorna kring detta alltså justeras. I övrigt behöver föräldrantervjun anpassas så att det blir möjligt att svara på frågorna utifrån vart och ett av barnen i en syskonskara. Förutom detta behövs endast mindre justeringar i några frågeformuleringar för att användningen ska fungera bra.

Även barnintervjuerna behöver anpassas till redan nämnda problematik kring boende-frågan. Det gäller främst i formuläret för 9-17 åringarna då det där som de flesta frågor om umgänget finns. Då frågor om umgänget uppfattas som särskilt centrala skulle kanske någon fråga om umgänget även inkluderas i materialet för de yngre barnen (5-8 år).

Anpassning kan möjligtvis även behövas så att de yngsta barnen i den äldre åldersgruppen (9-10 åringarna) också får använda formulären för de yngre barnen, eller att en flexibilitet finns i tillämpningen när det gäller vilket formulär som ska användas för dessa barn. I intervju-formuläret för 9-17 åringarna är det framförallt en av delarna (CEDV-formuläret) som upplevs

som krångligt i sin nuvarande utformning och det behöver justeras. Flera handläggare har också tagit upp att traumafrågorna, som inkluderats i intervjun av de mindre barnen, även skulle inkluderas i intervjun av de äldre barnen.

En anpassning skulle även behöva göras för att modellen som helhet ska fungera bättre inom IFO. En kortfattad version skulle kunna arbetas fram för användning i akuta risksituationer. Användningen av de mer omfattande risk-/skyddsintervjuerna behöver anpassas till befintliga strukturer inom respektive kommun/stadsdel. Det skulle vara möjligt att genomföra intervjuerna inom ramen för IFOs ordinarie verksamhet, men vi bedömer att det då krävs särskild kompetens och stöd till dessa handläggare (se nedan). En annan möjlighet är att ge uppdrag åt andra verksamheter att genomföra risk/skyddsintervjuerna, i synnerhet med de yngsta barnen. Utifrån erfarenheterna i det här projektet framstår verksamheter som är särskilt inriktade på våld, som till exempel skyddade boenden, som lämpliga att ge ett sådant uppdrag.

Det är också viktigt att materialet är kompatibelt med och integreras med befintliga handläggnings- och dokumentationssystem inom IFO för att förenkla och säkerställa användandet och det gäller inte minst BBIC [116]. Exempelvis kan både rutinmässig och fördjupad kartläggning integreras i en fördjupad risk- och skyddsbedömning men kan även, då våldet ligger längre tillbaka i tiden, bidra till kartläggningen av familjebakgrund i BBIC området "Familj och miljö". Ett annat exempel är att föräldraintervjun omfattar de delar om våld som ingår i samtliga delar av BBIC-modellens område "Föräldrarnas förmåga". Barnintervjun omfattar också flera delar kring barnets utveckling i BBIC. Ett fortsatt arbete behövs dock för ta nästa steg, det vill säga att skapa ett stöd för att inom ramen för BBIC-utredningar göra en bedömning och fatta beslut om insatser baserat på den insamlade informationen. Det är viktigt att modellen som prövats i projektet kompletteras med sådant BBIC-integrerat stöd för att den ska motsvara IFOs uppdrag att göra risk- och skyddsbedömningar och för att tydligt motivera användningen av modellen inom IFO-verksamheter.

Brukares delaktighet

Som framgår av diskussionen i avsnittet i del B om de inspelade risk- och skyddsintervjuerna med barn verkar det generellt finnas utrymme för brukares delaktighet i intervjuerna, i meningen att det finns utrymme för barn att initiera handlingar och att få responser på dessa handlingar, och att handläggarna ofta lyckas tillvarata barnens bidrag. I intervjuerna med de äldre barnen (9-17 år) och föräldrar ställdes ett antal frågor i förhållande till brukares delaktighet: om frågorna gick att förstå, om det var någon fråga som var särskilt svår att svara på, om barnet eller föräldern fått tillräckligt information om varför frågorna ställs, och om det var någon fråga som saknades. Då det endast är fem av tolv barnintervjuer som innehåller svar på frågorna är det svårt att dra slutsatser från det materialet. Föräldrarnas svar på dessa frågor tyder på att själva frågorna gick att förstå, även om det kan vara jobbigt att prata om det som hänt. Vidare att svårigheter att svara framförallt uppstår när den egna situationen inte stämmer med den vårdnads- och boendesituation som intervjuguiden förutsätter (dvs. behovet av anpassning syns även i brukarvärderingen), samt om barnet det handlar om är mycket litet (spädbarn). De svarande förefaller överlag ha fått tillräcklig information om syftet med frågorna, och det som möjligen skulle kunna utvecklas är frågor som rör kontroll riktad mot barnet, samt om våld mot barnen utövat även av andra familjemedlemmar eller släktingar.

Grad av måluppfyllelse i delprojekt I

A. Metoder för att kartlägga förekomst av våld i familjen

Metoderna för såväl rutinmässig (VIF) som fördjupad (CTS-B & VMB) kartläggning har tagits emot väl av de som använt instrumenten, och vi har inte fått några signaler från användarna att föräldrar uppfattat kartläggningen negativt, tvärtom finns det många exempel på att föräldrar uppskattat att bli tillfrågade.

De översatta formulären har använts i mycket begränsad omfattning därför har vi ingen klar bild av hur de fungerat. Däremot har handläggarna uppskattat att såväl information som frågeformulär varit översatta. Några tolkar har varit tveksamma till om det ingått i deras uppgift som tolk att instruera föräldern kring hur hen ska fylla i formuläret.

Det som däremot inte fungerat i till närmelsevis den utsträckning som vi hade förväntat oss när projektet startade var verksamheternas beredskap för att pröva ett nytt arbetssätt. De verksamheter som upprättade basdatablad rutinmässigt fick ihop 2 200 basdatablad. Under projektperioden togs i dessa verksamheter drygt 10 000 barn emot vilket motsvarar en måluppfyllelse på 22 %. Detta trots att tidsåtgången för att upprätta basdatablad var mycket begränsad (< 5 minuter/ärende) och trots att verksamheterna valt att delta i projektet. Vi återkommer till detta i slutdiskussionen eftersom problemen varit i allt väsentligt gemensamma i de olika delprojekten.

B. Utveckling och prövning av förbättrade risk-/skyddsintervjuer

1. När det gäller utvecklingen av intervjuguider för insamling av relevant information som underlag för en risk-/skyddsbedömning har arbetet varit framgångsrikt och de handläggare som genomfört intervjuerna har överlag varit nöjda med deras utformning. Särskilt viktigt anser vi det vara att även intervjun med de yngsta barnen verkar fungera så väl.
2. Det som nu återstår att göra är att:
 - revidera intervjuerna utifrån de synpunkter vi fått
 - pröva de reviderade intervjuerna, i synnerhet barnintervjuerna, i fler ärenden
 - få möjlighet att göra uppföljningar för att undersöka den prediktiva validiteten, dvs vilka frågor som har samband med förnyat/förgrovat våld
 - utveckla en mall för risk/skyddsbedömning baserat på den information som intervjuerna ger, i kombination med övrig information som inhämtats
 - i skrift utveckla hur risk-/skyddsintervjuerna bör göras inom ramen för en barnskyddsutredning
 - i skrift utveckla hur risk-/skyddsintervjuerna kan integreras i BBIC
3. Vad som inte fungerat alls, och är ett stort observandum, är genomförandet av risk-/skyddsintervjuer inom IFO och BUP. Vi återkommer om anledningarna till detta i nästa avsnitt och i slutdiskussionen.

C. Möjligheter och hinder för att implementera risk-/skyddsintervjuerna

I förhållande till de frågeställningar som anges i projektplanen kan slutsatserna sammanfattas på följande sätt. De stora igångsättningsvårigheterna inom i synnerhet BUP och IFO har gjort att arbetet med risk och skyddsintervjuer inte hunnit prövas i en sådan omfattning att det är möjligt att dra slutsatser om modellens eventuella konsekvenser för samarbetet mellan socialtjänsten och övriga verksamheter.

I intervjuerna finns uppgifter om att exempelvis skyddade boenden har fått ett bättre underlag för sina orosanmälningar till socialtjänsten, och att de möjligen har blivit snabbare med att anmäla, men i vilken grad detta stämmer behöver undersökas ytterligare. Det har inte varit möjligt att skapa en bild av hur socialtjänsten hanterar anmälningar baserade på ett nytt underlag. När det gäller användningen av de olika komponenterna förefaller de praktiska funktionerna överlag stämma relativt väl överens med de planerade funktionerna, även om såväl handläggarnas erfarenheter och den detaljerade analysen av samtalsinspelningar också pekar på olika justeringar som kan behöva göras för att modellen ska fungera optimalt.

Risk- och skyddsintervjuer bör spelas in om inte viktig information ska gå förlorad genom alltför kortfattad dokumentation av samtalet. Utifrån det befintliga underlaget om brukares delaktighet tycks det finnas visst utrymme för barns initiativ, och föräldrar ger överlag en positiv värdering i intervjun, men frågan behöver studeras ytterligare, exempelvis genom inspelningar av intervjuer med föräldrar. Utifrån det empiriska underlag som finns idag går det inte att dra detaljerade slutsatser om specifika grupper av brukare som instrumenten fungerar bättre eller sämre för, utan för det krävs ett mer omfattande underlag.

Överlag verkar instruktion och utbildning från forskarteamets sida ha fungerat väl, enligt utsagor i stort sett samtliga intervjuer. Det man kan konstatera är att i synnerhet i verksamheter som inte är fokuserade på våld kan det finnas ett behov av fortbildning om våld i nära relationer som en del av introduktionen av modellen.

Den relativa vanan att arbeta med bedömningsinstrument också är något att ta hänsyn till vid introduktionen av modellen.

För att kunna svara på frågan vilken roll handläggarnas förståelse av risk, riskbedömning och våldsutsatta barns behov spelat för genomförandet krävs en mer ingående analys av materialet än vad som varit möjligt inom tidsramarna för projektet.

Eftersom det framförallt är i särskilda verksamheter som modellen prövats är det ännu för tidigt att dra säkra slutsatser om huruvida det institutionella sammanhanget har betydelse för hur instrumenten används.

Det är också för tidigt att dra slutsatser om huruvida modellen ökar eller minskar arbetsbelastningen då de flesta verksamheter inte kommit igenom införandefasen än.

I förhållande till organisatoriska faktorer framstår hög arbetsbelastning, hög personalomsättning både vad gäller handläggare och chefer, bristande ledning av förändringsarbetet, samt bristande kompetens om och beredskap att hantera våld i nära relationer som de mest centrala organisatoriska hindren i genomförandet.

D. En modell för fort-/vidareutbildning av personal i att använda de metoder som arbetas fram i delprojektet.

Målpuppfyllelsen är låg när det gäller denna del, beroende på att utvecklingen och prövandet av metoder för risk/skyddsbedömningar tagit längre tid än planerat. Vår bedömning är metoderna skall vara tillräckligt väl prövade och att även genomförandenaspekten kunnat analyseras innan en utbildning skulle prövas. I rapportens avslutning lyfts konsekvenser av studiens resultat fram och vi ger också förslag på principer för fort- och vidareutbildning främst av handläggare inom Socialtjänsten när det gäller kartläggning av våld och utförande av risk-/skyddsbedömningar.

II. Utveckling av en insatstrappa

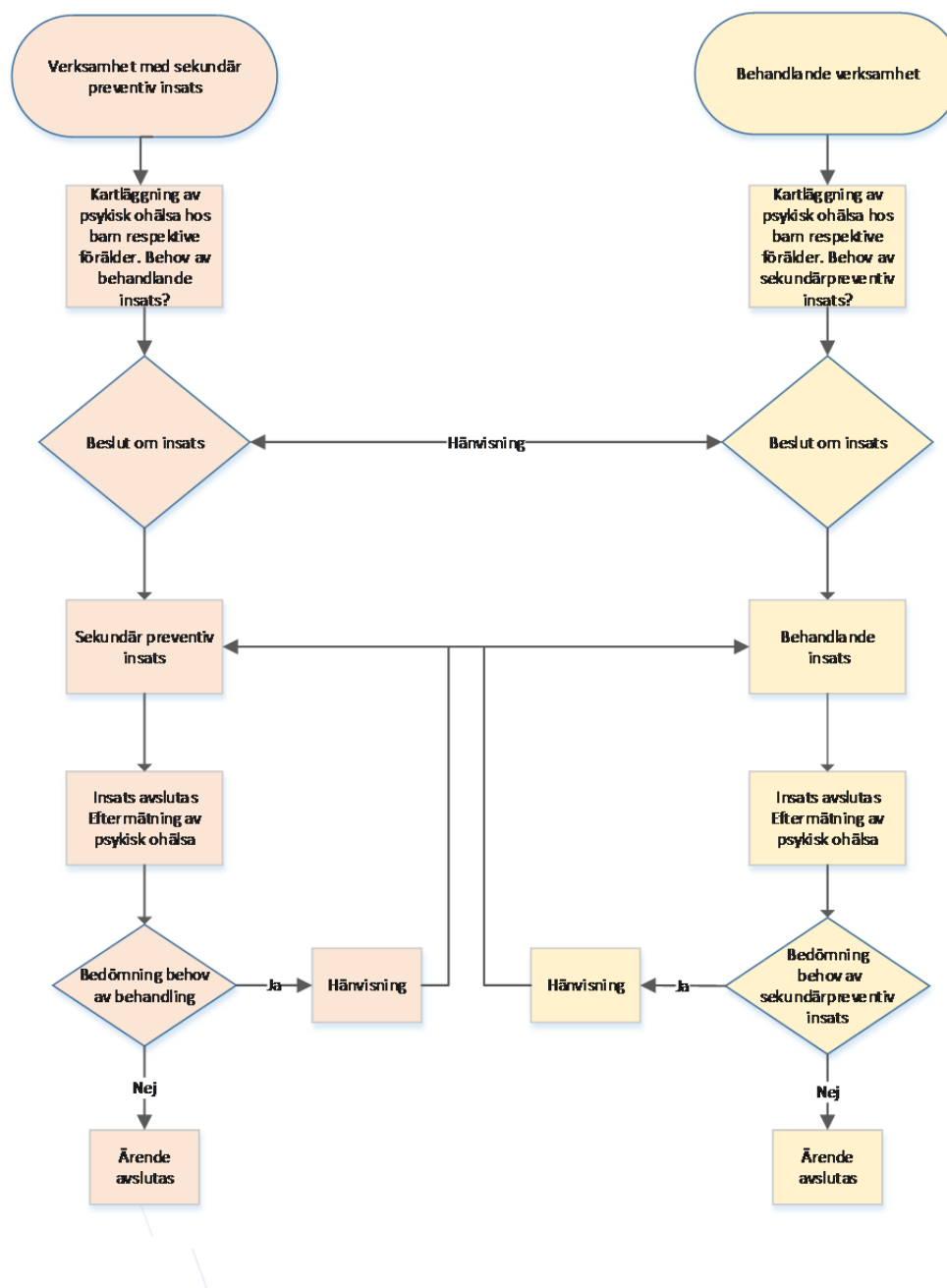
Karin Grip

Syfte

Det övergripande syftet med delprojektet Insatstrappa var att varje våldsutsatt barn så fort som möjligt får en insats som möter barnets behov. En modell för att åstadkomma detta utformades och prövades. Modellen innebar att verksamheterna som deltog använde sig av standardiserade mätinstrument av psykisk ohälsa som kunde bidra till bedömningen av vilken typ av stöd som barnet var i störst behov av. Syftet med projektet var också att pröva möjligheten till en aktiv samverkan mellan sekundärpreventiva och behandlande verksamheter i de fall barnets behov pekade på en annan typ av insats än den som verksamheten erbjöd. Se Figur 1 över tänkt flöde av klienter mellan olika verksamheter. Barn som vid kartläggning av psykisk ohälsa inte har utvecklat egna symtom på så kallad "klinisk nivå", det vill säga som inte är så allvarliga att de behöver specialiserad behandling, ska erbjudas eller hänvisas till verksamhet med sekundär-preventiva insatser. Barn som däremot har utvecklat en egen problematik med varaktiga symtom ska däremot i första hand erbjudas eller hänvisas till en verksamhet med behandlande insats. Barn som efter att de deltagit i en sekundärpreventiv insats har symtom på "klinisk nivå" ska också hänvisas vidare till en behandlande verksamhet. Barn som erbjuds behandlande insats kan, om så bedöms lämpligt, erbjudas sekundärpreventiv insats efter avslutad behandling.

Frågeställningar

- I vilken utsträckning kommer barnet till den insatsnivå som motsvarar barnets symtombild?
- Hänvisas barnet vidare efter genomgången sekundärpreventiv insats om symtomen hos barnet pekar på behov av det?
- Sker samverkan mellan insatsnivåer för att underlätta att barnet får insats på rätt nivå?
- Vilka omständigheter försvårar respektive underlättar att barn får insats på rätt nivå?
- Vilka hinder och möjligheter föreligger för ett fördjupat samarbete mellan verksamheter på olika nivåer?



Figur 1. Tänkt flöde mellan sekundärpreventiva och behandlande verksamheter.

Metod

Rekrytering av verksamheter och personal

Åtta verksamheter i Västra Götalandsregionen tillfrågades under våren 2013 om att delta i delprojektet. Frågan om deltagande ställdes till verksamheternas chefer. Sex av dem tackade ja; Utväg Skaraborg, Utväg Barn Göteborg, Familjeteamet Trollhättan Stad, Barn- och ungdomspsykiatrien Trollhättan, Barn- och Ungdomspsykiatrien Mariestad samt Barn- och Ungdomspsykiatrien i Falköping. De två verksamheter som tackade nej avböjde deltagande på grund av att de redan var involverade i andra pågående forskningsprojekt och att ännu ett

projekt skulle kräva för mycket tid. Det var endast en av deltagande verksamheter som hade Insatstrappan som det enda pågående forskningsprojektet. Övriga fem deltog i andra delprojekt i iRisk. Verksamheterna förband sig att från hösten 2013 och under 2014 delta i projektet och kartlägga psykisk ohälsa hos barn och förälder i de ärenden där det var känt att det förekommit våld mot föräldern.

Handläggare och behandlare på deltagande verksamheter och ansvarig chef, träffades tillsammans med forskningsansvarig som gav information om projektet vid upprepade besök. Tillfälle gavs att diskutera upplägg och personalens inställning till deltagande. Samtliga professionella samtyckte till att delta i projektet. De fick via epost utskickat länk till webbenkät rörande sin syn på organisationens och deras egen beredskap för förändring. De fick också information om att intervjuer skulle ske efter att man varit igång några månader med projektet.

Endast tre verksamheter genomförde strukturerad kartläggning av psykisk ohälsa med instrumenten enligt överenskommelsen. Redan under hösten 2013 blev det tydligt att de tre BUP-verksamheter som inkluderats inte måttade med att genomföra kartläggning av förekomst av våld och psykisk ohälsa vid nybesök. Överenskommelsen ändrades därför till att de i nya ärenden där våld förekommit skulle upprätta ett flödesblad för att identifiera flödet av klienter som bevittnat våld mot sin förälder till och från verksamheten.

Efter vårterminen 2014 valde två av BUP-verksamheterna ändå att avsluta sitt deltagande i projektet, enligt uppgift från verksamhetschefer på grund av svårigheter att hålla vårdgarantier och för hög arbetsbelastning. Även i Familjeteamet i Trollhättan upplevde personalen att de inte måttade med att samtidigt vara delaktiga i det parallellt pågående projektet kring insatser. På grund av detta och torftigt inflöde av klienter avslutades inkludering till projektet i juni 2014.

Rekrytering av barn och föräldrar

Under perioden september 2013 till juni 2014 skedde insamling av data vid deltagande verksamheter. Tre av verksamheterna kom igång med rekrytering av deltagare under hösten 2013, de tre andra verksamheterna startade under vintern 2014.

Aktuella för projektet var samtliga barn i åldern 0–17 år och deras föräldrar som kom till verksamheten och där barnet hade bevittnat våld mot den ena föräldern eller mellan båda föräldrarna. Att barnet bevittnat våld ansågs fastställt antingen genom att föräldern sökt stöd till sitt barn för att hen bevittnat våld, att förälder eller barn berättade om detta i samband med annan kontakt, eller att det framkom vid kartläggning.

Aktuella föräldrar och barn gavs skriftlig och muntlig information om forskningsprojektet och tillfrågades av personal om de ville delta. I de fall där föräldrarna hade gemensam vårdnad om barnet och barnet var under 15 år behövde båda föräldrarna godkänna att barnet deltog i studien.

Barn som fyllt 15 år fick själva ta ställning till om de ville medverka eller inte. Därefter svarade förälder samt eventuellt barnet självt på frågor kring psykisk ohälsa och posttraumatiska stressymtom i anslutning till reguljärt besök. Efter avslutad behandling/kontakt eller efter sex månader hade personalen i uppgift att be förälder och eventuell barn att återigen skatta psykisk ohälsa och posttraumatiska symtom. Projektet hade godkännande av regional etikprövningsnämnd (Dnr: 259-13).

Kartläggningarna genomfördes med pappersenkäter. Handläggare och behandlare hade sedan i uppgift att sända in pappersenkäterna via vanlig post eller scannade som epost till forskningsansvarig, för att inom en till tre dagar via epost få en sammanställning av deras klienters skattningar i relation till kliniska gränsvärden.

Inkluderade behandlare och handläggare

Totalt inkluderades 25 behandlare och handläggare, 21 kvinnor och fyra män, från de deltagande verksamheterna. En femtedel (20 % $n = 5$) var 35 år eller yngre, majoriteten var mellan 36 och 55 år (60 % $n = 15$) och en femtedel (20 % $n = 5$) var över 55 år. Av dessa hade 13 en socionomutbildning, tre en socialpedagogutbildning, en utbildning i beteendevetenskap, 6 var psykologer, en hade annan högskoleutbildning och en hade annan utbildning på gymnasienivå. Av de 25 kom 16 personer från de tre verksamheter som genomförde strukturerad kartläggning av psykisk ohälsa. De svarade på enkätfrågor i anslutning till projektstarten om deras upplevda beredskap för förändring, egen såväl som organisationens (BFF).

Tio av de 16 professionella från de tre verksamheter som genomförde strukturerad kartläggning av psykisk ohälsa deltog i en semistrukturerad intervju under våren 2014.

Inkluderade föräldrar och barn

Totalt inkluderades 33 barn med sina 24 föräldrar i insatstrappan: fyra barn från Utväg Göteborg, två barn från Familjeteamet Trollhättan och 27 barn från Utväg Skaraborg. Barnen var i genomsnitt 9 år med en variation från den yngsta som var 5 år till den äldsta som var 17 år ($M = 9.91$, $SD = 2.88$). Fördelningen mellan pojkar och flickor var jämn, 15 flickor och 18 pojkar och samtliga utom fyra av barnen var födda i Sverige. Merparten av barnen bodde tillsammans med sin mamma (94 %) varav 12 % även med en extraförälder. De övriga två barnen bodde med sin pappa (3 %) eller växelvis (3 %). Det vanligaste var att föräldrarna hade gemensam vårdnad om barnen (64 %). För övriga barn hade mamman enskild vårdnad (36 %).

Antalet barn som hade fyllt 9 år och genomförde självskattning var 18 stycken.

Av de 24 föräldrar som skattat eget mående var samtliga utom en kvinnor som själva varit utsatta för våld i nära relation av sin partner. Majoriteten av barnens mammor var födda i Sverige (67 % $n = 16$) och mammorna levde i drygt hälften av fallen som singlar/ ensamstående (58 % $n = 14$), medan övriga var gifta/sambo med annan man än förövaren. Ingen levde i fortsatt relation med sin föröväre.

Mätinstrument

Instrument för registrering av flöde och insatsnivå

Basdatablad med demografisk information.

En kort enkät konstruerades som behandlare/handläggare i alla verksamheter fyllde i efter träff med klienten. Frågorna rörde barnets ålder och kön, var barnet var född, vårdnad, umgänge, boendesituation, föräldrarnas civilstånd och sysselsättning samt hur barnet fått kontakt med verksamheten.

Kartläggning av våldsutsatthet i BUP

BUP-verksamheterna använde kartläggningsinstrumentet Våld I Familjen (VIF) med fem korta frågor om våldsutsatthet hos förälder och barn (för mer information se bilaga 2). I nybesök

som kom till verksamheterna ombads den vuxne eller de vuxna att fylla i frågor om eventuell våldsutsatthet. Verksamheterna arrangerade kartläggningen efter egna rutiner.

Flödesblad för BUP-verksamheter

En enkät skapades med frågor för de nybesök på BUP där det framkom att barnet bevittnat våld mot sin förälder. Enkäten fylldes i av aktuell behandlare. Information efterfrågades om barnets kön, ålder, remittent, vårdnad, om barnet/familjens erbjöds insats på BUP och om de erbjöds hjälp med att komma i kontakt med verksamheter som erbjöd sekundärpreventiva insatser.

Instrument för kartläggning av psykisk ohälsa hos barn och föräldrar

Instrumenten för kartläggning av psykisk ohälsa valdes utifrån att de skulle vara relativt korta, kunna administreras av andra yrkesgrupper än psykologer för att möjliggöra en fortsättning efter projektets avslut, vara kostnadsfria samt att det allra helst skulle finnas svenska normvärden eller data från jämförelsegrupper. Instrumenten som ingick utgjorde en kombination av generella och specifika mått för allmän psykisk ohälsa respektive posttraumatiska stresssymptom. Val och prövning av instrumenten beskrivs närmare i kapitel V.

Föräldrar fyllde dels i skattningsformulär om barnens psykiska hälsa i allmänhet (SDQ-P) och om barnens posttraumatiska symptom (YCPC alt. UCLA-index för barn över 8 år). Föräldrarna skattade även egen psykisk ohälsa (HAD) och egna symptom på posttraumatisk stress (IES-R). De olika instrumenten finns beskrivna i bilaga 2. Barn över 8 år fyllde dessutom själva i skattningsformulär om sin psykiska ohälsa (SDQ-S) och symptom på posttraumatisk stress (CRIES-8).

Intervjuer om genomförbarhet av kartläggning som redskap för samverkan

Behandlare i de sekundärpreventiva verksamheterna deltog i en semistrukturerad intervju som tog mellan 30 och 50 minuter att genomföra. Frågorna konstruerades av forskningsansvarig och rörde användbarheten av kartläggningen för att ge barn som bevittnat våld rätt insatser samt samverkan med Barn-och ungdomspsykiatri. Intervjun inleddes med grundläggande frågor om utbildnings- och yrkesbakgrund. Exempel på andra frågor var vad det hade funnits för hinder för att kartläggningen av psykisk ohälsa hos barnen skulle fungera, vilka fördelar respektive nackdelar som funnits och i vilken utsträckning de kunnat använda informationen från kartläggningen som en del i bedömning och samverkan.

Demografisk information och beredskap för förändring hos behandlare och handläggare

Information rörande ålder, kön, grundutbildning och antal yrkesverksamma år samlades in via webenkät och intervju. Instrumentet Organizational Readiness to Change (ORC) eller på svenska Beredskap För Förändring (BFF) användes. En webbenkät konstruerades och användes, en länk till frågorna distribuerades med epost och tre påminnelser skickades ut.

Analys

Medelvärden och standardavvikelser beräknades. Oberoende t-test användes för att jämföra aktuell studiegrupp med andra grupper av svenska barn och föräldrar/män och kvinnor där sådan information fanns att tillgå.

De transkriberade intervjuerna analyserades i två huvudgrupper, kartläggning med standardiserade bedömningsinstrument av psykisk ohälsa respektive samverkan rörande barn som bevittnat våld i sin familj. Frågorna som rörde strukturerad kartläggning delades

upp i upplevda hinder för att kartläggning skulle fungera samt fördelar respektive nackdelar med strukturerad kartläggning. De frågor som berörde samverkan delades upp i underlättande respektive hindrande faktorer för samverkan i egen verksamhet samt i den verksamhet man samverkat med. Resultat från intervjuerna summeras under det delavsnitt som rör delprojektets frågeställning.

Resultat

I vilken utsträckning kom barnen till rätt insatsnivå?

En ansevärd andel av de barn som kom till de tre sekundärpreventiva verksamheterna hade symtomnivåer som pekade mot ett behov av mer specialiserade behandlingsinsatser. Barnen själva rapporterade framför allt symtom på posttraumatisk stress, medan föräldrarna rapporterade att barnen hade relativt höga symtom på allmän psykisk ohälsa. Många av barnens föräldrar hade också hög symtombelastning vad gällde posttraumatisk stress som indikerade behov av specialiserad behandling.

Barnens psykiska hälsa

Föräldrarna skattade att barnen generellt låg relativt högt vad gäller symtom på allmän psykisk ohälsa (SDQ-P). Majoriteten av barnen 72 % (n = 23) hade enligt föräldrarna kliniska symtomnivåer och låg över ett kliniskt gränsvärde på 14 poäng. Vid en jämförelse med tidigare projekt för Barn som bevittnat våld mot sin mamma låg denna grupp barn något högre i skattad psykisk ohälsa ($t(324) = 2.72 < .05$) men de skilde sig inte från den grupp av barn som var klienter på BUP ($t(67) = 0.47 > .05$).

Föräldrarna uppgav att barnen i genomsnitt hade varit utsatta för två olika typer av trauman (t ex. bevittnat att en familjemedlem blivit slagen, själv ha blivit hotad eller misshandlad, varit med om en bilolycka, skrämmande medicinsk behandling), men det fanns barn som uppgavs ha varit utsatta för upp till fyra olika traumaerfarenheter. Traumasymtomen låg i genomsnitt under de amerikanska kliniska gränsvärdena. Det var endast sju av barnen som enligt föräldrarna hade traumasymtom över det kliniska gränsvärdet.

Medelvärden för barn och föräldrars formulärskattningar och andel över kliniska gränsvärden redovisas i Tabell 21 i bilaga 3 samt i Figur 2.

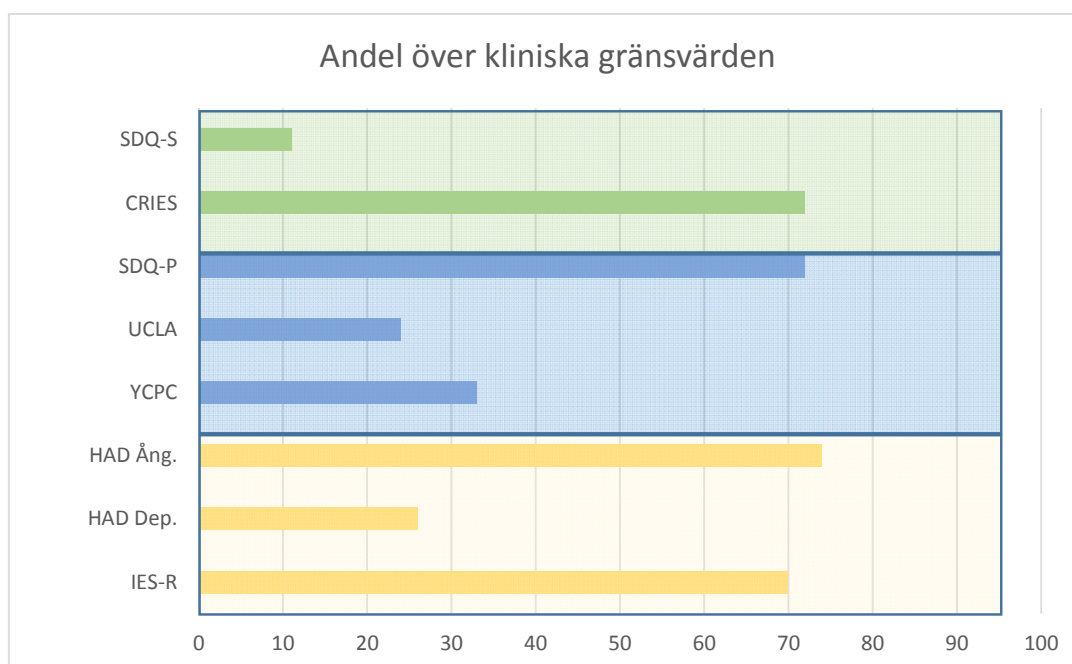
Barnen skattade sina symtom på allmän psykisk ohälsa relativt lågt och under ett gränsvärde på 14 poäng. Den övervägande delen av barnen (89 %) uppgav att de inte hade problem som låg över det kliniska gränsvärdet.

Nästan tre fjärdelar (72 %) av barnen skattade att de hade traumasymtom som låg på eller över det kliniska gränsvärdet på 17 poäng (se figur nedan samt tabell 17 i bilaga 3).

Föräldrarnas psykiska hälsa

Symtom på ångest och depression mättes med instrumentet HAD. Föräldrarna låg som grupp högt på självskattade ångestsymtom och 74 procent (n = 17) låg över kliniskt gränsvärde. När det gällde depressiva symtom låg medelvärdet under föreslaget kliniska gränsvärde och 26 procent (n = 6) uppgav att de hade symtom över det kliniska gränsvärdet.

Majoriteten av föräldrarna (70 %, n = 16) uppgav att de hade symtom på posttraumatisk stress (IES-R) över det kliniska gränsvärdet (1,89 poäng) (se figur nedan samt tabell 17 i bilaga 3).



Figur 2. Andel av barn respektive föräldrar med värden över kliniska gränsvärden på respektive instrument.

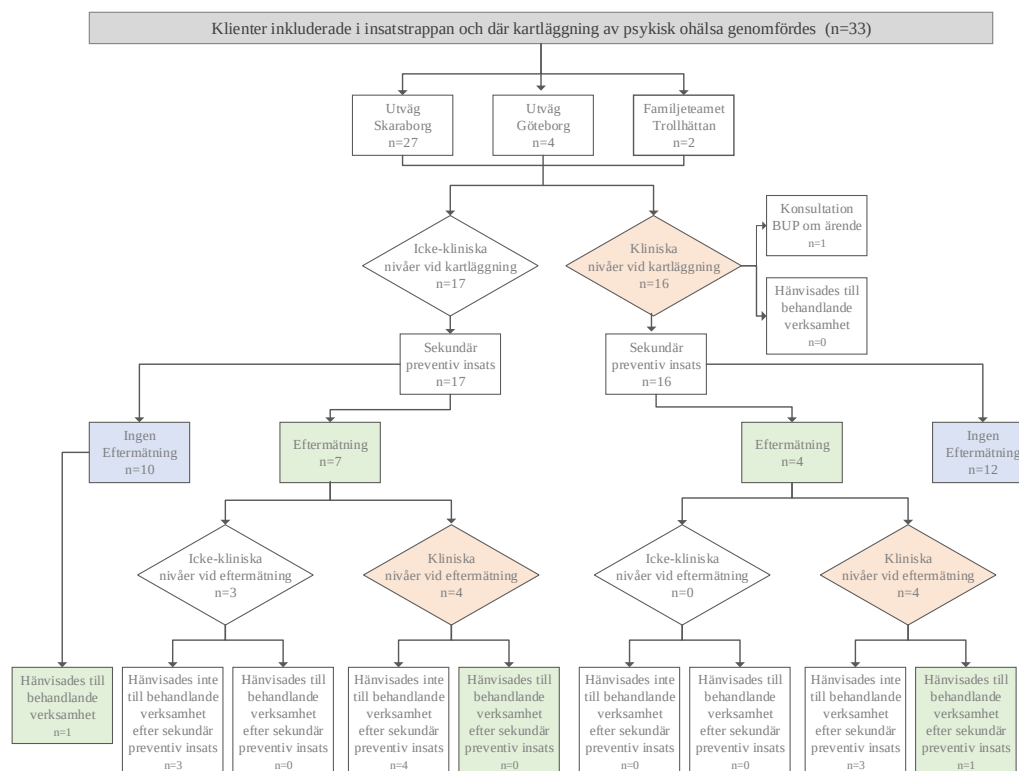
Grönt = Barnens självskattning (n=18), Blått = Föräldrars skattning av sina barn (n=33),

Gult = Föräldrarnas självskattning (n=24).

Hänvisning till BUP från verksamhet på annan insatsnivå.

För barn som kom till de sekundärpreventiva verksamheterna skedde samverkan med BUP **endast i enstaka fall**, trots att hälften av barnen som startade en sekundärpreventiv insats hade kliniska symtomnivåer. Efter genomgången sekundärpreventiv insats skedde i enstaka undantagsfall hänvisning till en behandlande insats trots nyuppkomna eller fortsatta kliniska symtomnivåer hos barnet.

Hälften av barnen (n=16) låg över de använda kliniska gränsvärdena på minst två av skattningsformulären vid förmätningen. Alla dessa barn fick en sekundärpreventiv insats. Det skedde eftermätning med elva barn, av dessa låg åtta över kliniska gränsvärden på minst ett instrument. Att valet för kliniska nivåer vid eftermätningen sattes till endast ett instrument berodde på att flertalet eftermätningar endast innehöll föräldraskattad SDQ-P. Upplägget var att för- och efter mätning skulle ske med samma instrument, men om valet stod mellan att inte göra någon eftermätning eller genomföra ett av instrumentet, rekommenderades att genomföra SDQ-P i första hand. Ett av dessa åtta barn med kliniska symtomnivåer efter avslutad sekundärpreventiv insats remitterades till BUP (Figur 3).

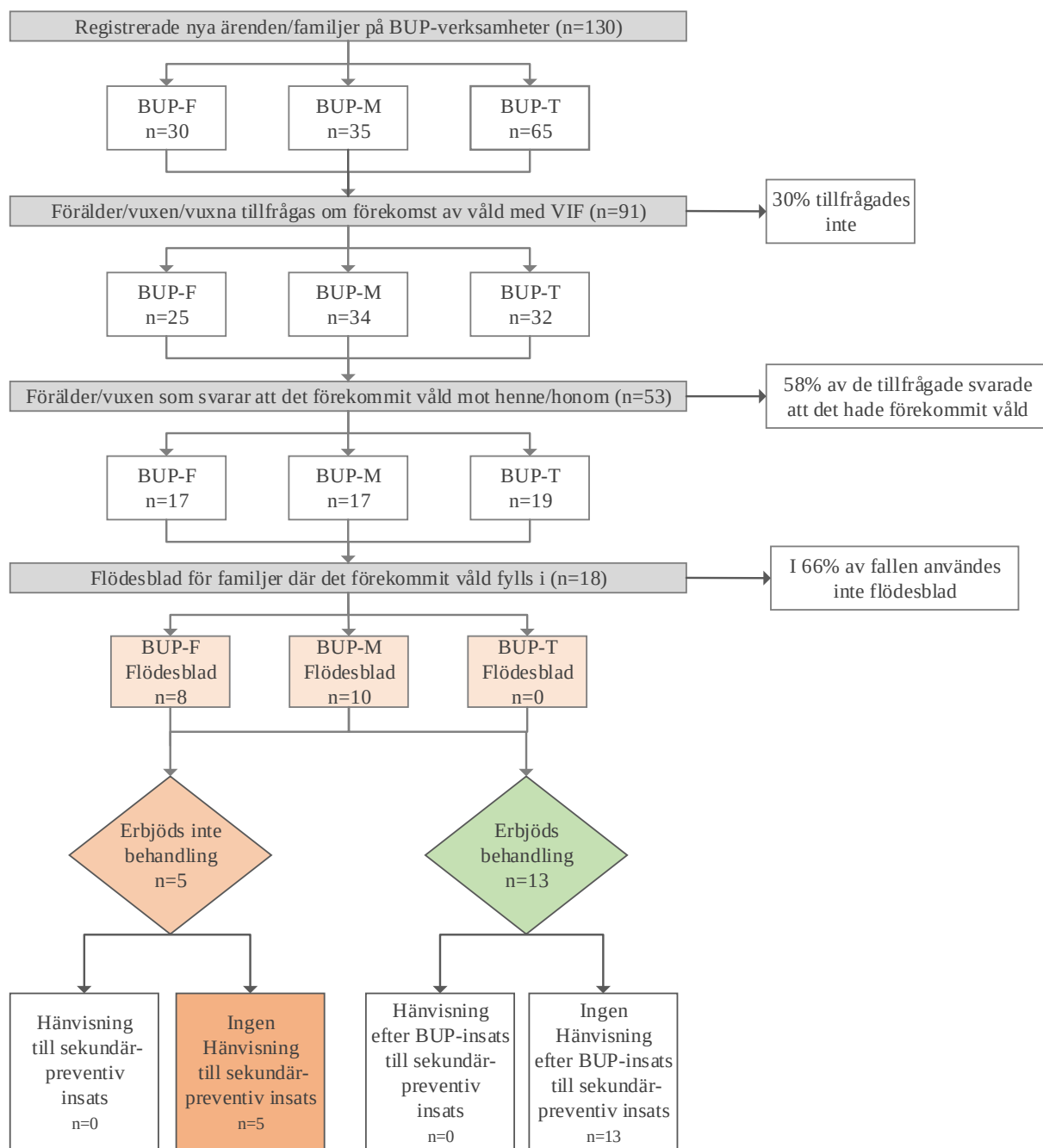


Figur 3. Antal barn i Insatstrappan, genomförda kartläggningar av psykisk ohälsa innan start och efter avslut av sekundärpreventiv insats, och om hänvisning skedde till behandlande verksamhet.

Hänvisning från BUP till verksamhet på annan insatsnivå.

Till BUP-verksamheterna kom enligt verksamheterna själva totalt 130 nya familjer under aktuell period (35 från Mariestad-BUP, 30 från Falköping-BUP och 65 från Trollhättan-BUP, Figur 4). Av figuren framgår antalet familjer där våld mot föräldern/den vuxne kartlagts, antalet som uppgav att våld i nära relation förekommit samt antalet av dessa familjer som fick en insats på BUP eller som hänvisades till en verksamhet med sekundärpreventiva insatser.

I 70 procent ($n = 91$) av klientfamiljerna tillfrågades någon av föräldrarna/de vuxna om förekomst av våld i familjen. Våld i nära relation hade enligt någon av föräldrarna/de vuxna förekommit i 58 procent ($n = 53$) av de 91 familjerna. För 18 av de 53 familjer som uppgav att våld mot förälder förekommit fylldes också ett flödesblad i. Av dessa få familjer fick 13 behandling, i fem fall avslutades däremot kontakten med BUP utan behandling, och utan hänvisning eller hjälp till kontakt med sekundärpreventiv verksamhet.



Figur 4. Flöde av antal barnfamiljer inom de tre BUP-verksamheterna i Falköping (BUP-F), Mariestad (BUP-M) och Trollhättan (BUP-T).

Samverkan mellan insatsnivåer för att barn ska få rätt insats.

Det förekom i princip ingen samverkan mellan insatsnivåerna. I några få enskilda ärenden skedde samverkan i form av konsultation eller hänvisning till den andra insatsnivån. I sekundärpreventiva verksamheter var hänvisning inte något som rutinemässigt förekom när kliniska symtomnivåer pekade på att barnet eventuellt hade behov av behandlande insatser. En slutsats är att de sekundärpreventiva verksamheternas arbete inte tycktes vara organiserat så att det underlättade att snabbt identifiera vilken typ av stöd barnet var i behov av och vid behov kontakta den andra insatsnivån innan man påbörjade en insats och/eller avslutade kontakten. Från de behandlande BUP-verksamheterna skedde inte i något fall hänvisning av

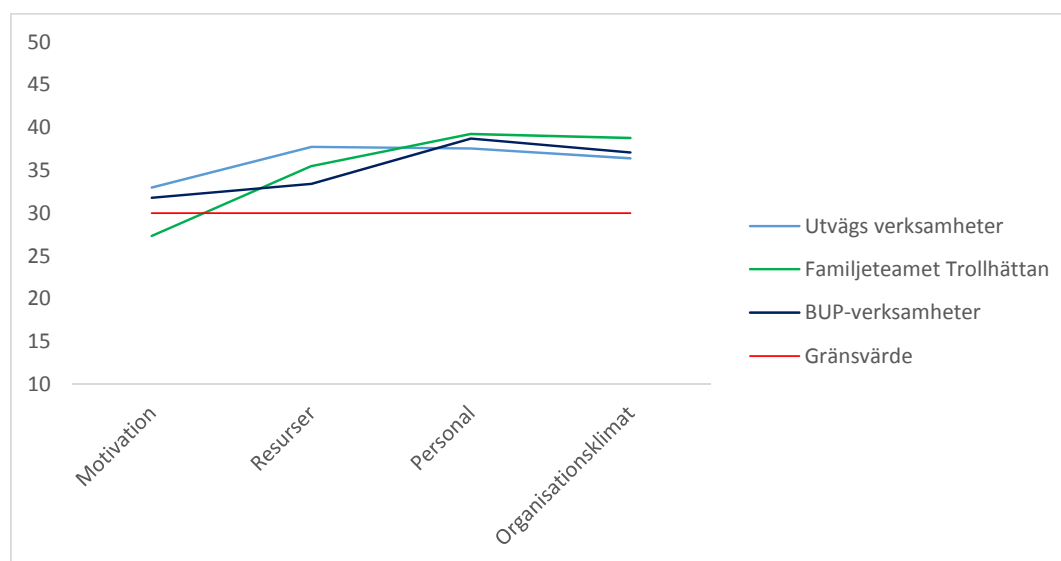
barn till sekundärpreventiva insatser, trots att det fanns ett antal barn där personal visste att barnet bevittnat våld mot förälder och ingen behandling inleddes utan kontakten med BUP avslutades. Utifrån de ärenden där flödesblad fanns att tillgå är slutsatsen att samverkan med sekundärpreventiva verksamheter inte tycks ske på initiativ från BUP i någon utsträckning som underlättar att barn får insats på rätt nivå.

Vad försvårar respektive underlättar att barn får insats på rätt nivå?

Först sker en redovisning av hur de professionella själva skattade sin beredskap till förändring, därefter följer en redovisning av intervjudata.

Beredskap för förändring

Av Utvägs Skaraborgs samt Utväg Göteborgs personalstyrka på fem personer (två chefer och tre behandlare) deltog samtliga i självskattning av sin och organisationens beredskap för förändring. Från Familjeteamet i Trollhättan Stad deltog elva stycken av teamets 16 personer. Ytterligare nio enkätsvar kom in från de tre BUP-verksamheterna som totalt hade en personalstyrka på 38 behandlare. Som framgår av Figur 5 låg samtliga verksamheter relativt högt i skattad förändringsbenägenhet och över gränsvärdet för tillräckliga förutsättningar för att inleda ett förändringsarbete på domänerna Resurser, Personal och Organisationsklimat. De fåtal svar från BUP-verksamheterna gör att dessa skattningar är behäftade med stor osäkerhet och endast kan representera de nio personer som svarat. För domänen Motivation till förändring var det en verksamhet, Familjeteamet i Trollhättan, som låg under gränsvärdet för att inleda ett förändringsarbete.



Figur 5. Verksamheternas värden på de fyra domänerna i Beredskap För Förändring. Gränsvärdet (röd linje) för när ett förändringsarbete har tillräckliga förutsättningar för att starta är ≥ 30 poäng.

Behandlares och handläggares åsikter om att använda kartläggning av psykisk ohälsa för att våldsutsatta barn ska få insats på rätt nivå

Överlag uttryckte sig behandlare och handläggare positivt om att använda strukturerad kartläggning av barns psykiska ohälsa. Samtidigt var det få av dem som använt Insatstrappans instrument i sitt vardagliga arbete. Fördelar som lyftes fram rörde alliansen till klienten, möjligheten till fördjupad information och "stöd i professionen". De nackdelar som framfördes

handlade om instrumentens användbarhet och tillförlitlighet samt oro för att resultaten skulle kunna missbrukas. Hinder för att genomföra strukturerad kartläggning som togs upp var brister i organisatorisk samordning och planering, tekniska och administrativa hinder samt hinder i form av bristande tilltro till möjligheter för ökad samverkan.

Omständigheter som kan bedömas ha försvårat för sekundärpreventiva verksamheter att bidra till att barn snabbt får en insats på rätt nivå tycks ha varit relaterade till att flera verksamheter deltog i flera forsknings- och utvecklingsprojekt. På en av verksamheterna påbörjades dessutom samtidigt på eget initiativ implementering av andra bedömnings/utvärderingsinstrument. Det kan ha bidragit till att personalen uppfattade det som svårt att veta vad som skulle prioriteras och därmed utgjorde det en försvårande omständighet.

Då antalet barn som inkluderats i Insatstrappan var få, och dessutom i huvudsak kom från en verksamhet med en enda person som stod för bedömning och mottagande av barn och föräldrar, innebär det att fokus i intervjuerna lades på upplevda hinder för att få till stånd strukturerad kartläggning. Antalet behandlare/handläggare som vid något tillfälle genomfört strukturerad kartläggning var totalt fem stycken (20 % av de medverkande i Insatstrappan).

Fördelar med strukturerad kartläggning

Överlag fanns det bland de professionella en övervägande positiv erfarenhet av och inställning till användning av strukturerad kartläggning med standardiserade bedömningsmetoder. Alla de intervjuade såg åtminstone någon fördel. Det gällde även dem som aldrig inkluderat barn i insatstrappan. Fördelar som nämndes rörde alliansen till klienten, fördjupad information och "stöd i professionen". Yttranden som återspeglade dessa olika fördelar var till exempel:

Alliansen till klienten:

"Min grunderfarenhet är att barn gillar när man tar fram den här typen av instrument för dom känner sig tagna på allvar och dom känner att det finns andra barn som man också ställer dom här frågorna till, det blir nåt, nån slags normalitetskänsla i det också, 'okej, kan man känna så, ja det är ju det jag gör, ja då kanske det inte är så illa ändå', alltså det finns många positiva delar i att göra det".

Fördjupad information: ". . . Att man faktiskt får tänka till om man ser frågor kring eget mående och också få tänka till rejält kring barnets, 'Jamen hur är det med mitt barn, hur sover det på natten, hur äter det och hur upplever jag det här med mitt barns mående'. Jag tror att det är bra att få det svart på vitt."

Stöd i professionen:

"Ibland kan man behöva såna här instrument för att styra upp sig själv att frågorna verkligen ställs, det tycker jag är bra."

Nackdelar med strukturerad kartläggning

Intervjuerna innehöll ett fåtal (sju stycken) yttranden som rörde nackdelar med strukturerad kartläggning. Nackdelar som behandlare/handläggare hade upplevt eller oroade sig för var instrumentens användbarhet och tillförlitlighet samt missbruk av resultaten:

Instrumentens tillförlitlighet:

"Man måste va lite vaksam, i våran verksamhet har vi många föräldrar och barn som har kognitiva svårigheter och kanske är, har svag språkförståelse eller svårt att tänka, då kan, man måste va lite på sin vakt om det är för svårt språk."

Missbruk av resultaten:

"Det skulle också kunna bli ett hinder om det blir för mycket fokus på barnets symtom på nåt sätt eller så, och det här med ja, fixa barnet, det är barnet det är fel på."

"Här i x-verksamhet där vi erbjuder Trappan-samtal och då där vi inledningsvis berättar för barnet att vi för ingen dokumentation annat än minnesanteckningar och det här kommer inte att användas, kan inte användas i rätten och såna här saker, men så har vi nu två pågående nu lite vad ska vi kalla det, rättshaverister som lyckas driva på så att det ändå används, ja, och det innebär ju att vi behöver se över barnets rättsskydd i det här sammanhanget innan vi kan lova något sånt. Och då kan jag tänka att insatstrappan och vissa svar där i, skulle ju, ja jag vet inte om de skulle kunna användas eller komma att användas emot någon eller till någons fördel eller hur det nu skulle se ut."

Hinder för att använda strukturerad kartläggning i verksamheten

Från intervjuerna bedömdes 36 yttranden röra hinder för att genomföra strukturerad kartläggning. De hinder som togs upp kan delas upp i brister i organisatorisk samordning och planering, tekniska och administrativa hinder samt hinder i form av bristande tilltro till möjligheter för ökad samverkan, varav flertalet rörde brister i organisatorisk samordning och planering:

Brister i organisatorisk samordning och planering: "Vad heter det OSR, som han Scott tog med sig hit, eh, så kom ett mätinstrument till som våra chefer vill att vi ska jobba med under den tiden som vi höll på med insatstrappan och samtidigt så är det viktigt att hålla på med journal digital, det liksom det spretar där också, som att nu gör vi det och nu gör vi bara det, då skulle det funkat. Det blir lite galet."

"Sen kan jag tro ibland, att när det är två olika saker samtidigt, så blir det lite konkurrens och det hade vart bra om man hade börjat med ena, insatstrappan tycker jag, att man hade fått lära sig den och kanske göra den då och så gå hem och så skulle det dröja nån månad helst, så att man hade gjort en insatstrappa helst, sen skulle man ta vid med Project Support... dom var så glada att dom överhuvudtaget fick ihop familjer och komma igång och göra allt dom skulle där och sen samtidigt vara fokuserad på en metod till, jag tror att det blev för mycket."

Tekniska och administrativa hinder: "Kanske information på ett mer lättbegripligt sätt om hur man skulle kunna använda formulären, ja för det här med över-under cut-off värden."

"Om det är nåt som vart negativt, jag har inte fått några reaktioner efter att någon har fyllt i där de har sagt något spontant att 'Usch det här var hemskt och skriva i', ingenting så utan det har återigen med själva forskningsdelen att det, det kanske har varit tidskrävande, att jag har klämt in det på slutet av ett inskrivnings, ja eller ett, ett informationssamtal 'Ja, så var det forskning också', ehm, och då har jag skickat med det hem utan att sitta här och fylla i det, så det är väl det enda som jag har känt har varit kniven på strupen lite."

Bristande tilltro till möjligheter för ökad samverkan:

"Min svårighet har varit att motivera vad, att tro på, att tro på det, hur ska säga, tro på att det skulle kunna bli mindre friktionsfritt och kunna hamna på rätt plats och sådär för jag behöver ju, jag behöver ju se hela kedjan om du förstår vad jag menar, jag behöver få va med om att det blir så."

Hinder och möjligheter för samarbete mellan verksamheter på olika nivåer

Organisatoriska och kommunikativa hinder samt tidigare negativa erfarenheter av kontakter beskrevs av behandlare/handläggare i de sekundärpreventiva verksamheterna som hinder för samverkan med BUP. Underlättande faktorer som beskrevs var om verksamheten var organiserad för att underlätta samverkan samt kommunikativa och relationella aspekter. Hur verksamheten var organiserad handlade om att ha ett tydligt uppdrag, att regelbundet ha gemensamma möten mellan verksamheterna samt att vara en verksamhet som erbjuder insatser till de som vill och behöver. Kommunikativa och relationella aspekter som uppfattades underlätta samverkan var att bli tagen på allvar i sin professionella roll av samverkanspartnern och att personalstyrkan var stabil i båda organisationer.

Hinder för samverkan om rätt insats till våldsutsatta barn.

Analysen gav 65 yttrande som rörde samverkan och de allra flesta av dessa rörde hinder av olika slag för samverkan med BUP. Yttranden som rörde hinder klassades i organisatoriska samt kommunikativa hinder och tidigare erfarenheter av professionella kontakter. Nedan följer exempel på yttranden från de olika typerna av hinder för samverkan.

Organisation:

"Det är ju enorma köer många gånger."

Kommunikation och relation:

"Att vi inte alltid talar samma språk kring saker och ting och vi ser inte problemet på samma sätt, ehm och det kan ju försvåra tycker i alla fall jag."

"Jag tycker att det är väl väldigt ofta kommunikationen i alla fall på min nivå, inte på Barnhuset nu, utan på min nivå, är ju kommunikationen med BUP sker ju på mitt eller på vårt initiativ, sällan det omvända, jag kan tycka att det är rätt så lågt."

"När man hela tiden hänvisar till sekretess och klamrar sig fast vid det, när man inte kan ens fråga klienten 'Är det okej att jag pratar med X-verksamhet' eller försöker lyfta upp sekretessen, ehm, så. Ehm, vilket gör att jag kan känna att det är en bekvämlighetsgrej att säga att "nej, men det kan inte jag prata med dig om", än att faktiskt tänka att det här kan va gott för personen vi möter, det kan vara hinder tycker jag för att kunna samverka."

Tidigare erfarenheter:

"BUP är ju en sån jätteorganisation så det blir ju väldigt personbundet, till dom man har god kontakt med, vilket gör att jag vänder mig till personer jag vet att jag lätt får tag i."

"För många dåliga erfarenheter kanske, nu låter jag väldigt negativ, det är inte så att jag bara har negativa erfarenheter, absolut inte. Många dåliga erfarenheter gör att man inte tänker tanken på samarbete, samverkan."

Underlättande faktorer för samverkan om rätt insats till våldsutsatta barn

Ett mindre antal yttranden (9 stycken) handlade om faktorer som underlättade samverkan

Yttrandena vad gäller underlättande faktorer klassades i sin tur utifrån om de berörde verksamhetens organisering respektive kommunikativa och relationella aspekter.

Organisation:

”Det är lätt att höra av sig hit, nog att vi har köer och att det ibland kan vara svårt att få tag på oss på via telefon men vi har ju också fått höra att det är enkelt, alltså skickar man ett mail så får man svar, det är relativt lätt att få tag på personal här och jag vet att vi är en personalgrupp som gärna vill ehm hjälpa till så mycket som möjligt, som inte bara säger att ”nej, det där kan inte vi göra.”

Kommunikation och relation:

”Det är också såklart personligt uppbyggda relationer. Så jag tror att relationer är väl nånting som, nu har vi haft en ganska fast personalstyrka under några år här och då, då blir det på relationsnivå att jag känner dom här och vi har haft samarbete förut och då är det enklare att lyfta luren och säga ”att det där kan vi nog samverka kring”.

Svårigheterna att få kartläggning av psykisk ohälsa med standardiserade bedömningsmetoder att fungera trots den positiva inställningen som tycktes finnas bland de professionella, kan till en del förklaras av brister i organisatorisk samordning och planering, tekniska och administrativa hinder, samt problem med att inordna kartläggningen i existerande arbetsrutiner. En bidragande orsak till en del av de hinder som rörde organisatorisk samordning och planering måste tillskrivas forskningsansvariga. Det blev dels en onödig belastning för arbetsteamerna ute på verksamheterna att vara engagerade i fler än ett delprojekt, dels hade det varit bra med ett från början tydligare kontrakt där verksamheterna förband sig att inte implementera andra metoder under projektperioden. För att reducera tekniska och administrativa hinder för strukturerad kartläggning skulle verksamheterna ha behövt tillgång till smidiga lösningar som kräver minimalt med tid för administration, rättning och tolkning. Det handlar om att snabbt kunna få ut resultat med information om klienten ligger över eller under gränsvärden för kliniska symtom. Just bristen på snabb återkoppling minskar instrumentens kliniska användbarhet och har visat sig minska motivationen bland professionella att använda dem [45]. För att kunna få snabb återkoppling behövs administrativ support i form av IT-stöd [46, 116]. Projektet erbjöd inte verksamheterna webbaserade lösningar för enkäter, resultatbearbetning och tolkningar, men däremot sådan feedback inom en till tre arbetsdagar.

Målpuppfyllelse:

Enligt det i forskningsplanen formulerade målet skulle

Behandlare/stödinsatspersoner som deltar i delprojektet vid projekttidens slut ha:

- förbättrad kunskap om vilka alternativa insatser som finns tillgängliga för klienter inom verksamhetens upptagningsområde
- erfarenhet av konkret samarbete i minst ett ärende med vårdgivare på annan ”nivå”

Delprojektet skulle vid projekttidens slut ha:

- utarbetat och prövat en modell för insatstrappa inklusive prövat ut de bedömningsinstrument som kan ingå i denna
- utarbetat en modell för kunskapsöverföring till nya verksamheter av de erfarenheter som gjorts i projektet
- utarbetat en modell för förläggning och utbildningsstöd avseende de metoder & instrument som föreslås ingå i insatstrappan.

Måluppfyllelsen avseende behandlare/stödpersoner uppfylldes inte i detta delprojekt. Endast en av de 25 behandlarna/handläggarna som gick in i projektet använde sig av instrumenten för kartläggning som överenskommet, och endast fem använde sig vid något tillfälle av dem. Av de barn som kartlades var det ytterst få som hänvisades till annan insatsnivå trots att de hade symtom som skulle ha motiverat det. Det innebär att behandlarna i de verksamheter som medverkade vare sig fick förbättrad kunskap om alternativa insatser som fanns tillgängliga för deras klienter eller den erfarenhet av samarbete som delprojektet syftade till.

Måluppfyllelsen avseende delprojektet var något bättre. Inom ramen för projektet utvecklades en modell för att kartlägga barns symtom och ge återkoppling till verksamheterna. Resurser för att utveckla webbaserad support saknades dock, vilket innebar att modellen genomfördes manuellt. Svårigheterna att pröva modellen för insatstrappan och det därmed bristfälliga underlaget innebar att vi inte bedömde det rimligt att utarbeta en modell för kunskapsöverföring, förläggning och utbildningsstöd avseende metoder och instrument.

III. Prövning i Sverige av insatser för våldsutsatta barn som i internationella studier visat goda effekter

Kjerstin Almqvist, Åsa Cater, Karin Grip, Ulf Axberg, Helena Draxler, Petra Appell & Fredrik Hjärthag

Syfte

Det övergripande syftet i delprojekt III var att utveckla och pröva genomförbarhet i Sverige av fyra olika insatser för barn vars förälder utsatts för våld i sin nära relation, och där barnet har utvecklat symtom som föranleder behandling. Två av metoderna (CPP och TF-KBT) bedömdes vara lämpliga att använda i barn- och ungdomspsykiatri och två i socialtjänstens individ- och familjeomsorg (Kids' Club och Project Support). Gemensamt syfte för samtliga delar av projektet var att förbättra det stöd som ges av hälso- och sjukvården, socialtjänsten och socialtjänstanknutna verksamheter till barn och föräldrar som utsatts för våld i nära relationer. I uppdraget ingick att informera om de metoder som utvecklats och att stödja implementeringen av dem.

Frågeställningar som gällde samtliga delprojekt var

Acceptans:

- Uppfattar behandlare som provat metoden att den är lämplig för målgruppen, välfungerande och "realistisk"?
- Uppfattar föräldrar som provat metoden att den motsvarar deras behov?

Införandemöjligheter:

- Är metoden genomförbar med merparten av de föräldrar och barn som kan vara aktuella för insatsen? Gäller till exempel om föräldrar och barn klarar att komma till planerade sessioner, om båda vårdnadshavare accepterar alternativt att socialtjänsten åtar sig att stödja att förälder och barn deltar i behandlingen och hur man uppfattar att metoden på andra sätt fungerar i svensk kulturmiljö och med svensk lagstiftning.

Praktisk genomförbarhet:

- Är det möjligt att intressera verksamheter som arbetar med insatser till våldsutsatta föräldrar och barn för att arbeta med metoden?
- Klarar man att arbeta enligt metoden inom ramen för sin ordinarie verksamhet?

Anpassningsbehov:

- Behöver metoden anpassas för att kunna användas i svensk kontext, och i så fall hur?
- Är anpassningen i så fall inom ramen för vad metodens upphovspersoner accepterar som förenligt med metoden?

Hållbarhet:

- För metoderna Kids' Club och TF-KBT: Visade studien på effekter som motsvarade dem som tidigare redovisats i studier av metoden, avseende barnens psykiska hälsa, sociala kompetens och attityder till våld samt föräldrarnas föräldraförmåga och psykiska hälsa?
- För metoderna CPP och Project Support: Kunde man i de enskilda ärendena observera positiva förändringar som gav stöd för fortsatt implementering och en utökad studie?

Metod

I följande delrapport har vi valt att genomgående använda termerna verksamheter, behandlare och föräldrar när vi beskriver hur metoderna prövats i samtliga delstudier. Med verksamheter avses såväl enheter i socialtjänsten, hälso- och sjukvården som fristående organisationer. Behandlare används som samlingsbeteckning för samtliga som medverkar i studien som professionella och arbetar med en given metod. Det inkluderar till exempel socionomer, familjebehandlare, psykologer och psykoterapeuter i de olika verksamheterna. Begreppet föräldrar inkluderar både mammor och pappor samt familjehemsföräldrar. Merparten av de föräldrar som fått insatser utgörs dock av mammor (> 95 %).

Tillvägagångssätt

Rekrytering av verksamheter inleddes hösten 2012. Ledningen för olika verksamheter kontaktades av forskargruppen och erbjöds att delta i projektet. Det var verksamheter där ledning eller behandlare hade uttryckt intresse för att medverka i utveckling av insatser för våldsutsatta barn. Intresserade verksamheter finansierade själva sin medverkan. Kommuner och fristående verksamheter hade dock vid denna tid möjlighet att söka utvecklingsbidrag för insatser riktade till våldsutsatta barn och deras föräldrar genom Socialstyrelsen. Motsvarande möjlighet fanns inte för verksamheter i hälso- och sjukvården. Överenskommelser träffades om medverkan i projektet under perioden januari 2013 – december 2014. Totalt deltog 16 verksamheter i prövningen av de fyra metodernas genomförbarhet. Två metoder prövades i socialtjänsten: Kids' Club (Karlstads, Kristinehamns, Kungälv och Örebro kommuner) och **Project Support** (Ronnebys, Stockholms, Trollhättans och Örebros kommuner). Två metoder prövades i hälso- och sjukvården samt fristående verksamheter: TF-KBT (BUP- Falköping, Mariestad och Trollhättan) och CPP (BUP- Hisingen, Karlstad och Växjö, Bojen Göteborg och Tummens förskoleteam i Karlstad). En beskrivning av medverkande verksamheter bifogas (bilaga 1).

För att verksamheten skulle delta i studien krävdes, förutom ledningens aktiva stöd, att minst två behandlare anmälde sig frivilligt som deltagare. Vid sina verksamhetsbesök informerade forskarna hela personalgrupper om studien och inbjöd dem att delta. De behandlare som visade intresse informerades skriftligt och muntligt om vad deltagande innebar. I samtliga fall krävdes att behandlare först deltog i en utbildning i metoden omfattande 2-4 dagar. I tre av delstudierna krävdes även deltagande i regelbunden handledning under projektiden. I två delstudier (CPP och Project Support) hölls handledningen av metodens upphovsmän på webben, medan handledningen i delstudien av TF-KBT hölls av svenska behandlare i handledarutbildning i

metoden. I två fall erbjöds även kompletterande utbildningar 2-4 dagar under den period som studien pågick. Behandlarna åtog sig att ha minst två ärenden alt. två grupper vardera under projektiden.

Familjer (barn och förälder) erbjöds att delta och pröva insatsen av de behandlare som medverkade i studien. För att familjen skulle inkluderas krävdes i delstudierna om TF-KBT, CPP och Project Support att:

1. Familjen hade vänt sig till verksamheten för stöd/insats helt eller delvis motiverat av att ett eller flera barn utvecklat någon form av beteendestörning eller annan svårighet.
2. En förälder hade utsatts för våld i sin nära relation
3. Samtliga vårdnadshavare samtyckte till att barnet deltog i studien
4. Att minst en förälder deltog tillsammans med barnet i insatsen.

Kids' Club bedöms inte vara en behandlingsinsats, då programmet riktar sig till alla barn vars förälder utsatts för våld i sin nära relation, oavsett om barnet utvecklat beteendesvårigheter eller ej. Kids' Club erbjöds därför som en riktad pedagogisk insats, och boendeföräldern var den som samtyckte till barnets deltagande i studien. Våldsutsatta föräldrar och barn erbjöds att delta i Kids' Club som en insats inom ramen för socialtjänstens stödjande insatser. Samtliga delstudier är godkända av etikprövningsnämnden i Uppsala (Dnr 2012/2018 och Dnr 2013/115).

Antal behandlare och familjer som medverkat i respektive delstudie samt antal intervjuade behandlare och föräldrar framgår i tabellen nedan.

Tabell 1: Medverkande verksamheter, behandlare samt familjer i prövning av respektive metod.

Antal	CPP	Project Support	Kids' Club	TF-KBT	Totalt
Verksamheter	5	4	4	3	16
Utbildade behandlare	13	24	33	10	80
Aktiva behandlare (varav intervjuade)	12 (12)	10 (9)	17 (16)	7 (7)	46 (44)
Familjer i behandling	24	13	35	23	95
Familjer i studien (varav intervjuade)	18 (11)	13 (11)	24 (18)	7 (-)	62 (40)

TF-KBT

Totalt var det sju behandlare som bedrev TF-KBT av de tio som utbildats. Av dessa deltog samtliga i intervju om TF-KBT. Att tre behandlare gått utbildning men inte arbetade med metoden berodde på att en av dem bytte arbetsplats, en var sjukskriven och en hade för stor arbetsbelastning för att kunna påbörja någon behandling. Samtliga utom en behandlare var kvinnor, övervägande delen utbildade psykologer och socionomer.

På BUP-mottagningarna i Trollhättan och Mariestad fick totalt 23 (13 i Mariestad och 10 i Trollhättan) barn en TF-KBT-insats under perioden för studien. Merparten av dem var barn som utsatts för olika former av övergrepp, men inte uppfyllde inklusionskriterierna för studien på grund av ålder (> 13 år) eller att de inte upplevt våld mot förälder. Totalt inkluderades sju barn och deras föräldrar i studien från BUP verksamheterna (fem från Mariestad och två från Trollhättan). Rekryteringen av barn till TF-KBT var för låg för att pröva metodens hållbarhet

(effekt) som avsetts. För att göra en sådan bedömning av metodens effekt vid användning i svensk barn- och ungdomspsykiatri lånades ett material om 35 barn som fått TF-KBT vid BUP Gamlestaden inom ramen för en annan studie [13].

CPP

Tolv behandlare utbildades i CPP, tio kvinnor och två män i åldrarna 38–65 år ($M = 53$ år). Åtta var leg. psykolog och/eller leg. psykoterapeut och arbetade vid studiens genomförande inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP). De övriga fyra var socionomer som arbetade i fristående verksamheter. Samtliga hade lång erfarenhet av arbete som behandlare med barn och föräldrar (7–34 år, $M = 20$ år).

Totalt inkluderades 18 barn och deras föräldrar (17 mammor och en pappa) i delstudien om CPP. Barnen, sju flickor och elva pojkar, var mellan tre och sju år gamla, med en medelålder på 4,7 år.

Orsaken till att familjerna sökt hjälp var att barnet visade beteendestörningar i form av konflikter, anknytningsproblem, toalettbesvär, utbrott och aggressivitet. Samtliga barn i studien hade bevittnat våld i hemmet. Ett barn hade även bevittnat vuxet sex och uppvisade sexualiserat beteende. I en tredjedel av ärendena var det föräldern själv som tagit kontakt för att få hjälp. I övrigt var det anmälan från socialtjänsten, familjerätt, BVC, BUH, eller psykolog.

Tolv av barnen bodde tillsammans med ensamstående mamma, fyra med mamman och hennes sambo, ett barn med pappan och hans sambo. Ett barn bodde växelvis hos ensamstående mamma och ensamstående pappa. Samtliga barn utom fyra hade umgänge med den andra föräldern minst en gång i månaden.

För hälften av barnen hade föräldrarna gemensam vårdnad och för hälften var mamma ensam vårdnadshavare. Femton av barnen och fjorton av mammorna var födda i Sverige. Av papporna var elva födda i Sverige.

Samtliga arton vårdnadshavare i studien gjorde T1-mätning, initial skattning. Tolv ärenden inkluderades i sessionsmätningar om minst sju sessioner. Sju ärenden kompletterade T2, avslutande skattning.

Project Support

Initialt utbildades 24 behandlare, då man i ett par av verksamheterna ville ha en bred förankring av metoden. Av dessa var det 13 som arbetade aktivt med att rekrytera familjer och tio som arbetade som behandlare i ett ärende under projektiden. Tre behandlare bytte arbetsuppgifter och/eller arbetsplats. Behandlarna var mellan 33 och 62 år gamla ($M = 47$ år) och merparten (12/13) hade någon eftergymnasial utbildning, till exempel socionom, socialpedagog eller fritidspedagog. Flertalet av behandlarna hade lång erfarenhet i yrket ($M = 16$ år).

Totalt inkluderades sex flickor och sju pojkar och deras mammor. Barnen var mellan tre till tio år gamla, med en medelålder på 6 år (6,2, $SD = 5,56$). I fyra fall var det föräldern själv som tagit kontakt för att få insatsen, medan sex familjer hänvisades från annan socialtjänstenhet. De återstående tre familjerna hade hänvisats till insatsen av någon utanför socialtjänsten, t ex polisen eller skolan. Tolv av barnen bodde tillsammans med ensamstående mamma, varav tre i skyddat boende då insatsen genomfördes. Ett barn bodde växelvis hos mamma och pappan, vilken inte var förövaren. Fyra barn hade umgänge med pappan minst en gång i månaden, två barn hade sporadiskt umgänge, ett barn inget umgänge och för sex barn var frekvensen för umgänget okänd.

För sex av barnen hade föräldrarna gemensam vårdnad, medan mamman hade ensam vårdnad om de övriga sju. Tio av barnen och åtta av mammorna var födda i Sverige, liksom sex av barnens pappor.

Kids' Club

Totalt utbildades 33 behandlare i Kids' Club, några innan detta projekt påbörjades och andra inom projektet. Några var chefer eller andra representanter för verksamheter som inte hade för avsikt att leda grupper, utan skulle stödja gruppverksamheten och hjälpa till att rekrytera mammor och barn. En kommun kom aldrig igång med grupper, trots att utbildade gruppleddare fanns. I de fyra kommuner som erbjöds Kids' Club-grupper under studiens inklusionsperiod var totalt 17 gruppleddare verksamma. Alla dessa intervjuades om insatsen. De flesta av dessa var utbildade och yrkesverksamma socionomer.

Totalt inkluderades 29 barn och deras 24 mammor. Barnen, tolv flickor och 17 pojkar, var mellan sex och tolv år gamla, med en medelålder på åtta år (8.79, SD = 1.60). Mammorna var i genomsnitt 37 år, med en variation från 31 år till 50 år (37.68, SD = 5.67). Mammorna hade i genomsnitt två barn. En majoritet av mammorna arbetade (67 %), medan 17 % var arbetssökande och resterande var sjukskrivna, föräldralediga eller studerade. Det var över hälften av mammorna (61 %) som tidigare hade varit på Kvinnojour och knappt en tredjedel av mammorna hade erfarenheter av flera förövare av våld i nära relation i vuxen ålder. Närmare tre fjärdedelar av mammorna hade under de senaste två åren fått stöd/behandling av något slag. I tre fjärdedelar av fallen var det barnets biologiska pappa som utövade våldet mot mamman. Cirka en tredjedel av barnen bodde regelbundet hos honom, medan en femtedel inte hade någon kontakt alls och övriga träffade pappan regelbundet under dagtid. Drygt en tredjedel (36 %) av barnen hade fått stöd/behandling tidigare.

Instrument

Intervjuer med behandlare och föräldrar

I samtliga delstudier genomfördes öppna intervjuer om genomförbarhet med de behandlare som prövat att arbeta med metoden i minst ett ärende. Forskargruppen hade konstruerat semistrukturerade intervjuguider för ändamålet. Dessa var delvis anpassade för den enskilda metoden, men samtliga innehöll frågor om genomförbarheten uppdelat på fem huvudområden: Acceptans av metoden, Införandemöjligheter, Praktisk genomförbarhet, Anpassningsbehov samt Utbildningen i metoden.

Behandlarna fick bland annat svara på frågor om hur de uppfattade sättet att arbeta med själva metoden, om metoden uppfattades svara mot behov hos barn och föräldrar, om svåra moment eller inslag respektive positiva sådana samt hur utbildning och handledning i metoden hade fungerat. Intervjuerna tog i genomsnitt cirka 40 minuter och ljudinspelades för att därefter transkriberas.

I två av delstudierna (Project Support och CPP) intervjuades även föräldrarna i öppna intervjuer om hur de uppfattade metoden och hur det varit för dem själva och deras barn att få insatsen. Även dessa intervjuer lyfte frågor om acceptans av metoden, införande-möjligheter, praktisk genomförbarhet och anpassningsbehov. Fokus låg på föräldrarnas uppfattning om aspekter som varit hjälpsamma och vad som varit mindre väl anpassat till föräldrarnas och barnets behov.

I delstudien om Kids' Club genomfördes en kortare öppen intervju med föräldrarna om hur de uppfattat insatsen (ca tio min) i samband med att föräldrarna besvarade frågeformulär efter

insats. Denna intervju bandades och transkriberades alternativt noterades föräldrarnas åsikter direkt under samtalet.

Behandlarnas skattning av metodtrohet

I två av delstudierna (CPP och Project Support) följdes behandlarnas metodtrohet, dvs i vad mån de arbetade så som metoden föreskriver. Behandlarna gjorde dels efter varje session en global skattning av hur de bedömde att sessionen motsvarade metoden, dels gjorde de på mer detaljerad nivå en skattning av i vad mån en rad av metodens moment eller målformuleringar hade ingått i sessionen. Skattningarna bokfördes löpande i varje ärende tillsammans med noteringar om anledning till uteblivna besök etc. i en så kallad "loggbok". Implementeringen av metoderna följdes även genom att någon i forskargruppen deltog i både utbildning och handledning och förde etnografiska fältanteckningar.

Skattningsformulär som besvarats av föräldrar före och efter insats

I varje delstudie har fem områden kartlagts genom att föräldern skattat sig själv respektive sitt barn i strukturerade frågeformulär:

1. Föräldrarnas våldsutsatthet
2. Föräldrarnas psykiska hälsa, specifikt symtom på traumatisk stress
3. Föräldraförmåga
4. Barnets våldsutsatthet
5. Barnets psykiska ohälsa, specifikt symtom på traumatisk stress.

Instrumenten för att kartlägga variablerna har valts för att i högsta möjliga mån vara

- jämförbara med de instrument som använts vid tidigare utvärderingar av respektive metod
- gemensamma så man kan jämföra utfallet mellan de olika delstudierna samt
- normerade på svenska populationer i det aktuella åldersintervallet med kliniska gränsvärden.

När det saknades instrument som uppfyllde samtliga krav gjordes en avvägning där olika instruments för- och nackdelar vägdes mot varandra. En förteckning över instrumenten och beskrivning av respektive instrument finns i bilaga 2.

I utvärderingen av Kids' Club användes även instrument där barnen själva skattade sin hälsa och beskrev sin våldsutsatthet.

I två av delstudierna, CPP och Project Support, besvarade föräldrarna dessutom två frågeformulär före varje behandlingssession, med uppmaningen att de skulle tänka på veckan som gått då de fyllde i svaren. Det ena instrumentet gällde dem själva (och föräldraförmågan) och det andra hur de uppfattade barnets beteende och symtom på psykisk ohälsa.

Analyser

De transkriberade intervjuerna med behandlare och föräldrar analyserades med tematisk analys (CPP och Project Support) eller innehållsanalys (Kids' Club och TF-KBT). En syntes gjordes därefter av det analyserade materialet för att uppmärksamma likheter och skillnader vad gäller genomförbarhet mellan de olika metoderna. Fältanteckningarna användes för fördjupad tolkning av mönstren. Registrering av sessioner och skattad metodtrohet sammanställdes och analyserades för att belysa praktisk genomförbarhet.

Barnens och föräldrarnas värden före insats på de olika instrumenten sammanställdes för beskrivning av medel- och medianvärden, spridning och standardavvikelser på gruppnivå.

Förändring på individnivå efter insats avseende barnens psykiska hälsa respektive föräldrarnas föräldraförmåga analyserades med parametrisk (oberoende t-test m fl) alternativt icke-parametrisk (Mann-Whitney Test, Wilcoxon Matched-Pairs Test) statistik beroende på gruppstorlek i respektive delstudie. För att få en uppfattning om förändringarnas storlek från förmätningen till eftermätning (T1-T2) beräknades effektstorleken (Cohens *d*) i delstudien om Kids' Club. Denna anges enligt Cohens kriterier: liten ($\geq .20$), måttlig ($\geq .50$) och stor ($\geq .80$) och konfidensintervallet för Cohens *d* beräknades med programmet ESCI [117]. Oberoende t-test användes för att jämföra aktuell studiegrupp i Kids' Club med andra grupper av svenska kvinnor och barn där sådan information fanns att tillgå. Beroende t-test användes för att beräkna effekter från för-till eftermätning samt reliabelt förändringsindex (RCI) vad gäller barnens psykiska ohälsa skattad av föräldrarna genomfördes på delstudien om Kids' Club.

Översiktlig beskrivning av de fyra metodernas innehåll

TF-KBT

TF-KBT är en psykoterapeutisk intervention för barn som lider av posttraumatisk stress, som påträngande minnen förknippade med ångest, förhöjd spänning och irritabilitet. Insatsen inkluderar parallellt föräldrabete avsett att stärka föräldrarnas förmåga att ge stöd till barnet i vardagen. Metoden är en specialiserad behandlingsinsats, avsedd att utföras av erfaren och TF-KBT-utbildad terapeut. Metoden omfattar 12-16 sessioner. Den innehåller nio olika moment eller komponenter som såväl barn/ungdom som förälder arbetar med och det ingår såväl individuella sessioner med barn/ungdom och föräldrar som gemensamma samtal [122]. Varje komponent innebär att barnet exponeras gradvis för den traumatiska händelsen. De ingående komponenterna är:

Psykoedukation – information om diagnos, trauma, vanliga reaktioner på trauma och symtom, lagstiftning, föräldrafärdigheter (enbart för föräldern) etc.

Avslappning – barn och föräldrar tränas i olika individuellt anpassade avslappningsfärdigheter.

Affektreglering – olika områden där svårigheter med affektreglering visar sig identifieras och barn och föräldrar tränas i individuellt anpassade färdigheter i affektreglering.

Kognitiv coping – terapeuten hjälper barn och föräldrar att känna igen kopplingar mellan olika tankar, känslor och beteenden samt träning i att värdera dessa tankar och färdigheter i att hantera dem.

Traumaberättelse – efter färdighetsträningen får barnet skapa en traumaberättelse utifrån den traumatiska händelsen. Detta syftar bland annat till att bearbeta kognitiva förvrängningar, till exempel att barnet tror att våldet mot föräldern förorsakats av något barnet har gjort.

In vivo exponering – barnet exponeras gradvis för situationer och händelser som påminner om den traumatiska händelsen för att minska ångest och påträngande minnen.

Gemensamma samtal – barnet delar sin traumaberättelse med föräldern och de tränas i olika former av samspels- och kommunikationsfärdigheter utifrån behov.

Säkerhetsplanering – en analys av aktuella risker samt behov av skydd samt planering för att minska framtida utsatthet och öka säkerheten.

Child Parent Psychotherapy

CPP är avsedd att användas som insats för små barn (0-6 år) som traumatiserats, till exempel genom att en förälder utsatts för våld. I CPP arbetar terapeuten tillsammans med barnet och en eller båda föräldrarna (eller den omsorgsperson som är i förälderns ställe). Det är förälderns lek med barnet som är det centrala och samspelet mellan barnet och föräldern som är i fokus, men behandlaren lotsar och introducerar lekteman som berör det som barnet och föräldern behöver hjälp att hantera. Metoden är avsedd att utföras av erfaren leg. psykolog/leg. psykoterapeut med vidareutbildning i CPP. Målet med behandlingen är, förutom att minska posttraumatiska symtom hos barnet, att (åter-)skapa trygg anknytning hos barnet och god omsorgsförmåga hos föräldern [81]. Terapin fokuserar på trauman som förälder och barn utsatts för tillsammans och på gemensam bearbetning av dem. I sessionerna stöds ett gott samspel mellan förälder och barn med adekvat ömsesidighet och stöd till barnets affektreglering. Föräldern stöds i sin förståelse av i vilken mån barnets beteende ska förstås som reaktioner på psykisk traumatisering och vad som är åldersadekvata beteenden. Det finns en manual för CPP som beskriver förhållningssätt och målområden, t ex. emotionell ömsesidighet mellan förälder och barn och säkerhetsplanering. Behandlaren ska bedöma behovet av insats för varje målområde och inom ramen för behandlingskontakten bearbeta de målområden som bedömts som relevanta. De enskilda sessionerna beskrivs inte i manualen, till skillnad från många andra manualer. Terapin omfattar en session i veckan (1–1,5 tim) i 35-50 veckor för barn och förälder och föregås av en noggrann kartläggning av såväl barnets som förälderns utsatthet för olika trauman.

Project Support

Målsättningen i PS är att stödja föräldern så denna kan klara ett självständigt boende samt att lära henne eller honom effektiva strategier för att hantera barnets beteendestörningar. Insatsen sker genom att man varje vecka besöker föräldern och barnet i hemmet. För att stödja föräldraförmågan tränas föräldern i ett antal strategier (föräldraförmågor) för att bemöta sitt barn och i uppmuntrande samspel med barnet. Samtidigt får föräldern stöd att hantera olika praktiska svårigheter som uppstår i vardagen. Respektive föräldraförmåga introduceras och tränas i rollspel tillsammans med föräldern. Föräldern får inledningsvis rollspela sitt barn och behandlaren visar hur aktuell föräldraförmåga skulle kunna ges till barnet. Därefter utvärderas rollspelet av föräldern och behandlaren tillsammans och man byter roller. Behandlaren rollspelar barnet och föräldern sig själv och visar den nya förmågan. Rollspelet upprepas tills föräldern behärskar den nya förmågan, som efteråt kontrolleras av behandlaren och föräldern gemensamt i en checklista. Först när föräldern och behandlaren är överens om att föräldern behärskar det nya beteendemönstret provar föräldern förmågan tillsammans med sitt barn medan behandlaren finns med. Om man är överens om att det fungerar bra kan föräldern öva den nya förmågan i hemmet, annars fortsätter föräldern träna tillsammans med behandlaren tills färdigheten fungerar. I PS övas totalt elva föräldraförmågor: *Aktiv närvaro, Beröm, Lyssna, Trösta, Tydliga instruktioner, Belöningar och privilegier, Borttagande av belöningar och privilegier, Tillrättavisa och styra, Vänta – ny chans, Paus och Sätta upp regler för hemmet*, enligt ovan nämnda förfarande. De första sex förmågorna adderas till varandra och de fem avslutande, mer gränssättande, färdigheterna övas, men används endast vid behov och efter det att samspelet mellan förälder och barn är mer välfungerande och de tidigare förmågorna är befästa. Antalet hembesök anpassas till den enskilda förälderns behov, men genomsnittet i de redovisade amerikanska studierna har varit 20 sessioner spridda över åtta månader.

Kids' Club

Programmet är avsett för alla barn som upplevt våld mot en förälder i dennes nära relation och för den våldsutsatta föräldern. Programmet är en stödjande insats (sekundärpreventiv), lämplig att använda inom ramen för socialtjänstens uppdrag att erbjuda stöd till barn som bevittnat våld och till deras våldsutsatta föräldrar [118]. Programmet bedöms även vara lämpligt att använda inom kvinnojourer/frivilligorganisationer/ideella föreningar/stiftelser som arbetar med barn som levt med våld i nära relationer. Kids' Club-programmets bygger på social inlärningsteori (observationsinlärning) och traumateori. Det är en strukturerad tioveckors gruppintervention om en timme per träff, för barn mellan sex och tolv år. Det finns också en version för barn mellan fyra och sex år – the Preschool Kids' Club. Grupperna bör innehålla minst fyra och högst åtta barn. Målsättningen är att barnen ska få (1) uppleva att de inte är ensamma om sin situation, (2) lära sig strategier för hur de kan skydda sig och (3) hantera svåra känslor som upplevelserna av våld skapar. Interventionen är därmed inriktad på att öppna upp samtal kring barns erfarenheter av våld mellan de vuxna i familjen (huvudsakligen mot barnets mamma). Syftet är att hjälpa barnen att förstå att det inte är barns ansvar när vuxna använder våld samt att diskutera föreställningar om våld och attityder till att använda våld vid konflikter. Programmet eftersträvar en mindre accepterande hållning till att använda våld som konfliktlösningsmetod och interventionen syftar till att stärka barnets känslomässiga reglering och sociala beteende. Varje träff har ett tema som beskrivs i manualerna för barngrupperna. Parallellt med att barnen går i grupp erbjuds mammorna gruppstöd. Att mammorna erbjuds parallellt stöd har dels sin grund i att forskning visat på betydelsen av omsorgsgivarens mående och fungerande för att barn ska kunna återhämta sig från traumatiska händelser, dels utifrån att utvärderingar av programmet visade att de barn vars mamma fick parallellt stöd hade bättre nytta av det och mådde bättre jämfört med barn som enbart fick eget stöd [86].

Interventionen för mammor i Kids' Club (The Mom's Empowerment program) är utformad som ett generellt stöd för mammor som utsatts för våld från sin partner. Fokus ligger på att hantera föräldraskap under stress. Arbetet sker utifrån det som mammorna själva formulerar som det mest angelägna att hantera i relationen till sina barn. Programmet innefattar tio träffar om en timme, parallellt med att mammornas barn går i Kids Clubs barngrupp.

Resultat

Våldsutsatthet och psykisk hälsa hos barn och föräldrar före insatsen

TF-KBT

Barnens våldsutsatthet enligt dem själva

Den övervägande andelen av barnen rapporterade i formuläret *Våld barn bevittnat* (VBB) att våldet hade förekommit i mer än fyra år. En övervägande del uppgav även att de försökt komma bort från våldet genom att använda olika strategier som att gömma sig, låsa in sig i ett annat rum eller lämna huset. En majoritet av barnen uppgav att de hade varit i samma rum som föräldrarna i samband med att våld förekommit. Hälften av barnen uppgav att de försökt få stopp på bråket med hjälp av sin egen kropp. När det gäller egen direkt utsatthet uppgav hälften av barnen att den ena föräldern hotat eller skadat dem i avsikt att kontrollera eller skada den andre föräldern. På formuläret *Hur föräldrar uppföstrar barn* (CTS_C) var det vanligaste att någon förälder "tagit hårt" eller "ruskat om" och gapat, skrikit och skällt på dem. En majoritet av barnen uppgav att de hade

blivit knuffade, hotade med stryk och/eller hotats med att de skulle skickas bort eller kastas ur huset. Hälften uppgav att de blivit slagna eller sparkade.

Barnens psykiska hälsa och sociala förmåga

Barnens självskattade psykiska ohälsa på SDQ's totala problemskala varierade från elva till 23 poäng innan insatsen, med ett medelvärde på 16,5 (sd 4,18) vilket ligger klart över det vanligen använda gränsvärdet 14 (se bilaga 2). Efter insatsen i vår studie var barnens medelvärde 14,4 (sd 5,77), med en variation från fem till 20 poäng. När det gäller barnens självskattade återupplevande samt undvikande av traumatiska händelser användes CRIES-8, som har ett cut-off värde på 17 poäng. Barnens självskattningar varierade från sju till 31 poäng innan insatsen, med ett medianvärde på 17, och från 0 till 19 poäng efter insatsen, med ett medianvärde på tolv. Flertalet av barnen som fick TF-KBT behandling var familjehemsplacerade, varför det inte finns uppgifter om psykisk hälsa och våldsutsatthet hos föräldrar.

CPP

Barnens våldsutsatthet

För delprojektet CPP kartlades barnens egen utsatthet för våld, hot och kränkningar med ett strukturerat frågeformulär (Våld och hot mot ditt barn) före insatsen. Relativt många barn hade själva utsatts för våld riktat mot dem, till exempel knuffar (47 %) och slag (39 %). Ungefär två tredjedelar hade utsatts för olika former av verbala hot eller kränkningar. Även barnens utsatthet för våldet i föräldrarnas nära relation kartlades. I genomsnitt hade barnen varit med om tio olika former av våld mellan föräldrarna. För en fullständig beskrivning av barnens våldsutsatthet, se tabell 26 i bilaga 3. Tre av föräldrarna uppgav att våldet fortfarande pågick.

Föräldrarnas våldsutsatthet

Föräldrarna besvarade frågor om olika svåra livshändelser som de utsatts för, med stöd av kartläggningsinstrumentet LITE. Utöver den förväntat höga exponeringen för interpersonella händelser ($M = 24,94$) hade även flera av dem andra svåra livserfarenheter ($M = 11,22$). Variationen i gruppen var dock stor. Föräldrarnas våldsutsatthet kartlades även med instrumentet CTS 2. Det var stora variationer i hur mycket våld föräldrarna utsatts för. Psykiskt våld var vanligt, medan fysiskt våld var mindre frekvent.

Barnens psykiska hälsa och sociala förmåga

Som grupp skattade mammorna barnets psykiska ohälsa som hög före CPP, mätt med totalproblemskalan i SDQ-P (se tabell 27 i bilaga 3), och medelvärdet (18,28) låg klart över det svenska föreslagna gränsvärdet på 14 poäng för symtom på klinisk nivå. Barnen som deltog i CPP var genomgående yngre än befintliga svenska normeringsgrupper ($M = 4,9$ år). En aktuell normering för barn i åldern två till fyra år som gjorts i Skottland visar gränsvärdena 13 för måttligt förhöjd symtomnivå, 16 för hög och 19 för mycket hög symtomnivå [119]. Högst symtomnivåer hade barnen på delskalorna Emotionella svårigheter ($M = 5,28$) och hyperaktivitet ($M = 6,61$). Barnens sociala färdigheter var något lägre än genomsnittliga, mätt med den prosociala delskalan i SDQ-P. Barnen hade även höga nivåer av symtom på posttraumatisk stress, mätt med YCPC. Delskalorna förhöjd spänningsnivå och återupplevande symtom bidrog mest. Som grupp låg barnen nära det som räknas som kliniskt gränsvärde (se tabell 27 i bilaga 3).

Mammornas psykiska hälsa och föräldraförmåga

Mammorna rapporterade en hög grad av symtom på psykisk ohälsa generellt (SCL-25 $M = 1,78$) och traumasymtom och dessas allvarlighetsgrad låg nära det föreslagna gränsvärdet för PTSD

(IES-R, $M = 1,79$). Påträngande återupprepande symtom var den delskala som bidrog mest till symtomnivåerna ($M = 2,04$).

De tre instrument som användes som underlag för mammornas självskattade föräldra-förmåga, CHQ, PLOC och APQ, visade alla på tydliga svårigheter (se tabell 27 i bilaga 3).

Project Support

Barnens våldsutsatthet

För delprojektet Project Support kartlades barnens egen utsatthet för våld, hot och kränkningar med ett strukturerat frågeformulär (Våld och hot mot ditt barn) före insatsen. Det var något färre barn som utsatts för fysiskt våld själva (knuffar 23 % och slag 15 %) jämfört med barnen som deltog i CPP. Hälften av dem hade utsatts för olika former av verbala hot eller kränkningar. Barnen i PS hade också något lägre exponering för våld mot förälder (CTS-2 B-frågor), se tabell 28 i bilaga 3.

Föräldrarnas våldsutsatthet

Föräldrarnas våldsutsatthet kartlades med instrumentet CTS 2. Det var stora variationer i hur mycket våld föräldrarna hade utsatts för och som barnen bevittnat. I likhet med föräldrarna som deltog i CPP var psykiskt våld vanligt, medan fysiskt våld var mindre frekvent (se tabell 28 i bilaga 3).

Barnens psykiska hälsa och social förmåga (n = 13)

Som grupp skattade mammorna barnets psykiska ohälsa som hög före Project Support, mätt med totalproblemskalan i SDQ-P ($M = 16,92$). Högst symtomnivåer hade barnen på delskalorna för hyperaktivitet ($M = 5,92$) och emotionella svårigheter ($M = 4,38$). För de yngre barnen, under åtta år, ($n = 8$) mättes posttraumatiska symtom med YCPC. Delskalorna förhöjd spänningsnivå ($M = 4,0$) och återupplevande symtom ($M = 4,86$) bidrog mest, men medelvärdet låg klart under det amerikanska riktmärket för posttraumatisk stress (26 p).

De av barnen som av mammorna skattades på Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) [120] före insatsen hade höga nivåer av utagerande symtom. ($M = 15,0$) jämfört med svenska barn i allmänhet (pojkar $M = 3,41$ och flickor $M = 2,76$). Barnen skattades även högt vad gällde symtomens intensitet (124,45) jämfört med den svenska jämförelsegruppen (Pojkar $M = 90,6$ och flickor $M = 85,6$) (se bilaga 3 i tabell 28). De utagerande symtomen tycktes med andra ord vara mest belastande bland barnen i delprojekt PS.

Mammornas psykiska hälsa och föräldraförmåga

Mammorna rapporterade en hög grad av symtom på psykisk ohälsa på SCL-25 ($M = 1,55$). Mammornas rapporterade traumasymtom och dessas allvarlighetsgrad (IES-R) var relativt hög. Påträngande återupprepande symtom var den delskala som bidrog mest till symtom-nivåerna. De tre instrument som användes som underlag för mammorna självskattade föräldraförmåga, CHQ, PLOC och APQ, visade alla på tydliga svårigheter (se tabell 28 i bilaga 3).

Kids' Club

Barnens våldsutsatthet

Enligt mammorna var det nära nog samtliga barn som hade bevittnat psykisk aggression från förövaren (95 %) vid något tillfälle. Det var cirka fyra femtedelar (81 %) av barnen som hade varit med om fysiska angrepp mot mamman, till exempel att hon blev sparkad, slängd mot en vägg eller

misshandlad. Det var också drygt hälften (52 %) som hade sett skador som våldet orsakat, som benbrott eller att mamman varit tvungen att uppsöka läkare. Närmare en tredjedel (29 %) av barnen hade även bevittnat sexuellt våld mot mamman.

Mammornas egen våldsutsatthet

Det var 83 % ($n = 20$) av mammorna som varit utsatta för psykisk aggression och 92 procent ($n = 22$) som varit utsatta för fysiska angrepp under det senaste året, medan det var 33 procent ($n = 8$) som uppgav att det varit utsatta för sexuellt tvång. Variationen var dock stor. En del hade varit utsatta för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld en enstaka gång det senaste året, andra över 20 gånger. För medelvärden och standardavvikelser, se tabell 25 i bilaga 3. Av de 24 mammorna var det två som fortfarande levde med den man som utövat våld, tre uppfattade relationen som oklar medan resterande mammor ansåg att relationen till förövaren var avslutad.

Barnens psykiska hälsa och sociala förmåga

Som grupp skattade mammorna barnets psykiska ohälsa som hög, mätt med totalproblemskalan i SDQ-P ($M = 15.39$). Medelvärdet låg över det svenska föreslagna gränsvärdet på 14 poäng för symtom på klinisk nivå. Närmare hälften av barnen (48 %) hade kliniska symtomnivåer. Barnen hade enligt mammorna goda sociala färdigheter, mätt med den prosociala delskalan i SDQ-P ($M = 8.18$). Inte heller social förmåga mätt med SCS ($M = 2.1$) skilde sig i jämförelse med en amerikansk normgrupp ($t_{(413)} = 378, p = > 0.05$). För fullständiga uppgifter, se tabell 25 i bilaga 3.

Psykisk hälsa och attityder till våld enligt barnen själva.

Tio barn mellan åtta och tolv år genomförde självskattning. Som grupp sett skattade barnen att de hade förhållandevis hög grad av symtom på psykisk ohälsa. Samtliga delskalor på TSCC som mäter symtom på ångest, depression, ilska, posttraumatisk stress och dissociation låg klart högre än för en svensk normgrupp. Barnens självskattningar skilde sig dock inte från en grupp barn inom barn- och ungdomspsykiatri. Barnens attityder till användning av våld varierade. De flesta höll inte alls med om påståenden om att man förtjänar att bli slagen, att det alltid är barnens fel när föräldrar eller vuxna slåss och bråkar eller att slåss är det enda sättet att lösa problem på, men några få uppfattade att påståendena stämde fullt ut. För medelvärde och standardavvikelse, se tabell 25 i bilaga 3.

Mammornas psykiska hälsa och föräldraförmåga

Mammorna rapporterade en hög grad av ångest ($M = 11.21$ $SD = 4.55$) och skilde sig från en svensk normgrupp ($t_{(379)} = -9.17, p < 0.05$). Som grupp låg mammorna över det kliniska gränsvärdet på elva poäng. Det var cirka hälften av mammorna (54 %) som hade ångestsymtom på klinisk nivå. Även graden av skattade depressiva symtom var hög ($M = 8.67$, $SD = 4.43$) och skilde sig från en svensk normgrupp ($t_{(379)} = -9.96, p < 0.05$). Det var dock endast en tredjedel av mammorna (33 %) som hade kliniska symtomnivåer. Mammornas rapporterade traumasymtom och dessas allvarlighetsgrad (MPSS-SR) var relativt hög, men det fanns en stor variation i skattningarna ($M = 28.29$, $SD = 15.15$). För mammorna som grupp låg inte skattningarna över det amerikanska föreslagna kliniska gränsvärdet 32 poäng. Det var dock 42 procent av mammorna som skattade att de hade traumasymtom som överskred det kliniska gränsvärdet.

Mammorna skattade också sin föräldraförmåga och användning av disciplinstrategier med APQ. För medelvärden och standardavvikelse för respektive delskala se Tabell 21, bilaga 3. Fem av mammorna (19.5 %) uppgav att det hände att de slog sitt barn med handen och två (7 %) uppgav att de smällde till barnet när det gjort något fel. Ingen uppgav att de slog till barnet med bälte eller något annat tillhygge. Hälften av mammorna sa att de ibland eller ofta skrek och skällde på sitt

barn (n =13) eller ibland eller ofta skickade in barnet på sitt rum. Närmare hälften svarade att de ibland till alltid drog in privilegier eller pengar, medan den andra hälften att de nästan aldrig eller aldrig gjorde det.

Genomförbarhet TF-KBT

Acceptans

Acceptansen för metoden var hög utifrån behandlarintervjuerna. Så gott som samtliga utbildade behandlare var positivt inställda till metoden och samtliga tyckte att den var ett relevant behandlingsalternativ inom BUP för barn och unga som uppvisar posttraumatisk stress. Flera av behandlarna lyfte fram att metoden i sig medförde en struktur som var till nytta att ha med sig i mötet med klienten och hans/hennes familj. Ett exempel på kommentar är:

"Att man har en så tydlig struktur och erbjuda dom och det är tydligt vad det ska innehålla och vad målet är och vart vi ska nå och att det tidigare har visat god effekt /.../ Jämfört med många andra behandlingar så tycker jag att det är tydligare vad det är man erbjuder och då är det tydligare för dom att acceptera det också att man kan erbjuda hopp på ett annat sätt med mer tyngd bakom än annars."

Samtidigt fanns det uttryck för att det kunde finnas en svårighet att jobba med metoden om man var mer van vid att arbeta utifrån att inte strukturera och styra sessionerna utan mer i följa det barnet tar upp.

"Ja för mig kändes det ovant och svårt att det är bestämt innan liksom hur många gånger det ska vara och exakt vad man ska göra varje gång och så, så det blev svårt för mig som liksom är mer van att följa patienterna, anpassa mig efter vad som kommer upp så liksom"

Införandemöjligheter

Samtliga intervjuade bedömde att metoden var lämplig för de flesta barn och föräldrar med höga symtom på posttraumatisk stress, och att det fanns goda möjligheter att föra in metoden i den dagliga BUP-verksamheten. Det fanns dock uttryck för en osäkerhet kring metodens tillämpbarhet om barnet fortfarande levde i en farofylld situation samt om någon av föräldrarna inte gick att få med eller involvera i behandlingen.

"Men ibland kan jag ju som tänka mig att om man jag jobbar med den här metoden med barn som befinner sig i en situation där det finns omsorgssvikt och att det kanske är fortsatt risk för våldsutsatthet om det är lämpligt? Men å andra sidan så kanske dom hittar sätt att hantera situationerna genom att tänka hjälpsamma tankar och det här med säkerhetsplanering. Så jag tänker att även dom kan bli hjälpta."

Praktisk genomförbarhet

Även om samtliga intervjuade behandlare upplevde att de hade ledningens stöd att arbeta med metoden, så gavs det även uttryck för att ledningen borde ha fått mer information om metoden och vad som krävs för att genomföra behandlingen. En viktig aspekt som det gavs uttryck för är fortsatt handledning i metoden. Utbildningen som gavs av Laura Murray var mycket bra, men inte tillräcklig, den kontinuerliga fortsatta handledningen bedömdes vara en förutsättning för det fortsatta arbetet. Det gavs även uttryck för att det är viktigt att fyllas på med kunskap kring

metoden, men även teoretiskt kring det område som man arbetar med. Andra aspekter handlade om rent konkreta svårigheter som kunde uppstå i organisationen, som kring om och hur föremål som kunde användas som belöningar får inköpas:

"Det har varit det här med belöningar, vem ska betala, vem ska köpa, sådana saker. Men nu får vi gå och handla då. Men då är det ju det här med rekvisition, vad man får köpa och så. Så det har jag köpt själv och det är det flera som gjort."

En annan omständighet som kunde försvåra införandet av TF-KBT och att man som behandlare skulle fortsätta att arbeta med metoden var upplevelsen av den belastning som det innebar att arbeta med barn som varit utsatta för trauma. Det handlade dels om hur man som behandlare påverkades av traumaberättelserna, men också vad för stöd som fanns hos kollegor, ledning och i organisationen.

"Att man har ett bra team runt sig, att man bli fångad, att man blir sedd och får prata några minuter med någon i slutet av dagen eller så var man har gjort och kan man lasta av sig lite grand så. Sen tror jag väl kanske i en förlängning så är det väl inte dumt att nån gång kanske prata med någon utomstående, kanske just inte om dom mer tekniska aspekterna av behandlingsmetoden utan mer om att vara behandlare och arbeta med metoden. Man, man flyttar sin normalitetsgräns och verklighetshorisont längre och längre bort på något vis genom att jobba med dom här barnen."

Alla utom en behandlare uppgav att de kommer att fortsätta att arbeta med metoden även efter projektets avslut. Behandlarna var splittrade i huruvida de trodde att fler personer i deras verksamhet skulle utbilda sig i metoden framöver.

Vid intervjuer av teamen pekade behandlarna på olika risker som finns för ett fortsatt arbete med TF-KBT. Förutom att personal flyttar på sig och förvinner till andra ställen så pekade de på att de som höjt sin kompetens genom utbildning ofta hamnar i ledningspositioner och inte längre kommer att jobba kliniskt. Vidare pekade behandlarna på hur en hög arbetsbelastning gör att de inte tar sig tid att utveckla och vidmakthålla arbetet med specifik inriktade metoder, vilket medför en risk att de "hamnar i bakvattnet" då just bristen på specifika metoder medför en öka arbetsbelastningen, då mindre effektiva metoder används. Här efterlystes stöd i form av såväl handledning som externt stöttande strukturer som behandlarnätverk, men även stöd till verksamheterna att upprätthålla kompetens i olika metoder och behålla modelltrogenhet.

Anpassningsbehov

De intervjuade uttryckte önskemål om material och manual på svenska. När det gällde själva arbetsmetoden TF-KBT var det samfällt så att momentet med eventuell Time-out, som ingår i programmet, inte användes och behandlarna kunde inte heller tänka sig att använda time-out. En annan svårighet behandlarna uppfattade var att ge beröm i så pass stor utsträckning som utbildningen och manualen anvisade:

"Det är ju väldigt mycket som är olikt, eh, support the child och det här med att man ska vara så direkt liksom belönande eller vad man ska säga, supportive, det är lite ovant men, men det har väl ändå känts som att man har kunnat göra det, ja, att det är hjälpsamt här."

Hållbarhet/Effekter

Effektberäkningar gjordes före och efter insats för en grupp på 35 barn i BUP Gamlestaden utifrån sammanvägda symtom poäng från KSADS intervjuer med mammorna och barnen. Statistiskt säkerställda skillnader fanns på flera olika områden med effektstorlekar som gränsade till höga på total symtombelastning (se tabell 2 nedan).

Tabell 2: Skattning av symtom poäng, sammanvägd KSADS-PL

	M	Sd	d	t	p
Depressionspoäng vid T1 - Depressionspoäng vid T2	5,77	14,40	0,40	2,37	*
Beteendepoäng vid T1 - Beteendepoäng vid T2	5,83	16,81	0,35	2,05	*
Ångestpoäng vid T1 - Ångestpoäng vid T2	4,80	6,63	0,72	4,28	***
PTSD poäng vid T1 - PTSD-poäng vid T2	6,17	9,03	0,68	4,04	***
Totalscore K-SADS vid T1 - Totalscore K-SADS vid T2	22,83	29,13	0,78	4,64	***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Även för barnens självskattade traumasymtom på TSCC fanns en statistiskt säkerställd minskning mellan skattningarna innan och efter insats ($N = 28$, $t = 2,27$, $p < 0,01$, $d = 0,43$). När det gäller mammornas självskattade psykiska ohälsa på SCL så låg den statistiskt säkerställt över normalgruppens värde, såväl före som efter insats.

Sammantaget så ser effekterna lovande ut när det gäller TF-KBT. Detta behöver dock provas i en kontrollerad studie för att man skall kunna fastställa att effekterna är ett resultat av interventionen. En sådan studie pågår och resultat från denna kommer att redovisas i rapporter och artiklar framöver [75].

Genomförbarhet Child Parent Psychotherapy

Acceptans

Behandlarna var över lag mycket positiva till att arbeta med metoden. De beskrev arbetssättet i CPP som oerhört givande, spännande, utmanande och roligt. Behandlarna menade att metoden passade in i verksamheten och matchar behoven väl. Flexibiliteten i metoden ansågs positiv. Vikten av att ha traumafokus var också något som ofta lyftes. Metoden bedömdes fylla en lucka då den riktar sig till yngre barn (0-7 år), ett åldersspann där man saknar insatser.

Andra aspekter som beskrevs som positiva med CPP var att barnet var tillsammans med föräldern. Det är lätt för familjer att ta till sig CPP, och en stor fördel att jobba med förälder och barn samtidigt. Att arbeta med samspelet mellan barn och förälder var något som tilltalade

behandlarna. Samtidigt beskrevs det som en utmanande svårighet att ha både förälder och barn som patienter samtidigt. Behandlarna menade att det var lätt att man fokuserar antingen på barnets behov eller på föräldrarnas.

En annan positiv aspekt som behandlarna lyfte med CPP var att man uppfattade arbetet med metoden som en källa till professionell utveckling. Några menade att de hade blivit tydligare och mer lyhörda. Behandlarna beskrev även att de hade lärt sig nya begrepp och tekniker samt mer om hur psykisk traumatisering påverkar barn. Flera behandlare beskrev dock även att det hade varit en utmaning att se psykisk traumatisering som en möjlig orsak till barnets symtom och att våga ställa frågor och prata om barnet och föräldrarnas våldsutsatthet redan på ett tidigt stadium av kontakten.

De elva föräldrar som intervjuades om sina erfarenheter av CPP uppgav samtliga att de var mycket nöjda, hade haft nytta av behandlingen och att de gärna skulle rekommendera den till andra vars barn hade motsvarande svårigheter och erfarenheter.

Genomgående uppskattade föräldrarna särskilt att vara tillsammans med sitt barn i behandlings-sessionerna, så att behandlingen inte blev något som man som förälder inte hade insyn i.

Ja, jag tycker det är bra också att man får vara med och höra och förstå ens barns problem. Istället för att sitta själv och vänta i väntrummet medan de är inne och pratar själva."

Genomgående framhöll också föräldrarna att barnet hade uppskattat behandlingen och gärna kommit till den. Flera föräldrar uppgav även att om barnet inte hade velat komma hade man inte fortsatt behandlingen:

Föräldrarna beskrev olika positiva förändringar som skett under tiden de fått behandling med CPP, och som man vanligtvis menade berodde på insatsen. Det gällde att symtom och beteendestörningar hos barnet hade minskat, att föräldrarnas samspel och kommunikationen med barnet hade förbättrats och att föräldern själv lärt sig nya saker eller fått nya perspektiv som innebar bättre förmåga att stödja och hantera sitt barn.

"Och just omtanke till andra har också ökat. För han kunde vara rätt hänsynslös mot andra barn, men det har.....bara det att han hade problem med småbarn innan, även barn överhuvudtaget. Så han kunde fara upp och...Först satt han och lekte, lugnt och fint som alla gör. Sen bara rätt vad det var så kunde han slå till dem eller putta ner democh sedan tillbaka till leken igen, precis som om ingenting har hänt. Så han var väldigt oberäknelig. Men det har han nästan helt slutat med."

Även om föräldrarna överlag uttryckte att de var nöjda med CPP förekom det att föräldrar tog upp sådant de uppfattade som brister. Några föräldrar påtalade att de själva önskade mer egen tid med behandlaren, för att få stöd för egen del och även för att få förklaringar till sitt barns beteende.

En förälder uttryckte en förväntan om att behandlaren skulle ha ställt fler frågor till barnet. Det förekom också att föräldrarna beskrev att på grund av pågående vårdnadstvister, umgängestvister eller oro för barnets säkerhet i samband med umgänge hade deras barn (och de själva) behov av ett fortsatt kontinuerligt stöd snarare än en behandlingsinsats.

Några föräldrar lyfte även att de skulle önskat stöd i vårdnads/umgängestvist genom att behandlaren utfärdade intyg om barnets otrygghet, reaktioner eller känslor som visades i leken.

De kunde uttrycka frustration över att inte själva kunna skydda sina barn men inte heller kunna få stöd eller lita på att samhället satte barnets skyddsbehov först.

"I sådana här gruppverksamheter, vad det än är, eller de här enskilda samtalen med barn så kommer det ju fram saker och ting som jag anser att man kanske skulle kunna använda!.....att det är så otroligt mycket som kommer fram som visar sig med min dotter, vilket jag kan bli lite frusterad över då....att jag känner att jag skulle vilja ha något slags utlåtande efter detta..."

Införandemöjligheter

Samtliga behandlare uttryckte att metoden ställer höga krav på både verksamheten och behandlaren. Genom att man kartlägger vad barnet och föräldern har utsatts för kommer behandlarna i höge utsträckning att exponeras för skakande livserfarenheter och barnens utsatthet blir tydligare än vad man är van vid. Man menade att det ställer krav på att verksamheten organiseras så man får tillräckligt stöd i form av handledning och samarbete med kollegor. Man avrådde från att enskilda behandlare skulle arbeta med CPP, och menade att kollegialt stöd i form av att flera behandlare utbildades samtidigt på en enhet, god handledning och gärna organisering i form av småbarnsteam var nödvändiga förutsättningar.

Behandlarna menade att CPP var krävande vad gällde både teoretisk kunskap och terapeutisk kompetens (hantverksskicklighet). Traumakunskap, utvecklingspsykologi och anknytningsteori var några av de kunskapsområden som ansågs viktiga. Kunskap om den bakomliggande historien i ärendet var också nödvändig.

Praktisk genomförbarhet

I de tolv avslutade ärendena varierade antalet sessioner (exklusive den inledande utredningen) mellan 10 och 26. (M = 19 sessioner). Behandlingskontakterna varade mellan 13 och 55 veckor (M = 34 veckor). Det var således dels så att varje förälder och barn erhöll betydligt färre genomsnittligt antal sessioner än rekommenderat, dels så att behandlings-kontakten varade över kortare tidsperioder.

I samtliga ärenden fanns perioder med längre uppehåll då man inte träffades. I fem ärenden där behandlingen inleddes under våren fanns ett sommaruppehåll som varierade mellan 5 och 10 veckor (M = 8 veckor). I de sju ärenden som inleddes under hösten 2013 fanns också ett längre uppehåll i behandlingskontakten, varierande mellan 3 och 6 veckor (M = 4 veckor) under julhelgerna. Dessutom förekom det i de flesta ärenden att det gick fjorton dagar eller tre veckor mellan sessionerna även när man träffades mer regelbundet. Den vanligaste orsaken var sjukdom hos barnet eller föräldern, men det förekom även uteblivanden utan känd anledning. Sammanfattningsvis fanns det stora avvikelser mellan den i CPP beskrivna strukturen för hur man ska arbeta vad gäller omfattning och frekvens av sessioner och hur behandlingarna genomfördes.

Föräldrarna beskrev på övergripande nivå att det var hanterbart att delta i en behandling som CPP, som innebär att man besöker en mottagning en gång per vecka. Flera, särskilt bland dem som inte var bosatta i samma stad som mottagningen var belägen, beskrev dock praktiska hinder som stress med långa resor (mer än 10 mils avstånd till mottagningen) och ekonomisk belastning.

Sammanlagt hade behandlarna skattat sin egen metodtrohet efter 137 av de 194 registrerade sessionerna. Behandlarnas globala skattning av hur den enskilda sessionen avlöp var genomgående positiv. Deras bedömning var att föräldrarna tog emot interventionerna bra (74,5 %), att

sessionen överensstämde med målformuleringarna i CPP (73,6 %) och att de kände sig nöjda med sin insats (71,4 %).

Det var större variationer i behandlarnas skattning av i vilken utsträckning de olika målområdena i CPP hade ingått i arbetet i den beskrivna sessionen. Några av målområdena förekom mycket sällan i behandlingen (2. Öka fysisk säkerhet, ex. kartlägga risker, säkerhetsplanering, 3. Stöd till familjens grundläggande behov och 7. Förmedla och samordna vård), medan andra målområden var relativt vanligt förekommande (6. Främja emotionell ömsesidighet förälder – barn och 1. Utveckla empatisk relation mellan förälder – barn) se tabell 23 i bilaga 3.

Anpassningsbehov

Över lag beskrev behandlarna att metoden kan implementeras i Sverige utan någon större anpassning. Problem som kan uppstå utifrån svenska förhållanden är frågan om delad vårdnad och t.ex. familjehemsplacerade barn. Detta är i och för sig inget som är specifikt för CPP, men togs ändå upp av flertalet som ett identifierat problem i vissa ärenden. Då CPP är en behandling med föräldrar och barn tillsammans, kan frågor uppstå om vem eller vilka som ska delta i behandlingen då barnet har växelvis boende. Behandlingen kan även påverkas negativt om barnet har umgänge med aktuell förövare.

För flera av verksamheterna har rekrytering av yngre barn varit en svårighet. Dessa svårigheter ansåg behandlarna bero på att BUP är överbelastat och traditionellt fokuserar på de äldre barnen. Ofta prioriterar man på BUP att arbeta med utredningar av neuropsykiatrisk problematik och behandlarna ansåg att man kan missa barn där det handlar om trauma istället. Flera menade att det är viktigt att själv vara aktiv och informera samverkansparter om att man kan ta emot yngre barn.

Utbildningen

Behandlarna var genomgående mycket nöjda med den utbildning man fått, men man lyfte ett par svårigheter. Den omfattande registreringen beskrevs som ovan, tidskrävande och belastande. Samtidigt fanns behandlare som menade att det var ett gott stöd för att se att man arbetade så som metoden var avsedd. Att litteratur endast fanns tillgänglig på engelska var något man såg som försvårande, även om det var hanterbart. Att de konsultativa samtalen skedde på engelska utgjorde ett större hinder för många av behandlarna. De tekniska svårigheterna att få de webb-baserade konsultationerna att fungera överhuvudtaget samt den tidsmässiga fördröjningen av ljudet försvårade dialogen i konsultationssamtalen ytterligare. Behandlarna menade att utbildningen, och särskilt handledningen, skulle förbättras tydligt om den kunde ske på svenska. Samtidigt uttryckte man mycket stor nöjdhet med utbildningens innehåll och med den pedagogiska förmågan hos Chandra Gosh Ippen.

Hållbarhet

I tolv familjer avslutades behandlingsinsatsen under projektiden, och det var möjligt att följa utvecklingen i behandlingen med föräldrarnas upprepade skattningar av den egna föräldraförmågan (CHQ) och barnets symtom (SDQ) under behandlingstiden. Antalet mätningar varierade stort i de enskilda ärendena, från 5 till 23 vilket innebar att processanalyser (styrdiagram) inte var möjliga att använda. De korta behandlingsinsatserna (< 12 ggr) avslutades ibland för att förälder och behandlare var överens om att barnet var förbättrat, ibland avbröts kontakten av andra skäl (föräldern avbröt ensidigt kontakten av olika orsaker, till exempel flytt till förövaren eller flytt till annan ort). Det förekom även att föräldrarna inte genomförde skattningarna vid varje behandlingstillfälle. För åtta av barnen som deltagit i CPP skattade föräldrarna även deras symtom på psykisk ohälsa även efter insatsen i en avslutande mätning.

Förändringar avseende barnens psykiska hälsa

Barnen visade signifikanta förbättringar vad gällde sina posttraumatiska symtom, delskalorna undvikande symtom ($p < .05$) och symtom på förhöjd spänning ($p < .05$).

Vid inledningen av behandlingen skattade föräldrarna som grupp sina barn högt avseende symtom på psykisk ohälsa (SDQ: $M = 18.28$), och gruppen som helhet låg över det värde man brukar använda som cut-off för kliniskt signifikanta symtom ($= 14$). Det saknas svenska kliniska gränsvärden i det aktuella åldersspannet, men en aktuell engelsk normering för 2-4 åringar, baserad på över 20000 barn anger 16 som gräns för höga problemnivåer, medan 13 anges som gräns för måttliga problemnivåer och 0-12 anses ligga inom normalområdet [119].

Om man räknar på den sista mätningen i varje enskilt ärende hade medelvärdet för barnens symtombörda sjunkit under det man räknar som kliniska värden, där barnen bedöms ha behov av behandling ($M = 12.9$, se diagram 2, bilaga 3). Fem av de 12 barnen hade dock fortfarande symtomnivåer som låg över det kliniska gränsvärdet. Åtta av barnen hade förbättrats, medan två av barnen var försämrade och två hade oförändrade symtomnivåer. I samtliga fall där barnen inte hade förbättrats var dock skillnaderna mellan första och sista mätningen marginella (0-2 poäng) medan flera av de förbättrade barnen hade påtagliga skillnader (2-14 poäng).

Det var stora variationer i föräldrarnas skattningar av barnens symtom under behandlingsprocessen (se diagram 1 bilaga 3). I flera ärenden ökade symtomnivåerna hos barnet efter sju-nio sessioner efter att tidigare ha minskat under de första mättillfällena. En analys av de enskilda ärendenas behandlingsprocess visade att detta ofta sammanföll tidsmässigt med längre uppehåll för sommar eller jul.

Förändringar i föräldrarnas psykiska hälsa och föräldraförmåga

De åtta föräldrar som deltog i CPP och genomförde en uppföljande mätning förbättrades signifikant vad gällde posttraumatiska symtom (*IES-R återuppreparande symtom* $p < .05$ och *IES-R symtom på förhöjd spänning* $p < .05$).

Föräldrarnas upplevda hjälplöshet och rädsla hos förälder och barn mätt med CHQ hade också minskat (*Hjälplöshet*: $p < .05$ och *Rädsla*: $p < .05$).

För hälften av föräldrarna skedde en positiv utveckling under behandlingskontakten, så att deras upplevda hjälplöshet och rädsla sjönk med mellan 2 till 19 poäng ($M = -9.6$), medan övriga föräldrar hade samma eller marginellt högre nivå ($M = +2.2$). Det var stora variationer i hur föräldrarnas upplevda hjälplöshet och rädsla utvecklades under tiden behandlingskontakten pågick. Enskilda föräldrar utvecklades gradvis mot förbättrad föräldraförmåga och minskad hjälplöshet, medan andras självskattade hjälplöshet ömsom ökade, ömsom minskade. I något ärende, där föräldern återgick till förövaren, ökade den självskattade hjälplösheten.

En analys av de tre delskalorna (hjelplöshet, rädsla respektive omvänd omvårdnad) visade att föräldrarnas upplevelse av egen hjälplöshet i genomsnitt sjönk från första till sista mätning ($M = -3.33$), i likhet med deras rädsla för barnets aggressivitet ($M = -2.5$), medan föräldrarnas skattning av barnets omvårdande beteende ökade ($M = +2.25$). Det sistnämnda uppfattades av föräldrarna som en positiv utveckling.

Genomförbarhet Project Support

Acceptans

Både behandlare och föräldrar hade en genomgående positiv syn och god tilltro till PS. Behandlarna uttryckte att den passade målgruppen väl och även kunde passa föräldrar med svårigheter i relation till sina barn generellt. Flera föräldrar beskrev att de berättat om/lärt ut metoden vidare till vänner som önskar stöd i sitt föräldraskap, och behandlare beskrev att de övade färdigheterna på barn privat i sin närhet.

Inledningsvis hade dock merparten av både föräldrar och behandlare känt sig tveksamma till Project Support. Föräldrarna var oroliga för hur barnet skulle agera och trodde inte att de skulle samarbeta. Behandlarna var osäkra på hur de skulle beskriva och lära ut föräldraförmågorna. Behandlarna stöttade varandra och genom handledning vågade de praktiskt arbeta med föräldrarna. När föräldrarna, trots sina initiala tvivel, prövade att träna föräldraförmågan i rollspel blev det för många en starkt positiv erfarenhet. Tvärtemot vad de hade föreställt sig reagerade barnen väldigt positivt, och deras samspel med barnet förbättrades snabbt. De förändringar de beskrev var både en minskning av barnets problembeteenden t.ex. aggressiva utbrott, men också att barnet fått nya färdigheter, till exempel var kontakthet i vissa situationer där barnet tidigare varit avskärmad, vara mer självständig, förbättrad koncentrationsförmåga, ökad hjälpsamhet och att barnen blev mer omtänksamma om sina föräldrar.

Föräldrarna beskrev även att de förändrats själva, till exempel att de omvärderade i vilka situationer de skulle korrigera barnen, att de lyssnade mer och fått en ökad förståelse för hur barnen uppfattade och kände. Det gav dem ökat självförtroende i sitt föräldraskap. Föräldrarna menade att kombinationen av den egna och barnets förändring resulterade i en ökad och önskad närhet till varandra.

"Som mamma just den här pedantgrejen... att jag själv liksom släppt lite på den här hårdheten... Jag känner mig mognare i mitt moderskap. Det låter kanske konstigt, men det känns som att jag blir mer förstående i det här med att lyssna."

Föräldrarna beskrev hur de tidigare tagit del av olika föräldrastödsprogram utan att riktigt kunna genomföra förändringen i hemmet. I PS upplevde de en skillnad då det var de själva som förändrade sitt beteende och förhållningssätt gentemot barnet. Det gav dem tilltro till den egna förmågan att faktiskt kunna påverka sin familjesituation. Behandlarna beskrev att styrkan med PS var just att praktiskt träna och försäkra sig om att föräldern kunde utföra den nya färdigheten i praktiken, och inte bara prata om den. Föräldrarna uppskattade också att det i PS fanns utrymme att fritt utforma själva träningen av föräldraförmågorna, och att familjens behov var styrande. Föräldrarna lyfte fram hur de uppskattade strukturen och förutsägbarheten och att vilja arbeta intensivt, men att samtidigt inte gå vidare förrän både de själva och behandlaren bedömde att de behärskade den nya färdigheten/förmågan.

Införandemöjligheter

Behandlarna uttryckte att det var svårt att skapa motivation för det aktiva arbetet, och att föräldrarnas psykiska ohälsa eller andra svårigheter upplevdes som begränsande i arbetet. De menade att även om det fanns en flexibilitet i manualen hade de svårt att följa strukturen i PS och hitta anpassningar till varje familj. Det innebar att de periodvis föll in i det som de beskrev som vanligt socialt arbete.

Samtliga behandlare beskrev hur metoder kommer och går på deras enheter och de menade att en förutsättning för en etablering av PS var att organisation och ledning prioriterade metoden, att en sammanhållen grupp faktiskt arbetar med metoden och att rekryteringen av ärenden förbättras.

Föräldrarna uttryckte att deras egen psykiska hälsa och olika personliga svårigheter innebar att de haft svårt att orka arbeta med sin föräldraförmåga i Project Support. De tyckte också att det var svårt att i rollspel visa för behandlarna hur de interagerar med sina barn, bland annat för att de kände sig rädda att inte ha nog kännedom om sitt eget barn eller att utsätta behandlaren för barnets problembeteenden. Föräldrarna poängterade att det var viktigt att behandlarna hade god kompetens, både generellt om barns utvecklingsnivå och om barnet de möter.

Praktisk genomförbarhet

I de forskningsstudier som gjorts av Project Support har man i genomsnitt gjort 23 hembesök och insatserna har pågått ca 1 år [15]. Frekvensen av hembesöken har varierat, med tätare kontakt inledningsvis (1-2 ggr/vecka) och glesare kontakt det andra halvåret. I utbildningen informerades behandlarna om hur man tidigare arbetat med Project Support när man utvärderat metoden.

I de 10 ärenden där vi har underlag för att analysera omfattning av behandlingskontakten och hembesöken varierade antalet kontakter per ärende mellan 6 och 28. ($M = 17.5$ sessioner). Tidsperioden för behandlingen varade mellan 4 och 60 veckor ($M = 31.5$ veckor). I det skyddade boende som deltog i studien var behandlingsinsatserna korta (4-8 veckor) med ett begränsat antal kontakttillfällen (6-7 stycken), medan ärendena i de medverkande socialtjänsterna var betydligt längre (15-60 veckor, $M = 38$ veckor) och med ett högre antal kontakttillfällen (10-60, $M = 20$). Två ärenden pågick då datainsamlingen avslutades och beräknades pågå ytterligare några veckor. Omfattning av kontakttillfällen i socialtjänsten motsvarade således ungefär den omfattning som man haft i tidigare genomförda utvärderingar av PS. En analys av de olika ärendena visade även att man generellt sett hade en tätare kontakt med familjerna under de två första månaderna medan kontakten därefter glesades ut, även det i linje med hur PS är avsedd att genomföras.

I fem av de 10 ärendena påbörjades behandlingen under våren 2014 och fortsatte under hösten samma år. I samtliga fem ärenden fanns ett uppehåll för sommaren som varierade mellan fyra och 18 veckor ($M = 8,6$ vecka). I fem ärenden som inleddes ett år och fortsatte nästa fanns också ett uppehåll över jul och nyårshelgerna som varierade mellan 4 – 8 veckor, ($M = \text{ca } 5$ veckor). Utöver de längre uppehållen för sommarsemester och julleddighet förekom det i sex av de 10 ärendena uppehåll i behandlingskontakten på mellan 3 och 8 veckor.

Sammanfattningsvis arbetade man med en något glesare kontakt än vad som rekommenderats i Project Support. De längre uppehållen i kontakt under sommarperiod och jul/nyår utgjorde den tydligaste avvikelsen från metoden. Föräldrarna beskrev att det underlättade att behandlarna kom hem till familjen. Föräldrarna menade också att det hade varit bättre om de kunnat träna mer intensivt och haft en tätare och mer regelbunden kontakt med behandlarna. Föräldrarna såg detta som avgörande för både inläringen och förändringshastigheten.

Behandlarna delade föräldrarnas uppfattning om att man borde arbeta mer intensivt med PS, och de ansåg att PS var en tidskrävande insats. De beskrev svårigheter i organisationen att prioritera arbetet med PS, och saknade uppföljning och stöd från ledning. På samtliga enheter skedde någon form av förändring (byte av chef, lokaler eller arbetssystem) under projektperioden, och behandlarna poängterade värdet av en stabil arbetsgrupp där alla arbetar med samma metod. Behandlarna lyfte också svårigheter att rekrytera familjer från andra enheter i organisationen och att det tar tid för en ny insats att etablera sig.

Behandlarna skattade sin egen metodtrohet efter 113 av de registrerade sessionerna. Behandlarnas globala skattning av hur den enskilda sessionen avlöp var genomgående positiv, särskilt vad gäller hur föräldern tog emot insatsen (79,1 % bra – mycket bra) och hur nöjd man var med den egna insatsen (73,7 % nöjd – mycket nöjd). Överensstämmelsen med metoden skattades något lägre (59 % bra - helt och hållet).

Sammanlagt ingår 11 föräldrafärdigheter i PS, där de inledande fem är grundläggande och syftar till att förbättra samspelet mellan föräldern och barnet genom att öka föräldrarnas lyhördhet och omsorgsförmåga. Behandlarnas skattning av vilka föräldrafärdigheter de tränat i sessionerna visade att de huvudsakligen arbetat med att träna föräldern i aktiv närvaro (44,5 %), att ge beröm (29,1 %) och att lyssna (13,6 %). Det förekom även att man arbetade med momentet att trösta (8,2 %). De resterande föräldraförmågorna, som handlar om att öka föräldrarnas förmåga att ge struktur och att sätta gränser hade man inte arbetat med alls. De gränssättande färdigheterna ska inte tränas utan gås igenom och diskuteras, men detta förekom inte med undantag av någon enstaka session.

Anpassningsbehov

Merparten av behandlarna var kritiska och tog avstånd från de gränssättande momenten i Project Support. De beskrev att de var oroliga för att föräldrarna skulle missbruka de gränssättande strategierna, och att det upplevdes felaktigt att lära föräldern att ge barnet en negativ konsekvens för oönskat beteende.

Några föräldrar kände sig tveksamma till att Project Support beskrevs som en insats för barn med beteendeproblem, och tyckte det var negativt att bli förknippade med socialtjänsten. Att få ett biståndsbeslut upplevde vissa av mammorna som stigmatiserande och skambelagt. Behandlarnas åsikt var entydig; PS är en insats till föräldern och inte en insats som ska ligga på barnet. Därmed behövs inte den andre vårdnadshavarens samtycke

Utbildningen

Samtliga behandlare var mycket nöjda med utbildningen, uppföljningen på respektive enhet och handledningen som gavs. Behandlarna hade initialt svårt få igång den teknik som krävdes för handledning via webbaserade plattformar och de tog hjälp utifrån för att få detta att fungera. Ytterligare ett hinder var den tidsförskjutning som blev gentemot USA. Handledningen låg sent på eftermiddagen för att det skulle hinna bli morgon i Dallas. Personal som jobbade deltid och slutade tidigt på dagen hade inte möjlighet att delta i handledning i önskvärd omfattning. Flertalet uttryckte också svårigheter med språket då utbildning och handledning gavs på engelska, men lovordade Reneé McDonald's pedagogiska förmåga.

Hållbarhet

Förändringar avseende barnens psykiska hälsa

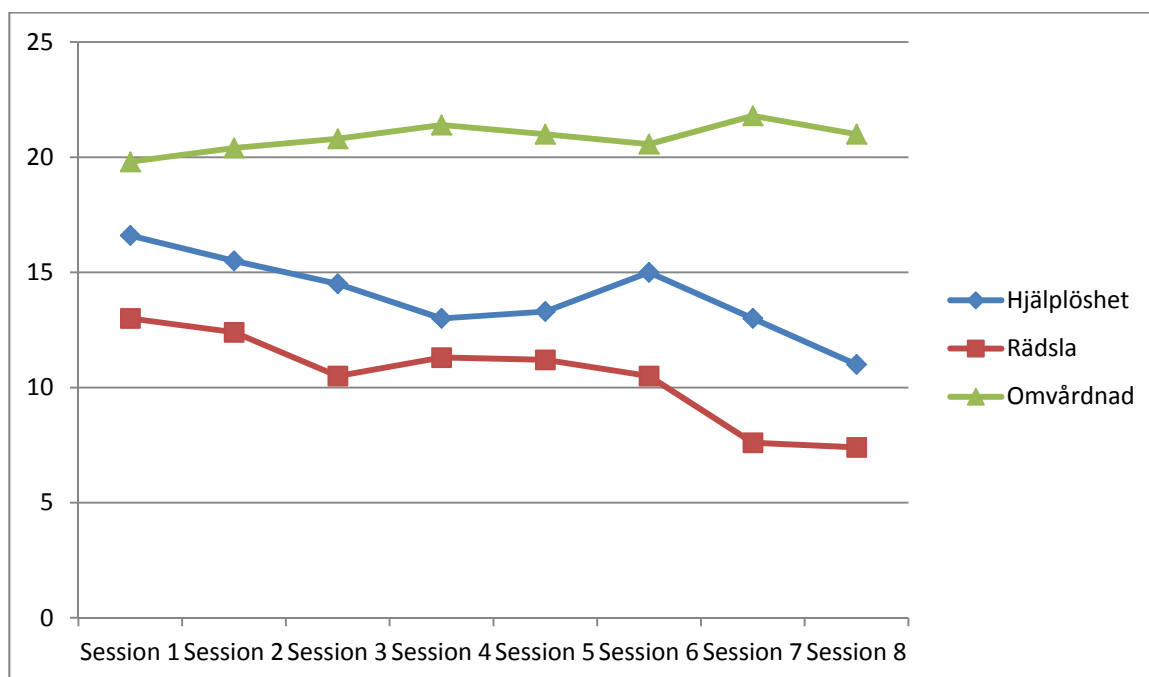
För åtta av barnen i Project Support skattades deras symtom på psykisk ohälsa även efter insatsen, med instrumenten ECBI, SDQ-P och YCPC. Inga signifikanta förändringar fanns, avseende barnens symtomnivåer trots att föräldrarna oftast beskrev dem som förbättrade. De upprepade mätningarna antydde dock en minskning av symtomnivåer som kan förklara föräldrarnas uppfattning (se bilaga 3, diagram 3).

Förändringar i föräldrarnas psykiska hälsa och föräldraförmåga

Föräldrarna skattade även sin egen psykiska hälsa och föräldraförmåga efter insatsen. En signifikant förbättring av föräldrarnas självskattade föräldraförmåga fanns på samtliga instrument som användes i den uppföljande mätningen (*PLOC*: $p < .05$; *APQ Positive parenting*: $p < .05$; *APQ Inconsistent discipline*., $p < .05$; *CHQ Hjälploshet*: $p < .05$).

I 10 familjer genomförde föräldrarna skattningar av sin föräldraförmåga inför varje session med CHQ vid åtminstone tre tillfällen. Antalet mätningar varierade mellan tre och 20, delvis avspeglade varierande längd på insatsen, delvis att föräldrarna inte fyllde i skattningsformulär före varje session som avsett. Figuren nedan illustrerar dock den förändring som visades i den uppföljande mätningen. Deras känsla av hjälplöshet minskar liksom rädslan för sig själv och sitt barn, medan samspelet med barnet förbättras.

Figur 6: Föräldrarnas skattade hjälplöshet och rädsla under de 8 första sessionerna av Project Support.



Genomförbarhet Kids' Club

Acceptans

Bland de intervjuade Kids' Club-behandlarna är omdömena och erfarenheterna av att ha arbetat med metoden från överväldigande positiva till positiva, men med vissa konkreta önskemål om ändringar. Det i Kids' Club-metoden som flest uttryckte att de särskilt uppskattade var att en gemensam måltid följs av parallella grupper för mammor och barn. Andra drag som behandlarna uppskattade särskilt mycket var dels att det ska vara tydligt att anledningen till samtalen är våld och att våldet inte är barnets fel. Flera lyfte också fram att de såg det som positivt att metoden ger mammor och barn möjlighet att berätta om sina upplevelser om de vill och att uttrycka sina erfarenheter och känslor på flera sätt, antingen verbalt eller genom att exempelvis rita. Många av behandlarna hade tilltro till att Kids' Clubs gruppformat kan medvetandegöra barn och mammor om att de inte är ensamma om sina upplevelser och känslor. Behandlarna uttryckte också att en konkret metod beskriven i en manual som tillåter viss flexibilitet var positivt.

Behandlarna lyfter i intervjuerna fram att de tror och har upplevt att metoden varit bra för de flesta mammor och barn som deltagit. Många upplevde också att mammor och barn uttryckt sig positivt om Kids' Club-grupperna. Alla behandlare uttryckte att de tror att Kids' Club är en lämplig metod för de flesta barn som upplevt våld. Flera uttrycker dock samtidigt att metoden nog inte passar för alla. Om ett barn exempelvis har neuropsykiatriska svårigheter eller autismspektrumstörning, är väldigt traumatiserat eller väldigt utåtagerande eller helt enkelt inte fungerar särskilt bra i grupp kan särskilt noggranna avvägningar om ifall just Kids' Club är vad barnet ska erbjudas behövas. Några tar också upp att det är svårt att använda tolk i samtalsgrupper. Flera lyfter vidare fram att barnets livssituation, inklusive hur långt tillbaka i tiden våldet ligger, relationen och umgänget med utövaren av våldet och barnets behov av skydd, kan kräva noggrann avvägning om det är lämpligt med sådan typ av insats som Kids' Club.

Det finns några aspekter som behandlarna gärna skulle ändra på. Flera upplever att tiden är för knapp, att det varit svårt att hinna med det som står i manualen och att de känt stress över att hinna med. Andra har lyft fram det positiva med att ha en begränsad tid, både för att hålla sig till metodens "nivå" av bearbetning och för att barnen nog inte skulle orka längre. En kommun har hållit sig till manualen tämligen strikt, medan de andra gjort vissa ändringar. Flera säger att den första och kanske andra terminen är lärotillfällen och att man efter en eller två terminer landar i ett förhållningssätt som gör metoden lättare att använda då man vet vad man behöver prioritera i gruppssammansättningen, planeringen och genomförandet. Flera lyfter också fram att förtydliganden i manualen skulle kunna hjälpa dem att prioritera, så att inte de pedagogiska övningarna tar överhanden över själva grupprocessen. En reflekterar över att det trots allt förmodligen varit betydligt mer kaos och större hot mot både mammor och barn i de grupper i de amerikanska grupperna på skyddade boenden än vad man strävar efter i de svenska kommunerna.

Mammorna som haft sina barn i Kids' Clubs barngrupp och själva gått i den parallella mamma-gruppen tyckte dels att det gruppstöd deras barn deltagit i verkat som en bra insats och att de uppfattat att deras barn haft roligt och uppskattat grupptillfällena. Det de uppfattat som särskilt värdefullt var att gruppen inneburit en möjlighet för barnen att på ett konkret sätt förstå att de inte är ensamma om sina erfarenheter och kunnat känna en samhörighet i att andra haft liknande eller värre problem. Fyra mammor trodde att det varit värdefullt för barnen att få möjlighet att bearbeta de händelser som tyngt dem genom att tala om dem. En mamma nämnde att hon velat ha bättre inblick i vad som försiggick i barngruppen och en att det var svårt att få barnet i säng eftersom gruppträffarna genomfördes under kvällstid. Fem av mammorna berättar att deras barn tidigare fått annan insats i form av gruppstöd eller individuellt stöd. De uttrycker att i jämförelse uppfattar de att Kids' Club är mer lättsamt, då metoden inte endast innebär att sitta och prata samt att de uppskattar att Kids' Club inkluderar stöd till mamman själv och att mamma och barn gör det tillsammans.

Av mammorna uppger en att barnet är mer besvärligt och oroligt efter Kids' Club än det var innan, vilket dock mamman kopplar till att styvpappan flyttat till hennes och barnets nya bostadsområde. Fem mammor tycker sig inte ha märkt någon förändring i barnets mående eller sätt att vara. Men den stora majoriteten av mammor uppger att de märkt någon slags positiv förändring för sitt barn, antingen i barnets emotionella tillstånd (att barnet blivit gladare, gråter mindre eller blivit lugnare), i barnets självkänsla eller självförtroende i relation till andra (exempelvis uttryckt i att barnen uttrycker sin vilja mer att slippa träffa sin våldsamma pappa bestämt) eller att barnet blivit mer öppet med att exempelvis lättare talar med mamman om det som hänt. En mamma berättar också att hennes barn börjat äta bättre efter insatsen, vilket hon tolkar som ett uttryck för att barnet mår bättre.

Införandemöjligheter

För två av kommunerna var en förutsättning för att de hade möjlighet att utbilda personal i och testa Kids' Club att de kunde söka medel från Socialstyrelsen. De andra två kommunerna hade redan utbildat personal och påbörjat grupper innan forskningsprojektet påbörjades. Totalt sett verkar införandet av Kids' Club i de medverkande kommunerna ha fungerat bra. Flera behandlare ger intryck av stort engagemang (arbetat obekväm arbetstid på kvällar, skjutsat till gruppträffarna med egen bil).

De svårigheter man mött handlar kanske mindre om införandet än om det praktiska genomförandet, då behandlarna tar upp aspekter såsom att grupptiderna krockar med barnets aktiviteter eller att föräldrarna inte tycker att barnet behöver insatsen för att de själva är alltför

traumatiserade eller utmattade för att orka ta tag i barnets behov eller för att de tycker att de skyddat barnet från våldet. Några tar också upp problemet med att båda föräldrarna behöver samtycka för att barnet ska kunna få hjälp och att barn inte fått hjälp därför att mamman inte förmått ta upp frågan med pappan. Av de svårigheter som kom upp var de flesta generella och torde påverka alla typer av stödjande insatser för barn som upplevt våld, andra var kopplade till gruppformatet med samma tid varje vecka. En farhåga som har att göra med Kids' Clubs upplägg med parallella grupper för mammor och barn är att mammor som själva inte orkar eller vill tala om sina erfarenheter omöjliggör att barnet får gruppstödet.

Praktisk genomförbarhet

Det var betydligt färre barn som kunde inkluderas i studien än de ca 60 som planerades vid forskningsprojektets start. Detta har att göra med att en av de utbildade kommunerna aldrig kom igång med att erbjuda Kids' Club-grupper samt att de aktiva kommunerna inte fick ihop tillräckligt många barn för att kunna organisera en grupp varje termin. De var ofta beroende av att kontakter förmedlas av andra verksamheter inom kommunens socialtjänst.

I två av kommunerna, Karlstad och Kristinehamn, har man för avsikt att fortsätta ge Kids' Club efter att forskningsprojektet avslutats. Det är de kommuner som började erbjuda Kids' Club redan innan forskningsprojektet startat och som var drivande i att från början testa metoden i Sverige. De upplever genomgående att de har stöd från sina respektive ledningar. I Kungälv och Örebro, som utbildades inom forskningsprojektet, menar behandlarna att frågan om ifall fler grupper ska ges är en chefsfråga, men de uttrycker sig positivt till att erbjuda och leda fler grupper om de får utrymme för det i sin tjänst. Flera tar också upp problemet med att många föräldrastödsgrupper måste ges under kvällstid, och att de själva inte orkar arbeta alla kvällar i veckan. När det gäller hinder för det praktiska genomförandet, tar behandlarna i Kungälv och Örebro upp att det är ett hinder om de inte får tag i tillräckligt många barn, både för att det ju då inte i praktiken blir en grupp och för att ledningen då kan kritisera att man lägger mycket tid på grupper som det inte uppenbart finns så stort behov av. Helst vill de dessutom kunna sätta samman grupper av barn i någorlunda jämn ålder. De verkar uppleva sig ha stöd från ledningen på en principiell nivå samtidigt som det är uppenbart att de måste prioritera vad de ska lägga sin arbetstid på.

Flera reflekterar också över vilka kriterier man egentligen ska ha när man sätter samman en grupp för att tala om våld och vikten av att just sammansättningen blir bra, hur man kan se till att få nödvändig information i förväg och hur man kan hantera att en del mammor och barn tar mycket plats i sin grupp, i värsta fall på bekostnad av andra.

Anpassningsbehov

Det finns flera aspekter som behandlarna lyfter fram att de gärna skulle ändra på och/eller redan har ändrat på. En sådan är tiden för grupptillfällena. I USA är själva grupptillfället, det inledande gemensamma fiket exkluderat, 45 minuter. En kommun fick tillåtelse att förlänga grupptillfällena med 15 minuter extra. Men även varianter med 90 minuter för grupptillfället plus fika har förekommit. I flera av intervjuerna finns dock signaler om att mer vana gruppleddare verkar uppleva mindre sådan tidspress och att tidspressen är mer uppenbar i mammagrupperna än i barngrupperna.

Ett annat tema som många av behandlarna tar upp som otillfredsställande med metoden i intervjuerna är synen på barnuppfostran. Behandlarna har inte velat använda manualens förslag om time-out, utan i stället fört in ett anknytningstema, som de anser mer i linje med ett svenskt sätt att se på barnuppfostran och barn-föräldra-relationer, och boken "5 x mer kärlek". Några

menar också att säkerhetsplanering för vissa mammor inte är aktuellt, medan det för andra kräver betydligt mer tid än som ges i manualen. I mammagrupperna finns därför exempel på både teman och moment som man inte gjort (temat om beteendeproblem) och ändrat (om anknytning i stället för timeout, kunskap om barn utveckling i de aktuella barnens åldrar i stället för 0-18 år, andra exempel på farliga situationer än vapen och orkaner). I barngrupperna fanns exempel på att man bytt ut manualens förslag till onyttiga snacks mot nyttigare alternativ och en av kommunerna har man lagt till samarbets-/kommunikationsövningar för mamma och barn under den gemensamma fika-tiden.

Mammornas önskemål om förändringar av Kids' Clubs barngrupp inbegrep i första hand att få tillgång till mer detaljerad information om vad som sagts och gjorts i barngruppen och hur deras eget barn reagerat på detta, vilket tre mammor nämnde. Två önskade fler träffar, en att träffarna skulle vara längre än två timmar och en att grupptillfällena skulle påbörjas tidigare än klockan fem på eftermiddagen. Det är dock tveksamt om något av dessa önskemål går att tillgodose inom ramen för hur metoden i fråga är designad.

Effekter av insatsen på barnets psykiska ohälsa

Enligt mammornas skattningar förbättrades barnens psykiska hälsa betydligt mätt med totalproblemskalan SDQ-P ($t_{(20)} = 2.72, p < .05$). Även barnens traumasymtom mätt med TSCYC minskade tydligt ($t_{(20)} = 2.32, p < .05$). Effektstorlekarna Cohens d var medelstora 0.59 (CI 0.12 - 1.01) respektive 0.51 (CI 0.04-0.96) och konfidensintervallet spann inte över 0, vilket indikerar att effekterna var robusta.

Förändringar på individnivå avseende barnens psykiska ohälsa

Närmare hälften av barnen skattades av mammorna ha en hög grad av psykisk ohälsa mätt med totalproblemskalan SDQ-P och låg över föreslaget kliniskt gränsvärde vid start av Kids' Club. Med en jämförelse genom Reliabelt förändringsindex (RCI) fann vi att av de som deltog i både för- och eftermätning och hade kliniska symtomnivåer innan start av Kids' Club hade fem förbättrats och hade icke-kliniska symtomnivåer efter avslut av Kids' Club, medan fem uppvisade oförändrat höga kliniska symtomnivåer. Inget av barnen skattades som försämrade. För de barn som innan start av Kids' Club hade icke-kliniska symtomnivåer och deltog i för- och eftermätning var alla oförändrade och låg fortfarande på icke-kliniska symtomnivåer. Inga av barnen hade försämrats.

Då det endast är sju barn som har för- och eftermätning genomförs ingen effektberäkning på barnens självskattningar.

Effekter av insatsen på mammornas psykiska hälsa och föräldraförmåga

Det skedde ingen påvisbar förändring i mammornas självrapporterade föräldrastrategier mätt med delskalorna ur APQ. Det kunde inte heller påvisas några tydliga förändringar i mammornas skattade nivåer av ångest respektive depression mätt med HAD eller frekvens av traumasymtom mätt med MPSS-SR.

Måluppfyllelse

De formulerade målen för delprojekt tre var som följer:

1. Behandlare som deltar i delprojektet ska vid projekttidens slut ha:
 - Utbildning i och erfarenhet av att arbeta med den insatsmetod som verksamheten prövar.
 - Förtrogenhet med metodens manual, innehåll och tillämpningsmöjligheter.

- Erfarenhet av att använda strukturerade instrument som stöd att identifiera våldsutsatthet bland aktuella klienter/patienter avseende våldsutsatthet i sin dagliga verksamhet, och för att kartlägga symtom.
- Generellt ökad kunskap om hur man prövar och kvalitetssäkrar nya metoder i reguljär verksamhet på ett systematiskt sätt.

2. Verksamheter som deltar i delprojektet ska vid projekttidens slut ha:

- Etablerat en ny insatsmetod i sitt ordinarie utbud (Kids' Club eller TF-KBT) eller fått erfarenhet av och värderat möjligheten att göra detta (Project Support eller CPP)
- Fått medarbetare som kan bidra med kunskapsöverföring om metoden inom verksamheten och till andra verksamheter.
- Etablerat kontakter med handledare och utbildare som kan bidra till fortsatt kompetensutveckling avseende insatser för våldsutsatta barn.

3. Projektet ska vid projekttidens slut ha:

- Prövat fyra metoder för stöd/ behandling av barn som utsatts för våld i familjen och värderat metodernas implementeringsmöjligheter i socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården.
- Översatt manualer och vid behov anpassat dem för svensk användning för metoderna Kids' Club (föräldraprogrammet), Project Support och Child-Parent Psychotherapy.
- Utarbetat en modell för kunskapsöverföring till nya verksamheter av de erfarenheter som gjorts i projektet.
- Utarbetat en modell för utbildningsstöd avseende de metoder som bedömts lämpliga

Måluppfyllelsen för delprojekt tre var god.

1. Behandlare

Utbildningar i samtliga fyra metoder genomfördes för de verksamheter som deltog. I TF-KBT arrangerades utbildning i samverkan med VG-region för de BUP-verksamheter som medverkade. Även handledning för de medverkande behandlarna arrangerades med stöd av VG-region och projektet. Utbildningen i Kids' Club arrangerades i samverkan med Kristinehamns kommun, där en av metodens grundare godkända svenska utbildare är verksam. Inom ramen för projektet organiserades utbildning i Project Support och CPP för första gången i Sverige. Båda utbildningarna erbjöds vid Karlstads Universitet i samverkan med respektive metods grundare. Utbildning och handledning i Project Support arrangerades således i samverkan med Ernest Jouriles och Renee McDonald, Southern Methodist University i Dallas, Texas och CPP-utbildningen i samverkan med Alicia Lieberman och Chandra Gosh Ippen, San Fransisco University, Southern California.

I de uppföljande intervjuerna uttryckte samtliga behandlare att de var mycket nöjda med utbildningarna och att de hade utvecklats professionellt, såväl när det gäller att använda bedömningsinstrument som i sin terapeutiska kompetens. Målsättningen avseende behandlare kan därmed anses uppfylld.

2. Verksamheter

När det gällde verksamhetsnivå varierade erfarenheterna i projektet i vad mån insatsen etablerades inom ordinarie behandlingsutbud. Behandlare som arbetade med TF-KBT uttryckte en avsikt att fortsätta arbeta med metoden, men en osäkerhet om stödet från ledningen skulle bli tillräckligt. De två kommuner som redan tidigare deltagit i prövningen av Kids' Club kommer att fortsätta, medan utfallet i de två övriga kommunerna är mer osäkert. Å andra sidan har samtliga verksamheter som prövade Project Support uttryckt att de avser att fortsätta arbeta med metoden, och två av de fem verksamheterna som prövade CPP. För Kids' Club finns det idag

engagerade behandlare verksamma i Kristinehamns och Karlstad kommuner som har för avsikt att medverka och stödja fortsatt spridning av metoden i Sverige. För TF-KBT utgör de utbildade handledarna vid BUP Gamlestaden en nyckelresurs för den fortsatta implementeringen av metoden. För Projekt Support har en svensk handledare/ utbildare utbildats inom ramen för projektet, som med stöd från Renee McDonald kommer att fortsätta utbildning i metoden i Sverige. För CPP har behandlare vid BUP Växjö och Bojen Göteborg engagerat sig i fortsatt spridning av metoden, i första hand med avsikt att utbilda sig till svenska handledare när de fått större erfarenhet av behandlingsinsatsen. Även målsättningen på verksamhetsnivå bedöms därmed vara rimligt uppfylld.

3. Projektet

Projektet har prövat genomförbarheten i samtliga fyra insatsmetoder. Rekryteringen av ärenden till TF-KBT var svagare än bedömt, men kompenseras genom samverkan med den utvärdering av metoden som pågår vid BUP Gamlestaden. Även rekryteringen av familjer till Kids' Club var svagare än beräknat, vilket kompenseras med att tidigare erfarenheter från en pilotstudie (finansierad av Brottsofferfonden) bidrog till analysen. För Project Support uppfylldes målet och för CPP var inklusionen av ärenden betydligt högre än beräknat. Sammanfattningsvis innebar det ett tillräckligt underlag för analys av genomförbarhet för samtliga fyra metoder.

Vad gäller översättning av manualer och material översattes ett skattningsformulär (arbetsmaterial) som saknades i Kids' Club inom ramen för projektet. Föräldramanualen som utlovats av Sandra Graham-Berman blev mycket omfattande, och bedömdes inte av behandlarna som relevant att översätta i sin nuvarande form. Manualen till Project Support var ofullständig men har vidarbearbetats inom ramen för projektet i samverkan med Renee McDonald. Den är översatt till svenska och kommer att finnas tillgänglig till nästa utbildning. Arbetsmaterialet som ska användas av behandlare som arbetar med CPP är översatt och finns tillgängligt för nästa utbildning. En överenskommelse har träffats med förlaget som äger rättigheterna till manualen för CPP om översättning, och en överenskommelse har träffats med Allmänna Barnhuset om finansiering och distribution av manualen.

Vad gäller kunskapsöverföring och utbildning har utvecklingen av detta skett på det sätt som bedömts gagna respektive metod på bästa sätt. TF-KBT är en relativt väletablerad metod där utbildning bland annat har erbjudits i Linköping (BUP Elefanten). Ett samarbete med metodens grundare har dock etablerats inom ramen för den pågående utvärderingen i BUP Gamlestaden, och handledarna som utbildats kommer att ha fortsatt stöd av dem. För Kids' Club har en samverkan mellan Kristinehamns och Karlstads kommuner etablerats med Örebro Universitet. Fortsatt utbildning i metoden planeras ske inom ramen för institutionen för socialt arbete, Örebro Universitet. För Project Support planeras fortsatt utbildning ske vid Karlstads Universitet, institutionen för sociala och psykologiska studier, med utlovat fortsatt stöd och handledning från Renee McDonald som knutits till KaU som gästprofessor. För CPP planeras fortsatt utbildning ske vid Erica-stiftelsen, där den första utbildningen genomförs i höst. Utbildningen sker i samarbete med Spädbarnsnettverket, Norge, och Alternativ till Vold, Bergen som har engagerat sig för att sprida metoden. Den första utbildningen på Erica syftar även till att utbilda kommande utbildare, och två av de tidigare utbildade behandlarna kommer i detta syfte att följa handledningen under hela utbildningen (1,5 år). Allmänna Barnhuset har även utfäst att man kommer att stödja ett nordiskt nätverk för kunskapsutbyte om CPP, så att tidigare utbildade behandlare även kan vidmakthålla kompetens och förkovra sig. Projektet bedöms därmed ha uppfyllt sitt mål.

IV. Utbildning i och förvaltning av de metoder som tagits fram inom projektet

Ulf Axberg, Kjerstin Almqvist & Åsa Cater

Erfarenheterna från delstudie 1 och 3 pekar på vikten av stöd vid såväl implementering som vidmakthållande av olika metoder för kartläggning, risk- och skyddsintervjuer och interventioner. Implementeringsforskning har visat ett antal förutsättningar som behöver vara uppfyllda för en framgångsrik implementering av nya metoder (122, 44). En aspekt handlar om att urvalet av personal som ska använda metoden är gjort med omsorg. Personalen ska ha grundutbildning på rätt nivå, vara lämplig för uppgiften samt få den vidareutbildning och handledning som krävs för genomförandet. Vidare förutsätts att det finns ett tydligt ledarskap som ger personalen mandat och rätt förutsättningar för genomförandet. Ytterligare en central aspekt är ett organisatoriskt stöd för införandet och vidmakthållandet. Det handlar såväl om behovet av rent administrativa rutiner som regelbundet stöd och uppföljning med personalen om problem som kan dyka upp vid introduktionen av det nya arbetssättet samt fortlöpande insatser för att upprätthålla motivationen till förändring.

Forskningsgruppens bedömning är att de metoder som vi utvecklat/prövat inte bör släppas fria att användas av vem som helst. Användningen av metoderna bör kopplas till krav på genomgången utbildning, med efterföljande ackreditering/licensiering. Detta för att minska risken för att metoderna används på felaktigt sätt och/eller för fel målgrupper. När det gäller utbildning och kunskapsspridning är det viktigt att ta till vara den specialkompetens som finns på olika lärosäten. De forskare som utvecklat metoden bör ansvara för utbildning för att på så sätt också kunna vidareutveckla metoden i enlighet med dess ursprungliga mål. Kurserna ska ge högskolepoäng, och med detta följer också att lärandemål, examinationsformer samt utvärdering av de olika kurserna finns dokumenterade och följs upp. Genom att kurserna blir en del av ett återkommande kursutbud på respektive lärosäte borgas också för kontinuitet. Vi föreslår att det nationella kunskapscentrumet kring våld och andra övergrepp mot barn ansvarar för att ge olika lärosäten i uppdrag att utveckla och ge kurser för såväl kartläggning (rutinmässig och fördjupad) som risk-/skyddsintervjuer och interventioner. Det är viktigt att utbildningarna blir tillgängliga för deltagare från hela landet. Därför rekommenderar vi att utbildningarna till del eller som helhet utgörs av webbaserade distansutbildningar.

De flesta handläggare som träffar barn inom socialtjänsten samt personal inom BUP som har anamnessamtal bör kunna utföra en kartläggning av förekomst av våld mot föräldern och/eller barnet. De standardiserade kartläggningsmetoder som används ska ses som en del av ett beslutsunderlag. Detta underlag ger förutsättningar för ett väl underbyggt beslut om det föreligger ett behov av en fördjupande risk-/skyddsintervju kring typ och omfattning av det våld som föräldern och/eller barnet utsatts för. Den information som erhålls vid risk/skyddsintervjun utgör i sin tur ett gott underlag för en bedömning av risken för fortsatt/förvärrat våld. Intervjun och bedömningen av risken för fortsatt våld är betydligt mer omfattande och kräver, förutom kunskap om formulär och intervjuer, hur dessa ska förstås och tolkas samt även färdigheter i samtal med barn. För att genomföra dessa behövs alltså en kompetens utöver vad som krävs för den rutinmässiga kartläggningen. Data från delstudie I pekar på att sådana bedömningar kan bli aktuella i ca tio procent av ärendena inom socialtjänst och BUP, men betydligt fler inom skyddade boenden och andra särskilda verksamheter. En förutsättning för att upprätthålla nödvändiga

färdigheter är att intervjuer och bedömningar genomförs med tillräcklig regelbundenhet. Detta innebär att det inom många verksamheter kan bli aktuellt att några speciellt utbildade handläggare genomför dessa risk-/skyddsintervjuer. Forskargruppen föreslår därför att utbildningen sker i två steg. Det första handlar om en bred utbildning riktad till en stor grupp handläggare med fokus på genomförande av rutinmässig kartläggning. Denna första utbildning leder till att man får tillgång till och kan använda de metoder som krävs på denna nivå. I nästa steg följer en utbildning i risk-/skyddsintervju och bedömning. Denna andra utbildning är mer omfattande och riktar sig till ett mindre antal utredare. En viktig aspekt av denna utbildning är genomgång och diskussion av relationen mellan resultatet av kvantitativa bedömningsinstrument och övrig information som handläggaren/utredaren har om familjen, samt vikten av att kvantitativa instrument inte fråntar handläggarens dennes kompetens och ansvar att väga samman informationen och fatta ett professionellt beslut i en komplex bedömningssituation. Utbildningsanordnarna ansvarar för att det finns tillgång till uppdaterade formulär och intervjuguider samt för att bedöma om användarna av intervju-materialet har erforderlig utbildning på rätt nivå.

I och med att uppgiften att förvalta och utbilda i de olika metoderna läggs på lärosäten finns också goda möjligheter att där utveckla metodernas psykometriska egenskaper och ta fram normvärden, IT-stöd med mera. En av erfarenheterna i delprojekt II (Insatstrappan) var just att utan IT-stöd, dvs. möjlighet att få direkt återkoppling på hur det ifyllda formuläret skulle tolkas, försvinner motivationen hos dem som ska administrera formulären.

Även utbildning i de olika interventionerna som prövats i projektet bör kopplas till lärosäten där den specialiserade kunskapen om respektive metod redan finns. Som exempel kommer Karlstads Universitet (KaU) att driva en utbildning i *Project Support* i samarbete med metodens amerikanska upphovspersoner, Renee McDonald och Ernest Jouriles, Southern Methodist University, Dallas. För att bli antagen till utbildningen, som sträcker sig över totalt två terminer, krävs att man har en grundutbildning som socionom, lärare, beteendevetare eller motsvarande. Utbildningen bedrivs dels på distans via videolänk, dels på plats på KaU. Den inleds med videolänkföreläsningar som följs av fem sammanhängande utbildningsdagar på universitetet. Innan behandlingsarbetet får påbörjas examineras denna första del. Därefter bedrivs behandlingsarbete utifrån manualen under handledning med två familjer parallellt, med minst veckovisa träffar. Handledning bedrivs vid KaU eller via videolänk under två terminer, varannan vecka. Vidare hålls ytterligare ett utbildningstillfälle efter tre månader, för fördjupning och utbyte av kliniska erfarenheter. Även behandlingsdelen och handledningen examineras.

Ett annat exempel är metoden *Child Parent Psychotherapy (CPP)*, som kommer att ges som utbildning vid Ericastiftelsen (kursansvarig Anna Norlén) i samarbete med Kjerstin Almqvist, Karlstads Universitet och metodens utvecklare Alicia Lieberman och Chandra Ghosh Ippen, University of California, San Francisco. Utbildningen erbjuds som fortbildning till psykologer, socionomer och psykoterapeuter med erfarenhet av att arbeta med barn. Utbildningen inleds med en veckas undervisning där de två första dagarna presenterar aktuell traumateori och traumabehandling för små barn och föräldrar. Därpå följer tre dagar om själva metoden CPP, dess olika målområden och nyckelbegrepp. En noggrann utredning av såväl barnets som föräldrarnas utsatthet för svåra livshändelser och hur de berörda påverkats av dessa utgör en viktig komponent i CPP. Denna del ingår i utbildningen. Efter detta vidtar behandlingsarbete under handledning. Varje kursdeltagare ska ha fyra ärenden, med minst elva behandlande sessioner utöver den inledande utredningen, som beräknas ta ca fem sessioner. Handledningen är webbaserad, en timme varannan vecka i 18 månader. Utöver den webbaserade handledningen

från Gosh Ippen förväntas man delta i kollegiehandledning varannan vecka så att man varje vecka har möjlighet att ta upp sina CPP-ärenden. Inläring av metoden stöds även av olika arbetsmaterial där man kontrollerar sin egen metodtrohet, gör fördjupade analyser av behandlingsärenden etc. Efter ca sex månader kommer två utbildningsdagar med uppföljnings-/boostersessioner, som fokuserar på att fördjupa kunskapen om CPP. Vid dessa görs en noggrann granskning av behandlarnas arbete. Undervisningsformerna här handlar huvudsakligen om att man tar del av varandras ärenden genom inspelat material eller noggranna sessionsnoteringar och under ledning av Chandra Gosh Ippen fördjupar förståelsen om vad som händer i ärendet samt möjliga terapeutiska interventioner. Efter ytterligare sex månader tillkommer ännu två dagars uppföljnings-sessioner. För att bli certifierad CPP-terapeut krävs att man har närvarat vid 36 handlednings-tillfällen och att man själv presenterat material från ärenden vid minst fyra tillfällen.

Ett tredje exempel på en utbildning som ges vid ett lärosäte är *Svenska Kids' Club*, som Örebro Universitet erbjuder som uppdragsutbildning. Utbildningen är på 7,5 hp och vänder sig till yrkesverksamma socionomer eller motsvarande. Utbildningen består av föreläsningar, workshops och seminarier under totalt fem heldagar, hemstudier, praktiska övningar samt handledning. Utbildningen innefattar kunskap om den forskning om våldsutsatta barn som ligger till grund för metoden satt i relation till den aktuella svenska forskningen, genomgång av metoden utifrån manualen och diskussion om hur det amerikanska materialet har anpassats till svenska lagar och normer. Specifikt tar utbildningen upp våldsutsatta barns stödbehov och vilka behov Svenska Kids' Club kan bemöta utifrån gjorda utvärderingar. Denna utbildning leds av den forskare i projektet som var ansvarig för delstudien om Kids' Club, Åsa Källström Cater, i samarbete med den yrkesverksamma socionom som först tog initiativ till att implementera metoden i Sverige, Sabina Gomez Jansson i Kristinehamns kommun, enligt avtal med upphovspersonen, Sandra Graham-Bermann vid University of Michigan.

Utbildningen i *TF-KBT* har ännu inte formaliserats i Sverige. Den finns som en web-baserad utbildning utifrån en amerikansk plattform. Den utbildning som getts inom föreliggande projekt arrangerades av Västra Götalandsregionen och omfattade 2,5 dagar. Ansvarig för utbildningen var Laura Murray vid John Hopkinsuniversitetet i USA, som har nära koppling till TF-KBT-metodens grundare. Efter utbildningen har deltagarna fått handledning som till viss del varit webbaserad. Handledare i metoden har utbildats.

För att upprätthålla användningen av metoderna samt att handläggare och behandlare bibehåller metodtrohet krävs handledning och fortbildning. I föreliggande studies behandlarintervjuer lyfts handledning och fortbildning fram som en viktig förutsättning för det fortsatta arbetet med metoderna. Detta ligger väl i linje med vad som framkom i en psykoterapeutexamensuppsats som lades fram under våren 2015 om införandet av Anknätningsbaserad familjeterapi (ABFT) i Sverige (123). Av 55 behandlare som utbildats i ABFT och som tillfrågats om de arbetat med metoden svarade 40 procent att de inte använt metoden alls efter utbildningen och 9 procent att de använt den i behandlingsarbete med fler än fem familjer. I studien pekade behandlarna på betydelsen av stöd från ledning och organisation samt upprätthållande och utvecklande av kompetens genom handledning i den specifika metoden.

Sammantaget pekar såväl våra egna som andras erfarenheter på att utbildning kräver flera steg. För det första måste olika lärosäten få i uppdrag att skapa utbildningar och kurser. För det andra bör det också ingå i uppdraget att formulera en strategi för hur behovet av handledning och

fortbildning i den aktuella metoden ska tillgodoses. Utöver detta ses nätverk för aktiva behandlare där man kan utbyta erfarenheter och få del av fortsatt metodutveckling som ett viktigt stöd.

På lednings- och verksamhetsnivå efterfrågas också att det på nationell nivå finns ett samordnat stöd för att implementera och upprätthålla arbetet med de olika metoderna. Här finns flera olika möjliga aktörer. Nationellt kunskapscentrum kring våld och andra övergrepp mot barn kan fylla en viktig funktion genom att fungera som nationell samordnare. Risken för att goda metoder används felaktigt eller inte alls av dem som utbildats ökar om det inte finns ett tydligt långsiktigt stöd med god kvalitet för utbildning, fortbildning och handledning i metoden.

Avslutningsvis vill vi poängtera att alla de metoder som prövats inom projektet, både de som avser kartläggning och underlag för risk-/skyddsbedömning och de som avser interventioner, med rätt organisatoriska förutsättningar visat sig både lovande och genomförbara, men att det fortfarande saknas evidens för metodernas specifika effekter. Det återstår alltså ett flerårigt forskningsarbete för att säkerställa metodernas användbarhet. Vår bedömning är att ett sådant långsiktigt utvecklingsarbete har störst möjlighet att nå framgång om det sker i ett samarbete mellan de lärosäten som får i uppgift att "förvalta" metoderna i fråga och några intresserade kommuner/landsting av varierande storlek. Samarbetet kräver ekonomiskt stöd från nationell nivå och organisatorisk samordning av det Nationella kunskapscentrumet.

Vi menar att utbildning i och påbörjad användning av metoderna under kontrollerade former bör ske parallellt med fortsatta forskningsinsatser. Att helt avvakta med användningen av metoderna till dess att det finns tillräcklig svensk evidens vore problematiskt i och med att alternativen är att man ute i kommuner och landsting fortsätter att använda metoder för vilkas värde det finns ännu mindre belägg.

V. Psykometriska instrument som utvecklats/prövats i projektet⁷

Inom ramen för iRiSk-projektet har vi prövat en rad psykometriska instrument avseende barns och föräldrars våldsutsatthet och psykiska hälsa. Utgångspunkten har varit att finna metoder som på ett tillförlitligt sätt fångar det som instrumentet avser mäta, samt är enkla att administrera också för handläggare utan djupare kunskaper om psykologiska mätmetoder. Som urvalsgrund har vi också haft att instrumenten inte ska vara copyrightskyddade utan gå att använda utan kostnad. I bilaga 2 finns en utförlig redovisning av samtliga metoder som använts i de olika delprojekten. Där finns också en referenslista för den som vill få en fördjupad kunskap om respektive instrument. Nedan följer därför endast en summarisk beskrivning av några av de instrument som vi anser vara möjliga att använda vid kartläggning av våldsutsatthet och psykisk ohälsa. För några av instrumenten krävs det normering, alltså att instrumentet först används på ett större representativt urval barn respektive vuxna så att en enskild individs resultat kan jämföras med vad barn respektive vuxna "i allmänhet" svarar på instrumentet i fråga. Gemensamt för samtliga instrument är också, som framgick av redovisningen av delprojekt II, att det krävs IT-stöd för att instrumenten ska vara användbara för enskilda handläggare. IT-stödet handlar dels om att snabbt få återkoppling på den aktuella klientens/patientens svar i relation till normeringsdata, och dels att frågeformulären digitaliseras så att barn och vuxna kan svara direkt på en bärbar dator eller läsplatta.

Erfarenheterna från iRiSk-projektet visar att handläggare inom socialtjänsten och kliniker inom BUP är ovana vid och ibland frågande inför att använda strukturerade undersökningsmetoder. En del handläggare anser att de får fylligare berättelser med fria samtal, medan samtalen utifrån formulären blir mer "statiska", med mindre följdfrågor från den professionella (som "hur kände du då", "vad hände sen" och "vad gjorde du"). Vissa handläggare uttrycker också osäkerhet om man "ska" ställa följdfrågor, när det uppstår samtal kring svaren. Samtidigt är det tydligt att instrumenten ger mer strukturerad information och att formulären gör att personalen får svar på frågor som annars lätt missas i andra typer av samtal.

Det är därför viktigt att personalen får stöd i hur de ska använda och göra bedömningar utifrån psykometriska formulär som de inte är vana att arbeta med: *"Det är lite krångligare med 1:or och 0:or"*. Vi vill därför återigen understryka betydelsen av att personal får adekvat utbildning i hur metoderna ska användas och tolkas, och att handläggare/kliniker först efter en provperiod med återkoppling på hur de använt metoderna blir licensierade användare.

Redovisningen nedan är uppdelad i olika avdelningar dels utifrån om det är barnet eller den vuxne som besvarat instrumentet och dels om instrumentet handlar om våldsutsatthet eller psykisk ohälsa.

Barn om sig själva

Våldsutsatthet

CEDV = Barnets grad av våldsexponering undersöktes med två delskalor ur instrumentet Child Exposure To Domestic Violence (CEDV). Instrumentet har översatts på svenska till Våld barnet

⁷ Se också bilaga 2 för en fördjupad beskrivning av de olika instrumenten.

bevittnat. Skalorna ger ett mått på grad av bevitnande av våld respektive grad av involvering i våldet.

UCLA = The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index (UCLA-index) är avsett för barn mellan 8 och 17 år. Formuläret, som innehåller två delskalor, har översatts inom iRiSk-projektet. En delskala med 14 frågor rör erfarenheter av olika typer trauman.

YCEIPV = inom iRiSk-projektet utvecklat instrument för att ge yngre barn (5–8) möjlighet att redovisa sin utsatthet för våld mellan omsorgspersoner

YCECA = inom iRiSk-projektet utvecklat instrument för att ge yngre barn (5–8) möjlighet att redovisa sin utsatthet för våld direkt mot sig själv av en omsorgsperson

YCEDV = inom iRiSk-projektet utvecklad skala som sammanfattar yngre barns (5–8) rapportering av sin utsatthet för våld i familjen (= **YCEIPV + YCECA**)

CTS-C = barnversionen av CTS-P-C (Conflict Tactics Scale Parent to Child version) innehåller 17 frågor om föräldrarnas uppfostringsmetoder med tonvikt på auktoritär uppfostran och användande av nedsättande tillmälen, skrik, hot och våld.

Formuläret ger information om typ av våld (fysiskt och psykiskt), grad av våld (milt och allvarligt) frekvens (hur många gånger) och när i tiden och hur frekvent detta har utövats. I iRiSk-projektet har barn som fyllt nio år fått besvara formuläret både med avseende på pappans och mammans uppfostringsmetoder.

Våra erfarenheter och bedömning av instrumentens användbarhet

CEDV har en komplicerad uppbyggnad, vilket gör det svårinstruerat och svårt för barn att förstå. Det tar därmed också lång tid att fylla i, och vi bedömer att värdet av den information rörande hur mycket våld barnet bevitnat (del I) inte står i proportion till den tid det tar. Instrumentet förutsätter också att våldet enbart är utövat av en manlig partner ("Pappa/mammas sambo") vilket gör det omöjligt att använda i familjer med en mer komplicerad bild av våldsutövande. Frågorna i del II i instrumentet, som avser hur involverad barnet varit i våldet mellan föräldrarna, bedömer vi däremot som värdefulla. Vi har därför gjort en anpassad version av dessa frågor, som vi avser att pröva under hösten 2015.

UCLA alltför få handläggare har använt instrumentet för att vi ska kunna bedöma dess användbarhet.

YCEIPV, YCECA & YCEDV har vi beskrivit närmare i del I (s 35) i rapporten och därför berörs de inte ytterligare här.

CTS-C = Trots en förhållandevis komplex uppbyggnad av formuläret, verkar barn från nio år och uppåt kunna förstå hur de skall svara på frågorna. Muntlig instruktion är dock nödvändig, åtminstone för 9-11 åringar. Formuläret är uppskattat av handläggarna och har tydliggjort frågor kring uppfostringsmetoder och tillrättavisningar för respektive förälder utifrån barnets perspektiv.

Psykisk ohälsa

Traumasyntom

UCLA = (se ovan) Delskala 2 innehåller 21 frågor om posttraumatiska symtom.

CRIES = Children Impact of Event Scale, som finns i två versioner med åtta (CRIES-8) respektive 13 (CRIES-13) item, är ett första screeningverktyg för posttraumatiska stressymtom. Användbar med barn från cirka 9 års ålder.

YCPTSR= Av oss utvecklat instrument för att ge yngre barn (5–8) möjlighet att redovisa sina posttraumatiska reaktioner på utsatthet för våld i sin familj

Symtom på allmän psykisk ohälsa

SDQ-S (self) = Strengths and Difficulties Questionnaire självskattning användes för att fånga symtom på psykisk ohälsa. Instrumentet består av 25 frågor som skattas på en tregradig skala från 0 (stämmer inte alls) till 2 (stämmer helt). Instrumentet ger en uppfattning om den totala mängden symtom på psykisk ohälsa (Totala problemskalan) men också information om i vilken utsträckning symtomen påverkar barnets fungerande i familjen, skolan och med kamrater.

Våra erfarenheter och bedömning av instrumentens användbarhet

UCLA Då det inte fanns något svenskt instrument för föräldraskattning av barns traumasymtom som var någorlunda kort, kostnadsfritt att använda och kunde administreras av andra än psykologer, valdes ett amerikanskt instrument. Detta utgjorde en svårighet i tolkning och värdering av resultaten. Instrumentet bygger på diagnoskriterierna i den diagnostiska manualen DSM-IV och kommer sannolikt att revideras när DSM-5 tas i bruk, eftersom traumadiagnosen har förändrats. UCLA i sin nuvarande form rekommenderas inte för vidare spridning och användning.

CRIES Frågorna i instrumentet är lätta att förstå för barn och ungdomar och tar endast några minuter att fylla i. Det är ett bra instrument som lämpar sig väl för en första kartläggning och samtal kring eventuella symtom på trauma.

YCPTSR har vi beskrivit närmare i del I (s 35) i rapporten och därför berörs den inte ytterligare här.

SDQ-S Instrumentet har blivit något av ett standardinstrument som mått på barns symtom på allmän psykisk ohälsa, och det fungerar väl som sådant.

Förälder om barn och om sig själva

Våldsutsatthet

Barnet

VIF = inom iRiSk-projektet konstruerat formulär som bygger på PVS (Partner Violence Screening) men utvecklats för att också fånga upp våld direkt mot barnet. Har använts för rutinmässig kartläggning.

VMB = Våld och hot Mot ditt Barn är ett frågeformulär som skapats av forskargruppen och är uppdelat i två delar. Om föräldern svarar att barnet varit utsatt för våld och hot följer 15 frågor som rör olika typer av fysiskt och psykiskt våld som barnet kan ha utsatts för från förälderns partner (till exempel hot med föremål, hot med vapen, slag med öppen hand, låst in i rum/garderob/toalett, slag med föremål). Del 2, besvaras på samma sätt som del 1 om barnet varit utsatt för våld och hot från någon annan vuxen.

CTS2 respektive **CTS-B - barn**frågorna är baserade på The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) respektive Conflict Tactics Scales Brief (CTS-B). Föräldern skattade om, och i så fall hur ofta barnet bevittnat (= sett, hört eller på annat sätt erfarit) det våld föräldern utsatts för. Instrumentet ger

besked om prevalens (om barnet aldrig, tidigare men inte senaste året respektive under det senaste året) bevitnat att föräldern utsatts för psykisk aggression, fysiska angrepp, respektive blivit fysiskt skadat. skador. Om en specifik form av våld förekommit under det senaste året ger instrumentet också besked om frekvens (= antal ggr barnet bevitnat respektive form av våld).

CTS-PC innehåller 17 frågor om föräldrarnas uppfostringsmetoder med tonvikt på auktoritär uppfostran och användande av nedsättande tillmälen, skrik, hot och våld. Se CTS-C ovan under formulär som barnet besvarat

Föräldern själv

VIF = inom iRiSk-projektet konstruerat formulär som bygger på PVS (Partner Violence Screening) och fångar upp förekomst av psykiskt respektive fysiskt våld eller upplevd otrygghet i relation till en nuvarande eller före detta partner. Har använts för rutinmässig kartläggning.

CTS2 & CTS-B = The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) respektive The Revised Conflict Tactics Scales Brief (CTS-B) användes för att ge föräldrarnas beskrivning av det våld hon eller han varit utsatt för av sin partner. För beskrivning av instrumentet se ovan.

DA (FREDA) = Danger assessment på svenska kallad FREDA farlighetsbedömning användes som en del av den fördjupade bedömningen. Instrumentet avser att bedöma risken för förnyat våld eller dödligt våld grundat på den föräldrarnas information om den våldsutövande partnern. Instrumentet är ett så kallad "actuarial instrument" vilket innebär att frågorna bygger på frågor som statistiskt ökar sannolikheten för förnyad våldsutövande. Faran för förnyad våldsutövande skattas med hjälp av en fyrgradig skala; ingen risk förhöjd risk, allvarlig risk, extrem risk. Poängsättningen måste vägas samman med övrig information som handläggaren inhämtar genom intervju med föräldern.

Våra erfarenheter och bedömning av instrumentets användbarhet

VIF-formuläret som tar mindre än fem minuter att fylla i verkar ha god sensitivitet om man använder utfallet på den fördjupade kartläggningen som kriteriemått. Formuläret ger information om våldsutsatthet psykiskt och fysiskt mot föräldern och barnet, samt upplevt otrygghet gentemot en nuvarande eller före detta partner. Även tidpunkt för våldshändelserna anges. Handläggarna uppger att formuläret ger en bra, översiktlig, första bild. I den första versionen (PVS) saknades frågor om psykiskt våld och det var fler klienter som frågade och kände sig osäkra om det de varit med om klassades som våld. Det reviderade formuläret, med några fler frågor, uppfattas av handläggarna fungera bra då det bättre fångar olika typer av våld. Merparten av handläggarna som använt VIF har uppfattat det som enkelt och användbart.

VMB ger en bild av barnets direkta utsatthet för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld med frekvensangivelser som motsvarar de på CTS-B. Formuläret kompletterar informationen om vilket våld barnet har bevitnat, som anges på CTS-B. Både vi i forskargruppen och de på fältet som använt formuläret är väldigt nöjda med det. Instrument skulle dock behöva en svensk normering.

CTS-B (Conflict Tactics Scale Brief version) har vi, i samråd med brukarna, anpassat så att det nu fungerar bra och går snabbt att fylla i. Instrument skulle dock behöva en svensk normering.

CTS-PC ("När jag tillrättavisar mitt barn") uppger flera handläggare har tydliggjort centrala frågor även för den utsatta föräldrarnas föräldraskap, vilket uppfattas som viktigt. Formuläret är generellt uppskattat och flera handläggare har nämnt att detta är frågor som kunde vara bra att använda även i andra ärenden. Tillsammans med barnformuläret (CTS-C) ser flera handläggare denna information som ett viktigt underlag för framtida insatser.

Handläggarna som använt DA inom iRiSk-projektet har uppskattat formuläret och mammorna (endast mammor har fyllt i formuläret) uppger att frågorna gjort att de kommit till större klarhet om vilken utsatt situation de befinner sig i. Vi utgår från att Socialstyrelsen som ansvarar för DA successivt kommer att bygga upp en svensk databas som kan utgöra underlag för en bedömning av den enskilda förälderns svar avseende sin våldsutsatthet.

Traumasyntom

Barnet

YCPC = För symtom på posttraumatisk stress för yngre barn upp till 7 år användes Young Children Posttraumatic Checklist (YCPC). Formuläret är översatt inom iRiSk-projektet med tillstånd från upphovsmannen. Det innehåller tre delskalor. En delskala om 12 frågor rör vad för typ av traumatiska händelser som barnet har varit med om. Den andra delskalan innehåller 24 frågor om posttraumatiska symtom som skattas på en femgradig skala från inte alls (0) till varje dag (4). Den tredje delskalan rör sex frågor om funktionsnedsättning på grund av eventuella posttraumatiska symtom som skattas på en femgradig skala från inte alls (0) till varje dag (4).

Föräldern

IES-R = Impact of Event Scale-Revised (IES-R) består av 22 frågor rörande posttraumatiska stresssymtom under den senaste veckan som skattas på en femgradig skala från 0 (inte alls) till 4 (extremt mycket). IES-R har tre delskalor som motsvarar de tre huvudsymtomklustren vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), "påträngande minnen", "undvikande" och "kroppsliga reaktioner".

Våra erfarenheter och bedömning av instrumentets användbarhet

YCPC fungerar väl och tas väl emot av både föräldrar och de handläggare/terapeuter som använt det. Här skulle det dock behövas en svensk normering i åldrarna 3-9 år så att vi får bra jämförelsedata för framtiden.

IES-R fungerar väl och är enkelt att administrera, det skulle dock behövas en svensk normering.

Symtom på allmän psykisk ohälsa

Barnet

SDQ-P Barnets allmänna fungerande och symtom på psykisk ohälsa bedömdes med Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-P). Se SDQ-S

Föräldern

HSCL-25 = Hopkins Symptom Check List-25 ger ett mått på allmän psykisk ohälsa och innehåller 25 frågor som rör symtom på ångest, depression och somatiska besvär under den senaste veckan. Frågorna skattas på en 5-gradig skala där 0 motsvarar "inte alls" och 4 "extremt mycket". Genom att summera svaren på frågorna och sedan dividera med antalet frågor får man ett så kallat Globalt Svårighets Index, (GSI) som kan variera från 0 till 4 poäng. Instrumentet kan differentiera individer med respektive utan kliniska nivåer av psykisk ohälsa. Skalan transformerades till T-poäng, där ett värde på eller över 63 T-poäng anses utgöra kliniska nivåer av psykisk ohälsa. HSCL-25 har utvärderats mot andra kortformer av SCL-90 och bedömts som ett bra kartläggningsinstrument för psykisk ohälsa.

HAD = The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) innehåller 14 frågor som mäter grad av ångest och depressivitet. Formuläret är ett välanvänt screeninginstrument för ångest och depression. Frågorna skattas på en fyrgradig skala.

Våra erfarenheter och bedömning av instrumentets användbarhet

SDQ-P detta instrument är nu så väletablerat i Sverige och i Europa att det inte finns någon anledning att frånga det.

HAD och HSCL-25 fungerar båda väl och är enkla att administrera.

VI. Diskussion

I följande avsnitt diskuterar vi först erfarenheterna i de tre olika delprojekten. Vi avslutar sedan med att diskutera frågeställningar som visat sig vara gemensamma för projektet som helhet.

Delprojekt 1

Kartläggning

Att införa rutinmässig kartläggning för våld tar tid [98]. Första steget i kartläggningen var att upprätta ett basdatablad med grunduppgifter för varje nytt ärende, vilket tog knappt fem minuter. Inom såväl IFO som BUP upprättades basdatablad på i genomsnitt knappt 20 procent av ärendena. Det var dock slående hur stor variationen var mellan olika IFO-verksamheter. En verksamhet lyckades bara upprätta basdatablad i en procent av ärendena en annan i närmare 70 procent, och medianvärdet var under 10 procent. Att vi upprepar dessa siffror här beror på att vi menar att de visar att den grundläggande svårigheten för verksamheterna inte var frågan om våld i sig utan att införa en ny rutin.

I de fall där man införde rutinen med basdatablad lyckades både IFO och BUP förhållandevis bra med att genomföra den rutinmässiga kartläggningen av våld (IFO ca 40 % & BUP 79 %). Den fördjupade kartläggningen gjordes sedan i hälften (IFO) respektive en tredjedel (BUP) av de ärenden där det blev utfall på VIF. Utfallet på VIF är lägre både inom IFO och BUP i förhållande till de få studier som finns rörande förekomst av våld i nära relationer [98,13]. Även rapporterat våld mot barn låg på en låg nivå jämfört med tidigare rapporter [3]. Det är dock värt att påminna om att informanterna i vårt projekt var föräldrar medan tidigare uppgifter baseras på svar från skolungdomar "i allmänhet" (3). Det finns all anledning att fundera över om våra förhållandevis låga siffror beror på ångslan hos framför allt socialtjänstens klienter att rapportera våld av rädsla för myndighetsingripande. En annan möjlighet är naturligtvis att handläggare medvetet eller omedvetet valt att göra den rutinmässiga kartläggningen i ärenden där man inte varit utsatt för våld. En fortsatt period med rutinmässig kartläggning inom verksamheter som lyckas införa rutinen fullt ut, skulle kunna ge svar på om de låga siffrorna har att göra med uppstarts-svårigheter, något som tidigare studier har visat påverkar den rapporterade förekomsten av våld [96; 13; 98].

Det visade sig finnas fog för en fördjupad kartläggning i en majoritet av ärendena där det blivit utfall på den rutinmässiga kartläggningen (VIF). VIF-formuläret, som enbart tar ett par minuter att fylla i, tycks alltså kunna fånga upp våld såväl mot den vuxne som mot barnet på ett meningsfullt sätt. Formuläret behöver dock testas ytterligare i en större studie där också informanter som inte får utfall på VIF ingår så att både sensitivitet och specificitet kan beräknas.

Vi vet inte hur föräldrarna som deltog i projektet uppfattade att bli tillfrågade om våld, men handläggarnas återkoppling tyder på att de flesta uppfattat kartläggningen positivt, vilket är i linje med tidigare erfarenheter (96, 99). Rutinmässig kartläggning måste göras i ett tryggt sammanhang, enskilt med handläggaren. I den mån de första samtalen inom socialtjänsten och BUP enbart görs i form av familjesamtal behövs det en modifiering av rutinen. Det måste ges utrymme också för enskild kontakt under något av de första samtalen.

Det finns anledning överväga att pröva rutinmässig kartläggning av våld riktad till barn som har kontakt med IFO eller BUP. Inom en BUP-mottagning har sådan kartläggning genomförts som ett forskningsprojekt under ett par års tid med barn som fyllt 9 år (13). Resultaten visar att kartlägg-

ningen är fullt möjlig att genomföra samt att 48 % av patienterna uppger att de varit utsatta antingen för att bevittna våld eller själva vara utsatta för direkt våld. Framtida studier bör utvärdera om direkt tillfrågande av barn tillför en ökat upptäckt av våld i familjen, och om det finns skäl att inkludera också barn i en rutinmässig kartläggning.

Slutsatser Risk-/skyddsintervjuer

Vi bedömer att samtliga intervjuer gett värdefull information som kan ligga till grund för en bedömning av den enskilda förälderns och barnets situation, och vilken risk förälder och barn löper att utsättas för förnyat våld. Föräldraintervjun är visserligen relativt omfattande, den tar cirka en timme i de allra flesta fall, men meningen är ju att intervjuerna bara ska genomföras när det finns anledning att göra en risk-/skyddsbedömning och då är en timplång intervju en godtagbar investering. Vi kan också konstatera att de personer som arbetat med intervjuerna har varit väldigt positiva till samarbetet med oss, och upplevt intervjuerna som meningsfulla. Det finns alltså anledning att göra det möjligt för fler att använda intervjuerna.

Det faktum att så gott som samtliga intervjuer skett inom de särskilda verksamheterna behöver analyseras närmare. Intervjuerna togs ursprungligen fram för användning inom BUP, och de har använts med ett 80-tal föräldrar, drygt 90 barn i åldern nio till 17 år och 16 barn i åldern fem till åtta år vid den BUP-mottagning där de togs fram. Trots detta har vi i föreliggande projekt inte fått någon av BUP-verksamheterna att använda intervjun, vare sig med föräldrar eller barn, trots ett stort antal patienter under projektperioden. Inom IFO-verksamheterna har det enbart gjorts ett fåtal intervjuer, trots att man under den tid som projektet pågått haft ännu fler klienter.

Vår bedömning är att det i cirka tio procent av de nya ärendena inom IFO och BUP funnits anledning göra en risk-/skyddsbedömning. Vi baserar denna skattning på att förekomsten av våld antas vara 20 till 30 procent, vilket vi bedömer vara en försiktig uppskattning, och att barnet i 30 till 50 procent av de familjer där våld förekommit har regelbunden kontakt med den förälder som utsatt den andre föräldern och/eller barnet för våld [11]. Att det varit så svårt att få till stånd intervjuerna i verksamheter som frivilligt gått med i projektet, och dessutom i flera fall sökt och fått utvecklingsmedel från Socialstyrelsen, visar att det sannolikt krävs en mycket stor flerårig insats för att göra strukturerade risk-/skyddsbedömningar till en naturlig del av socialtjänstens verksamhet. Huruvida BUP över huvud taget ska genomföra risk-/skyddsbedömningar, och om det i så fall ska ske på uppdrag av socialtjänsten, är en fråga som behöver analyseras ytterligare.

Den mer ingående analysen av risk-skyddsintervjuer med barn visar att också barnen i åldern fem till åtta år förmådde ge en nyanserad bild av sin situation och det våld barnen varit utsatta för. Barnen visade också att de förmådde göra motstånd mot begränsningar i frågorna eller sättet som dessa ställdes på. Barnen var alltså förhållandevis självständiga i sitt sätt att hantera frågorna. Ledande inslag i vissa frågor genererade på så sätt viktig information, genom att barnen kunde säga "Så är det inte för mig, men så här...". Kombinationen av öppna och halvstrukturerade frågor var fruktbar, och barnen kommunicerade ofta komplicerade erfarenheter som överskred frågeformulärets alternativ. Barn förhöll sig till frågornas moraliska implikationer och till ett ideal om sanning genom att referera till bevis för sina uttalanden. Intervjun gav också utrymme för barnen att ta initiativ i form av frågor eller påståenden och tillrättalägganden. Analysen av intervjuerna visade också att intervjuerna överlag var stödjande gentemot barnen på olika sätt. Sammanfattningsvis visade analysen att intervjuerna överlag fungerade väl. Intervjuerna tycks ha hittat en bra balans mellan "objektivitet" och "empati", och barnen uppvisar självständighet i förhållande till de strukturerade frågorna. Det skulle vara värdefullt med analys av fler intervjuer för att ytterligare undersöka barnens sätt att förhålla sig till ett så känsligt område som våld i

familjen, och vilka möjligheter det finns för också yngre barn att vara aktörer i sina egna liv genom att få komma till tals.

Intervjuerna har också identifierat svagheter i intervjuguiderna. Det behövs alltså ett fortsatt utvecklingsarbete i syfte att göra olika versioner av intervjuerna anpassade till olika barns boendesituation, som att barnet bor med båda föräldrarna tillsammans eller att barnet huvudsakligen bor med de ene föräldern och har umgänge med den andre, eller bor växelvis hos båda föräldrarna. I vissa fall förekommer det också att barnet bor med båda föräldrarna och att våldet enbart varit riktat mot barnet.

Slutsatser användbarhet och genomförbarhet av modellen för datainsamling som underlag för risk-/skyddsbedömningar

Sammantaget uttrycker sig såväl intervjuade handläggare som chefer i de verksamheter som prövat att arbeta med risk- och skyddsintervjuer mycket positivt om det här sättet att arbeta. Det ger möjlighet att snabbt och systematiskt inhämta detaljerad och komplex information. Informationen ger i sin tur ett bättre underlag för orosanmälningar till ansvarig handläggare inom socialtjänsten, och en del av intervjupersonerna från de skyddade boendena uppger att de även blivit snabbare med att återkoppla oro till placerande myndighet. Såväl föräldra- som barnintervjuer uppges överlag fungera väl. Utifrån erfarenheterna hittills finns inget övergripande som tyder på problem att genomföra intervjuer ens med de yngre barnen. Handläggarna har vissa synpunkter och förslag till justeringar och med dessa skulle användningen fungera mycket bra. En analys av den tid det faktiskt tagit att genomföra risk-/skyddsintervjuerna visar också att de i stort sett tagit den tid som avsetts, och att döma av erfarenheterna hos de intervjupersoner som även genomfört intervjuer med tolk innebär inte den här bedömningsmodellen några ytterligare eller specifika svårigheter. Detta skriftliga underlag kan till och med möjligen innebära en fördel i samtal med tolk i och med att det blir tydligare vilka frågor det är som ska ställas till barn och föräldrar. Hur modellen fungerar med tolk behöver dock undersökas ytterligare.

Det tydligaste anpassningsbehov som framkommit när det gäller modellen som helhet handlar om att frågorna utgår från en specifik familjesituation med separerade föräldrar samt boendeförälder respektive umgängesförälder. Här menar intervjupersonerna att det även behövs en andra version som utgår från en familjesituation där föräldrarna lever tillsammans. Man efterlyser också ett mer utvecklat stöd för tolkning av informationen och bedömningen av risknivån, det vill säga den typ av metodstöd som utvecklingsarbetet så småningom ska resultera i.

Intervjupersonerna från de verksamheter som i högre utsträckning arbetat med risk- och skyddsintervjuer bekräftar att den här modellen och dess olika komponenter i stort sett är lämpliga, välfungerande, och "realistiska" i förhållande till deras uppdrag, målgrupp och organisation. Man kan dock konstatera att det i många – men inte alla – fall där genomförandet lyckats har funnits extra medel och/eller luft i organisationen av andra skäl. När det gäller socialtjänstens IFO och barn- och ungdomspsykiatri har det funnits så stora igångsättnings-svårigheter att det är tveksamt om det är möjligt att införa den här typen av arbete inom ramarna för ordinarie verksamheter. Erfarenheterna från kontakterna med de BUP-verksamheter som ingått såväl denna som andra delar av projektet väcker frågan om det finns organisatoriska villkor inom barn- och ungdomspsykiatri som skapar särskilda svårigheter vid utvecklingsarbete av den här typen, och det är en fråga som diskuteras mer ingående i den gemensamma slutdiskussionen. Med tanke på de synpunkter som lämnats från IFO-verksamheterna när det gäller behovet av anpassning till utrednings- och dokumentations-systemet BBIC krävs det troligen också olika

former av anpassning för att det ska vara realistiskt att införa den här typen av risk- och skyddsintervjuer inom den sociala barnavården.

Vidare kan man se att det framförallt varit de verksamheter som har våld som specifikt fokus som genomfört modellens alla komponenter. Andra verksamhet som börjar arbeta med våld i nära relationer på detta ingående och strukturerade sätt ställs inför nya utmaningar, och en slutsats blir att om implementeringen av den här modellen ska bli lyckosam ställs det inte bara krav på extra resurser under den första fasen av införande, utan även fortbildning om våld, handledning och att cheferna mycket aktivt tar ansvar för ledningen av förändringsarbetet.

Några viktiga slutsatser inför det fortsatta utvecklingsarbetet är att risk- skyddsintervjuerna, framför allt med de yngsta barnen, bör spelas in för att utredare ska kunna bedöma barns situation på ett korrekt sätt. Därigenom får utredaren också möjlighet att koncentrera sig på själva intervjun och relationen till barnet och behöver inte ta så noggranna anteckningar.

Att en stor del av barnen (vilka de flesta tillhör åldersgruppen 5-8 år) frågade om intervjuens längd, samt sättet de frågade på, tyder på att intervjuerna kan behöva kortas, i alla fall för de yngre barnen.

Hur informationen i risk-/skyddsintervjun skall användas i den faktiska bedömningen inom IFO eller BUP är nästa steg för utvecklingsarbetet. Utredare behöver en mall för hur den strukturerade informationen från intervjun ska vägas samman den med övrig information som handläggaren har i ärendet. För att en sådan mall ska vara användbar krävs studier av vilka intervjufrågor som har starkast samband med fortsatt/förgrovat våld. Vidare krävs ett arbete för att infoga den information som intervjun ger i socialtjänstens utredningsarbete enligt BBIC. Hur man inom BUP hanterar detaljerad information från intervjun om barns trygghet och säkerhet, där barnet både behöver psykiatrisk behandling och socialtjänstens skydd är också ett viktigt kunskapsområde att utveckla. Därmed aktualiseras också frågan om risk-/skyddsintervjuerna enbart ska göras inom ramen för en barnskyddsutredning enligt Socialtjänstlagen 11 kap. 1§, vilket ger utredaren andra möjligheter att till exempel intervju barn oavsett vårdnadshavarens medgivande [124].

Delprojekt 2: Insatstrappa

Barnens symtomnivåer styr inte val av insats

Delstudien om Insatstrappa var den i iRisk som mötte störst svårigheter att genomföra som planerat. Av de verksamheter som valde att delta och att arbeta med strukturerade kartläggningar av barns symtom som ett sätt att förbättra möjligheten att hänvisa barn till rätt insats och förbättrad samverkan, var det bara en verksamhet (Utväg Skaraborg) som genomförde kartläggningen med merparten av barnen som kom till dem. Det innebär att resultatet från delprojektet Insatstrappan får tolkas med stor försiktighet. Det var dock slående att barnens symtomnivåer inte tycktes ha betydelse för vilken verksamhet de hänvisades till, även när de var kända.

Precis som den tidigare utvärderingen av stödinsatser för barn som har bevittnat våld mot mamma visade (11) var det en stor andel (ungefär hälften) av de barn som kom till de sekundärpreventiva verksamheterna som hade symtomnivåer som pekade mot ett behov av specialiserade behandlingsinsatser. Barnens symtomnivåer skiljde sig inte signifikant från en grupp barn inom BUP. Barnen uppgav själva att de besvärades av symtom på posttraumatisk stress, medan deras föräldrar framför allt uppfattade att barnen hade generella svårigheter med anpassning, stämningsläge, kompisar och förmåga till koncentration. Barns självskattade symtom på

posttraumatisk stress har i tidigare studier visats ha ett förhållandevis lågt samband med föräldrarnas skattningar av barnens symtom (125). En förklaring till att föräldrarnas skattningar av barnen skilde sig från barnens egna skattningar av psykisk ohälsa och posttraumatiska stresssymtom, kan vara att internaliserade symtom generellt är svårare för föräldrar att bedöma till skillnad från externaliserade eller utåtriktade symtom.

Samverkan mellan insatsnivåer

Samverkan mellan insatsnivåerna förekom i princip inte. Från de behandlande BUP-verksamheterna skedde inte i något fall hänvisning eller erbjudande om hjälp med att kontakta en sekundärpreventiv insats, trots att det fanns ett antal barn där personal visste att barnet bevittnat våld mot förälder och ingen behandling inleddes, utan kontakten med BUP avslutades efter den inledande bedömningsfasen. De sekundärpreventiva verksamheterna samverkade inte heller i nämnvärd utsträckning kring de barn som inledde eller avslutade en sekundärpreventiv insats och hade kliniska symtomnivåer. I ett fall konsulterade en sekundärpreventiv verksamhet BUP efter att barn och förälder genomfört strukturerad kartläggning och innan en insats inleddes. I övrigt inleddes stödjande insatser för barn med kliniska symtomnivåer. Efter genomgången sekundärpreventiv insats skedde bara i undantagsfall hänvisning till en behandlande verksamhet trots att nyuppkomna eller fortsatta kliniska symtomnivåer hos barnet förelåg.

En del av de hinder som kan tänkas föreligga för en fördjupad samverkan som de intervjuade framförde rörde organisation och kommunikation. Det handlade om att inte tydligt veta vad som skulle implementeras från ledningens sida, att ledningarna för de olika verksamhetstyperna inte samverkade och upplevelsen hos behandlarna av att man ofta inte tala samma språk i olika organisationer eller bedömde problemen hos klienterna på ett likartat sätt. Tidigare negativa erfarenheter från professionella kontakter i behandlande verksamheter uppfattades också hindra tron på möjligheten att arbeta gemensamt kring barn som bevittnat våld mot sin förälder. Däremot lyftes positiva erfarenheter av personliga relationer och kommunikation som uppfattades som respektfull fram som faktorer som underlättade samverkan och samarbete.

Praktisk genomförbarhet

Inställningen till standardiserade bedömningsmetoder var generellt positiv bland de professionella inom de sekundärpreventiva verksamheterna. Samtliga intervjuade kunde ge exempel på fördelar alternativt upplevda positiva erfarenheter av strukturerad kartläggning av psykisk ohälsa. Det är därför desto mer anmärkningsvärt att så få av de som tog steget att regelbundet använda dem. Resultatet från projektet visar att de standardiserade bedömningsmetoderna inte kom att utgöra verktyg i det vardagliga arbetet. Även om behandlare och handläggare uppfattade standardiserade bedömningsinstrument för psykisk ohälsa som något generellt positivt, förblev de skeptiska i sin användning av dem. Ett observandum var att när kartläggning av psykisk ohälsa hos barnen genomfördes, var det endast i enstaka fall som resultatet påverkade eller bidrog till val av insats för barnet. Om val av behandlingsinsats inte påverkas av kännedom om barnets symtomnivå sjunker givetvis motivationen hos behandlare/handläggare att genomföra kartläggningar.

Erfarenheterna från Insatstrappan kan belysas med tidigare forskning, som tyder på att en positiv inställning bland kliniker till en evidensbaserad praktik, inte på ett självklart sätt tycks återspeglas i en förändrad praktik (126, 127). Resultatet i delprojektet Insatstrappan bekräftar också tidigare studier som visat att behandlare tenderar att förlita sig till egna metoder för bedömning som inte alltid på ett tillförlitligt sätt återspeglar den information man kan få fram via standardiserade

instrument eller intervjuer (128). Faktorer som man pekat på försvårar användningen av en evidensbaserad praktik rör till exempel rädsla att bli fångad i ett mekanistiskt arbetssätt (129), ökad tidsåtgång, upplevelse av att det kliniska arbetet begränsas och praktiska erfarenheter utmanas och att den professionella autonomin beskärs (127). En evidensbaserad praktik kan också upplevas som att den kliniska erfarenheten och tysta kunskapen ("tacit knowledge") ifrågasätts (130). Detta var inte något som framkom i de intervjuer som genomfördes men kan tänkas vara faktorer som påverkade förhållningssättet bland de professionella. Det behöver betonas att de strukturerade bedömningsmetoderna i projektet var avsedda som hjälpmedel för bedömning av barnets behov av stöd, inte som den enda informationskällan eller det enda beslutsunderlaget.

Potentiella fördelar med användningen av standardiserade bedömningsmetoder är att det generellt kan förbättra kvalitén i insatser som ges till barn då sådana instrument kan utgöra en vägledning i vad för behov av insatser barnet har (131). Fördelar med strukturerad kartläggning som lyftes fram från de professionella rörde bland annat en förbättrad kontakt med klienten och möjlighet till att få fördjupad information. De nackdelar som framfördes handlade om instrumentens användbarhet och tillförlitlighet samt oro för att resultaten skulle kunna missbrukas.

Man skulle också kunna tänka sig att de svårigheter som fanns ute på verksamheterna att rutinmässigt genomföra systematisk kartläggning kan hänga samman med att det hade behövts mer träning och stöd till de professionella på de sekundärpreventiva verksamheterna. Behovet av mer stöd kan ses i ljuset av att majoriteten av cheferna inom Socialtjänsten bedömde sina medarbetares kunskaper för att arbeta evidensbaserat som otillräckliga (132). För att professionella inom socialt arbete, och även inom Hälso- och sjukvården, ska kunna integrera forskningsresultat i det praktiska arbetet är grundläggande kunskap om empirisk forskningsmetodologi avgörande (133). Det finns studier som pekar på att professionella med utbildning i socialt arbete sällan är tränade i att väga och bedöma forskningsresultat när de fattar beslut i sitt vardagliga arbete – något som sannolikt utgör ett hinder för en evidensbaserad praktik (130). Det skulle också kunna vara så att svårigheterna att genomföra strukturerad kartläggning hänger samman med att standardiserade instrument krockar med en utbredd syn bland de professionella vad gäller kvantitativa instrument och vad som går att mäta och bedöma med hjälp av dessa (130).

Resultaten från delprojektet går inte att generalisera till andra verksamheter än de som ingått i studien, men återspeglar troligtvis flera av de svårigheter som finns i Socialtjänstens och Hälso- och sjukvårdens verksamheter att bedriva en evidensbaserad praktik. Det behövs ett fortsatt arbete för att utveckla en kultur präglad av en evidensbaserad praktik ute på verksamheterna. En evidensbaserad praktik innefattar och utgörs till stor grad av ett förhållningssätt där kunskap och forskningsresultat värderas och vägs med kliniska erfarenheter och är inte att likställa med att enbart ha vissa typer av bedömnings- och behandlingsmetoder – även om sådana också ingår som en del av en evidensbaserad praktik. Det förändringsarbete - som införande av standardiserade bedömningsmetoder och eftermätning efter avslutad insats innebär – är steg mot en evidensbaserad praktik och kräver antagligen längre förberedelsetid och tydligare förankring i organisationsledningen för att ha en chans att lyckas.

Resultatet pekar på betydelsen av att barn själva i så stor utsträckning som möjligt får möjlighet att delge hur de uppfattar sin situation när det kommer till en verksamhet som erbjuder sekundärpreventiva insatser. Vidare stödjer det tanken att vid en första strukturerad kartläggning både ha ett generellt mått för psykisk ohälsa (SDQ) som kompletteras med mer specifika mått vad

gäller posttraumatisk stress för den här gruppen barn (CRIES/UCLA/YCPC). Tidigare forskning har visat att barn som bevittnat våld mot sin omsorgsperson som grupp sett ofta har höga symtom på posttraumatisk stress (134), varför ett sådant specifikt mått är motiverat.

Begränsningar

De svårigheter att införa rutinmässig kartläggning av psykisk ohälsa, – som var en förutsättning för vidare samarbete mellan insatsnivåer –, hade troligtvis kunnat reduceras med mer träning för varje deltagande arbetsteam i att administrera instrumenten, tolka resultat och diskutera hur de skulle kunna använda resultaten i sin bedömning och planering av insatser. Två av deltagande verksamheter hade tidigare varit delaktiga i olika forskningsprojekt och kände sedan tidigare till forskningspersonalen. Det hade varit klokt att bygga in mer tid för relationsskapande med de nya verksamheterna – något som tar tid och behöver planeras innan projektet startar (126). Andra begränsningar som redan nämnts, är att tydligare kontrakt skulle ha upprättats där cheferna för verksamheterna lovade att inte under projektiden införa andra utvecklingsprojekt samt att de verksamheter som ingick inte skulle ha ingått i delprojekten kring insatser och/eller risk- och skyddsbedömningar.

Sammanfattningsvis visade delprojektet Insatstrappa att samverkan mellan insatsnivåer inte skedde i någon nämnvärd utsträckning. En ansevärd andel barn som bevittnat våld mot sin förälder och som kommer i kontakt med sekundärpreventiva verksamheter besvärades av höga symtom på psykisk ohälsa och/eller posttraumatisk stress, utan att hänvisas till BUP. Det bristfälliga underlaget gör att resultaten av delprojektet får tolkas med stor försiktighet, men väcker ändå frågan om vad som styr vilken insats föräldrar söker sig till när de är oroliga för att deras barn påverkats negativt av våld i familjen. Resultatet av insatstrappan pekar på att föräldrars egna val av insats blir avgörande, och att det finns hinder för att hänvisa dem till en annan insatsnivå än de själva valt även om barnens symtomnivåer skulle peka på det. Det kan finnas anledning att ta reda på mer om vad som påverkar föräldrars val av insats och om det går att öka andelen föräldrar som direkt vänder sig till "rätt" insatsnivå.

Delprojekt 3 Insatser

Acceptans av de fyra insatsmetoderna.

Samtliga av de prövade insatsmetoderna beskrevs i övervägande positiva ordalag av såväl behandlare som föräldrar. Genomgående uttryckte de flesta behandlare sig i positiva ordalag om den metod de prövade. Behandlarna tyckte att metoderna kändes bra att arbeta med, var anpassade för målgruppen och fungerade väl i behandlingsarbetet osv. På motsvarande sätt uttryckte sig föräldrar som fått en insats genomgående positivt och gav på olika sätt uttryck för att de var nöjda, och att både de själva och deras barn haft nytta av insatsen. Det tycks således finnas förutsättningar för att sprida samtliga fyra insatsmetoder i Sverige. Behandlarnas positiva inställning måste dock ses i skenet av att det var en självselekterad grupp som valt att delta i studien och att lära sig metoden ifråga.

Förutsättningarna för att implementera Kids' Club i Sverige har nyligen studerats i två studentuppsatser. Ernerskog och Danneberg (135) identifierade två typer av motiv till att man i kommuner vill implementera Kids' Club; dels enskilda nyckelpersoners motiv som grundar sig i inre motivation och dels yttre motiv som hänfördes till kommunen som organisation, till exempel att det saknades särskild insats för den här gruppen barn eller att befintliga insatser inte ansågs vara tillräckliga. Då motiven fanns i kommunen som organisation var utvecklingsarbetet snarare

kopplat till förtydligandet av ansvaret för dessa barn i socialtjänstlagen och den forskning och de rapporter som kommit på området.

Införandemöjligheter

Trots den generellt goda acceptansen hade flera verksamheter stora svårigheter att rekrytera det antal patienter man själv hade bedömt skulle bli aktuellt. Enskilda verksamheter och behandlare kom aldrig igång att arbeta med metoden ifråga, verksamheter och behandlare avslutade sitt deltagande i projektet och/eller inte hade för avsikt att fortsätta arbeta med metoden de utbildats i. Det innebär att det finns skäl att noga analysera de hinder för att använda de respektive insatserna som framkom.

En gemensam svårighet var att man inte identifierade våldsutsatta barn i den utsträckning man hade förväntat sig. Detta hängde ihop med de tidigare redovisade svårigheterna att uppmärksamma våldsutsatta barn genom kartläggning eller motsvarande aktiviteter (98). Svårigheten att rekrytera barn i den förväntade omfattningen innebar särskilda svårigheter för arbetet med Kids' Club, då man inte fick nog många barn inom ett rimligt åldersspann, och barn och föräldrar kunde få vänta länge innan ny grupp startade (136). Erfarenheterna pekar på att familjebaserade insatser kan vara att föredra i mindre kommuner där underlaget för grupp-verksamhet är litet.

Enligt behandlarna fanns flera barn med särboende föräldrar som var aktuella för insats där barnet huvudsakligen bodde hos den av föräldrarna som utsatts för våld, men föräldrarna fortsatt hade gemensam vårdnad. De beskrev att det inte var ovanligt att den våldsutsatta föräldern var rädd för att ta upp något som kunde förvärra konflikten med den andre föräldern. Behandlare uttryckte även oro för att ge insats om barnets trygghet, till exempel vid umgänge, var oklart. Motsvarande svårigheter för våldsutsatta barn att få insatser har beskrivits tidigare (11). Erfarenheterna pekar på att barns rätt till behandling fortfarande inte säkrats trots att lagstiftningen gett möjlighet för socialnämnden att ta beslut om att barnets rätt till insats om vårdnadshavare inte kan enas om detta (119).

Det förs en diskussion om man i samband med att implementerandet av metoder som utvecklats i en kultur i en annan ska sträva efter metodtrohet, det vill säga att metoden ska utföras så strikt möjligt som den utvecklats, eller om man snarare ska anpassa metoden ifråga efter den nya kulturella kontexten (137). Genomförbarhetsstudier, som denna, syftar bland annat till att utforska vilket handlingsätt som är lämpligt (61). I tre av de fyra prövade insatsmetoderna (Kids' Club, TF-KBT och Project Support) ingår att lära föräldrar gränssättande strategier (t. ex. "Time-out" eller att ignorera dåligt beteende) i syfte att minska aga och inlåsning. Det blev tydligt att uppfattningen om gränssättning i barnuppfostran skiljer sig åt så pass mellan USA och Sverige att en anpassning av metoderna var nödvändigt. Samtliga behandlare tog starkt avstånd gentemot att lära föräldrar strategin "Time-out". Gränssättande strategier beskrevs generellt av behandlarna som ett uttryck för bristande föräldraförmåga, och att man kränkte barnet. Inom ramen för projektet förekom både planerad anpassning i samarbete med utvecklaren (som i Project Support) och spontan anpassning där enskilda behandlare justerade eller uteslöt momenten. Föräldrarna å sin sida efterfrågade ofta stöd i hur de skulle klara av att sätta gränser för sina barn. Sammanfattningsvis var gränssättning för barn ett laddat område där föräldrar efterfrågade strategier medan behandlarna tog avstånd från att lära ut dem. Svårigheterna för våldsutsatta föräldrar att sätta gränser för sina barn på respektfullt sätt är väldokumenterade. Det finns en ökad risk för upplevd hjälplöshet och eget bruk av våld mot barnet. Behandlarnas avståndstagande från att ta upp gränssättning med föräldrarna blir därför problematiskt. Detta är ett

område där man behöver fortsatt utvecklingsarbete för att identifiera goda föräldrastrategier anpassade till svensk kultur.

Behandlare som arbetade med TF-KBT och CPP beskrev att det var emotionellt belastande att arbeta med traumatiserade barn när man fick reda på deras historia och erfarenheter. Fenomenet med sekundärtraumatisering bland behandlare som tar del av skrämmande och våldsamma livshändelser som deras patienter/klienter varit med om är väldokumenterat (138). Behandlarna i denna studie framhöll att regelbunden handledning och arbete i grupp tillsammans med andra med motsvarande uppdrag, till exempel i form av ett småbarnsteam eller ett trauma-team, var förutsättningar för fortsatt arbete med metoden.

Praktisk genomförbarhet

I samtliga verksamheter, både i socialtjänsten och i barn- och ungdomspsykiatri, var man lyhörd inför nya nationella och regionala initiativ, både vad det gällde behandlingsmetoder och andra uppgifter. Flera av behandlarna beskrev att de hade svårt att fokusera på att arbeta med den metod de skulle pröva då de fått nya arbetsuppgifter som de skulle prioritera. Flera av dem inledde även nya utbildningar i andra metoder under det 1,5 år som de deltog i denna studie, ibland på eget ibland på ledningens initiativ. Det fanns en obalans i hur både behandlarna och verksamhetens ledningar prioriterade att utbilda sig i nya metoder högt medan man prioriterade att arbeta så man fick erfarenhet av metoden ifråga betydligt lägre.

Personalomsättningen, både vad gäller chefer och medarbetare, var också hög i flera verksamheter som medverkade i studien. När person byttes på chefsposter ledde det ofta till att arbetet med metoden i verksamheten omprövades. Instabilitet i organisationer har i olika implementeringsstudier beskrivits som ett hinder för att införa nya arbetssätt, vilket blev tydligt även i denna studie (139).

Bristande tillgänglighet

Brister i tillgängligheten, tidsmässigt och geografiskt, påverkade möjligheten att arbeta med den intensitet som metoderna utformats för. Behandlarna arbetade genomgående dagtid, med lediga kvällar och helger, vilket begränsade deras möjlighet att erbjuda insatser anpassade till föräldrarnas möjligheter att delta.

Tillgängligheten över året, med långa uppehåll i bokade behandlingsbesök under sommarperiod och helger utgjorde en annan svårighet, särskilt för de något längre behandlingsinsatserna.

De långa avstånden till mottagningen där insatsen bedrevs utgjorde också ett hinder för föräldrar som deltog i CPP och TF-KBT som prövades i barn- och ungdomspsykiatri.

Bristerna i tillgänglighet har diskuterats och olika aktiviteter avsedda att förbättra tillgängligheten till Barn- och ungdomspsykiatri har genomförts. Denna studie visar dock på tillgänglighetsbrister som kvarstår, både i Barn- och ungdomspsykiatri och för Socialtjänsten. Dilemmat med tillgänglighet finns inte bara i svensk kontext. Praktiska hinder för att delta i behandlingsprogram som avstånd (särskilt i glesbygd) och att insatser erbjuds på tider som inte passar föräldrar som är i yrkesarbete lyfts även i en aktuell syntes av tolv internationella studier (140).

Anpassning

Under projektiden blev det tydligt att en anpassning av metodernas innehåll så de överensstämde med behandlarnas uppfattning om vad som är god barnuppfostran och vad de är beredda att lära ut till föräldrar är nödvändigt för TF-KBT, Project Support och Kids' Club. I en av

delstudierna (Project Support) inleddes ett utvecklingsarbete tillsammans med metodens upphovsmän under projekttiden, där behandlarna medverkade. För de längre behandlingsinsatserna behöver man anpassa när på året man börjar en insats, för att undvika långa uppehåll mitt i behandlingen. Det tycks finnas en risk för att det kan ge negativa effekter. Det finns även ett behov att se över möjligheten för yrkesarbetande föräldrar att ta ledigt med ersättning om insatser ska kunna erbjudas genom socialtjänsten.

Vad gällde Project Support ifrågasatte behandlarna att metoden beskrevs som en insats för barnet. Man tyckte att metoden ska betraktas som en insats för föräldern (föräldrastöd), då det centrala momentet utgörs av färdighetsträningen i föräldraförmåga i kombination med socialt stöd i föräldrarnas vardag. I så fall är insats en fråga för den förälder som väljer att delta.

Utbildning

Behandlarna beskrev genomgående en stor nöjdhet med utbildningen i samtliga metoder. Ju mer omfattande utbildning, desto mer positiva var behandlarna i sina omdömen. Vikten av fortsatt kontinuerlig handledning, fortbildning i metoden eller kunskapsutbyte inom nätverk eller andra forum beskrevs dock som nödvändiga för att behålla och utveckla kompetensen i metoden.

För de tre metoder där det helt eller delvis saknades undervisning, handledning och litteratur på svenska utgjorde detta en påtaglig svårighet. Flera behandlare uttryckte att det var svårt att tillgodogöra sig undervisning på engelska och att man saknade svenska manualer. En förutsättning för att kunna delta i handledning och undervisning i Project Support och CPP var att behandlarna kunde koppla upp sig och delta via webben. I stort sett samtliga behandlare och verksamheter var ovana vid nätbaserade flerpartssamtal via webben. Inköp av utrustning, IT-säkerhet med brandväggar och avsaknad av teknisk support bidrog till svårigheterna.

Hållbarhet

Trots de svårigheter som redovisats, samt att behandlarna varit i ett utbildningssammanhang och saknade erfarenhet av de olika metoderna, visade samtliga metoder lovande resultat. Att effekter av en given metod kan bibehållas vid överflyttning till en annan kulturell kontext har även visats i en aktuell metaanalys av sammanlagt 17 olika studier av metoder som utvecklats i USA [140]. Det pekar på att det är rimligt att importera välbeprövade metoder istället för att utveckla lokala. TF-KBT prövas nu i en randomiserad kontrollerad studie, vilken kommer att kunna ge svar på om metoden behåller tidigare redovisade goda effekter vid användning i svensk barn- och ungdomspsykiatri. Genomförbarheten av CPP och Project Support har här prövats för första gången i Sverige, och i ett fåtal ärenden. Uppföljningarna av effekter efter insats ska därför tolkas med mycket stor försiktighet. Resultatet tyder dock på att båda metoderna kan vara värda att pröva i mer omfattande studier, då uppföljande mätningar visar positiva förändringar. Erfarenheterna från CPP pekar på att symptom på posttraumatisk stress kan reduceras vilket visats i tidigare studier (77, 79). Delstudien i Project Support pekar på positiva förändringar i självskattad föräldraförmåga, vilket även överensstämmer med tidigare studier (15, 64). Detsamma gäller Kids' Club, där uppföljningen av barnen och mammorna pekar i samma riktning som tidigare genomförda studier, det vill säga en positiv förändring hos barnen men ingen konstaterad förändring på föräldrarna (63).

Sammanfattningsvis visade denna genomförbarhetsprövning lovande resultat för samtliga metoder. CPP och TF-KBT utgör två behandlingsmetoder som är väl lämpade att erbjuda till våldsutsatta barn och barn som utsatts för andra trauman. Båda metoder användes spontant av behandlarna i andra lämpliga ärenden redan under projekttiden. De kan därför bedömas ha goda

möjligheter att spridas inom Barn- och ungdomspsykiatri. Tillsammans innebär metoderna att man har ett behandlingsutbud för barn i alla åldrar. Båda metoderna kräver dock en infrastruktur med regelbunden handledning och stabil miljö för behandlarna, som exponeras för barns utsatthet.

Både Project Support och Kids' Club visar även lovande genomförbarhet. Gruppformen reser frågor om lämplig kommunstorlek, vilket innebär att den familjebaserade Project Support kan vara ett lämpligt komplement som insats till våldsutsatta barn och föräldrar. Det kräver dock fortsatta studier där möjligheten att arbeta med Project Support inom Socialtjänsten studeras vidare.

Föräldrarna som deltog i någon av de prövade insatserna eller Insatstrappan, mestadels mammor som utsatts för våld från sin partner, hade generellt hög självskattad psykisk ohälsa, något som tidigare forskning återkommande påvisat [142, 103, 143]. Om föräldern själv lider av psykisk ohälsa, kan det tänkas försvåra att sekundärpreventiva insatser får önskad effekt för barnet om inte föräldern samtidigt får professionell behandling. Föräldrarnas föräldraförmåga och psykiska hälsa tycks vara förknippat med barns återhämtningskapacitet efter traumatiska erfarenheter (144, 145, 146). Resultaten pekar på behovet av parallella insatser för barn och våldsutsatta föräldrar, vilket även är det som gynnar barnens återhämtning i störst utsträckning. Samtliga insatsmetoder som prövats i denna studie riktar sig också till både barn och föräldrar.

Sammanfattande diskussion av erfarenheterna från iRisk-projektet

Det finns några återkommande teman i iRisk's alla delprojekt som vi vill kommentera avslutningsvis.

Projektet som helhet bekräftar på flera sätt tidigare kunskaper om förutsättningarna för implementering av evidensbaserade metoder i hälso- och sjukvård respektive socialtjänsten (139). Såväl ledning som enskilda behandlare som deltagit i denna studie var positiva till att pröva nya metoder för kartläggning och insatser till våldsutsatta barn och deras föräldrar. Det finns en viss beredskap att införa metoder som syftar till att förbättra insatser för våldsutsatta barn och föräldrar. Motivationsaspekten hos de behandlare som deltog i studien var hög och det fanns ett tydligt engagemang för att utveckla verksamheten. Här fanns det dock en betydande självselektion, dvs det var behandlare och handläggare som var intresserade av och såg behov av nya metoder som valde att delta i projekten. Utifrån intervjuerna ter sig beredskapen lägre när det gäller det organisatoriska klimatet som påverkades av upplevd stress hos personalen och omsättning av personer på såväl handläggar- som ledningsnivå, vilket påverkade möjligheterna till upprätthållande och stimulerande av det påbörjade förändringsarbetet.

Handläggare/utredare uttryckte genomgående uppskattning av de olika metoder man prövade, och bedömde att de är relevanta och välanpassade till behovet. Trots det fanns åtskilliga svårigheter som innebar att man inte alltid använde sig av metoderna i den utsträckning man hade planerat för. Ibland var hindren så stora så det inte blev något av, som i fallet med att pröva risk/skyddsintervjuerna inom barn- och ungdomspsykiatri. I andra verksamheter blev hindren mer en tröskel som man så småningom kom över, och där man bestämde sig för att trots allt försöka inkludera arbetssättet i organisationen.

Arbetet med såväl kartläggning och bedömning av våld som insats kräver kompetens på området barn som upplever våld i sin familj. Detta har varit tydligt inte minst i verksamheter med mindre vana att arbeta med fokus på frågan om våld.

Några av de hinder som vi har mött i iRisk-projektet handlar dock om de olika verksamheternas förutsättningar snarare än om de enskilda metoderna eller frågan om våld. Instabilitet i arbetsgruppen, där ledning och medarbetar slutar eller får nya arbetsuppgifter, utgör ett tydligt hot mot utveckling, vilket även visats i tidigare studier. Kunskap och erfarenhet försvinner och måste byggas upp på nytt. I det läget handlar mycket om att få "kärnverksamheten" att fungera, och marginalen för utveckling minskar. Lyhördheten för nya initiativ kan även vara ett problem. Att lära nytt kan i vissa fall tyckas mer uppskattat av såväl ledning som kollegor, än att bli skicklig och erfaren i någon av de metoder man utbildats i. De initiativ som får genomslag i verksamheten är de där det finns en grupp som trots allt blir förtjusta i arbetssättet och vill fortsätta arbeta med det. Det är enskilda personer som ofta beskrivs som eldsjälar, och det är etablerade arbetsgrupper som trivs med att arbeta tillsammans. Om ett delprojekt genomfördes eller inte berodde i stor utsträckning på enskilda medarbetares engagemang och arbetsglädje. Ett villkor för att införandet av välfungerande metoder ska få genomslag är att man ger stöd åt medarbetare. Många av behandlarna som vi talade med beskrev att de saknade sina chefer i vardagen. Vi tror att ett sätt att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten är att chefer får tid att arbeta tillsammans med sina medarbetare. Att införa nya arbetssätt kräver långsiktigt stöd till dem som ska utföra det.

En annan aspekt av införandet av nya metoder är att förvalta spridning av kompetens. Att lära sig interventionsmetoder som CPP, TF-KBT eller Project Support är inget som man gör vid ett par enskilda utbildningsdagar. Det kräver strukturerade utbildningar av välutbildade och kunniga lärare/handledare och handledning på praktiskt arbete under lång tid i likhet med övriga psykioterapiutbildningar. De behandlare som prövat metoderna är helt eniga om att långsiktighet vad beträffar utbildning och handledning är nödvändigt för att erhålla tillräcklig kompetens. Den typen av utbildningar är inget som enskilda kommuner eller landsting kan förväntas initiera eller driva. Så länge som ansvaret för detta åligger huvudmännen kan vi förvänta oss korta inspirationsutbildningar som inte medför tillräckliga kunskaper för att förändra behandlares arbetssätt och att man i övrigt vänder sig till de utbildningsmöjligheter som marknaden tillhandahåller.

För att förbättra stödet till våldsutsatta barn krävs att en nationellt övergripande organisering och förvaltning av utbildningsmöjligheter. Vi menar att det Nationella Kunskapscentret för Våldsutsatta Barn skulle kunna få ett uppdrag att beställa utbildningar av olika universitet och högskolor som har de bästa förutsättningarna. Ett uppbyggnadsarbete av utbildningar inklusive samarbete med olika metoders utvecklare och internationella universitet har utvecklats inom ramen både för detta och andra projekt under de senaste fem åren. Det vore värdefullt att ta tillvara redan uppbyggda samarbeten och bygga vidare på dem. Det vore även värdefullt att erbjuda utbildningar på olika platser i landet, vilket skulle gynna möjligheten till nationell spridning av kunskap om insatser för våldsutsatta barn.

Referenslista

- [1] Regeringens proposition 2005/06:166 *Barn som bevittnat våld* s. 12
- [2] Socialtjänstlagen (SoL) 5 kap. 11 § tredje stycket.
- [3] Annerbäck EM, Wingren G, Svedin CG, Gustafsson PA. Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - findings from a population-based youth survey. *Acta paediatrica*. 2010, 99(8), 1229-36.
- [4] Grip K. (2012). The damage done. Children Exposed to Intimate Partner Violence and their Mothers – Towards empirically based interventions in order to reduce negative health effects in children. Akademisk avhandling, Göteborgs universitet.
- [5] Regeringens proposition 2006/07:38 Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor s. 23
- [6] Socialstyrelsen (2011). Våld – En handbok om socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld.
- [7] Hester, M., Pearson, C., Harwin, N., & Abrahams, H. (2006). *Making an impact. Children and Domestic Violence - a reader*. (2 ed.). London: Jessica Kingsley Publishers;
- [8] Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A.-M. (2001). *Slagen Dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- [9] Ekbrand, H. (2006). *Separationer och mäns våld mot kvinnor*, Göteborg University, Göteborgs universitet, Göteborg.
- [10] Shepard, M. F. (1992). Child-visiting and domestic abuse. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 71(4), 357-367.
- [11] Broberg, m.fl. (2011). *Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma – Resultat från en nationell utvärdering*. Göteborgs Universitet: Psykologiska institutionen. ISBN 978-91-633-9122-4
- [12] Almqvist, K., & Broberg, A. (2004). Barn som bevittnat våld mot mamma - en studie av kvinnor och barn som vistas på Kvinnojourer i Göteborg Göteborgs Stad, Lundby Stadsdelsförvaltning.
- [13] Hultmann, O. & Broberg, A.G. (2015). Family violence and other potentially traumatic interpersonal events among nine to 17-year-old children attending an outpatient psychiatric clinic. *Journal of Interpersonal Violence*. DOI: 10.1177/0886260515584335
- [14] Graham-Bermann, S. A., & Hughes, H. M. (2003). Intervention for Children Exposed to Interparental Violence (IPV): Assessment of Needs and Research Priorities. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 189-204.
- [15] Jouriles, E. N., McDonald, R., Spiller, L., Norwood, W. D., Swank, P. R., Stephens, N., et al. (2001). Reducing Conduct Problems Among Children of Battered Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 774-785.
- [16] McGee, C. (2000). *Childhood experiences of domestic violence*. London: Jessica Kingsley.
- [17] SOSFS 2009:22 *Socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor samt barn som bevittnat våld*. ISSN 0346-6019 Artikelnr 2009-11-28. Föreskriften upphörde 2014-10-01 då den ersattes med SOFSS 2014:4. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. ISSN 0346-6000, 0346-6019. Artikelnr. 2014-5-7.
- [18] Regeringens proposition 2012/13:10. Stärkt stöd och skydd för barn och unga.

- [19] Annerbäck, E. M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G., & Gustafsson, P. A. (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden—Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse and Neglect*, 36(7–8), 585–595. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.006>
- [20] Helm, D. (2010). Making sense of child and family assessment: How to interpret children's needs. London: Jessica Kingsley.
- [21] Arad-Davidson, B. & Benbenishty, R. (2008). The role of workers' attitudes and parent and child wishes in child protection workers' assessments and recommendation regarding removal and reunification. *Children and Youth Services Review*, 30(1), 107–121.
- [22] DePanflis, D. & Girvin, H. (2005). Investigating child maltreatment in out-of-home care: Barriers to good decision-making. *Children and Youth Services Review*, 27(?), 353–374.
- [23] Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse & Neglect*, 23(8), 745–758.
- [24] Pfister, H. & Böhm, G. (2008). The multiplicity of emotions: A framework of emotional functions in decision making. *Judgement and Decision Making*, 3(1), 5–17.
- [25] White, A & Walsh, P. (2006). *Risk assessment in child welfare. An issues paper*. Sydney: NSW Department of Community Services. Nedladdningsbar från: <http://www.community.nsw.gov.au/docswr/assets/main/documents/research/riskassessment.pdf>
- [26] Barlow, J. & Scott, J. (2010). *Safeguarding in the 21st century: Where to now*. Dartington: Research in practice
- [27] Baumann, D., Dalglieish, L.I., Kern, H.D., & Fluke, J.D. (2011). *The decision-making Ecology*. Washington, DC: American Humane Association.
- [28] Van Nijnatten, C. & Jongen, E. (2011). Professional conversations with children in divorce-related child welfare inquiries. *Childhood*, 18(4), 540–555. doi:10.1177/0907568211398157
- [29] Leira, H. K. (1990). Fra tabuisert trauma til anerkjennelse og erkjennelse. Del I: Om arbeid med barn som har erfart vold i familien. Del II: En modell for intervensjon med barn og unge som har erfart vold i familien. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 27, 16–22 och 99–105
- [30] Christensen, Else (1988) *Opvækst eller overlevelse*. Köpenhamn: SIKON
- [31] Cederborg, A-C. (2010). *Att intervju barn: vägledning för socialsekreterare*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2010: 4.
- [32] Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60(6), 628–648. doi: 10.1037/0003-066x.60.6.628.
- [33] SBU. (2012). Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. (Version 2013-05-16 ed.). Stockholm.
- [34] Jergeby, U., Miranda, J., & Stranz, H. (2008). Socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).
- [35] Acosta, J., Barnes-Proby, D., Harris, R., Francois, T., Hickman, L. J., Jaycox, L. H., & Schultz, D. (2012). An Examination of Measures Related to Children's Exposure to Violence for Use by Both Practitioners and Researchers. *Trauma Violence & Abuse*, 13(4), 187–197. doi: 10.1177/1524838012454943.

- [36] Earls, M. F., & Hay, S. S. (2006). Setting the stage for success: Implementation of developmental and behavioral screening and surveillance in primary care practice - The North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. *Pediatrics*, 118(1), E183-E188. doi: 10.1542/peds.2006-0475
- [37] Cashel, M. L. (2002). Child and adolescent psychological assessment: Current clinical practices and the impact of managed care. *Professional Psychology-Research and Practice*, 33(5), 446-453. doi: 10.1037//0735-7028.33.5.446.
- [38] Angold, A., & Fisher, P. W. (1999). Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology. In D. Shaffer, C. P. Lucas & J. E. Richters (Eds.), *Interviewer-based interviews*. New York: Guilford.
- [39] Basco, M. R., Bostic, J. Q., Davies, D., Rush, A. J., Witte, B., Hendrickse, W., & Barnett, V. (2000). Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1599-1605. doi: 10.1176/appi.ajp.157.10.1599
- [40] Tenney, N. H., Schotte, C. K. W., Denys, Dajp, van Megen, Hjgm, & Westenberg, H. G. M. (2003). Assessment of DSM-IV personality disorders in obsessive-compulsive disorder: Comparison of clinical diagnosis, self-report questionnaire, and semi-structured interview. *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 550-561. doi: 10.1521/pedi.17.6.550.25352)
- [41] Garland, A. F., Kruse, M., & Aarons, G. A. (2003). Clinicians and outcome measurement: What's the use? *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(4), 393-405. doi: 10.1007/bf02287427
- [42] Hatfield, D. R., & Ogles, B. M. (2007). Why some clinicians use outcome measures and others do not. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(3), 283-291. doi: 10.1007/s10488-006-0110-y
- [43] Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2010). Understanding Barriers to Evidence-Based Assessment: Clinician Attitudes Toward Standardized Assessment Tools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(6), 885-896. doi: 10.1080/15374416.2010.517169
- [44] Socialstyrelsen (2012) Om evidensbaserad praktik. Övrig publikation från Socialstyrelsen.
- [45] Hall, C. L., Moldavsky, M., Baldwin, L., Marriott, M., Newell, K., Taylor, J., Hollis, C. (2013). The use of routine outcome measures in two child and adolescent mental health services: a completed audit cycle. *Bmc Psychiatry*, 13. doi: 10.1186/1471-244x-13-270.
- [46] Hall, C. L., Moldavsky, M., Taylor, J., Sayal, K., Marriott, M., Batty, M. J., Hollis, C. (2014). Implementation of routine outcome measurement in child and adolescent mental health services in the United Kingdom: a critical perspective. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(4), 239-242. doi: 10.1007/s00787-013-0454-2
- [47] Wike, T. L., Bledsoe, S. E., Manuel, J. I., Despard, M., Johnson, L. V., Bellamy, J. L., & Killian-Farrell, C. (2014). Evidence-Based Practice in Social Work: Challenges and Opportunities for Clinicians and Organizations. *Clinical Social Work Journal*, 42(2), 161-170. doi: 10.1007/s10615-014-0492-3
- [48] APA. (2006). Presidential task force on evidence-based practice. Evidence-based practice in psychology. *The american psychologist*, 61, 271-285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271

- [49] Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't - It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- [50] Thyer, B. A., & Pignotti, M. (2011). Evidence-Based Practices Do Not Exist. *Clinical Social Work Journal*, 39(4), 328-333. doi: 10.1007/s10615-011-0358-x
- [51] Addis, M. E. (2002). Methods for disseminating research products and increasing evidence-based practice: Promises, obstacles, and future directions. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9(4), 367-378. doi: 10.1093/clipsy/9.4.367
- [52] Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*: Tampa, FL: University of South Florida Louis de la Parte Florida Mental Health Institute The National Implementation Research Network.
- [53] Glasgow, R. E., & Emmons, K. M. (2007). How Can We Increase Translation of Research into Practice? Types of Evidence Needed. *Annual Review of Public Health*, 28, 413-433. doi: 10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144145
- [54] Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H., & Willging, C. E. (2011). The Soft Underbelly of System Change: The Role of Leadership and Organizational Climate in Turnover During Statewide Behavioral Health Reform. *Psychological Services*, 8(4), 269-281. doi: 10.1037/a0026196
- [55] McKibbin, K. A., Lokker, C., Wilczynski, N. L., Ciliska, D., Dobbins, M., Davis, D. A., . . . Straus, S. E. (2010). A cross-sectional study of the number and frequency of terms used to refer to knowledge translation in a body of health literature in 2006: a Tower of Babel? *Implementation Science*, 5. doi: 10.1186/1748-5908-5-16
- [56] Kimberly, J., & Cook, J. M. (2008). Organizational measurement and the implementation of innovations in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(1-2), 11-20. doi: 10.1007/s10488-007-0143-x
- [57] Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. doi: 10.1007/s10488-010-0327-7
- [58] Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 171-182. doi: 10.1016/s0740-5472(02)00231-3
- [59] Aarons, G. A., & Palinkas, L. A. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare: Service provider perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(4), 411-419. doi: 10.1007/s10488-007-0121-3
- [60] Sundell, K. Hansson, K., Löfholm, C., Olsson, T. Gustle, L. & Kadesjö, C. (2008). The transportability of multisystemic therapy to Sweden: short-term results from a randomized trial of conduct-disordered youths. *Journal of Family Psychology*, 22(4): 550-560.
- [61] Bowen, D., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D. & Fernandez, M. (2009). How We Design Feasibility Studies. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 452-457. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.002

- [62] Australian Centre for Posttraumatic Mental Health and Parenting Research Centre (2013). Approaches targeting outcomes for children exposed to trauma arising from abuse and neglect – Evidence, practice and implications. Report prepared for the Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health and Parenting Research Centre: Authors. (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health & Parenting Research Center, 2013).
- [63] Graham-Bermann, S. A., Lynch, S., Banyard, V., Devoe, E. R., & Halabu, H. (2007). Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence: An efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 199-209. doi: 10.1037/0022-006x.75.2.199
- [64] McDonald, R., Jouriles, E. N., & Skopp, N. A. (2006). Reducing conduct problems among children brought to women's shelters: Intervention effects 24 months following termination of services. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 127-136. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.127
- [65] Cohen, J.A, Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- [66] Lieberman, A.F., Ghosh Ippen, C., Van Horn, P.J. (2006). Child-Parent Psychotherapy: Six month follow-up of a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(8), 913-918.
- [67] Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence A Randomized Controlled Trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(1), 16-21.
- [68] Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 853-860. doi: 10.1111/j.1365-2885.2010.01243.x
- [69] Cohen, J. & Mannarino, A. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9): 1228-1235.
- [70] Deblinger, E., Stauffer, L. & Steer, R. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioural group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6(4): 332-343.
- [71] Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy for Children and Parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(4), 158-162.
- [72] Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2012). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreat*, 17(3), 231-241. doi: 10.7755/9512451787 [pii]
- [73] Silverman, Wendy K., Ortiz, Claudio D., Viswesvaran, Chockalingham, Burns, Barbara J., Kolko, David J., Putnam, Frank W., & Amaya-Jackson, Lisa. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156 - 183.

- [74] Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., . . . Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 43(3), 356-369. doi: 10.1080/15374416.2013.822307
- [75] Broberg, Anders G, & Hultmann, Ole (2011). Project Plan. Assessment and Treatment in Child- and Adolescent Psychiatry for Children Subjected to Violence in Their Families – a Randomized Controlled Study.
- [76] Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1980). Ghosts in the Nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired Infant-Mother Relationships. I: S. Fraiberg (red.), *Clinical Studies in Infant Mental Health. The First Year of Life*. London: Tavistock. New York: Basic Books. Sv. översättn. (1990), *Det första levnadsåret. Om spädbarns psykiska hälsa* (s. 185). Stockholm: Natur & Kultur.
- [77] Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment. New York: The Guilford Press.
- [78] Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2004). Don't hit my mommy: A manual for child parent psychotherapy with young witnesses of family violence. Zero to Three Press: Washington, D.C.
- [79] Lieberman, A.F., Van Horn, P.J., & Ghosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-Parent Psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241-1248.
- [80] Cicchetti D., Toth S.L., Rogosch F.A. (1999). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment and Human Development* 1, 34-66.
- [81] Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S.L. (2000). The efficacy of Toddler-Parent Psychotherapy for fostering cognitive development in offspring. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 28, 135-148.
- [82] Toth, S. L., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2006). The efficacy of Toddler-Parent Psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1006-1016.
- [83] Weiner, D.A., Schneider, A., & Lyons, J.S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth : Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31, 1199-1205.
- [84] McDonald, R., Dodson, M. C., Rosenfield, D., & Jouriles, E. N. (2011). Effects of a parenting intervention on features of psychopathy in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(7), 1013-1023. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10802-011-9512-8
- [85] Jouriles, E. N., McDonald, R., Rosenfield, D., Norwood, W. D., Spiller, L., Stephens, N., & Ehrensaft, M. (2010). Improving parenting in families referred for child maltreatment: A randomized controlled trial examining effects of project support. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 328-338. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0019281
- [86] Graham-Bermann, S. A. (2000). Evaluating Interventions for Children Exposed to Family Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 4(1), 191-215.

- [88] Basu, A., Malone, J. C., Levendosky, A. A., & Dubay, S. (2009). Longitudinal treatment effectiveness outcomes of a group intervention for women and children exposed to domestic violence. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2(2), 90-105. doi:10.1080/19361520902880715.
- [89] Graham-Bermann, S. A., Howell, K. H., Lilly, M., & DeVoe, E. (2011). Mediators and Moderators of Change in Adjustment Following Intervention for Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(9), 1815-1833. doi: 10.1177/0886260510372931.
- [90] Miller, L. E., & Graham-Bermann, S. A. (2013). Intervention to reduce traumatic stress following intimate partner violence: An efficacy trial of the moms' empowerment program (MEP). *Psychodynamic Psychiatry*, 41(2), 329-350.
- [91] Cater, Å. K. & Grip, K. (2014) Kids Club i Sverige – resultat från en förstudie av en metod för att stödja barn som upplevt våld mot mamma, Working papers and reports in social work 2014:4, Örebro Universitet.
- [92] Hall, D. B., & Elliman, D. (Eds.). (2003). *Health for all Children*. Oxford: Oxford University Press.
- [93] Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening Women for Intimate Partner Violence: A Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Annals of Internal Medicine*, 156(11), 796-808.
- [94] Socialstyrelsen (2014). Att vilja se, vilja veta och våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet. Stockholm.
- [95] Broberg, A., Almqvist, K., Axberg, U., & Eriksson, M. (2008). Utvärdering av stödinsatser riktade till barn som bevittnat våld i familjen och deras mammor *Projektplan*. Göteborg: Psykologiska institutionen. Se referens 11.
- [96] Hedtjärn, G., Hultmann, O., & Broberg, A. (2009). Att fråga mammor till barn som är aktuella på BUP om de varit utsatta för våld av sin partner. *Lakartidningen*, 106(48), 3242-3247.
- [97] Plichta, S. B. (2007). Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(2), 226-239. doi: 10.1177/1524838007301220
- [98] Hultmann, O., Möller, J., Ormhaug, S. M., & Broberg, A. (2013). Asking Routinely About Intimate Partner Violence in a Child and Adolescent Psychiatric Clinic: A Qualitative Study. *Journal of Family Violence*, 1-12. doi: 10.1007/s10896-013-9554-5
- [99] MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L.-A., Worster, A., . . . Webb, M. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: A randomized trial. *JAMA*, 296(5), 530-536. doi: 10.1001/jama.296.5.530
- [100] Dowd, M. D., Kennedy, C., Knapp, J. F., & Stallbaumer-Rouyer, J. (2002). Mothers' and health care providers' perspectives on screening for intimate partner violence in a pediatric emergency department. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 156(8), 794-799. doi: 10.1001/archpedi.156.8.794
- [101] Erickson, M. J., Hill, T. D., & Siegel, R. M. (2001). Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting. *Pediatrics*, 108(1), 98-102. doi: 10.1542/peds.108.1.98
- [102] Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., & Friedmann, P. (2002). Barriers to Screening for Domestic Violence. *Journal of General Internal Medicine*, 17(2), 112-116. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10233.x

- [103] Coker, A. L., Bethea, L., Smith, P. H., Fadden, M. K., & Brandt, H. M. (2002). Missed opportunities: Intimate partner violence in family practice settings. *Preventive Medicine*, 34(4), 445-454. doi: 10.1006/pmed.2001.1005
- [104] Chamberlain, L., & Perham-Hester, K. A. (2002). The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women and Health*, 35(2), 55-69.
- [105] Cohen, S., De Vos, E., & Newberger, E. (1997). Barriers to Physician Identification and Treatment of Family Violence: Lessons From Five Communities. *Academic Medicine*, 72(1), 19-25.
- [106] Jonassen, J. A., & Mazor, K. M. (2003). Identification of physician and patient attributes that influence the likelihood of screening for intimate partner violence. *Academic Medicine*, 78(10), S20 - S23.
- [107] Garimella, R., Plichta, S. B., Houseman, C., & Garzon, L. (2000). Physician Beliefs About Victims of Spouse Abuse and About the Physician role. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 405-411.
- [108] Juth, N., & Munthe, C. (2012). Etiska aspekter på rutinfrågor om våldutsatthet i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Stockholm.
- [109] Hellsten, M. (2014). Beskrivning av en process vid införande av forskning/implementering av nya behandlingsmetoder på en barnpsykiatrisk mottagning i Göteborg. BUP-mottagning Gamlestaden. Göteborg.
- [110] UNICEF (1989). Barnkonventionen. FN:s konvention om barnets rättigheter. Unicef Sverige.
- [111] Saywitz, K. & Camparo, L. (1998). Interviewing child witnesses: A developmental perspective. *Child Abuse & Neglect*, 22, 825-843.
- [112] Holliday, R.E. (2003). The effect of a prior cognitive interview on children's acceptance of misinformation. *Applied Cognitive Psychology*, 17, 443-457
- [113] Hutchby, I. (2005). "Active Listening": Formulations and the elicitation of feelings-talk in child counselling. *Research on Language & Social Interaction*, 38, 303-329.
- [114] Heritage, J. (2002). Oh-prefaced responses to assessments: a method of modifying agreement/disagreement, in Cecilia Ford, Barbara Fox and Sandra Thompson (eds), *The Language of Turn and Sequence*, New York, Oxford University Press, 2002:196-224.
- [115] Socialstyrelsen (2013) *Om enkätverktyget Beredskap för förändring*. Stockholm: Socialstyrelsen
- [116] Socialstyrelsen (2015) Från enskilt ärende till nationell statistik. Barn behov i centrum (BBIC). Stockholm: Socialstyrelsen
- [117] Tarescavage, A. M., & Ben-Porath, Y. S. (2014). Psychotherapeutic Outcomes Measures: A Critical Review for Practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 808-830. doi: 10.1002/jclp.22080
- [118] Cumming, G., & Finch, S. (2001). A primer on the understanding, use, and calculation of confidence intervals that are based on central and noncentral distributions. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 530-572.
- [119] SOFSS 2014:4. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. ISSN 0346-6000, 0346-6019. Artikelnr. 2014-5-7.
- [120] <http://sdqinfo.org/UK3yearNorm.html>

- [121] Eyberg, S. & Pincus, D. (1999). ECBI Eyberg Child Behavior Inventory and SESBI-R Sutter - Eyberg Student Behavior Inventory - Revised, Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- [122] Fixsen, D., Blase, K., Naoom, S., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531-540. doi: 10.1177/1049731509335549
- [123] Hassling, Tua. (2015). "Vad är det som gör att du inte vänder dig till dina föräldrar när du har det så svårt?" – om att få mod och möjlighet att arbeta med anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT). Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet. Göteborg.
- [124] Socialtjänstlagen (SoL) 11 kap. 10§
- [125] Stover, C, Hahn, H, Im, J J Y, & Berkowitz, S. J. (2010). Agreement of parent and child reports of trauma exposure and symptoms in the early aftermath of a traumatic event. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(3), 159-168. doi: 10.1037/a0019185
- [126] Garland, A. F., & Brookman-Frazee, L. (2013). Therapists and researchers: Advancing collaboration. *Psychotherapy Research, Published on line 14 Nov 2013*. doi: 10.1080/10503307.2013.838655
- [127] Jainar, A. K., Teelukdharry, S. R., Onalaja, D., Sridharan, S., Kaler, R. J., Sreekanth, R., & Bedi, G. (2011). Understanding the Obstacles to Evidence Based Practice in Psychiatry: Qualitative Study of Staff Perceptions. *International Medical Journal*, 18(3), 163-166
- [128] Jensen-Doss, Osterberg, Hickey, & Crossley, 2013)
- [129] Webb, S. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *British Journal of Social Work*, 31(1).
- [130] Webber, M., & Robinson, K. (2012). The Meaningful Involvement of Service Users and Carers in Advanced-Level Post-Qualifying Social Work Education: A Qualitative Study. *British Journal of Social Work*, 42(7), 1256-1274. doi: 10.1093/bjsw/bcr141
- [131] Warnick, E. M., Weersing, V. R., Scahill, L., & Woolston, J. L. (2009). Selecting Measures for Use in Child Mental Health Services: A Scorecard Approach. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(2), 112-122. doi: 10.1007/s10488-008-0203-x
- [132] Socialstyrelsen. (2014). Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010 och 2013 www.socialstyrelsen.se: Socialstyrelsen.
- [133] Mullen, E. J., Bledsoe, L. K., & Bellamy, J. L. (2008). Implementing evidence-based social work practice. *Research on Social Work Practice*, 18(4), 325-338.
- [134] Evans, S., Davies, C, & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior* 13, 131–140.
- [135] Dannehaag, C., & Ernerskog, E. (2012) "Det räcker inte med det vi gör, vi måste göra mer" – En kvalitativ studie om vad som motiverar kommuner till att införa en ny metod för barn som upplevt våld. C-uppsats, Örebro universitet: Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete.
- [136] Cater, Åsa K. & Grip, Karin (2014) Kids Club i Sverige – resultat från en förstudie av en metod för att stödja barn som upplevt våld mot mamma, Working papers and reports in social work 2014:4, Örebro Universitet.

- [137] Gardner, F., Montgomery, P., & Knerr, W. (2015). Transporting Evidence-Based Parenting Programs for Child Problem Behavior (Age 3-10) Between Countries: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 1-14. doi: 10.1080/15374416.2015.1015134
- [138] Pearlman, L. & Caringi, J. (2009). Living and working self-reflectively to address vicarious trauma. I C. Courtois & J. Ford (red) *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-based guide*. New York & London: The Guilford Press.
- [139] Nilsson, P. (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- [140] Koerting, J., Smith, E., Knowles, M., Latter, S., Elsey, H., McCann, D., Thompson, M. & Sonuga-Barke, E. (2013) Barriers to, and facilitators of, parenting programmes for childhood behavior problems: a qualitative synthesis of studies of parents and professionals' perceptions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(11): 653-670.
- [141] Gardner, F., Montgomery, P., & Knerr, W. (2015). Transporting Evidence-Based Parenting Programs for Child Problem Behavior (Age 3-10) Between Countries: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 1-14. doi: 10.1080/15374416.2015.1015134
- [142] Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2007). Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *Journal of Womens Health*, 16(7), 987-997. doi: DOI 10.1089/jwh.2006.0239
- [143] Ellsberg, M., Jansen, H. A. F. M., Heise, L., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., & Health, WHO Multicountry Study Womens. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371(9619), 1165-1172.
- [144] Almqvist, K, & Broberg, A G. (2003). Young children traumatized by organized violence together with their mothers – The critical effects of damaged internal representations *Attachment & Human Development* 5(4), 367-380. doi: DOI: 10.1080/14616730310001633447
- [145] Gewirtz, A. H., DeGarmo, D. S., & Medhanie, A. (2011). Effects of Mother's Parenting Practices on Child Internalizing Trajectories Following Partner Violence. *Journal of Family Psychology*, 25(1), 29-38. doi: 10.1037/a0022195
- [146] Schechter, D. S., Willheim, E., McCaw, J., Turner, J. B., Myers, M. M., & Zeanah, C. H. (2011). The Relationship of Violent Fathers, Posttraumatically Stressed Mothers and Symptomatic Children in a Preschool-Age Inner-City Pediatrics Clinic Sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(18), 3699-3719. doi: 10.1177/0886260511403747

Bilagor

BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRISKA VERKSAMHETER

Barn- och ungdomspsykiatri tillhör Hälso- och sjukvården. Man kan komma till Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) på olika sätt, via remisser från vårdgrannar, så kallade egenremisser via BUP:s telefonrådgivning eller egen skriven remiss. Man kan också söka akut till BUP.

Delprojekt I, Risk/skyddsintervjuer

1. BUP i Ludvika, Landstinget Dalarna

Team bestående av läkare, psykologer, socionomer, sjuksköterska och vårdadministratörer. Ca 150 nybesök per år.

2. BUP Södra Bohuslän (SÖBO)– Västra Götalandsregionen

Mottagningen består av fyra geografiskt utlokaliserade enheter; Mölndal, Härryda, Partille och Öckerö. Tillsammans har enheterna ca 25 behandlare och tar varje år mot ca 450 nybesök. Team bestående av läkare, psykologer, socionomer, sjuksköterska och vårdadministratörer.

3. BUP Ronneby, Landstinget Blekinge.

Team bestående av läkare, psykologer, socionomer, sjuksköterska och vårdadministratörer. Ca 150 nybesök per år.

4. BUP Falköping – Skaraborgs sjukhus – Västra Götalandsregionen

På mottagningen arbetar 10 behandlare motsvarande 9 heltidstjänster. Verksamheten har ett nära samarbete med BUP-verksamheterna i Lidköping, Mariestad och Skövde. Varje år har BUP-mottagningen i Falköping cirka 150 nybesök. Medverkade även i delprojekt II, Insatstrappan, och delprojekt III: TF-KBT. Ingår även i underlaget för analys i del I avsnitt A och B.

5. BUP Mariestad – Skaraborgs sjukhus – Västra Götalandsregionen

På mottagningen arbetar utöver administrativ personal 7 behandlare (2 psykologer, 3 socionomer, 2 sjuksköterskor) motsvarande 7 heltidstjänster. Under 2013 tog verksamheten emot cirka 140 remisser. Medverkade även i delprojekt II, Insatstrappan, och delprojekt III: TF-KBT. Ingår även i underlaget för analys i del I avsnitt A och B.

6. BUP Trollhättan – NU Sjukvården, NÄL – Västra Götalandsregionen

På mottagningen arbetar 21 behandlare (8 psykologer, 6 kuratorer, 3 läkare och en behandlingschef) utöver chef och administrativ personal. Alla tjänster är i grunden heltidstjänster. Verksamheten tar emot cirka 440 nybesök per år. Medverkade även i delprojekt II, Insatstrappan, och delprojekt III: TF-KBT. Ingår även i underlaget för analys i del I avsnitt A och B.

Delprojekt III, Prövning av insatser, delprojekt CPP***7. BUP Karlstad – Landstinget i Värmland***

Tar hand om och hjälper barn och unga mellan 0-18 år och för att förebygga, lindra och behandla psykisk sjukdom och störning. Antal behandlare: 8 psykologer, 4 PTP-psykologer, 22 sjuksköterskor, 26 kuratorer, 7 läkare, 9 skötare, 3 pedagoger, 2 logoped, 1 fysioterapeut och en arbetsterapeut. Motsvarande 77 heltidstjänster. Antal remisser/år: 1585 st. vårdbegäran. Antal nybesök: 2013 genomfördes 820 nybesök

8. BUP Centrallasarettet Växjö – Region Kronoberg

Mottagningen i Växjö består av team som är specialiserade på olika tillstånd som exempelvis depression, självmordsproblematik, ångest, tvång, självskadebeteende, utagering, övergrepp och anknytningsproblem. Behandlingen är i huvudsak familjeinriktad men även individuell samtalsterapi eller gruppbehandling kan erbjudas. Behandlarnas profession är: psykolog (6 årsarbetare), PTP-psykolog (3åa) socionom (4,3åa), arbetsterapeut (1åa), logoped (0,75åa), sjukgymnast (1åa), skötare (8,75åa), leg psykoterapeut (4åa), läkare (3åa), ST-läkare (1,5åa) och psykiatrisjuksköterska (17åa). Antal mottagna remisser för 2014 var 900st.

9. BUP Hisingen – Sahlgrenska universitetssjukhuset – Västra Götalandsregionen

Team bestående av läkare, psykologer, socionomer, sjuksköterska och vårdadministratörer. Sju psykologer varav en specialistpsykolog, sex socionomer, två sjuksköterskor och två läkare. Verksamheten tar emot ca 550 nya patienter varje år.

SOCIALTJÄNSTEN

Enheter inom ramen för socialtjänsten.

Delprojekt I, Risk/skyddsintervjuer**Socialtjänsten i Göteborg:*****10. IFO Angered***

Göteborgs kommun. Enheten är uppdelat på en mottagningsgrupp som har gjort den första kartläggningen. Enheten som utför utredningar och skulle ha gjort risk-/skyddsbedömningarna kom inte igång med detta och är inte med i slutredovisningen. Mottagningsgruppen har ca 1200 nya ärenden per år.

11. IFO Askim, Frölunda, Högsbo

Göteborgs kommun. Enheten har ca 1000 nya ärenden per år och har 30 heltidsanställda.

12. IFO Västra Göteborg

Göteborgs kommun. Enheten har ca 750 nya ärenden per år och har 16 heltidsanställda.

13. Kriscentrum för kvinnor

Kriscentrum är Göteborg stads skyddade boende för våld utsatta kvinnor med eller utan barn Efter beslut av socialtjänsten erbjuds skyddat boende och olika former av insatser och stöd till kvinnan och barnen. På det skyddade boendet finns personal dygnet runt. Kriscentrum har även en samtalsmottagning.

14. Utväg Göteborg – Barn

Utväg är en myndighetssamverkan mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården, polisen, åklagarmyndigheten och kriminalvården i Göteborg. Utväg barn erbjuder stödinsatser till barn individuellt eller i grupp. Medverkade i delprojekt I- Risk och skyddsintervjuer och delprojekt II- Insatstrappan.

Socialtjänsten Hässleholm:

15. Socialtjänsten i Hässleholm.

En enhet med sju handläggare i barngruppen och nio handläggare som arbetar med tonåringar. Ca 800 nya ärenden per år.

Socialtjänsten Ludvika

16. Socialtjänsten i Ludvika.

En enhet. En grupp som arbetar med mottagning av nya familjer och en grupp som arbetar med utredning. Ca 175 nya ärenden per år.

Socialtjänsten i Malmö:

17. IFO Innerstaden,

18. IFO Norr,

19. IFO Väster,

20. IFO Öster

Fyra enheter. Nya ärenden per år på respektive enhet; ca 1000. Antal anställda 12 -15 handläggare per enhet. Malmö Söder var inkluderat i men kom aldrig igång med att samla in data.

21. Koncept Karin

I Koncept Karin samarbetar polisens brottsutredare och Malmö stads Kriscentrum under ett tak, bland annat för att ge våldsutsatta kvinnor bästa möjliga hjälp och stöd. Samarbetet bygger bland annat på samlokalisering i ett gemensamt hus. Koncept Karin riktar sig till samtliga medlemmar i familjen och även åklagare och kriminalvård ingår i samverkansmodellen. Verksamheten har sex heltidsanställda.

22. Kriscentrum Boende

Kriscentrum är Malmö stads skyddade boende för våldsutsatta kvinnor med eller utan barn. Efter beslut av socialtjänsten erbjuds skyddat boende och olika former av insatser och stöd. På det skyddade boendet finns personal dygnet runt och på Kriscentrum Boende finns ett barnteam som erbjuder enskilda samtal och barngrupp.

Socialtjänsten Stockholm

23. Kriscentrum för kvinnor och barn

(Medverkade i delprojekt I: Risk/skyddsintervjuer och delprojekt III: Project Support)

Stockholm stads Kriscentrum för kvinnor och barn är ett av Sveriges största skyddade boenden för våldsutsatta kvinnor med eller utan barn. Efter beslut av socialtjänsten i den stadsdelsförvaltning eller kommun erbjuds skyddat boende och olika former av insatser och stöd. På det skyddade boendet finns personal dygnet runt och Kriscentrums barnteam erbjuder alla förskolebarn viss pedagogisk verksamhet och skolbarnen erbjuds upprätthållande skolgång.

Socialtjänsten Strängnäs

Socialtjänsten i Strängnäs var inkluderad i projektet, men kom aldrig igång med att samla in data.

Socialtjänsten i Uppsala*24. Brogården*

Brogården är Uppsala kommuns akut- och utredningshem (HVB). Verksamheten har också en öppenvårdsenhet. Brogården riktar sig till familjer med barn, samt ensamplacerade barn i åldrarna 0 – 12 år. Brogården tar emot dygnet runt och utför utredningar antingen vid placering på institutionen eller i öppenvård. De erbjuder också olika öppenvårdsinsatser.

25. IFO Barn och unga Norr

Norr består av en barnenhet och en ungdomsenhet.

Delprojekt III, Prövning av insatser**Socialtjänsten i Karlstad***26. Familjehuset.*

Medverkade i delprojekt III: Kids' Club. Familjehuset är en behandlingsverksamhet för barn mellan 0-20 år och deras föräldrar.

27. Socialtjänsten i Kristinehamn.

I Kristinehamn gavs Kids Club av socialtjänsten i samarbete med Brottsofferjouren och Svenska kyrkan.

28. Socialtjänsten i Kungälv

I Kungälv gavs Kids Club av medarbetare från olika enheter inom socialtjänsten; Krismottagning Våld i nära relationer, Familjerättsenheten, Utförarenheten, Barn- och ungdomsenheten samt Familjerådgivningen. Stöd speciellt riktat till barn med våld i familjen ges årligen till cirka 20 barn och unga i Kungälv.

Socialtjänsten i Örebro.*29. Sputnik*

I Örebro gavs Kids Club av Sputnik, en behandlingsenhet särskilt inriktad på gruppverksamheter. På Sputnik finns lång erfarenhet av gruppverksamhet. Det är frivilligt och gratis att delta i Sputnicks gruppverksamhet.

30. Öppenvårdsgruppen

Project Support gavs av öppenvårdsgruppen, område barn och familj i Örebro. De erbjuder behandling och stöd till barnfamiljer boende i kommunen med barn i åldern 0-15 år. Olika insatser ges i hemmet eller i verksamhetens lokal och arbetar på uppdrag av socialförvaltningens utredningsenhet och familjerna själva.

Socialtjänsten i Ronneby*31. IFO Ronneby*

Deltagande i delprojekt I Risk/skyddsintervjuer har varit utredningsgruppen, där sex heltidsanställda arbetar.

32. SESAM

Project Support gavs av SESAM som är en verksamhet inom Individ- och familjeomsorgen i Ronneby kommun. De erbjuder skyddat boende och olika former av stöd och insatser till familjer som lever i destruktiva relationer eller utsatts för våldtäkt, hedersrelaterad problematik eller människohandel för sexuella ändamål. Verksamheten erbjuder också stöd till förövaren av våld i nära relationer.

Socialtjänsten i Trollhättan.*33. Resursforum*

Project Support gavs av Familjeteamet som ingår i Resursforum, som i sin tur ingår i verksamhetsområdet Familjestöd i arbetsmarknads- och socialförvaltningen Trollhättan Stad.

34. Familjeteamet

Familjeteamet deltog även i delprojekt II: Insatstrappan.

FRISTÅENDE VERKSAMHETER*35. Bojen Göteborg*

(Medverkade i delprojekt I: Risk/skyddsintervjuer och i delprojekt III: CPP)

Bojen är en verksamhet för barn och ungdomar som bevittnat våld i hemmet, en stiftelse som startade i maj 2004. Bojen vänder sig till barn och ungdomar som har upplevt våld i hemmet, och deras våldsutsatta föräldrar. Syftet med barnens gruppverksamhet är att de ska få sina behov uppmärksammade och bemötta, och att de ska få redskap att hantera sina svåra upplevelser. Personalen som arbetar på Bojen är utbildade socionomer och har lång erfarenhet av att möta barn, ungdomar och föräldrar i svåra livssituationer.

36. Förskoleteamet Tummen, Karlstad

(deltog i delprojekt III: CPP)

I Karlstad gavs CPP av förskoleteamet Tummen som är ett samverkansprojekt mellan Karlstads Kommun och Landstinget i Värmland. Projektet startade 2007. Tummen vänder sig till föräldrar med barn i förskolan. Tummen erbjuder tidiga insatser för barn som i något avseende riskerar att inte få sina behov tillgodosedda. På Tummen arbetar personal med olika yrkeskompetenser - specialpsykolog, psykolog och socionom. Föräldrar kan vända sig direkt till Tummen med frågor kring sitt barn och föräldraskap. Alla kontakter sker på frivillig basis. Tummen arbetar med råd och stöd, gruppverksamhet och enskilda samtal.

INSTRUMENT

Flera av instrumenten har använts i olika, och i några fall i samtliga, delprojekt.

FÖRÄLDER OM SIG SJÄLV

Mått på symtom på psykisk ohälsa inklusive posttraumatiska symtom.

HSCL-25 Hopkins Symptom Check List-25 (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974) ger ett mått på allmän psykisk ohälsa och innehåller 25 frågor som rör symtom på ångest, depression och somatiska besvär under den senaste veckan. Frågorna skattas på en 5-gradig skala där 0 motsvarar "inte alls" och 4 "extremt mycket". Genom att summera svaren på frågorna och sedan dividera med antalet frågor får man ett så kallat Globalt Svårighets Index, (GSI) som kan variera från 0 till 4 poäng. Instrumentet kan differentiera individer med respektive utan kliniska nivåer av psykisk ohälsa. Skalan transformerades till T-poäng, där ett värde på eller över 63 T-poäng anses utgöra kliniska nivåer av psykisk ohälsa. HSCL-25 har utvärderats mot andra kortformer av SCL-90 och bedömts som ett bra kartläggningsinstrument för psykisk ohälsa (Muller, Postert, Beyer, Furniss, & Achtergarde, 2010).

HAD The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983) innehåller 14 frågor som mäter grad av ångest och depressivitet. Instrumentet är ett välanvänt screeninginstrument för ångest och depression (Herrmann, 1997). Frågorna skattas på en fyrgradig skala. Föreslaget kliniskt gränsvärde för ångest respektive depression är 11 poäng på respektive delskala (Lisspers, Nygren, & Söderman, 1997). Föräldrarna i studien jämfördes med medelvärden från den svenska utvärderingen av HAD.

IES-R Impact of Event Scale-Revised (IES-R) (Creamer, Bell, & Failla, 2003; Vassar, Knaup, Hale, & Hale, 2011), består av 22 frågor rörande posttraumatiska stresssymtom under den senaste veckan som skattas på en femgradig skala från 0 (inte alls) till 4 (extremt mycket). IES-R har tre delskalor som motsvarar de tre huvudsymtomklustren vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) enligt DSM-IV_R; "påträngande minnen", "undvikande" och "hyperarousal". Totalpoängen kan variera från 0 till 88 poäng, där högre poäng återspeglar en högre grad av posttraumatisk stress. Instrumentet är ett välbeprövat screeninginstrument för traumasymtom. Ett formellt kliniskt gränsvärde finns inte men föreslagit gränsvärde för totalskalan är ett medelvärde på >1.89 poäng (Weiss, 2004).

MPSS-SR Modified PTSD Symptom Scale (MPSS-SR) (Falsetti, Resnick, Resick, & Kilpatrick, 1993), innehåller 17 frågor som rör traumasymtom. Allvarlighetsskalan användes som mäter hur störande och allvarliga upplevda symtom är. Symtom under de senaste två veckorna skattas på en femgradig skala från 0 (inte alls) till 4 (extremt mycket). Instrumentet översattes till svenska av forskargruppen. Föreslaget amerikanskt gränsvärde för personer i allmänhet är 32 poäng och för personer i behandling 47 poäng (Falsetti m.fl., 1993).

Mått på utsatthet för våld och andra svåra livshändelser.

LITE Life Incident of Traumatic Event (LITE) (Greenwald, & Rubin, 1999) består av 16 olika former av händelser som skattas deskriptivt om man upplevt händelsen eller ej (Nej eller ja), frekvens och ålder när det inträffade där eget svar anges. Exempel på händelser att ta ställning

till är eldsvåda, någon nära anhörig skadad eller dött eller olika former av hot eller inbrott. Varje händelse skattas utifrån emotionell påverkan i tre nivåer (inte alls-lite grann-mycket) hur upprörd eller omskakad man blev samt motsvarande för hur mycket erfarenheten besvärar idag. Skalan har två subskalor där item 1-8 kartlägger icke interpersonella händelser och item 9-15, interpersonella händelser. Det finns ingen exakt riktlinje för hur instrumentet ska beräknas men utifrån tidigare svenska studier av ungdomars (12-20år) traumatiska upplevelser upplevde 55-23% egen eller bevittnat någon annan skada sig, sjukhusvistelser, skilsmässa eller dödsfall i familjen. 21-12% hade upplevt verbala hot och fysiskt våld mot egen person eller mellan föräldrarna, nära vän blivit sjuk eller dött, bilolycka eller blivit rånad. Sammantaget hade 90% av deltagarna i studien någon gång upplevt någon av de traumatiska händelserna och instrumentet ansågs ha goda psykometriska egenskaper (Nilsson, Gustafsson, & Svedin, 2012).

CTS2 The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) (Straus, Hamby, BoneyMcCoy, & Sugarman, 1996). Endast de 39 frågor som rör personens egen våldsutsatthet användes, frågorna om egna eventuella våldshandlingar användes inte. Frågorna skattas på en skala från 0 (har aldrig hänt) till 6 (har hänt vid mer än 20 tillfällen senaste året) och 7 (har hänt tidigare men inte under det senaste året). Frekvens under det senaste året beräknades för delskalorna psykisk aggression, fysiska angrepp, sexuellt tvång och skador. Frekvensberäkningar enligt CTS2 innebär att 0, 1 och 2 kodas (0), (1) och (2), medan 3-5 gånger kodas (4), 6-10 ggr kodas (8), 11-20 ggr kodas (15) och 20 ggr eller fler kodas (25). Förekomst (prevalens) under det senaste året beräknades också för delskalorna psykisk aggression, fysiska angrepp, sexuellt tvång och skador.

Mått på självskattad föräldraförmåga.

APQ Alabama Parenting Questionnaire (APQ) (Frick, 1991; Frick, Christian, & Wootton, 1999) användes för att få ett mått på föräldrarnas självskattade uppfostringsstrategier. Instrumentet innehåller 42 frågor fördelade på sex delskalor som ger ett mått på engagemang, positiva föräldrabeteenden, uppsikt över sitt barn, inkonsekvent beteende, kroppslig bestraffning respektive övrig disciplin. Frågorna skattas på en 5-gradig skala från 1 (Aldrig) till 5 (Alltid). Exempel på frågor är: "Du talar om för ditt barn när han/hon gör någonting bra" eller "Du belönar eller ger ditt barn någonting extra för att hon/han har gjort som du har sagt eller uppträtt bra". Instrumentet har goda psykometriska egenskaper och har använts i tidigare studier rörande kopplingen mellan föräldraförmåga/ uppfostringsstrategier och barns fungerande (Dadds, Maujean, & Fraser, 2003).

PLOC Delskalan Parental Control ur instrumentet Parental Locus of Control (PLOC) (Campis, Lyman, & Prenticedunn, 1986) användes. Delskalan består av tio frågor som rör upplevd föräldrakontroll, och frågorna skattas på en 5-gradig skala från (1) "stämmer inte alls" till (5) "stämmer helt" och totalpoängen kan variera från 10 till 50. Ett högre värde motsvaras av en högre grad av upplevd brist på kontroll. Exempel på de frågor som ingår är: "Jag låter ofta mitt barn få sin vilja igenom hellre än att försöka klara av ett vredesutbrott från barnet" och "Det är lätt för mig att försöka klara av mitt barn försök att bestämma över mig". I de fall mamman hade skattat relationen till fler än ett barn, beräknades ett medelvärde för upplevd föräldrakontroll. I en svensk longitudinell studie följdes 70 barn från 33 veckors ålder till 9 år och vid 33 veckor uppmättes M 3,22 SD 0,67 och vid 9 år uppmättes M 3,49 SD 0,65 (Hagekull, Bohlin, & Hammarberg, 2001).

CHQ Caregiver Helplessness Questionnaire (CHQ) (Solomon & George, 2011) är ett formulär som ger ett mått på upplevd "hjälplos omvårdnad" hos mammor med barn mellan 3-11 år.

Skalan innefattar 18 påståenden som besvaras på en 5-gradig skala från (1) "stämmer inte alls" till (5) "stämmer helt" och kan variera från 18 till 90 poäng. Skalan har tre delskalor: hjälplöshet, rädsla och omvänd omvårdnad. Delskalan hjälplöshet avser mäta upplevd hjälplöshet i föräldraskapet, vilket här innebär att inte känna att man har kontroll över barnet eller att man känner sig misslyckad som förälder. Delskalan rädsla avses mäta upplevd rädsla inför barnet. Omvänd omvårdnad syftar på att barnet tar mycket ansvar för föräldern och det blir ombytta roller. Exempel på påståenden är "Jag är rädd för mitt barn", "När jag är med mitt barn förlorar jag ofta självbehärskningen" och "Mitt barn är mycket uppmärksam på vad andra känner och behöver". Höga poäng indikerar en hög nivå av upplevd hjälplöshet, rädsla och omvänd omvårdnad i föräldraskapet. Instrumentet är översatt av forskargruppen. I de fall mamman hade skattat relationen till fler än ett barn, beräknades ett medelvärde för upplevd hjälplöshet.

VIF Våld I Familjen (VIF) är ett frågeformulär, skapat av forskargruppen, med sex frågor till vuxna om våld i nära relationer. Fråga 1,3 och 4 är identiska med formuleringarna i standardiserat formulär; Partner Violence Screening (PVS) (MacMillan m.fl., 2006). Dessa frågor handlar om) fysiskt våld (primärt) mot en vuxen person i en parrelation inom det senaste året och vilken relation man har till denna,)om man känner sig trygg i nuvarande relation eller) upplever otrygghet gentemot en tidigare partner. VIF formuläret innehåller tillägsfrågor om våld inom de senast tre åren eller längre tillbaka i tiden och har en specifik fråga om psykiskt våld. Det finns frågor om eventuellt fysiskt och psykiskt våld mot barnet, som utövats av den som anges som förövare i parrelationen.

FÖRÄLDER OM BARN

Mått på symtom på psykisk ohälsa inklusive posttraumatiska symtom.

SDQ-P Barnets allmänna fungerande och symtom på psykisk ohälsa bedömdes med Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-P) (Goodman, 1997). Instrumentet består av 25 frågor som skattas på en tregradig skala från 0 (stämmer inte alls) till 2 (stämmer helt). De 20 frågor som utgör Totalproblemskalan användes. Föreslagit svenskt kliniskt gränsvärde har tidigare varit 14 poäng (Smedje, Broman, Hetta, & von Knorring, 1999). Det kliniska gränsvärdet (95:e percentilen) varierade i en svensk normering för pojkar respektive flickor mellan 10 till 13 år mellan 14 och 19 poäng, beroende på barnets ålder och kön, med ett medelvärde på 16 poäng (Björnsdotter, Enebrink, & Ghaderi, 2013).

ECBI Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) (Eyberg & Pincus, 1999) är ett skattningsformulär som avser mäta omfattningen av utåtagerande beteenden hos barn mellan 2-16 år. Formuläret består av två delar där intensitet (IS) och problem (PS) skattas. I den delen som mäter intensitet skattar föräldern frekvensen av 36 olika problembeteenden utifrån aldrig(1) till alltid(7). Skattningarna av IS summeras till en summa mellan 36 och 252. I problemskalan anger föräldern om de anser att beteendet upplevs som ett problem eller ej (ja=1 och nej=0) och de summeras till en summa mellan 0 och 36. Skattningar från ECBI differentierar mellan barn inom klinisk verksamhet och kontrollbarn. Totalpoängen har visat sig ha god intern validitet och god test-retest reliabilitet och i den svenska valideringen av formuläret uppmättes följande nivåer hos barn 3-10 år; IS pojkar M 90,6 SD27,6 och flickor M 85,6 SD 24,3. På PS uppmättes pojkar M3,41 SD 5,34 och flickor M 2,76 SD 4,69 (Axberg, Hanse, & Broberg, 2008). Kliniska cut off gränsvärden i USA på IS resp PS är 132 och 15.

(<http://pcit.phhp.ufl.edu/Measures/ECBI%20Restandardization.pdf>)

UCLA The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index (UCLA-index) (Steinberg, Brymer, Decker, & Pynoos, 2004) mäter posttraumatiska symtom för barn mellan 8 och 17 år. Formuläret översattes av aktuell forskargrupp. Det innehåller två delskalor. En delskala med 14 frågor rörande erfarenheter av olika typer trauman. Den andra delskalan innehåller 21 frågor om posttraumatiska symtom, som skattas på en femgradig skala från inte alls (0) till väldigt ofta (4). Skalan för posttraumatiska symtom har ett amerikanskt gränsvärde på 38 poäng (Steinberg, Brymer, Decker, & Pynoos, 2001).

TSCYC Trauma Symptom Checklist for Young Children (Briere m.fl., 2001; Nilsson, Gustafsson, & Svedin, 2012) användes för att fånga symtom på traumatisk stress. Instrumentet består av 90 frågor. Totalskalan för posttraumatisk stress användes. Föreslaget kliniskt gränsvärde är T-poäng 70 och måttlig posttraumatisk stress ligger mellan 65-69 T-poäng.

YCPC För symtom på posttraumatisk stress för yngre barn upp till 7 år användes Young Children Posttraumatic Checklist (YCPC) (Scheeringa, Zeanah, Drell & Larrieu, 1995). Formuläret är översatt av aktuell forskargrupp. Det innehåller tre delskalor. En delskala om 12 frågor rör vad för typ av traumatiska händelser som barnet har varit med om. Den andra delskalan innehåller 24 frågor om posttraumatiska stresssymtom som skattas på en femgradig skala från inte alls (0) till varje dag (4). Den tredje delskalan rör sex frågor om funktionsnedsättning på grund av eventuella posttraumatiska symtom som skattas på en femgradig skala från inte alls (0) till varje dag (4). Följande amerikanska normvärden användes som riktmärken: 26 poäng för delskalan rörande posttraumatiska stresssymtom respektive 4 poäng för delskalan funktionsnedsättning.

Utsatthet för våld och andra svåra livshändelser.

VMB Våld och Hot Mot Ditt Barn är ett frågeformulär som skapats av forskargruppen och är uppdelad i två delar. Första frågan i del 1 rör om barnet varit utsatt för våld och hot. Om föräldern svarar Ja, följer 15 frågor som rör olika typer av fysiskt och psykiskt våld som barnet kan ha utsatts för från föräldrarnas partner (till exempel hot med föremål, hot med vapen, slag med öppen hand, låst in i rum/garderob/toalett, slag med föremål). Därefter följer del 2, som handlar om barnet varit utsatt för våld och hot från någon annan vuxen. Om föräldern svarar ja följer 15 frågor som rör olika typer av fysiskt och psykiskt våld som barnet kan ha utsatts för från föräldrarnas partner (till exempel hot med föremål, hot med vapen, slag med öppen hand, låst in i rum/garderob/toalett, slag med föremål).

CTS2-Barn Frågorna ur The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) (Straus m.fl., 1996) användes. Utöver de 39 frågor som rör personens egen våldsutsatthet ombads föräldern att skatta om, och i så fall hur ofta barnet, sett, hört eller på annat sätt erfarit det våld föräldern eventuellt utsatts för. Frågorna skattas på en skala från 0 (har aldrig hänt) till 6 (har hänt vid mer än 20 tillfällen senaste året) och 7 (har hänt tidigare men inte under det senaste året) samt 8 (har aldrig hänt). Frekvens under det senaste året beräknades för delskalorna psykisk aggression, fysiska angrepp, sexuellt tvång och skador. Frekvensberäkningar enligt CTS2 innebär att 0, 1 och 2 kodoas (0), (1) och (2), medan 3-5 gånger kodoas (4), 6-10 ggr kodoas (8), 11-20 ggr kodoas (15) och 20 ggr eller fler kodoas (25). Förekomst (prevalens) under det senaste året beräknades också för delskalorna psykisk aggression, fysiska angrepp, sexuellt tvång och skador.

I delprojekt I och i TF-KBT användes en förkortad version av CTS2-Barn, med enbart 8 frågor.

De åtta frågorna som valts ut från CTS2 är två frågor om psykisk misshandel, fem frågor om fysisk misshandel samt följdfrågor om barnen sett denna misshandel. Två frågor om sexuellt våld valdes bort.

Mått på social kompetens

SCS The Social Competence Scale (SCS) (Gesten, 1976; Kendall & Wilcox, 1979), innehåller tolv frågor som rör beteenden som barn kan visa i olika sociala sammanhang och ger ett mått på kommunikation, självkontroll och social förmåga. Föräldern skattar påståenden på en femgradig skala från 0 (inte alls) till 4 (väldigt bra). Exempel på frågor är "Ditt barn kan ge förslag och uttrycka sina åsikter utan att bli domderande" eller "Ditt barn kan acceptera att inte få som han/hon vill". Instrumentet innehåller också två subskalor där item 4, 7, 9, 10, 11 och 12 mäter prosocial/kommunikationsfärdigheter och emotionsreglerande förmåga mäts med item 1, 2, 3, 5, 6, och 8.

BARN OM SIG SJÄLVA

Symtom på psykisk ohälsa inklusive posttraumatiska symtom.

SDQ-S Strength and Difficulties Questionnaire självskattning (SDQ-S) (Goodman, Meltzer, & Bailey, 1998) användes för att fånga symtom på psykisk ohälsa. Instrumentet består av 25 frågor som skattas på en tregradig skala från 0 (stämmer inte alls) till 2 (stämmer helt). De 20 frågor som utgör Totalproblemskalan användes.

CRIES Children Impact of Event Scale (CRIES-8) (Perrin, Meiser-Stedman, & Smith, 2005; Vassar m.fl., 2011), är ett första screeningverktyg för posttraumatiska stressymtom som finns i två versioner. Den kortare utgörs av åtta frågor medan den längre, som också innehåller frågor om förhöjd spänning, innehåller 13 frågor. Alla frågor skattas på fyrgradiga skalor från 0 (aldrig), 1 (sällan), 2 (några gånger) och 5 (ofta). Föreslaget kliniskt gränsvärde för 8-itemversionen är 17 poäng.

TSCC Trauma Symptom Checklist (TSCC) (Nilsson, Wadsby, & Svedin, 2008) användes som ett mått på traumasymtom. Det består av 44 frågor som skattas från "0" (Aldrig) till "3" (Nästan alltid) och delas upp på fem kliniska skalor som mäter graden av ångest, depression, ilska, posttraumatiska symtom och dissociation.

Utatthet för våld och andra svåra livshändelser.

CEDV Barnets grad av våldsexponering undersöktes med två delskalor ur instrumentet Child Exposure To Domestic Violence (CEDV) (Edleson, Shin, & Armendariz, 2008). Instrumentet har översatts på svenska till Våld barnet bevittnat. Skalorna ger ett mått på grad av bevittnande av våld respektive grad av involvering i våldet. Frågorna rörande bevittnande skattas från "0" (Aldrig) till "2" (Alltid). Barnets grad av involvering i våldet skattas med en skala från "0" (Aldrig) till "2" (Nästan alltid).

CTS-C Conflict Tactics Scales – Parent Child version (CTSPC) (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998) finns i olika versioner som kan användas både för att låta föräldern beskriva sina egna uppfostringsmetoder (CTS-PC) och att låta barnet självt beskriva hur hon/han uppfattar föräldrarnas föräldrastil. (CTS-C) I den version som omfattar 17 frågor ingår fem om

psykisk misshandel och åtta frågor om fysisk misshandel samt fyra frågor om konfliktlösning utan våld. Fyra frågor om mycket allvarligt våld mot barn samt frågorna om omsorgsbrist har inte tagits med från originalversionen.

Attityder till våld

AAFV Attitudes About Family Violence (Graham-Bermann, m.fl., 2007) fångar uppfattningar och föreställningar om våld i familjen. Instrumentet består av tio frågor som skattas på en femgradig skala från 1 (Håller inte alls med) till 5 (Håller helt med). Exempel på frågor är till exempel "I de flesta familjer är det mycket bråk och slagsmål" eller "När någon blir slagen förtjänar man alltid det".

PROFESSIONELLA OM SIG SJÄLVA

BFF Organizational Readiness to Change (ORC) (Lehman, Greener, & Simpson, 2002) eller på svenska Beredskap För Förändring (BFF) användes för att få ett mått på organisationers och individers förändringsbenägenhet. En webenkät konstruerades och användes, en länk till frågorna distribuerades med epost och tre påminnelser skickades ut. BFF är ett av få mått på organisationers och individers förändringsbenägenhet som är utvärderat psykometriskt och ger ett mått på individuell och organisatorisk beredskap att införliva nya arbetssätt (Weiner, Amick, & Lee, 2008). Den svenska versionen innehåller 100 frågor, fördelade på 20 delskalor som i sin tur är indelade i fyra domäner: Motivation till förändring, Resurser, Personal samt Organisationsklimat. Varje fråga skattas på en femgradig skala från instämmer inte alls (10) till instämmer helt (50). Skalan är vänd så att ju högre poäng desto större beredskap för förändring. Föreslagit gränsvärde för beredskap för förändring är 30 poäng inom respektive domän eller delskala.

REFERENSER

- Axberg, U., Hanse, J. J., & Broberg, A. G. (2008). Parents' description of conduct problems in their children - A test of the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) in a Swedish sample aged 3-10. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(6), 497-505. doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00670.x
- Björnsdotter, A., Enebrink, P., & Ghaderi, A. (2013). Psychometric properties of online administered parental strengths and difficulties questionnaire (SDQ), and normative data based on combined online and paper-and-pencil administration. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(40), 1-9.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., . . . Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect*, 25(8), 1001-1014. doi: 10.1016/s0145-2134(01)00253-8
- Campis, L. K., Lyman, R. D., & Prenticedunn, S. (1986). The parental locus of control scale - development and validation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15(3), 260-267.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1489-1496. doi: 10.1016/j.brat.2003.07.010
- Dadds, M. R., Maujean, A., & Fraser, J. A. (2003). Parenting and conduct problems in children: Australian data and psychometric properties of the Alabama parenting questionnaire. *Australian Psychologist*, 38(3), 238-241. doi: 10.1080/00050060310001707267
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavior Sciences*, 19(1), 1-15.
- Edleson, J. L., Shin, N., & Armendariz, K. K. J. (2008). Measuring children's exposure to domestic violence: The development and testing of the Child Exposure to Domestic Violence (CEDV) Scale. *Children and Youth Services Review*, 30(5), 502-521. doi: 10.1016/j.childyouth.2007.11.006
- Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). ECBI Eyberg Child Behavior Inventory and SESBI-R Sutter - Eyberg Student Behavior Inventory - Revised, Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. G. (1993). The modified PTSD symptom scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, 16, 161-162.
- Frick, P. J. (1991). *The Alabama Parenting Questionnaire*. University of Alabama.
- Frick, P. J., Christian, R. C., & Wootton, J. M. (1999). Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. *Behavior Modification*, 23, 106-128.
- Gesten, E. L. (1976). A health resources inventory: The development of a measure of the personal and social competence of primary-grade children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 775-786.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strenght and Difficulties questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Graham-Bermann, S. A., Lynch, S., Banyard, V., Devoe, E., & Halabu, H. (2007). Community based intervention for children exposed to intimate partner violence: An efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 199-209
- Greenwald, R., & Rubin, A. (1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9(1), 61-75. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/619338711?accountid=27746>

- Hagekull, B. Bohlin, G. & Hammarberg, A. (2001). The role of parental perceived control in child development: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 25(5):429-437.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression scale - A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41. doi: 10.1016/s0022-3999(96)00216-4
- Kendall, P. C., & Wilcox, L. E. (1979). Self-control in children: Development of a rating scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1020-1029.
- Lehman, W. E. K., Greener, J. M., & Simpson, D. D. (2002). Assessing organizational readiness for change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 197-209. doi: 10.1016/s0740-5472(02)00233-7
- Lisspers, J., Nygren, A., & Söderman, E. (1997). Hospital anxiety and depression scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(4), 281-286.
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L.-A., Worster, A., . . . Webb, M. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: A randomized trial. *JAMA*, 296(5), 530-536. doi: 10.1001/jama.296.5.530
- Muller, J. M., Postert, C., Beyer, T., Furniss, T., & Achtergarde, S. (2010). Comparison of Eleven Short Versions of the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) for Use in the Assessment of General Psychopathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 246-254. doi: 10.1007/s10862-009-9141-5
- Nilsson, D., Gustafsson, P. E., & Svedin, C.-G. (2012). The psychometric properties of the trauma symptom checklist for young children in a sample of Swedish children. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 1-12. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.18505
- Nilsson, D., Wadsby, M., & Svedin, C. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for children (TSCC) in a sample of Swedish children *Child Abuse & Neglect*, 32, 627-636.
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(4), 487-498. doi: 10.1017/s1352465805002419
- Scheeringa, M. Zeanah, C. Drell, M. & Larrieu, J. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(2): 191-200.
- Smedje, H., Broman, J. E., Hetta, J., & von Knorring, A. L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(2), 63-70.
- Solomon, J., & George, C. (2011). *Disorganized attachment and caregiving*. New York: Guilford Publications Inc.
- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., & Pynoos, R. S. (2001). University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (UCLA-PTSD RI). Retrieved 27/10, 2014
- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., & Pynoos, R. S. (2004). The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index. *Current psychiatry reports*, 6(2), 96-100.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., BoneyMcCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2) - Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316. doi: 10.1177/019251396017003001
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of Child Maltreatment With the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and Psychometric Data for a National Sample of American Parents. *Child Abuse and Neglect*, 22(4), 249-270. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00174-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00174-9)

- Vassar, M., Knaup, K. G., Hale, W., & Hale, H. (2011). A meta-analysis of coefficient alpha for the Impact of Event Scales: a reliability generalization study. *South African Journal of Psychology*, 41(1), 6-16.
- Weiner, B. J., Amick, H., & Lee, S. Y. D. (2008). Conceptualization and measurement of organizational readiness for change - A review of the literature in health services research and other fields. *Medical Care Research and Review*, 65(4), 379-436. doi: 10.1177/1077558708317802
- Weiss, D. S. (Ed.). (2004). *The Impact of Event Scale-Revised* (2 ed.). New York: Guilford Press.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Delprojekt I: Kartläggning

Tabell 1. Grunduppgifter – deltagande verksamheter

Verksamhet	Antal nya ärenden per år	Del-tagit antal år	Basdat ablad (N)	Antal familjer	Antal VIF	VIF-informant **	Kön, pojke flicka N & (%)	Ålder (M & SD)	Tolk förälder (Andel Ja)
ANGG	1200	1	541		121				
VÄSG	761	0.5	4		6				
AFHG	950	0.5	21		21				
RONN	700	1.5	371		182				
NORU	400	1	36		45				
MALN	1002	1	213		113				
MALI	1134	1	45		19				
MALV	1026	1	69		47				
MALO	1286	1	41		7				
LUDV	175	1.5	148		77				
HASL	(829)***	1	(31)		25				
IFO total	8634	8214 6079*	1 489	1118	663	484¹	829 (66) 640 (44)	9.21 (5.21)	268 (18)
BUPR	169	1.5	46		44				
BUPM	450	1	140		130				
BUPL	169	1.5	28		33				
BUPFA	(1129)***	1.5	(32)		33				
BUPMA	(194)***	1.5	(56)		61				
BUPTR	(380)***	1.5	(69)		82				
BUP total	788	957 957*	214	369	383	151²	206 (56) 160 (44)	12.68 (3.27)	17 (5)
KKBS	140	1.5	181		0				
KCKG	74	1.5	74		0				
MALB	70	1	17		0				
MALK	155	1	74		0				
BROU	115	1.5	59		47				
UTVG	70	1.5	34		34				
BOJG	75	1.5	46		1				
SÄV total	699	936 608*	486	316	82	64	231 (49) 236 (51)	6.48 (4.39)	126 (26)
Total	10 121	10107 7972*	2377		1128		1077 (47) 1225 (53)	9.18 (5.13)	411 (17)

* Uppskattad antal familjer som varit aktuella i respektive verksamhetsområde. Totalt antal barn inom IFO 8214 x 0.74 och SÄV 936 x 0.65. Inom BUP registrerades inga syskon. Faktorerna grundar sig på antalet syskon som fanns i genomsnitt i inom IFO respektive BUP.

** Som huvudinformant har valts mamman i familjen om både mamma och pappa var informanter

*** Verksamheter som ej förbundit sig att upprätta basdatablad löpande. Dessa verksamheter räknas inte med i del- och totalsummor i tabellen för att få fram ett rättvisande mått på antal ärenden där basdatablad skulle upprättas.

Not 1. Andel ärenden där VIF-formuläret fylldes i av 484/6079 = 8 %. Not 2. Andel ärenden där VIF-formuläret fylldes i inom verksamheter som förbundit sig att genomföra rutinmässig kartläggning 151/957 = 16 %.

Tabell 2. VIF, CTS och VMB och risk-/skyddsbedömningar – IFO, BUP och SÄV

	VIF	VIF huvudinformeranter*	CTS	VMB	Risk-/skydds- intervjuer föräldrar, barn 9-17 år barn 5-8 år
IFO	663 (59)	484	64 (30)	58 (24)	8+2+2=12
BUP	383 (34)	292	9 (4)	10 (4)	0
SÄV	82 (7)	64	137 (65)	163 (72)	55+10+14=79
Totalt	1128 (100)	840	200 (100)	239 (100)	91

En VIF-informant per familj valdes ut. Om båda föräldrarna fyllt i VIF räknades mamman som huvudinformatant och om enbart pappan fyllt i VIF räknades han som huvudinformatant.

Tabell 3. Barnens boende – IFO och BUP

	Barnens boende		
Verksamhet	Med båda föräldrar	En eller ingen förälder	Totalt
IFO	610 (43)	797 (57)	1407 (100)
BUP	148 (41)	214 (59)	362 (100)
Totalt	758 (43)	1011 (57)	1769 (100)

121 basdatablad innehöll ingen information om barnets boende

Tabell 4. Våldsutsatt och barns boende– IFO och BUP

	Våldsutsatthet (VIF) och boende – BUP och IFO		
Boende	Ej våld	Utfall på VIF	Totalt
Med båda föräldrar	277 (81)	67 (19)	344 (100)
Med en eller ingen	282 (59)	199 (41)	481 (100)
Totalt	559 (68)	266 (32)	825 (100)

Ingen uppgift om barnets boende på 28 basdatablad

Tabell 5. Barns utsatthet för direkt våld– IFO och BUP

	PVAS/VIF – Utfall barn (fråga 5 och 6)		
	NEJ	JA	Totalt
Verksamhet			
Socialtjänsten	586 (92)	53 (8)	639 (100)
BUP	348 (93)	25 (7)	373 (100)
Totalt	934	78	1012

29 föräldrar svarade inte på någon av frågorna om fysiskt eller psykiskt våld mot barnet

Tabell 6. Överlappning mellan barns utsatthet för våld och förälders utsatthet för våld– IFO och BUP

	PVAS/VIF – våld mot Förälder (fråga 1 och 2)		
	fysiskt våld/annan skada		Totalt
PVAS/VIF Våld mot barnet	NEJ	JA	
NEJ	800 (95)	133 (77)	933
JA	39 (5)	39 (33)	78
Totalt	839 (100)	172 (100)	1011

35 informanter svarade inte på någon av frågorna

Tabell 7. Barnets boendesituation och våldutsatthet – IFO och BUP

BUP och IFO	Rapporterad fysiskt eller psykiskt våld mot barnet	Ej våld mot barnet	Total
Barnet bor hos samboende föräldrar	13 (4)	320 (96)	333 (100)
Barnet bor med endast en av de biologiska föräldrarna*	61 (13)	394 (87)	455 (100)
Annat boende	1 (10)	9 (90)	10 (100)
Total	75 (9)	723 (91)	798 (100)

I 122 fall fanns ingen uppgift om barnets boende.

Tabell 8. Förälders rapportering om egen utsatthet för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld – IFO och BUP

CTS-B IFO och BUP	Fysiskt våld (%)	Psykiskt våld (%)	Sexuellt våld (%)	Fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld (%)
Utsatt senaste året	46 (63)	59 (81)	18 (25)	60 (82)
Utsatt, men inte senaste året	12 (16)	8(11)	6 (8)	8 (11)
Har ej hänt	15 (21)	6 (8)	48 (67)	5 (7)
Total	73 (100)	73 (100)	72 (100)	73 (100)

Tabell 9. Förälders rapportering om barnet bevittnat fysiskt eller psykiskt våld mot föräldern – IFO och BUP

CTS-B IFO och BUP	Fysiskt våld (%)	Psykiskt våld (%)	Fysiskt, eller psykiskt våld (%)
Bevittnat senaste året	31 (69)	50 (70)	51 (71)
Bevittnat, men inte senaste året	11 (10)	10 (14)	9 (12)
Har ej hänt	30 (21)	11 (16)	12 (17)
Total	72 (100)	71 (100)	72 (100)

Tabell 10. Förälder rapporterar om barnets utsatthet för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld – IFO och BUP

VMB IFO och BUP	Fysiskt våld (%)	Psykiskt våld (%)	Sexuellt våld (%)	Annat våld (%)	Fysiskt, psykiskt, sexuellt eller annat våld (%)
Utsatt senaste året	35 (52)	31 (47)	2 (3)	6 (16)	43 (63)
Utsatt, men inte senaste året	6 (9)	7(11)	2 (3)	2 (6)	8 (12)
Har ej hänt	27 (39)	28 (42)	62 (94)	29 (78)	17 (25)
Total	68 (100)	66 (100)	66 (100)	37 (100)	68 (100)

Tabell 11. Förälders rapportering om egen utsatthet för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld – SÄV

SÄV	Fysiskt våld (%)	Psykiskt våld (%)	Sexuellt våld (%)	Fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld (%)
CTS-B				
Utsatt senaste året	103 (75)	123 (91)	59 (44)	124 (91)
Utsatt, men inte senaste året	15 (11)	10(7)	20 (15)	10 (7)
Har ej hänt	19 (14)	2 (2)	56 (41)	3 (2)
Total	137 (100)	135 (100)	135 (100)	137 (100)

Tabell 12. Förälders rapportering om barnets närvaro när föräldern blev utsatt för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld – SÄV

SÄV	Fysiskt våld (%)	Psykiskt våld (%)	Fysiskt, eller psykiskt våld (%)
Bevittnat senaste året	92 (69)	118 (87)	119 (88)
Bevittnat, men inte senaste året	14 (10)	9 (7)	9 (7)
Har ej hänt	28 (21)	8 (6)	7 (5)
Total	134 (100)	135 (100)	135 (100)

Tabell 13. Förälders rapportering om barnets utsatthet för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld – SÄV

SÄV	Fysiskt våld (%)	Psykiskt våld (%)	Sexuellt våld (%)	Annat våld (%)	Fysiskt, psykiskt, sexuellt eller annat våld (%)
VMB					
Utsatt senaste året	74 (43)	106 (62)	4 (2)	21 (23)	106 (62)
Utsatt, men inte senaste året	12 (7)	8(5)	0 (0)	5 (5)	16 (9)
Har ej hänt	85 (50)	57 (33)	165 (98)	67 (72)	49 (29)
Total	171 (100)	171 (100)	169 (100)	93 (100)	171 (100)

Delprojekt I: Risk-/skyddsintervjuerna

1. Intervjuer med barn i åldern fem till åtta år

Tabell 14. Våld mellan föräldrarna

	Skriket åt den andre		Gjort den andre rädd		Gjort den andre illa	
	Mamma	Pappa	Mamma	Pappa	Mamma	Pappa
Nej	8	2	12	4	14	1
Ja	3	0	3	3	0	5
Ja flera ggr	5	14	0	7	1	10
Missing	1	1	2	3	3	1

Tabell 15. Våld direkt mot barnet

	Skriket åt den dig		Gjort dig rädd		Gjort dig illa	
	Mamma	Pappa	Mamma	Pappa	Mamma	Pappa
Nej	6	4	11	5	13	6
Ja	2	5	1	3	2	2
Ja flera ggr	9	8	5	9	0	9
Missing					2	

Tabell 16 . Skalor avseende fem- till åttaåriga barns bedömning av våld i familjen

	IPV-P	IPV-M	CA-P	CA-M	DV-P	PTSS
Medelvärde	4,57	0,69	3,64	2,07	6,80	10.72
SD	2,39	0,95	1,93	1,29	3,69	4.94

IPV-P = våld mot den andre föräldern utövat av pappan IPV-M = våld mot den andre föräldern utövat av mamman

CA-P = våld direkt mot barnet utövat av pappan

CA-M = våld direkt mot barnet utövat av mamman

DV-P = våld mot mamman plus våld direkt mot barnet utövat av pappan

PTSS = summering av barnets självskattade posttraumatiska symtom

2. Intervjuer med föräldrar**Tabell 17.** iRiSk föräldraintervjuns längd i minuter

	25-44	45-60	61-75	76-90	91-120
Antal	14	19	16	2	3
Procent	26	35	30	4	6

Tabell 18. iRiSk föräldraintervjun. Barnens ålder

	0-2	3-4	5-8	9-14	15-17
Antal	10	15	21	13	2
Procent	16	24	33	21	3

Tabell 19. iRiSk föräldraintervjun. Barnens boende

	M+P tillsammans eller vx-vis	M + ev. StP	Annat
Antal	31	29	3
Procent	50	45	5

Tabell 20. Juridiska mellanhavanden mellan mamman och den man som utsatt henne för våld

	Bodelning		Vårdnad /umgänge		Brottmål	
Pågående	1	2 %	1	2 %	18	29 %
Avslutad	13	21 %	33	53 %	25	40 %
Nej	48	77 %	28	44 %	20	32 %

Delprojekt II: Insatstrappan

Tabell 21. Medelvärde (M), standardavvikelse (SD) för barnens självskattning, föräldrarnas skattning om barnen och föräldrarna om sig själva.

Instrument	M (SD)	Variationsvidd
<i>Barn om sig själva</i>		
Totalproblemskalan SDQ-S	11.50 (6.47)	1-25
CRIS	22.72 (10.40)	0-38
<i>Föräldrar om Barn</i>		
Totalproblemskalan SDQ-P	17.09 (5.96)	7-29
UCLA index barn över 8 år	26.86 (13.97)	8-52
YCPC barn upp till 8 år	18.83 (10.80)	0-30
<i>Föräldrar om sig själva</i>		
HAD Ångest	11.74 (1.90)	9-14
HAD Depression	7.74 (5.14)	1-19
IES-R	2.21 (0.70)	0.41-3.14

Delprojekt III: Insatser

Tabell 22. Andel av barnen som utsatts för våld riktat mot dem själva vid ett eller flera tillfällen en eller flera gånger

•	CPP (n = 18)	PS (n = 13)
1. Verbal aggression ex. hot med ord, kränkningar	33-67%	31-50 %
2. Hot med föremålex. livrem	18 %	8 %
3. Hot med vapen, ex. kniv	6 %	0
4. Fysisk aggression, ex. knuffar	47 %	23 %
5. Fysiskt tvång • ex. tvingad ner på knä, inlåst	28 %	8-15 %
6. Slag med öppen hand	39-47%	15 %
7. Slag med knuten näve	6 %	8 %
8. Sparkar	12 %	0
9. Sexuellt våld	6 %	15 %
10. Annat • ex. dragit i håret, bevittnat våld och hot	63 %	27 %

Tabell 23. Medelvärden (M) och standardavvikelser (SD) samt variationsvidd för mammor och barn i delstudie CPP på respektive instrument vid förmätning T1 (n = 18).

	M (SD)	Variationsvidd
<i>Vårdnadshavare om barn</i>		
CTS2-Barn prevalens totalt "bevittnat" våld	10.20 (6.44)	0-18
SDQ-Totalproblem	18.28 (8.60)	5-31
SDQ-Impact	2.50 (2.04)	0-6
SDQ-Prosocial	6.94 (1.63)	4-9
YCPC-Total	24.44 (16.77)	4-57
YCPC-Återupplevande	5.11 (3.79)	0-13
YCPC-Undvikande	4.06 (5.26)	0-13
YCPC-Förhöjd spänning	8.12 (6.23)	0-19
YCPC-Funktionsnedsättning	6.80 (5.57)	0-18
<i>Vårdnadshavare om sig själva</i>		
SCL-25	1.78 (0.84)	0.16-3.40
LITE-Non interpersonal	11.22 (15.91)	0-53
LITE-Interpersonal	24.94 (43.06)	0-133
CTS-2-frekvens psykisk aggression	51.81 (54.03)	0-135
CTS-2-frekvens fysiska angrepp	9.13 (16.65)	0-54
CTS-2-frekvens skador	1.61 (3.43)	0-11
IES-R-Total	1,79 (0,75))	8-65
IES-R-Återupplevande	2,04 (0,83))	6-31
IES-R-Undvikande	13.71 (7.54)	2-27
IES-R-Förhöjd spänning	10.78 (5.80)	0-21
APQ-Involvering	38.27 (5.28)	31-46
APQ-Positiva föräldrabeteenden	26.28 (2.59)	19-29
APQ-Brister i kontroll	14.07 (3.11)	10-21
APQ-Inkonsekvens	16.13 (4.44)	9-23
APQ-Kroppslig bestraffning	5.22 (1.63)	4-10
PLOC	2.57 (0.60)	1.70-3.50
CHQ-Hjälplöshet	14.72 (4.27)	6-26
CHQ-Rädsla	11.83 (3.28)	6-18
CHQ-Omvårdnad	19.94 (3.96)	16-28

Tabell 24. Medelvärden (M) och standardavvikelser (SD) samt variationsvidd för mammor och barn på respektive instrument i delstudie Project Support vid förmätning T1 (n = 13).

	M (SD)	Variationsvidd
<i>Mammor om barn</i>		
CTS2-Barn prevalens totalt "bevittnat" våld	7,10 (3,67)	3-14
SDQ-Totalproblem	16,92 (7,15)	7-30
SDQ-Impact	2.31 (2.59)	0-8
SDQ-Prosocial	6.69 (2.10)	2-9
YCPC-Total (n7)	15,57 (20,81)	0-61
YCPC-Återupplevande	4,86 (6,15)	0-17
YCPC-Undvikande	2,13 (4,09)	0-12
YCPC-Förhöjd spänning	4,00 (5,66)	0-16
YCPC-Funktionsnedsättning	6.88 (6,69)	0-20
ECBI- Intensitet (n = 11)	124,45 (39,51)	61-203
ECBI- Problem (n = 9)	15,00 (9,07)	0-28
<i>Mammor om sig själv</i>		
SCL-25 (n = 11)	1,55 (1,15)	0-3
CTS-2-frekvens psykisk aggression	52,67 (49,24)	0-131
CTS-2-frekvens fysiska angrepp	9,09 (19,21)	0-62
CTS-2-frekvens sexuellt tvång	13,85 (31,73)	0-91
CTS-2-frekvens skador	4,75 (9,75)	0-32
IES-R-Total	36,77 (28,48)	0-82
IES-R-Återupplevande	14,31 (10,82)	0-30
IES-R-Undvikande	13,77 (10,93)	0-30
IES-R-Förhöjd spänning	8,69 (8,36)	0-22
APQ-Involvering	36,82 (4,51)	31-45
APQ-Positiva föräldrabeteenden	23,92 (3,69)	18-28
APQ-Brister i kontroll	15,17 (3,38)	10-21
APQ-Inkonsekvens	17,27 (2,76)	12-21
APQ-Kroppslig bestraffning	5,38 (1,38)	3-9
PLOC	2.80 (0.68)	1,7-4,4
CHQ- Hjälpplöshet	17,42 (5,60)	9-28
CHQ- Rädsla	13,23 (4,85)	7-22
CHQ- Omvårdnad	19,58 (4,81)	12-27

Tabell 25. Medelvärden (M) och standardavvikelser (SD) samt variationsvidd för mammor och barn på respektive instrument vid förmätning T1 Kids' Club (n = 24)

Instrument	M (SD)	Variationsvidd
<i>Mammor om barn</i>		
CTS2-Barn prevalens totalt "bevittnat" våld	11.62 (6.75)	0-25
SDQ-totalproblem	15.39 (8.46)	2-31
SDQ-prosocial förmåga	8.18 (1.91)	4-10
SCS totalpoäng	2.11 (0.70)	0.83-3.42
TSCYC - PTS totalpoäng	43.61 (9.81)	28-63
<i>Mammor om sig själva</i>		
CTS2-frekvens psykisk aggression	95.92 (67.30)	0-215
CTS2-frekvens fysiska angrepp	41.54 (57.27)	0-265
CTS2-frekvens sexuellt tvång	24.04 (46.08)	0-175
CTS2-frekvens skador	8.50 (14.47)	0-58
APQ-Involvering	40.93 (5.34)	28-50
APQ-Positiva föräldrabeteenden	25.59 (3.37)	18-30
APQ-"Brister i kontroll"	17.15 (5.41)	10-30
APQ-Inkonsekvens	13.96 (4.02)	6-20
APQ-Kroppslig bestraffning	3.30 (0.70)	3-5
HAD-Ångest	11.21 (4.55)	2-20
HAD-Depression	8.67 (4.43)	0-17
MPSS-SR	28.29 (15.15)	4-58
<i>Barn om sig själva</i>		
AAV	22.90 (6.51)	16-37
TSCC-ångest	8.00 (4.64)	0-17
TSCC-depression	8.40 (4.88)	0-16
TSCC-ilska	5.80 (5.18)	0-17
TSCC-pts	15.00 (4.11)	9-22
TSCC-dissociation	7.20 (6.63)	0-22

Tabell 26. Behandlarnas globala skattning av metodtrohet till CPP per session (n= 137)

	1-3	4-6	7-10
Hur tog föräldern emot interventionerna som genomfördes i sessionen?	3,8 %	19 %	74,5 %
Hur mycket överensstämde sessionen med CPP's målformuleringar?	6,8 %	16,8 %	73,6 %
Hur nöjd är du själv med din insats som behandlare i den här sessionen?	5,3 %	19,8 %	71,4 %

Tabell 27. Behandlarnas skattning av i vilken omfattning de 12 målområdena i CPP har ingått i sessionen (n=137)

Målområde CPP	0 -1 = inte alls eller lite	2 = måttligt	3 = mycket
1. Utveckla empatisk relation mellan förälder – barn.	52 %	30 %	18 %
2. Öka fysisk säkerhet, ex. kartlägga risker, säkerhetsplanering	70 %	15 %	15 %
3. Stöd till familjens grundläggande behov	84 %	6 %	10 %
4. Arbeta med terapeutiska ramar och förutsättningar	65 %	20 %	15 %
5. Öka säkerhet/trygghet i samspelet förälder - barn	55 %	37 %	8 %
6. Främja emotionell ömsesidighet förälder-barn	41%	42 %	17 %
7. Förmedla och samordna vård	94 %	3 %	3 %
8. Stärka förmåga till emotionell reglering förälder - barn	49 %	34 %	17 %
9. Stärka förmåga till kroppslig reglering förälder - barn	63 %	23 %	14 %
10. Öka förälderns förståelse för barnets beteende	43 %	31 %	26 %
11. Stödja barnets återgång till normal utveckling, lek och aktivitet	43 %	27 %	30 %
12. Normalisera och öka förståelsen för reaktioner på trauma	58 %	21 %	21 %

Tabell 28. Behandlarnas globala skattning av sessionens kvalitet i Project Support (n= 113)

	1-3	4-6	7-10
Hur tog föräldern emot interventionerna?	2,1 %	18,8 %	79.1 %
Hur mycket överensstämde sessionen med PS?	5,3 %	35.7 %	59 %
Hur nöjd är du själv med din insats som behandlare?	1,1 %	25,3 %	73,7 %

Diagram 1. Föräldrarnas skattningar av barnens symtomnivåer (SDQ Total score) under behandlingstiden i CPP (n = 12).

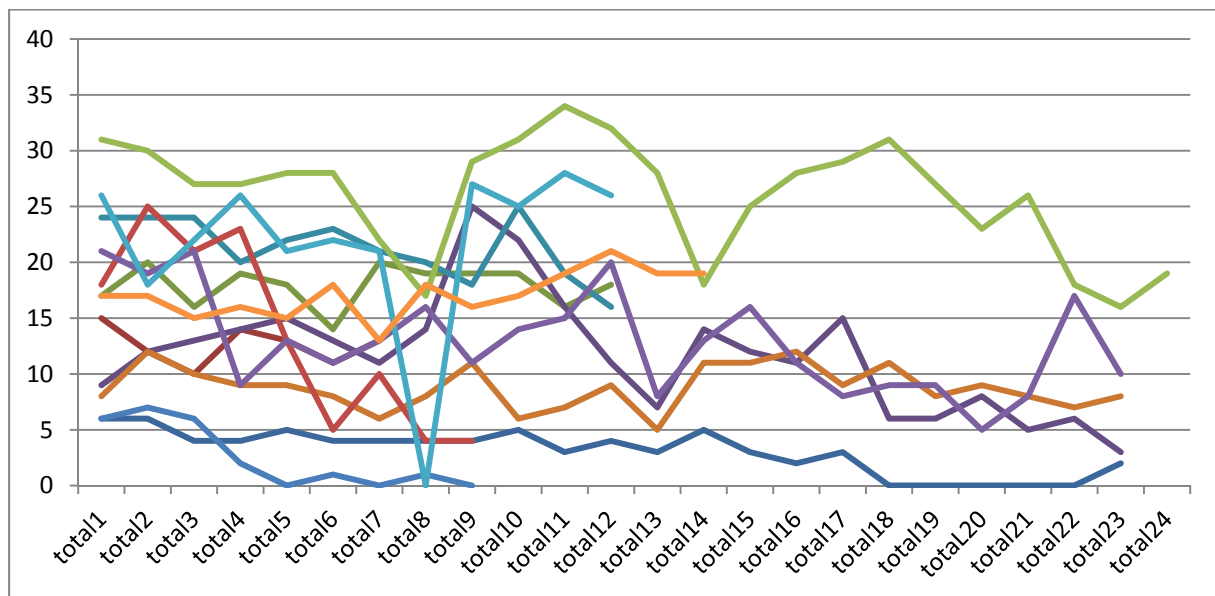


Diagram 2. Medelvärde av föräldrarnas skattning av barnens totala symtomnivå (SDQ Total score) under de 16 första sessionerna i CPP (n = 12).

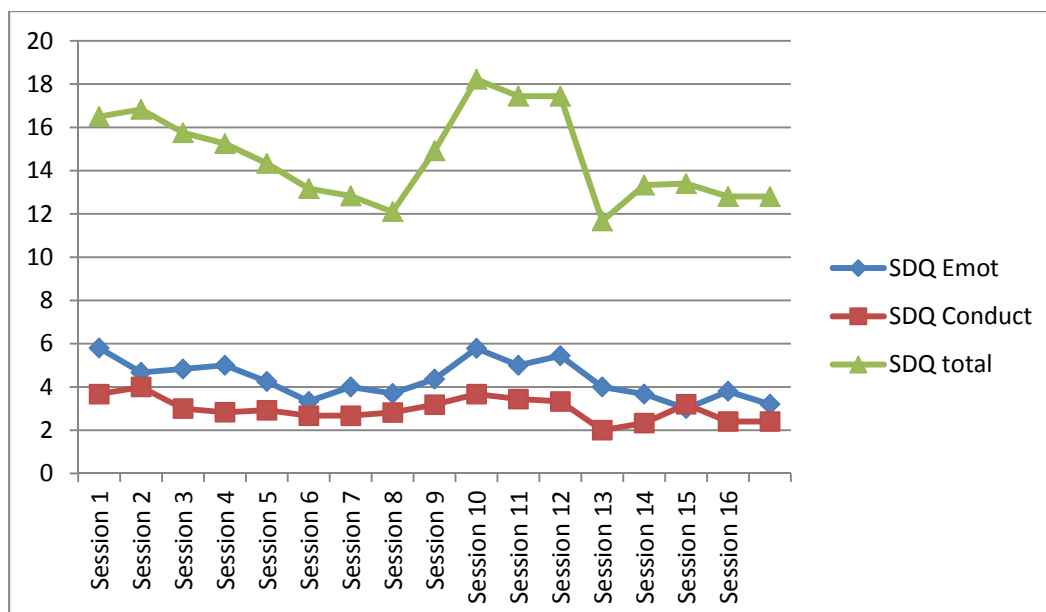
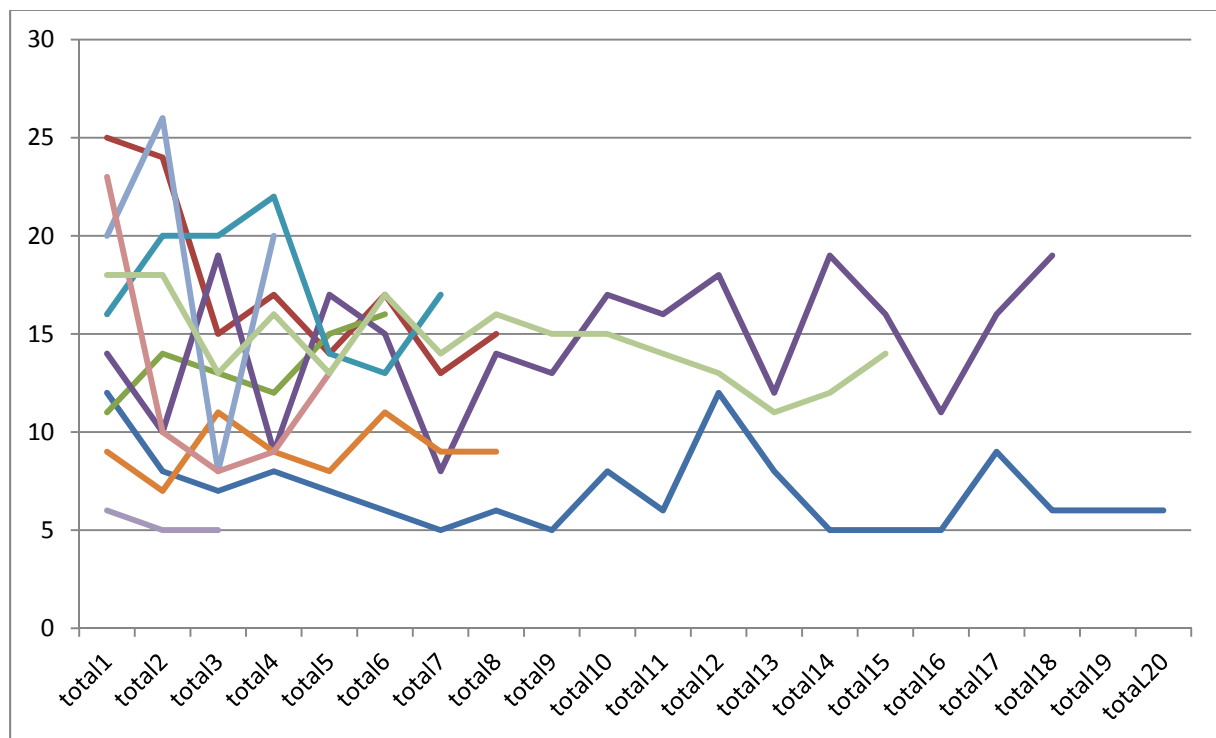
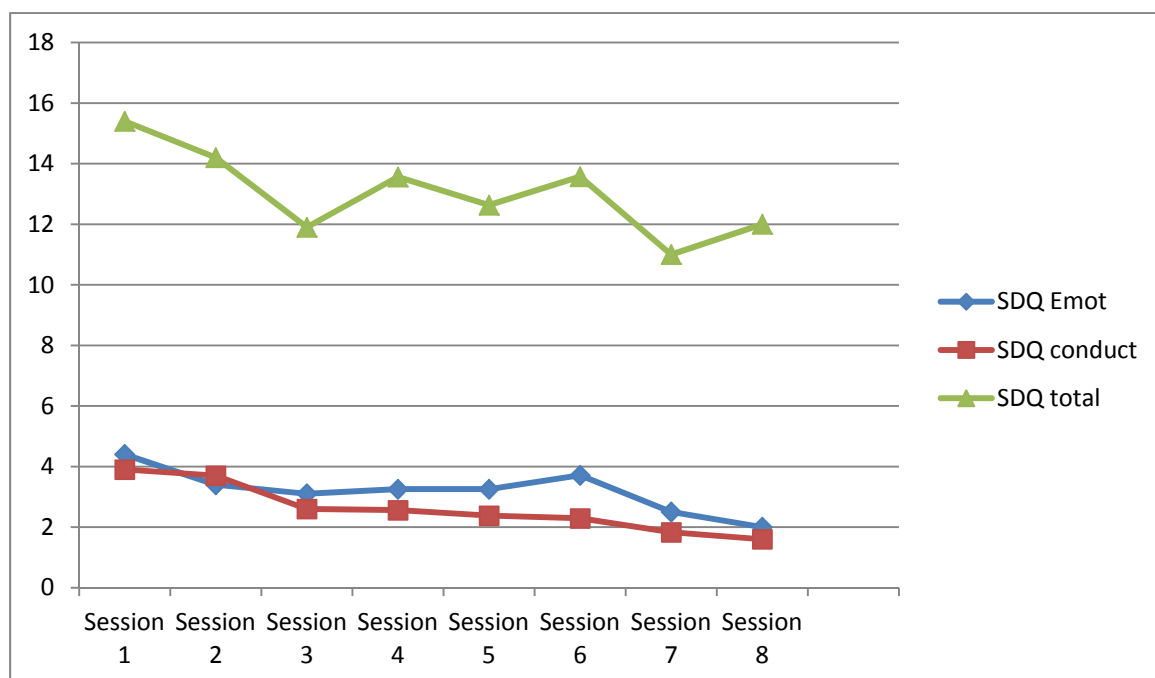


Diagram 3. Upprepade mätningar av barnens symtom på psykisk ohälsa (SDQ) per session i Project Support (n = 10)



För 10 barn fanns mer än 3 sessionsmätningar, medan endast 3 barn hade mer än tio. I diagrammet har därför endast medelvärden för barnens skattade symtom för 8 sessioner inkluderats.

Diagram 4. Medelvärdet för upprepade mätningar av barnens symtom för delskalorna emotionella svårigheter, uppförandesvårigheter respektive problem totalt på SDQ för de första åtta sessionsmätningarna i Project Support (obs ej skalenliga tidsperioder) (n = 10).



Tabell 29. Beräkningar av behandlingseffekter CPP

<i>CPP: Child Parent Psychotherapy</i>	N	Mått	M	SD	M	SD	Sign-test Wilcoxon's test; parvisa jämförelser för individer med två mätningar
Barnets symtom	T1= 18, T2=7	SDQ: Total score	18,28	8,6	8,14	6,72	n.s.
	T1= 16, T2=5	SDQ: Impact	2,5	0,75	0,14	1,20	n.s.
	T1= 18, T2=7	SDQ: Emotional symptoms	5,28	3,14	1,86	2,85	n.s.
	T1= 18, T2=7	SDQ: Conduct problems	3,67	2,11	2,0	1,92	n.s.
	T1= 18, T2=7	SDQ: Hyperaktivitet	6,61	3,31	3,43	2,82	n.s.
	T1= 18, T2=7	SDQ: Peer problems	2,72	1,9	0,86	0,9	n.s.
	T1= 18, T2=7	SDQ: Prosocial	6,94	1,63	8,14	1,57	n.s.
Barnets symtom på posttraumatisk stress	T1= 18, T2=7	YCPC: Intrusion	5,11	3,79	1,86	1,95	n.s.
	T1= 17, T2=7	YCPC: Avoidance	4,06	5,26	3,57	2,94	$p < .05$
	T1= 17, T2=7	YCPC: Increased arousal	8,12	6,23	1,57	2,15	$p < .05$
	T1= 16, T2=7	YCPC: Total score	24,44	16,77	9,43	8,89	n.s.
Föräldrars symtom	T1= 16, T2=5	IES-R: Total score	39,38	16,4	19,00	26,32	n.s.
	T1= 18, T2=7	IES-R: Arousal	10,78	5,8	4,29	6,78	$p < .05$
	T1= 17, T2=7	HSCL-25: Total score	1,78	0,84	0,69	0,78	n.s.
CPP; forts. Föräldraförståelse	T1= 18, T2=7	Parental Locus of Control	2,57	0,6	2,03	0,43	n.s.
	T1= 18, T2=7	APQ: Positive parenting	26,28	2,59	26,43	2,57	n.s.
	T1= 15, T2=6	APQ: Inconsistent discipline	16,13	4,44	14,5	2,07	n.s.
	T1= 18, T2=7	CHQ: Mother helpless	14,72	4,27	7,86	3,34	$p < .05$
	T1= 18 T2=7	CHQ Mother and child frightened	11,83	3,28	7,57	1,72	$p < .05$
	T1= 18 T2=7	CHQ: child caregiving	19,94	3,96	20,0	5,62	n.s.

Tabell 30. Beräkningar av behandlingseffekter Project Support

<i>Project Support</i>	N	Mått	M	SD	M	SD	Sign-test Wolcoxons test; parvisa jämförelser för individer med två mätningar
Barnets symtom	T1= 13, T2=8	SDQ: Total score	16,92	7,15	14,13	6,85	n.s.
	T1= 13, T2=8	SDQ: Impact	2,31	2,59	1,37	2,0	n.s.
	T1= 13, T2=8	SDQ: Emotional symptoms	4,38	2,06	3,63	2,33	n.s.
	T1= 13, T2=8	SDQ: Conduct problems	3,77	1,96	3,25	2,32	n.s.
	T1= 13, T2=8	SDQ: Hyperaktivity	5,92	3,43	4,5	3,12	n.s.
	T1= 13, T2=8	SDQ: Peer problems	2,85	2,3	2,75	1,91	n.s.
	T1= 13, T2=8	SDQ: Prosocial	6,69	2,1	6,5	2,33	n.s.
Barnets symtom på posttraumatisk stress	T1= 7, T2=5	YCPC: Intrusion	4,86	6,15	0,8	1,1	n.s.
	T1= 8, T2=5	YCPC: Avoidance	2,13	4,09	0,6	1,34	n.s.
	T1= 8, T2=5	YCPC: Increased arousal	4,0	5,66	1,0	2,24	n.s.
	T1= 8, T2=5	YCPC: Total score	15,57	20,81	2,6	4,78	n.s.
	T1= 13, T2=7	IES-R: Total score	36,77	28,48	32,57	18,17	n.s.
Föräldrars symtom	T1= 13, T2=7	IES-R: Arousal	28,08	21,15	23,71	13,12	n.s.
	T1= 13, T2=7	HSCL-25: Total score	1,55	1,15	1,17	0,83	n.s.
Föräldraförmåga	T1= 13, T2=6	Parental Locus of Control	2,8	0,68	2,37	0,82	$p < .05$
	T1= 13, T2=8	APQ: Positive parenting	23,92	3,69	26,0	3,16	$p < .05$
	T1= 11, T2=8	APQ: Inconsistent discipline	17,27	2,76	14,25	4,33	$p < .05$
	T1= 12, T2=8	CHQ: Mother helpless	17,42	5,6	10,63	3,82	$p < .05$
	T1= 13, T2=8	CHQ: Mother and child frightened	13,23	4,85	10,13	4,58	n.s.
	T1= 12, T2=8	CHQ: child caregiving	19,58	4,81	20,13	5,84	n.s.

Tabell 31. Beräkningar av behandlingseffekter Kids Club

	Instrument	Effektstorlek Cohens d	CI	t1-t2 förändring
Fridr om barn	Tot problem SDQ-P	0.59	0.12 -1.01	($t_{(20)} = 2.72, p < .05$)
	TSCYC-tot PTS	0.51	0.04-0.96	($t_{(20)} = 2.32, p < .05$)
	SCS	-	-	ej signifikant
	APQs 5 delskalor	-	-	ej signifikant
Fridr	HAD	-	-	ej signifikant
	MPSS	-	-	ej signifikant
	Attityder till våld	Ej beräknat effekt t1-t2	Ej beräknat effekt t1-t2	Ej beräknat effekt t1-t2
Barn	TSCC	Ej beräknat effekt t1-t2	Ej beräknat effekt t1-t2	Ej beräknat effekt t1-t2

iRiSk – insatser & risk-skyddsbedömningar för våldsutsatta barn

ISBN: 978-91-637-8559-7