

---

RAPPORT

# KIDS CLUB I SVERIGE

Resultat från en förstudie av en metod för att stödja barn som upplevt våld mot mamma.

Åsa Källström Cater, Karin Grip

Working Papers and Reports Social work 4 | ÖREBRO 2014



---

Editors: Anders Bruhn, Odd Lindberg

## **Förord**

Vi vill tacka de mammor och barn som tålmodigt svarat på våra frågor för att göra den här förstudien möjlig. Er hjälp är ovärderlig om vi ska kunna utveckla kunskapen om hur vi på bästa sätt ska utforma stödet till framtida våldsutsatta barn och mammor.

Vi vill också tacka de gruppleddare som besvarat våra frågor och som under denna period fått försöka anpassa sig till såväl den utbildning de fått i metoden, manualerna, sina egna yrkeserfarenheter och forskarnas önskemål om minsta möjliga förändringar av metoden under förstudien.

Särskilda tack riktar vi till Sabina Gómez Jansson, kvinnofridshandläggare i Kristinehamns kommun, som initierade implementeringen av Kids Club-metoden i Sverige och som varit en fantastisk drivkraft och samarbetspartner och Sandra Graham-Bermann, för hennes gästfrihet när vi besökte henne i Michigan och fick berättat för oss både metodens ursprung och den forskning Sandra och hennes forskarlag bedrivit.

Tusen tack till Maria Stetsko, Frida Carlsson och Sara Thunberg vid Örebro universitet för hjälpen med att genomföra och transkribera intervjuer och till universitetsadjunkt Björn Andersson för hjälp med konstruktion av webdatabas.

Den här förstudien finansierades av medel från Brottsofferfonden. Vi vill därför avslutningsvis rikta vårt varma tack till Brottsoffermyndigheten. De slutsatser som presenteras i denna rapport är dock helt våra egna.

Örebro i mars 2014

Åsa Källström Cater och Karin Grip

## Innehåll

INLEDNING .....	5
Vad våld mot mamma innebär för barn.....	6
Stödinsatser i Sverige för barn som upplevt våld mot mamma.....	6
Stödinsatser till barn internationellt .....	8
Kids Club.....	8
Utvärderingar av Kids Club .....	9
Att implementera utländska metoder inom svensk socialtjänst .....	10
Att implementera Kids Club i Sverige .....	11
Förstudiens syfte och frågeställningar.....	12
FÖRSTUDIENS METOD.....	13
Den utvärderade stödinsatsen Kids Club .....	13
Förstudiens deltagare.....	14
Gruppledarna.....	14
Barnen .....	14
Mammorna .....	15
Procedur .....	15
Bortfall .....	17
Datainsamlingsunderlag .....	17
Intervjuer med gruppledare .....	18
Intervjuer med mammor före och efter insatsen .....	18
Intervjuer med mammor som tackade nej till Kids Club .....	18
Instrument för att bedöma barnens och mammornas mående före och efter Kids Club- insatsen .....	19
Analyser och statistisk bearbetning.....	22
Analyser för den kvalitativa delstudien om implementeringen av Kids Club-metoden ..	22
Analyser för den kvantitativa delstudien om barnens och mammornas mående .....	23
Forskningsetiska överväganden .....	24
FÖRSTUDIENS RESULTAT .....	25
Hur Kids Club-metoden passar olika familjer.....	25
Kids Club-grupperna uppskattades av mammorna .....	25
Anledningar till att tacka nej till Kids Club: gruppformatet och annat stöd .....	26
Mammornas förslag och önskemål: mer information och mer tid? .....	28
Förutsättningarna för fortsatt implementering av Kids Club-metoden i Sverige.....	29
”Timeout” och svenska normer för att behandla barn.....	30
Att arbeta manualbaserat – men flexibelt – inom socialtjänsten.....	31
Att stödja barn som upplevt våld genom varsam möjlighet att tala .....	33

Parallella barn- och mamma-grupper .....	35
Att ”få ihop” en grupp .....	37
Vilka förutsättningar utbildningen och manualen gett .....	39
Resurser och organisation bakom genomförandet .....	41
Hur barnens och mammornas mående förändrats under Kids Club-insatsen .....	42
Barnen och mammorna som kom för Kids Club-insats .....	42
Förändringar för barn och mammor från före till efter Kids Club-insatsen.....	43
DISKUSSION .....	46
Sammanfattning av och kommentarer om resultaten .....	46
Förstudiens begränsningar och förslag för framtida utvärderingar .....	47
Slutsatser och rekommendationer .....	49
REFERENSER.....	50

## INLEDNING

Den här rapporten handlar om stöd till barn som upplevt våld mot sin mamma av pappan eller en annan man som mamman haft eller har en relation med, mer specifikt om Kids Club-metodens möjligheter och begränsningar för att stödja dessa barn i Sverige. Mäns våld mot kvinnor inom nära relationer är ett omfattande och allvarligt samhällsproblem. I Sverige anmäls 10 000-tals misshandelsbrott mot kvinnor utförda av en man som kvinnan lever eller har levt tillsammans med varje år (Brå 2006). Jämfört med våld mot män, är det våld som riktas mot kvinnor oftare grövre, oftare upprepat och får fler negativa konsekvenser för både den drabbade och för barnen (Brå 2009, Miller m fl 2014). Påfrestningarna och följdverkningarna av att utsättas för våld från sin partner är många och rör såväl fysisk och psykisk hälsa som social situation, boende och ekonomi. Konsekvenser på både kort och lång sikt rörande sämre psykisk och fysisk hälsa för de som drabbas är väl dokumenterade (Campbell m fl 2002). Många kvinnor som utsätts för våld från sin partner är mammor. Det grova våldet mot kvinnor, som leder till sjukhusvistelse, kulminerar i åldrarna 25 – 44 år, dvs i de åldrar då kvinnorna är mammor till förskolebarn och yngre skolbarn (Janson m fl 2011). Mammor med yngre barn är med andra ord en speciellt utsatt grupp, och i synnerhet ensamstående småbarnsmammor (SCB 2004).

Även om mammor också utövar våld mot pappor, så indikerar forskning att mäns våld mot kvinnor tenderar att vara grövre och att pappors våld mot mammor riskerar att påverka barn mer negativt än både mammors våld mot pappor och föräldrars ömsesidiga våld (Miller m fl 2014). Att som mamma utsättas för våld från sin partner innebär sannolikt delvis annorlunda påfrestningar jämfört med att utsättas när man inte har barn. Mammor har ofta i praktiken huvudansvaret för barnet/barnen och behöver upprätthålla sin föräldrafunktion och samtidigt hantera såväl eventuellt egna psykiska och fysiska besvär, som möta och hantera barnets/barnens reaktioner på våldet och eventuella problem och symtom. Mammor behöver också ofta ha någon form av fortsatt kontakt med förövaren om han är pappa till barnet/barnen, vilket i sig både kan generera stress och innebära risk för fortsatta trakasserier, hot om våld och våld (Jaffe m fl 2003). Att just mamman utsätts kan alltså av flera skäl antas svårt för barnen.

När man frågat ungdomar och unga vuxna i Sverige svarar mellan 6 och 12 % att de vid något tillfälle har upplevt våld mellan de vuxna i familjen och upp till 28 % om man också inkluderar allvarliga verbala konflikter (Annerbäck m fl 2010, Gilbert m fl 2009). Studier har också visat att mellan 2 och 4 % av tonåringar i Sverige har upprepade erfarenheter av våld mellan de vuxna i familjen (Janson m fl 2011). Siffrorna korresponderar väl med internationella siffror om barn och ungdomars rapportering av våld mellan vuxna i familjen då till exempel 12 % av holländska ungdomar (Overbeek m fl 2012) och 16 % av amerikanska ungdomar svarar att de har sådana erfarenheter (Finkelhor m fl 2009). Det är således ganska många barn som berörs av sådant våld.

I rapporten presenteras först den befintliga kunskapen om stödinsatser för barn som upplevt våld mot sin mamma. Därefter beskriver vi hur förstudien om Kids Club-metoden gick till och dess resultat. Avslutningsvis diskuterar vi vad våra slutsatser och erfarenheter innebär för utvecklingen av stödinsatser för barn som upplevt våld mot sin mamma i Sverige.

## Vad våld mot mamma innebär för barn

De negativa konsekvenser våld mot mamman generellt har på barns och ungdomars psykiska såväl som fysiska, sociala och kognitiva välbefinnande, utveckling och fungerande är väl belagda (Holt m fl 2008, Koenen m fl 2003, Pechtel & Pizzagalli 2011). På området finns hitintills fyra metaanalyser som alla pekar på en liten till måttlig effekt på framför allt psykisk ohälsa av att tvingas leva och växa upp i en familj där våld mellan de vuxna förekommer (Chan & Yeung 2009, Evans m fl 2008, Kitzmann m fl 2003, Wolfe m fl 2003). Det är dock viktigt att stödinsatser finns att erbjuda dessa barn, dels för att visa att barn har rätt att slippa våld och de konsekvenser det kan medföra, men också för de grupper av barn som lider mest av sina våldsupplevelser.

Studier visar att en hel del barn, från en tredjedel till mer än hälften av barnen, som tvingas leva med våld mellan de vuxna i sin familj inte utvecklar symtom på allvarlig ohälsa (Kitzmann m fl 2003, Spilsbury m fl 2008). Men vissa faktorer verkar ha särskild betydelse för om och hur våldet påverkar barnen. De som rapporterar mer våld mot mamma under barndomen upplever att våldet gett mer psykiska och fysiska hälsoproblem i vuxen ålder och mer våld innebär också större risk för posttraumatisk stress, depressiva symtom, ångest och självskadetankar och -beteenden i vuxen ålder samtidigt som att vara äldre när våldet först inträffar innebär en minskad risk för posttraumatisk stress och ångest (Cater m fl under review). Barn som känner sig mer hotade eller ansvariga för sina föräldrars konflikt uppvisar högre grad av svårigheter (Skopp m fl 2005). Men att åtminstone en förälder visar varma känslor gentemot barnet verkar också gynna barnets tillfredsställelse i livet på lång sikt (Miller m fl under review). En faktor som särskilt ökar risken för både enskilda typer av ohälsa och multipla psykiska eller beteendeproblem är att som barn utsättas för eller uppleva flera typer av våld eller andra riskfaktorer (Dube m fl 2002). Och våld mellan barnets omsorgspersoner ökar risken för att barnet ska utsättas för direkt våld från någon av eller båda föräldrarna (Appel & Holden 1998, Jouriles m fl 2008, Knickerbocker m fl 2007). Eftersom många faktorer påverkar om ett barn utvecklar någon typ av problem, och i så fall vilken typ, som en följd av våldet så är det också viktigt att stödinsatser anpassas till det enskilda barnets upplevelser och behov.

Barns upplevelser av våld mot mamma rymmer med andra ord en stor variation i vem eller vilka som utövar våld, vem eller vilka som utsätts för det, när i barnets liv våldet började, hur ofta det sker och hur allvarligt det är och hur dessa faktorer och andra (som t ex barnets andra erfarenheter och tillgång till stöd av sitt sociala nätverk) påverkar barnets välbefinnande. Därför utgår denna förstudie ifrån en förståelse av våld som inkluderar såväl fysiska handlingar som riskerar att åstadkomma fysiska skador som verbala hot och kränkningar och användning av makt som riskerar att skada en annans persons hälsa, utveckling eller värdighet eller kränka hennes rättigheter (jfr WHO 2002) för att återkomma till en diskussion om våldsdefinitioner i rapportens avslutande diskussion.

## Stödinsatser i Sverige för barn som upplevt våld mot mamma

Socialtjänstens ansvar för barn som upplevt våld mellan de vuxna i sin familj finns sedan 2007 förtydligt i Socialtjänstlagen i vilken socialnämnden åläggs att: ”särskilt beakta att ett barn som bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående är offer för brott och ansvara för att barnet får det stöd och den hjälp som barnet behöver” (5 kap. 11 § SoL Lag 2012:776).

Det allra viktigaste stödet till barn som upplevt våld mot mamma är att våldet upphör samt att barnet skyddas från nytt våld (Farmer 2006, Steinsvåg 2007). Utöver detta så är den mest vanliga formen av stöd i Sverige individuellt stöd i form av Trappan-samtal, även om gruppstöd numera också finns att tillgå i många kommuner (Eriksson 2010). Utvärderingar av Trappan-metoden (Cater 2009, Cater & Ekbohm 2014) och föreningen Bojens grupprogram (Grip m fl 2012) har visat att interventionerna generellt uppskattas av både barn och mammor, men att även om många barn mår bättre efter den insats de erbjudits, så har många också kvarstående problem efter insatsen. En nationell utvärdering av stödinsatser till barn som levt med våld mot sin mamma visade att både gruppriktat stöd och individuellt stöd till barn (3-13 år) generellt hade små effekter mätt som psykisk ohälsa vid start av behandling och vid uppföljning ett år senare. Många barn hade fortfarande även efter stödinsats och vid uppföljning ett år senare kliniska nivåer av psykisk ohälsa (Broberg m fl 2011, Grip m fl 2013). Mot bakgrund av dessa förhållandevis slätstrukna effekter av befintliga stödinsatser till barn som upplevt våld mot mamma, är det viktigt att testa nya metoder för att stödja dessa grupper.

Särskilt viktigt att beakta är att våldet riskerar att skada barnets relation till mamman och att bevittna våldet mot mamma kan innebära ett trauma med allvarliga konsekvenser för barnets anknytning (Cohen m fl 2006, Levendovsky m fl 2003, Lieberman m fl 2005, Peled & Davies 1995). Samtidigt har mammor, liksom barn, olika förutsättningar och är olika sårbara för påfrestningar och därför kan mammor som har fler riskfaktorer behöva mer intensivt stöd (Gewirtz & Edleson 2007). Därför är det också viktigt att utöver direkt stöd till barnen utveckla stöd till de våldsutsatta mammorna i sitt föräldraskap.

Generellt kan sägas att det pågår en uppbyggnad av både ”evidensbaserade metoder” och ”evidens om metoder” inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i Sverige. Intresse för att utveckla och kunna erbjuda bra stöd till barn som levt med våld mot mamma och till den våldsdrabbade mamman finns hos både många enskilda behandlare och hos ansvariga i kommuner i Sverige. Det är dock en lång väg kvar innan man kan säga att de stödinsatser för dessa barn och deras mammor som erbjuds i Sverige präglas av gott empiriskt stöd. Det finns därmed både ett stort behov av och utrymme för fortsatt utveckling på detta område. Ett bidrag till en sådan utveckling är att metoder som i utländska studier visat sig framgångsrika översätts till svenska och prövas här, i nära samarbete med den/de som utvecklat respektive program.

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 (Weisz m fl 2005). Till skillnad från behandlande interventioner (eng. targeted interventions), som är utformade för en viss riskgrupp som utvecklat en viss typ och grad av symtom- och problemnivå eller har en viss diagnos, karakteriseras sekundärpreventiva interventionsmetoder av att de 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 (Weisz m fl 2005). Generellt kan sägas att sådana interventioner inte är inriktade mot att behandla en viss typ av problem eller symtom som barn eller vuxna kan uppvisa och därför inte heller riktar sig enbart till barn eller vuxna med en viss grad av symtom- eller problemnivå. Det innebär att barn eller vuxna 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 är generellt inriktad på att försöka stärka en god

utveckling. För socialtjänstens del så är det i första hand sådana sekundärpreventiva insatstyper som hittills utvecklats och använts medan behandlande interventioner för barn som utvecklats en viss grad av vissa typer av problematik i första hand kan vara barn- och ungdomspsykiatrians ansvar (Broberg m fl 2011).

## Stödinsatser till barn internationellt

Internationellt finns en rad interventionsmetoder till barn som upplevt våld mot sin omsorgsperson (oftast mamman). Den mest vanliga formen av sekundärpreventiva interventioner till dessa barn är psykopedagogiskt gruppstöd (McAlister Groves 1999). Ofta erbjuds också parallellt stöd till barnens mammor (Groves & Gewirtz 2006). Tyvärr är de flesta av de interventionsmetoder som används och erbjuds inte utvärderade, eller har otillräckligt empiriskt stöd (Groves & Gewirtz 2006, Rizo m fl 2011, Stover m fl 2009). En översikt över studier rörande direkt och indirekt (via föräldrar) stöd till barn som tvingats leva med våld mot sin omsorgsperson fann 31 studier genomförda mellan 1990 till 2010 (Rizo m fl 2011). Vanliga mål för interventionsprogrammen var att informera om våld, öppna upp diskussioner kring våld och barnets erfarenheter av våld, undersöka barnets attityder till våld, stärka kommunikation och problemlösning, utveckla säkerhetsplaner, och stärka välmående och självkänsla och förmåga att hantera känslor. Svagheter i många av de publicerade studierna rörde att det var mycket små grupper eller urval (ofta färre än 40 deltagare), att det saknas jämförelse- eller kontrollgrupp, sällan fanns någon långtidsuppföljning, att bortfallet ofta var stort samt att standardiserade instrument inte använts vid utvärderingarna (Rizo m fl 2011).

Interventionsmetoder för mammor som utsatts för våld inbegriper ofta stöd att hantera traumatiska erfarenheter och stress, pedagogiska (psykoedukativa) inslag rörande våld och säkerhetsplanering. Men forskare lyfter också fram att insatser för mammor som utsatts för våld troligtvis för att vara effektiva också behöver innefatta någon form av stöd i föräldrarollen (Kubany m fl 2004). När det gäller interventionsmetoder direkt riktade till våldsutsatta kvinnor som mammor med fokus på deras föräldraskap finns få studier (Rizo m fl 2011).

I en översikt över randomiserade kontrollerade studier rörande insatser riktade till barn som levde med våld mot sin omsorgsperson (med minst 20 personer i respektive grupp) var Kids Club den enda sekundärpreventiva insats som återfanns (Stover m fl 2009). Samma översikt fann även gott empiriskt stöd för Child Parent Psychotherapy och Trauma Fokuserad Kognitiv Beteendeterapi (Stover m fl 2009), men dessa typer av interventioner är snarare behandlande än sekundärpreventiva. Det finns också ett fåtal interventionsmetoder, alla utvecklade i USA, som riktar sig till mammor som utsatts för våld i sin nära relation och som är utvärderade i randomiserade kontrollerade studier (Rizo m fl 2011). Två av dem är Project support och Child Parent Psychotherapy, som båda kan sägas vara behandlande snarare än sekundärpreventiva interventioner.

## Kids Club

Kids Club är en stödinsats utvecklad av Sandra Graham-Bermann vid University of Michigan i början på 1990-talet och riktades ursprungligen till barn och mammor som vistades på kvinnojourer eller som hade haft kontakt med socialtjänst eller polis till följd av våld mot mamman. Kids Clubs barnprogram är utformat som ett generellt stöd till barn som upplevt våld mot mamman och barnen behöver inte ha kliniska symtomnivåer för att delta (Graham-



Bermann 2000, Graham-Bermann m fl 2007). Programmets uppbyggnad är utformad med grund i social inlärningsteori (observationsinlärning) och traumateori och är en strukturerad 10-veckors gruppintervention om en timme per träff för barn mellan 6 och 12 år. (Det finns också en version för barn mellan 4 och 6 år – the Preschool Kids Club.) Grupperna bör innehålla minst fyra och högst åtta barn. Interventionen är inriktad på att öppna upp samtal kring barns erfarenheter av våld mellan de vuxna i familjen (huvudsakligen mot barnets mamma) för att hjälpa barnen att förstå att det inte är barns ansvar när vuxna använder våld och att diskutera föreställningar om våld och attityder till att använda våld vid konflikter. Programmet eftersträvar en mindre accepterande hållning till att använda våld som en konfliktlösningsmetod och interventionen syftar till att stärka barnets känslomässiga reglering och sociala beteende. Varje träff har ett tema som beskrivs i manualerna för barngrupperna (för en översikt över barnprogrammets teman, se Appendix 1).

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 barn vars mamma fick parallellt stöd hade bättre nytta och uppvisade bättre mående jämfört med barn som enbart fick eget stöd (Graham-Bermann m fl 2007). Interventionen för mammor i Kids Club (The Mom's Empowerment program) är utformat som ett generellt stöd för mammor som utsatts för våld från sin partner. Programmet innefattar tio träffar om en timme parallellt med att mammornas barn går i Kids Clubs barngrupp. Fokus ligger på att hantera föräldraskap under stress, och arbetet sker utifrån det som mammorna själva formulerar som det mest angelägna att hantera i relationen till sina barn. Vidare finns fasta inslag rörande uppfostringsstrategier, barns utveckling och hur man kan tala med barn om det våld som förekommit. Programmet syftar till att erbjuda mammor möjligheter att diskutera sina erfarenheter av våld från sin partner, uppmärksamma och diskutera konsekvenser och vanliga följdverkningar av att som barn uppleva våld mot sin mamma. Vidare är programmet inriktat mot att öka repertoaren av uppfostringsstrategier och även ge utrymme för att diskutera och ta upp oro och rädslor som föräldrar kan ha rörande sina barn. Ytterligare mål är att stärka mammornas självkänsla och känslomässiga mående. När det gäller mammagruppen är en manual under utveckling (för en översikt över mammaprogrammets teman, se Appendix 2).

## Utvärderingar av Kids Club

Kids Club-metoden har utvärderats i två studier. Den hittills enda kontrollerade randomiserade effektutvärdering som är gjord av metoden innefattade 181 barn fördelat på tre grupper: 1) kontrollgrupp, 2) Kids Club utan gruppstöd för barnets mamma och 3) Kids Club med parallellt gruppstöd för barnets mamma (Graham-Bermann m fl 2007). Barnen som fick Kids Club med parallellt gruppstöd för barnets mamma, uppvisade störst minskning av både externaliserande (utagerande) och internaliserade (inåtvända) symtom rapporterat av mamman, jämfört med barnen som fått Kids Club utan stöd till barnens mammor och med barnen i kontrollgruppen. Utvärderingen byggde i huvudsak på skattningar från barnens mammor. Barnens skattningar av sina föreställningar om och attityder till att använda våld vid konflikter i familjen innan och efter gruppstöd mättes också. De barn som fick insatsen visade förändrade attityder angående en av frågorna som rörde *"I de flesta familjer är det INTE mycket bråk och slagsmål"* jämfört med de barn som var i kontrollgruppen. Ett viktigt fynd från studien var också att cirka en fjärdedel av barnen i kontrollgruppen uppvisade en spontan förbättring genom att vid första mätningen visa kliniska symtomnivåer gällande utagerande symtom och icke-kliniska symtomnivåer senare (Graham-Bermann m fl 2007).

Det har även gjorts en mindre studie av Kids Club med en kontrollgrupp som innefattade 36 mammor och 20 barn i förskole- och skolålder (Basu m fl 2009). Resultaten från den studien visade dock inte på några statistiskt säkerställda effekter för de barn som fick Kids Club. Författarna själva pekar på det lilla urvalet och det förhållandevis stora bortfallet som en möjlig förklaring till att inga effekter kunde påvisas. Dock uppvisade barnen som ingick i kontrollgruppen klart lägre nivåer av ångest och depression jämfört med de barn som fick Kids Club (Basu m fl 2009).

Vad gäller mammorna, så finns inte mammans självrapporterade förändringar vad gäller föräldraförmåga rapporterade i den effektutvärdering som har gjorts och publicerats av Graham-Bermann och medarbetare (Graham-Bermann m fl 2007). I en artikel som undersökte mediatorer och moderatorer av effekten av Kids Club, nämns kortfattat att inga effekter kunde påvisas i mammors självskattade föräldraförmåga efter genomgången mammaprogram (Graham-Bermann m fl 2011). Däremot har man funnit en förbättring avseende mammors psykiska hälsa mätt som depression, ångest och posttraumatisk stress (Miller & Graham-Bermann 2013). Mammor till barn som också fick interventionen förbättrades allra mest, även om signifikanta förbättringar också kunde ses hos mammor vars barn fick Kids Club-insats, men inte mammorna själva, och bland kontrollgruppens mammor där vare sig barn eller mammor fick någon intervention. Samma forskargrupp har också studerat 120 mammor till barn i förskoleåldern, som antingen fick interventionen Mom's Empowerment program eller utgjorde en kontrollgrupp avseende risken för fortsatt våldsutsatthet. Mammorna intervjuades vid starten av interventionen samt 6 till 8 månader senare. Mammornas våldsutsatthet minskade både för de mammor som fick interventionen och för kontrollgruppen mammor, men de mammor som fick interventionen hade en lägre grad av fortsatt våldsutsatthet (Miller & Graham-Bermann, In press).

Det finns inga publicerade resultat av utvärderingar av den variant av Kids Club som är anpassad för barn i förskoleåldern (3 till 5 år – the Preschool Kids Club) eller av den variant av metoden som är anpassad för att kunna ges till syskon i hemmiljö (personlig kommunikation). Utöver de två utvärderingarna av Kids Club från USA beskrivna ovan finns ännu inga andra effektutvärderingsstudier publicerade. I Holland har man utvecklat en sekundärpreventiv metod – 'En nu ik...!' ('Det är min tur nu!') – som är fristående från men inspirerad av Kids Club – och programmet är under utprovning i en randomiserad kontrollerad studie (Overbeek m fl 2012). Ett intressant upplägg i den studien är bland annat att kontrollgruppens barn får en intervention där specifika behandlingsfaktorer har tagits bort och interventionen baseras helt på så kallade icke-specifika faktorer som positiv uppmärksamhet, värme och empati, distraktion och rekreation och socialt stöd från andra gruppdeltagare. Några resultat är ännu inte publicerade men väntas under vintern 2013-2014.

Mot bakgrund av dessa inte entydigt positiva resultat för metodens del framstår det som synnerligen viktigt att utvärdera metoden innan den sprids i Sverige.

## Att implementera utländska metoder inom svensk socialtjänst

Sedan 10 till 15 år tillbaka finns ett ökat intresse både bland ansvariga chefer och praktiker, för att importera olika typer av interventionsmetoder inom Socialtjänsten och Hälso-och sjukvården (Fixen m fl 2005). Det kan bland annat ses som en följd av ökade krav på att de stöd- och behandlingsmetoder som erbjuds ska präglas av evidens eller gott empiriskt stöd. Hur man bäst ska överföra en metod som har gott empiriskt stöd, men som är utvecklad och utvärderad i en annan kultur och ett annat samhälle, är fortfarande ett relativt nytt

forskningsfält (Fixen m fl 2005). Många (41 %) av de utvärderingsstudier (rörande beteendeförändringar och sociala interventioner) som är gjorda i Sverige de senaste 20 åren har inbegripit utvärderingar av interventionsmetoder som är utvecklade utanför Sverige (Socialstyrelsen 2011). Det finns också en hel del studier som har visat att importerade interventionsmetoder inte alltid har lyckats replikera de goda resultat som metoderna har uppvisat i det land och den kultur som de utvecklades och utprovades i (Sundell & Ferrer-Wreder, In press).

En del av svårigheterna rör sannolikt de kulturella anpassningar som behöver göras när metoder importeras till en annan kultur och ett annat samhälle och de avvägningar mellan ”metodtrohet” och anpassning som behöver göras (Castro m fl 2010). De kulturella anpassningar som kan behöva göras av ett interventionsprogram utvecklat i ett annat samhälle och i en annan kultur kan generellt delas upp i anpassningar i interventionens ”ytstruktur” respektive anpassningar i interventionens ”djupstruktur” (Resnicow m fl 2000). Anpassningar i interventionens ytstruktur rör att matcha material och budskap till den målgrupp som interventionen avser, det vill säga hur väl en intervention lyckas ”möta” målgruppen där den befinner sig med deras erfarenheter, kultur och beteendemönster. Förändringar eller anpassningar av ”ytstruktur” rör till exempel att översätta manualer till annat språk, att eventuellt förändra plats för var interventionen ges (såsom på ett socialkontor eller i kyrkliga eller skollokaler) eller till exempel eventuell typ av mat eller fika som erbjuds. Anpassningar i interventionens djupstruktur – rör eventuella anpassningar i de faktorer eller ”aktiva ingredienser” i interventionen som man tänker driver eller skapar förändringar. Balansen mellan god ”metodtrohet” till den ursprungliga interventionen och kulturell anpassning av densamma när den tillämpas i ett annat kulturellt sammanhang är intrikat. I fallet Kids Club och Sverige är det således viktigt att både komma så nära det ursprungliga programmet som möjligt så att dess effektiva ingredienser bevaras, och samtidigt ”kulturanpassa” programmet utifrån svensk lagstiftning och svenska samhällsförhållanden.

### Att implementera Kids Club i Sverige

Eftersom Kids Club är utvecklad specifikt för målgruppen barn som upplevt våld mot mamman, är det angeläget att få den utvärderad i Sverige för att vid behov anpassa den till svenska förhållanden innan den börjar spridas i landet. Sådan eventuell spridning underlättas också av kännedom om vad som hindrar respektive gynnar förutsättningarna för att implementera metoden i svenska kommuner. De processer som föregår implementering av nya metoder för att stödja för barn som upplevt våld mot mamma inom svensk socialtjänst har nyligen studerats i två studentuppsatser. Den ena (Husa & Löf 2013) undersökte förutsättningarna för att implementera en ny metod för barn som upplevt våld i nära relationer i en mellansvensk kommuns verksamhet och den andra (Ernerskog & Dannehaag 2012) undersökte motiven till att kommuner vill implementera just Kids club som en ny metod för barn som upplevt våld genom att söka förstå vilken form av motivation som ligger till grund för denna vilja.

Av analyser av kvalitativa intervjuer med tjänstemän med olika befattningar fann Husa och Löf (2013) att implementering av nya metoder kan försvåras av kommunens begränsade ekonomiska resurser, att kommunen inte upplever sig ha något akut behov av insatser för barn som upplevt våld i nära relationer samt att de sätt man vill arbeta inom kommunen inte kan anpassas till vissa metoder även om de visat goda resultat i utvärderingar. Trots att det fanns ett engagemang inom socialförvaltningen för målgruppen barn som upplevt våld i nära relationer och intresse för nya insatser, så hade man svårt att identifiera tillräckligt många

utsatta barn för att kunna rekrytera barn till nuvarande gruppverksamhet, vilket man kopplade både till möjlig bristande kunskap om målgruppen och att mammor och barn inte själva efterfrågar insatser i så stor utsträckning. Därför kan samverkan med andra aktörer vara kommunens enda möjlighet att utveckla och tillhandahålla specifika insatser riktade till barn som upplevt våld i nära relationer.

Ernerskog och Dannehag (2012) identifierade två typer av motiv till att kommuner vill implementera Kids club; dels enskilda nyckelpersoners motiv som grundar sig i mer inre motivation och dels motiv hos kommunen som organisation, där viljan grundar sig i yttre motiv. Skälen givna av nyckelpersonerna inom kommunerna var antingen att de inte hade någon särskild insats för den här gruppen barn eller att befintliga insatser inte ansågs vara tillräckliga. De var också generellt positivt inställda till Kids Clubs gruppformat och ansåg i synnerhet att parallella grupper med barn och mammor kunde vara verksamt. De uttryckte också en tro på att Kids Clubs format ger barn möjlighet att prata om barn som upplevt våld generellt och att fokus inte blir på att de ska berätta om sina individuella upplevelser om de inte vill. Då motiven fanns i kommunen som organisation å andra sidan var utvecklingsarbetet snarare kopplat till förtydligandet av ansvaret för dessa barn i socialtjänstlagen och den forskning och de rapporter som kommit på området. Ytterligare en faktor som lyftes fram var möjligheten för kommunen att söka projektmedel hos Socialstyrelsen för att kunna starta upp Kids Club-grupper inom verksamheten, då implementeringen därmed inte behövde belasta kommunens egen budget. Alla intervjupersonerna oavsett kommun uttryckte därutöver att ett motiv de använde i ansökan om medel eller för att motivera kommunen var att de ville eftersträva en evidensbaserad praktik.

Den här förstudien tillkom mot bakgrund av att personal inom Kristinehamns kommun översatt Kids Club-manualen till svenska och tillsammans med Brottsofferjouren Östra Värmland utbildats av grundaren Sandra Graham-Bermann i metoden under 2010. Under våren 2012 åkte aktiva och framtida gruppleddare från Kristinehamn, Karlstad och Forshaga tillsammans med några chefer för gruppleddarnas verksamheter, representanter från Länsstyrelsen Värmland och forskarna i denna förstudie till University of Michigan för att skaffa sig ytterligare kunskap om programmet och den forskning som gjorts om det. Eftersom programmet alltså börjat användas i Sverige, så togs initiativ till att också utvärdera det här, både avseende implementeringsprocessen, d v s den process som följer efter de beslut fattats som studentuppsatserna beskrivna ovan berör, och metodens effekter. Vi ansåg att det var angeläget att utvärdera metoden i Sverige. Därmed hoppas vi att denna förstudie kan bidra till att bygga ett kunskapsunderlag som kan utgöra ett stöd för beslutsfattare rörande vilken/vilka typer av interventioner som tycks lovande. Tanken är också att lägga en grund för en kommande utvärdering där Kids club jämförs med andra insatsmetoder för barn som upplevt våld mot sin mamma eller en annan omsorgsperson.

## Förstudiens syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med detta projekt var alltså att göra en förstudie av Kids club-metoden i Sverige. Denna förstudie består av två delar.

Den första delstudien är en kvalitativ processinriktad utvärdering som syftar till att identifiera inom vilka områden modellen kan behövas utvecklas inför eventuell spridning i landet och de förutsättningar som berör implementering och spridning av metoden i Sverige. Den första delstudien innehåller följande frågeställningar:

- 1) Hur passar Kids Club-metoden den variation av familjer som barn som upplever våld kan leva i?
- 2) a) Hur passar Kids Club-metoden svensk lagstiftning, svensk familjekultur och socialtjänstens organisation?
- 2) b) Vilka svårigheter och problem i implementeringen och tillämpningen av Kids Club-metoden kan identifieras?

Den andra delstudien är en kvantitativ effektinriktad utvärdering som syftar till att ge indikationer om Kids Club-metodens möjligheter att bidra till positiv förändring av barns och mammors mående. Den andra delstudien kan specificeras i följande frågeställning:

- 3) Vilka förändringar från före till efter insatsen kan identifieras i måendet bland de barn och mammor som går i Kids Club-grupper?

Inom ramen för denna delstudie avser vi dels tillhandahålla indikationer på om Kids Club-metoden ger tillräckligt lovande resultat för att spridas i landet och dels testa vilka utvärderingsinstrument som skulle kunna användas i kommande utvärderingar av metoden, till exempel utvärderingar som jämför olika stödinsatser för barn som upplevt våld mot mamma.

## FÖRSTUDIENS METOD

I förstudien ingår de Kids Club-grupper som startade under hösten 2012 och våren 2013, en grupp per termin i Kristinehamn och en grupp per termin i Karlstad, totalt fyra grupper. Vissa av gruppledarna utbildades redan under hösten 2010, då metodens utvecklare Sandra Graham-Bermann höll en tvådagars workshop om metoden vid socialtjänsten i Kristinehamns kommun. Våren 2012 reste dessa gruppledare och ytterligare påtänkta gruppledare från socialtjänsten i Kristinehamn, Karlstad och Forshaga kommun tillsammans med forskarna i denna förstudie till University of Michigan för ännu en utbildningsinsats. Under hösten 2013 planerades Kids Club-grupper i både Kristinehamn, Karlstad och Forshaga kommun, men av olika skäl kunde inga grupper ges under denna termin. Därför kom förstudien att bygga på endast de grupper som gavs hösten 2012 och våren 2013.

### Den utvärderade stödinsatsen Kids Club

Kids Clubs barngrupper genomfördes således under två terminer, med tio grupptillfällen varje gång och med två till tre gruppledare. Grupperna innehöll mellan tre och sex barn och uppehåll gjordes för höst-, sport- och påsklov. Manualen hade tidigare översatts till svenska med hjälp av Länsstyrelsen i Värmland. För en kortfattad sammanställning över grupptillfällena, se bilaga 1. Insatsen gavs antingen som beviljat bistånd enligt SoL eller inte. I den ena kommunen var socialtjänsten huvudman för insatsen och i den andra brottsofferjouren.

Kids Clubs mammagrupper genomfördes parallellt med barngrupperna vid samma tio tillfällen med två gruppledare och grupperna innehöll mellan tre och fem mammor. Uppehåll gjordes för höst-, sport- och påsklov. Mammaprogrammets engelska manual blev färdigställd under projektets gång. En översättning till svenska av gruppträffarnas teman och mål gjordes (för en kortfattad sammanställning över grupptillfällena, se bilaga 2).

Vissa anpassningar av den ursprungliga versionen av mammaprogrammet skedde innan programmet prövades. Det som gruppledarna påtalade att de ville och såg som nödvändigt att förändra rörde inslag i mammaprogrammet som uppfostringsstrategier i form av timeout och eventuell användning av fysisk bestraffning. Dessa inslag togs bort och istället lyftes moment från ”5 gånger mer kärlek” (Forster 2009) in som en del. På en av orterna förlängdes under en termin också grupptillfällena från 60 till 90 minuter.

## Förstudiens deltagare

Under hösten 2011 och våren 2012 tog forskarna kontakt med dessa verksamheter och avtal slöts med de olika verksamheterna, vilka förband sig att ha minst en grupp.

Inklusionskriteriet för deltagande i förstudien var för gruppledarnas del att de ledde antingen en Kids Club-mammapgrupp eller en Kids Club-barngrupp under projektets gång och för mammornas och barnens del erbjudande om eller deltagande i Kids club-grupp i Kristinehamn eller Karlstad. Inklusionskriterierna för deltagande i dessa grupper var att en förälder enligt egen uppgift skulle ha utsatts för fysiskt, sexuellt eller psykiskt våld från sin partner och ha barn i åldern 6 till 12 år. Således fanns möjlighet för våldsutsatta pappor och föräldrar i samkönade relationer att delta. Men alla föräldrar som erbjöds deltagande i Kids Club under studieperioden var mammor som utsatts för våld från en manlig partner. Forskarna hade en kontinuerlig dialog med gruppledarna ifall det skulle finnas särskilda skäl till att exkludera någon deltagare från förstudien, men någon sådan situation uppstod inte. Inga förbestämda exklusionskriterier tillämpades av kommunerna själva gällande vilka barn och föräldrar som skulle erbjudas Kids Club-insatsen.

Totalt inkluderades nio gruppledare och information från dessa har samlats in under arbetet med gruppinterventionen. Det var 15 barn i rätt åldersintervall och deras 12 mammor som inkluderades i förstudien under perioden 2012-09-01 till 2013-10-01, d v s tre terminer. Ytterligare en mamma med ett barn som var 4 år gick i grupp, men inkluderades inte i de statistiska analyserna då interventionens målgrupp är barn mellan 6 till 12 år. Information från mammor och barn samlades in före och efter insatsen. Förstudien består med andra ord av material som bygger på svar på frågor från gruppledare, mammor och barn.

## Gruppledarna

De var nio gruppledare, alla kvinnor, som höll i barn- och mammapgrupperna som genomfördes. De hade en varierande utbildning, de flesta var utbildade socionomer men det fanns även en diakon med förskolläraryt utbildning och en pensionerad barnmorska som var volontär inom kyrkan.

## Barnen

För elva av barnen var det barnets biologiska pappa som var förövaren och hade utsatt mamman för våld, för de fyra övriga barnen var förövaren styvpappa eller partner till mamman. Barnen i förstudien, åtta flickor och sju pojkar, var i genomsnitt 8 år ( $M = 8.93$ ,  $SD = 1.90$ ) med en variation från 6 till 12 år. Majoriteten av barnen ( $n=12$ ) var födda i Sverige eller Norden, ett barn i Europa medan det fattades uppgifter för två av barnen.

För tio av barnen som erbjöds Kids Club var det första gången de erbjöds stöd för att ha upplevt våld mot sin omsorgsperson. Det var endast två av barnen som genomförde

självskattningar. Detta för att det var flera av barnen om vilka föräldrarna hade gemensam vårdnad och den andra vårdnadshavaren inte gav samtycke till barnets deltagande i förstudien eller mammorna inte ville tillfråga den andra vårdnadshavaren (som var förövare) om tillstånd för barnets deltagande i studien eller av annat skäl bedömde att det var olämpligt att barnet skulle delta i studien. Eftersom detta låga antal inte möjliggör meningsfulla statistiska analyser och vi heller inte kan redovisa dessa två barns åsikter om insatsen utan stor risk för igenkännande, redovisas i denna rapport inte barnens svar eller gruppledarnas skattningar av deras sociala förmåga och traumasymtom.

## Mammorna

Barnens mammor var i genomsnitt 36 år ( $M = 36.55$ ,  $SD = 4.80$ ) med en variation från 32 till 48 år. De hade i medeltal två barn ( $M = 2.25$ ,  $SD = 1.14$ ). Det var två mammor som hade flera barn som deltog i Kids Club och i förstudien. Tre fjärdedelar av mammorna ( $n=9$ ) var födda i Sverige. En fjärdedel av mammorna ( $n=3$ ) hade en utbildningsnivå som motsvarade minst 9-årig grundskola med ett till två års yrkesutbildning efter grundskolan. Majoriteten av mammorna hade dock en högre utbildning i form av avklarad gymnasieutbildning (75 %,  $n=9$ ). Två av mammorna hade studerat något respektive några år på universitetsnivå. Drygt hälften ( $n=7$ ) av mammorna yrkesarbetade minst 75 % av heltid medan två var arbetslösa och tre studerade eller var föräldralediga. Ingen av mammorna var långtidssjukskriven.

Mammorna i förstudien hade alla levt i en heterosexuell parrelation. Det var sju av mammorna som hade gemensam vårdnad (i samtliga fall utom ett med den man som också utövade våldet mot mamman), tre hade ensam vårdnad medan det saknades uppgifter för två mammor. Alla tolv mammor utom en uppgav att relationen med förövaren var avslutad. Fyra av de tolv mammorna hade någon form av pågående juridisk tvist med förövaren.

Fyra av mammorna hade tidigare varit på kvinnojour. Alla utom en mamma uppgav att de utsatts för psykiskt våld, åtta av tolv att de utsatts för fysiskt våld, sju av tolv för sexuellt våld medan endast en av tolv mammor att de utsatts för ekonomiskt våld. De allra flesta mammor ( $n=9$ ) hade under de senaste två åren fått annan form av stöd än Kids Club.

Inför grupperna som startade hösten 2012, våren 2013 och hösten 2013 erbjöds därutöver tre mammor Kids Club-grupp för sitt barn och sig själv, men tackade nej. Dessa mammor intervjuades kort per telefon.

## Procedur

Rekrytering av forskningsdeltagare påbörjades i september 2012 och avslutades oktober 2013.

Gruppledarna informerades tillsammans i flera omgångar om förstudien, både i stort och om de gruppintervjuer de förväntades delta i, den information de förväntades ge mammor som själva och vars barn var aktuella för Kids Club och de frågor om varje grupptillfälle som de förväntades besvara. De informeras i samband med starten av datainsamlingen också om vad förstudien skulle kunna komma att innebära för de deltagande mammorna och barnen. En gemensam tid bokades för en gruppintervju efter andra eller tredje grupptillfället och en efter det sista grupptillfället varje termin.

Barn och mammor rekryterades vid samma tillfälle i samband med den gemensamma gruppstarten under de två terminer som förstudien inkluderar. Till mammor och barn gavs den

första informationen om förstudien muntligen innan gruppstarten av en gruppleddare som poängterade att de givetvis kunde delta i gruppen utan att delta i förstudien. Mammorna tillfrågades om deras kontaktuppgifter fick lämnas ut till ansvariga forskare, som i så fall kontaktade mamman för att ge ytterligare information om studien för att kunna ta ställning till eventuellt deltagande. Efter att mamman sagt ”ja” till att låta gruppleddaren lämna ut dennes telefonnummer till forskarna, meddelade gruppleddaren forskaren, som kontaktade mamman per telefon för att informera om förstudien i mer detalj. Vid detta samtal tillfrågades mamman om hon hade ensam vårdnad om det barn som skulle kunna komma att ingå i förstudien. Om inte, så informerades hon om proceduren för samtycke för att kunna ta ställning till om deltagande skulle vara säkert för henne och barnet. Pappor som var vårdnadshavare till barnet informerades endast skriftligen och endast ifall mamman godkände det. Om föräldrarna hade gemensam vårdnad om barnet skickades tillsammans med informationen om förstudien till pappan information om att han genom att inte svara forskarna inom tre veckor gav sitt passiva samtycke till barnets deltagande. Han gavs på så sätt möjlighet att förhindra sitt barns deltagande. Om mamman bedömde sådan information till pappan eller barnets deltagande i förstudien av annat skäl som potentiellt olämplig, provocerande eller farlig för någon inblandad så kontaktades han inte och följaktligen tillfrågades aldrig barnet om att delta. Om mamman hade ensam vårdnad om det barn som eventuellt skulle komma att ingå i studien och barnet hade fyllt 8 år, var det upp till mamma och barn att besluta om barnet skulle delta i självskattning och kort intervju.

Om mamman (och eventuellt barn) var villiga att delta i studien bokades en tid för en första träff. Denna träff kunde ske antingen hemma hos mamman eller på annan önskad plats. Vid denna träff gav forskaren muntlig information om vad intervjun och frågorna i frågeformulären handlar om samt vad medverkan skulle kunna innebära och gav sina kontaktuppgifter. Efter att ha besvarat eventuella frågor från mamma och barn frågade intervjuaren/forskaren muntligen först om mammans samtycke och en samtyckes-intygan om mammans egen och till barnets deltagande i utvärderingen skrevs under av mamman. När mamman gett skriftligt samtycke tillfrågades barnet muntligt om det ville delta i projektet. Barnen gavs därmed möjlighet att ”opt out”, d v s välja bort medverkan i forskningen. Barnen fick en egen skriftlig information om förstudien och själv skriva sitt namn i ett eget samtyckesformulär. Därefter informerades de om forskarens tystnadsplikt, att forskaren inte får någon information av gruppleddarna om familjerna och att forskarna inte heller berättar för gruppleddarna om det de får reda på om familjerna och förtydligades för mamma och barn att de underskriften till trots när som helst kunde avbryta sitt deltagande. Samtyckesformuläret var separerat från informationen så att informationsformuläret kan behållas av mamma och barn. Därefter bestämdes om mamma och eventuellt barn ville besvara frågorna direkt eller så bestämdes en tid och plats för att träffa mamman och eventuellt barnet för en särskild träff innan gruppstarten.

Antingen vid detta tillfälle eller när sista gruppstillfället närmade sig bokade mamma och forskare en ny tid för att besvara eftermätningsfrågorna. Intervjuerna med mammorna tog i genomsnitt cirka en och en halv timme, medan datainsamlingen med barnen tog cirka 20-30 minuter. Under denna tid genomfördes även självskattningsformulär. Tillfälle till frågor om förstudien och vad deltagande kan innebära gavs såväl intervjuade gruppleddare som barn och mammor i samband med informationen om förstudien.

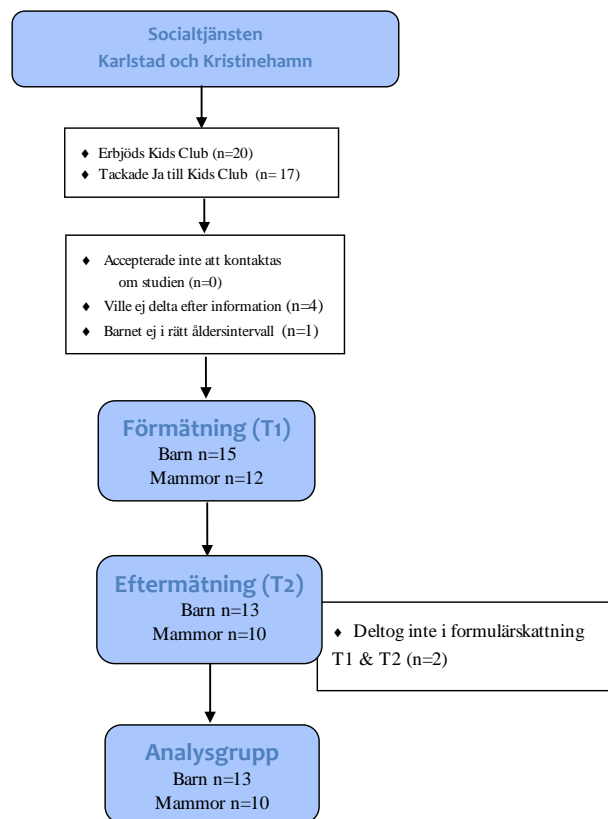
Gruppleddarna frågade också de mammor som tackat nej till erbjudande om Kids Club om forskare fick kontakta för att ställa några frågor för en utvärdering. Om mamman svarade ”ja”, så ringde forskaren upp när gruppen pågått minst en månad för att minska risken att



samtalen skulle kunna uppfattas som en påtryckning att delta och informerade om utvärderingen och att vi önskade göra en kort intervju. Alla dessa (tre) mammor accepterade att bli uppringda och besvarade frågorna.

## Bortfall

Totalt erbjöds 20 mammor och deras barn interventionen Kids Club under förstudiens två terminer. Av dessa tackade tolv mammor ja till att delta i interventionen och forskningsprojektet och de hade barn i åldern 6 till 12 år (Figur 1). Av de tolv mammor som deltog vid förmätningen deltog även tio vid eftermätningen. Bortfallet från inklusion till eftermätning (17 %) kan anses vara i nivå med tidigare rapporterat bortfall i liknande typer av studier (se t ex Broberg m fl 2011).



Figur 1. Flöde över deltagande barn och mammor i förstudien.

## Datansamlingsunderlag

Datansamlingsunderlagen bestod av flera delar: en intervjuguide för fokusgruppintervjuerna med gruppledarna, guider för korta intervjuer med mammor och barn efter deltagande i Kids Club, en guide för de korta telefonintervjuerna med mammor som tackat nej till erbjudande om att få delta i Kids Club samt utvärderingsinstrument för före- och eftermätningen i delstudie 2.

## Intervjuer med gruppleddare

Gruppleddarna intervjuades i gruppintervjuer varje termin efter andra eller tredje gruppträffen samt efter den sista gruppträffen för terminen med hjälp av en egenutvecklad intervjuguide med 5 teman:

- 1) Vad är det bästa med att arbeta med Kids Club? (ca 15 minuter),
- 2) Berätta om hur det gick till att börja arbeta med Kids Club. Fanns särskilda utmaningar? (ca 20 minuter),
- 3) Vad är det som avgör om ett barn erbjuds Kids Club eller någon annan insats? (ca 20 minuter),
- 4) De som tillhör målgruppen, men inte får insatsen: vilka är de/varför? (ca 20 minuter),
- 5a) Finns det enstaka teman som känns mindre relevanta eller fungerar/fungerade sämre för just deltagarna i din grupp – varför, tror du? (ca 5 minuter)
- 5b) Finns det enstaka teman som känns mindre relevanta eller du tänker fungerar bättre i USA än här? (ca 5 minuter).

Dessa teman följdes upp med olika frågor beroende på om det var första eller sista intervjun för terminen samt om det var första eller andra terminen gruppen genomfördes. Intervjuerna tog 1,5-2 timmar. Under studieperioden organiserade Kids Club-gruppleddarna också själva träffar för att diskutera hur de arbetar med metoden i praktiken. Vi närvarade vid två sådana träffar och tog anteckningar om de diskussioner som fördes. Även dessa anteckningar har använts i resultatredovisningen nedan.

## Intervjuer med mammor före och efter insatsen

Vid förmätningen genomfördes en semistrukturerad intervju med mammor. Intervjuerna rörde demografisk information om sysselsättning, civilstånd, utbildning, etnicitet, boende, vårdnad och barnets kontakt med förövaren. Vidare fanns frågor om våldsutsatthet och nuvarande och eventuellt tidigare erhållna stödinsatser för egen del och för sitt barns del.

Eftermätningintervjuerna med mammorna fokuserade på hur de uppfattat insatsen och vilka förbättringsförslag de hade efter att gruppen avslutats. Intervjun inkluderade även frågor om mammornas erfarenheter av att delta i mammagruppen, om det fanns inslag eller teman som de saknade samt om de hade märkt av några förändringar i sitt eget eller sitt barns fungerande/beteende eller mående. Vidare tillfrågades de om hur de upplevt att ha sitt barn i barngrupp, hur de uppfattade barngruppens verksamhet samt om det fanns teman eller inslag som de saknade i barngruppen. Intervjuerna tog i genomsnitt 45 minuter.

Barn som deltog i självskattning erbjöds att delta i en intervju om hur de uppfattat att delta i Kids Club efter avslutad intervention. Inget av de två barnen som deltog i självskattning deltog dock i efterintervjuer.

## Intervjuer med mammor som tackade nej till Kids Club

Frågorna till de mammor som efter information om Kids Club avböjde den erbjudna insatsen löd:

- 1) Tyckte du att Kids Club *generellt* verkar som en insats som skulle kunna hjälpa barn som upplevt våld i familjen?

- 2) Utifrån den information du fick om Kids Club, uppfattade du att mammagruppen och barngruppen skulle kunnat vara lämplig för dig och ditt barn i den situation ni befann er i?
- 3) Utifrån den information du fick om Kids Club, uppfattade du att mammagruppen och barngruppen skulle kunnat hjälpa dig och ditt barn i den situation ni befann er i?
- 4) Vad hade krävts för att du skulle tackat ja till Kids Club för dig och ditt barn?
- 5) Har du någon rekommendation till de ansvariga inför kommande Kids Club-grupper?

Frågorna ställdes muntligen och svaren skrevs ner simultant som de gavs av mamman muntligen. Därefter läste intervjuaren/forskaren upp mammans svar så som hon uppfattat dem och frågade om hon fick använda svaren i den upplästa formen.

### Instrument för att bedöma barnens och mammornas mående före och efter Kids Club-insatsen

Eftersom en viktig del i förstudien var att testa vilka utvärderingsinstrument som skulle kunna användas i kommande utvärderingar av metoden så presenterar vi här först våra överväganden inför valet av utvärderingsinstrument och därefter de instrument som testades i förstudien.

#### *Överväganden inför val av utvärderingsinstrument*

En viktig del i att studera en interventions eventuella effekter är att använda valida och reliabla instrument som fångar sådana aspekter som interventionen avser att stärka eller förbättra. Det finns dock endast en tidigare publicerad studie av Kids Club där den åldersgrupp interventionen riktar sig till utvärderades. Vid val av utvärderingsinstrument hade jämförbarheten med Graham-Bermann och medarbetares tidigare utvärderingsstudie av programmet stor betydelse, likväl som möjligheter att jämföra med tidigare utvärderingar av sekundärpreventiva interventioner i Sverige för barn som upplevt våld mot sin mamma.

Ett flertal av de instrument som har använts i den tidigare utvärderingen av Kids Club har inte tidigare använts i Sverige. Det utgör en svårighet eftersom det saknas jämförelsemöjligheter med hur svenska föräldrar eller barn ”i allmänhet” eller hur en svensk grupp mammor som utsatts för våld från sin partner och deras barn svarar på frågorna. Flertalet av de instrument som den tidigare utvärderingen av Kids Club genomförd av Graham-Bermann och medarbetare använde sig av är psykometriskt utvärderade och har amerikanska normvärden och kliniska gränsvärden för symtom på klinisk nivå, dock inte alla.

Som ett mått på mammans våldsutsatthet användes, precis som i Graham-Bermann och medarbetares utvärderingsstudie (2007), Conflict Tactic Scales (CTS). Conflict Tactics Scales är ett av de mer välanvända måtten på psykisk, fysisk och sexuellt våld i en nära relation (Strauss m fl 1996). Istället för att enbart utgå från mammans skattade våldsutsatthet för att uppskatta barnets exponering för våld mot sin omsorgsperson, lades en fråga till för varje fråga i CTS om barnet hade sett, hört eller på annat sätt erfarit det våld som mamman utsatts för.

I den utvärderingsstudie av Kids Club som är publicerad av Graham-Bermann och medarbetare (Graham-Bermann m fl 2007) rapporterades effekter baserat på endast ett fåtal av de instrument som användes vid utvärderingen. De effektmått som användes i nämnda publicerade studie rör mått på *barnens attityder till våld i familjen* samt *barnens externaliserande och internaliserande symtom*. Något svenskt formulär som rör barns

attityder till våld i familjen fanns inte, varför instrumentet översattes av ansvariga för förstudien och användes som mått på attityder till användning av våld i familjen att besvaras av barnen själva, trots att det inte utprovats psykometriskt och saknar normvärden.

Eftersom den tidigare nationella utvärderingsstudien visade att barn som bevittnat våld mot sin mamma som grupp hade höga nivåer av symtom på posttraumatisk stress (Broberg m fl 2011) inkluderades även instrument för barnens posttraumatiska stressymtom. Detta skattades dels av barnen själva, men på grund av det begränsade antalet barn som vi fick tillräckligt samtycke för att inkludera som informanter är dessa instrument (barnens självskattade attityder till våld i familjen och traumasymtom) dock inte inkluderade i denna rapport. Barnens traumasymtom skattades också av mammorna i den kvantitativa delstudien med Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC), som är ett standardiserat och normerat brett traumabedömningsinstrument för barn som utsatts för potentiellt traumatiserande händelser (Briere m fl 2001, Nilsson m fl 2012).

Istället för att, som Graham-Bermann med kollegor (2007), använda Child Behavior Checklist (CBCL) för att få ett mått på barnets externaliserande och internaliserande symtom användes föräldraversionen av Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman 1997). Föräldraversionen av SDQ har visat sig stå sig väl i jämförelse med CBCL när det gäller att fånga barn och ungdomars psykiska ohälsa (Warnick m fl 2008). I en metaanalys där CBCL och SDQ jämfördes, hade CBCL bättre sensitivitet än SDQ medan SDQ hade bättre specificitet än CBCL. Båda bedömdes dock likvärdiga i sin förmåga att fånga psykisk ohälsa hos barn (Warnick m fl 2008). SDQ är mer använt i Sverige än CBCL, har tidigare använts i Sverige vid utvärdering av interventioner för barn som bevittnat våld mot sin mamma (Broberg m fl 2011, Grip m fl 2012), är kostnadsfritt till skillnad från CBCL och innehåller knappt en tredjedel så många frågor som CBCL, vilket sammantaget gjorde att SDQ ansågs vara ett mer lämpligt utvärderingsmått. Mammorna skattade också barnens sociala kompetens med föräldraversionen av The Social Competence Scale (SCS, Gesten 1976, Kendall & Wilcox 1979) som innehåller frågor om barnets prosociala beteenden, kommunikationsförmåga och självkontroll, vilka ger möjlighet att fokusera mer på barns positiva utveckling som komplement till det problemfokus som SDQ har.

Effekterna av mammaprogrammet på mammornas rapporterade nivå av posttraumatisk stress finns rapporterat (Miller & Graham-Bermann 2013). Det instrument som användes var The Posttraumatic Stress Scale for Domestic Violence av Saunders utvecklat 1991 och baserat på DSM-III-R kriterier för posttraumatisk stress (Saunders 1994). Utifrån rekommendationer från Graham-Bermann valdes dock Modified PTSD Symptom Scale (MPSS-SR, Falsetti m fl 1993). Valet att använda MPSS-SR var så här i efterhand kanske ett mindre bra val. Det hade varit bättre att använda Impact of Event Scale Revised (IES-R), utifrån att det har använts vid tidigare utvärderingar av interventioner för våldsutsatta mammor i Sverige (Broberg m fl 2011, Grip m fl 2011) och är ett väl utvärderat och beprövat instrument (Creamer m fl 2003).

Då vi ville minimera kostnader och det totala antalet frågor som mammorna skulle besvara, men också få en vidare förståelse för mammornas mående, valdes Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Zigmond & Snaith 1983) för att fånga symtom på ångest och depression. Instrumentet är fritt att använda, screenar för ångest och depression och har gränsvärden för symtom på klinisk nivå. Eftersom Kids Clubs mammaprogram är inriktat på föräldraförmågor inkluderades också Alabama Parenting Questionnaire (APQ, Frick 1991, Frick m fl 1999) för att få ett mått på föräldrarnas självskattade uppfostringsstrategier.

Därutöver rekommenderades vi av Graham-Bermann (personlig kommunikation) formulär för gruppleddare rörande barnets sociala förmåga och eventuella symtom på posttraumatisk stress under gruppträffarna, översattes till svenska och användes vid förstudien. Skattningar av barnen som görs av gruppleddare innebär att båda föräldrarna behöver ge sitt godkännande då gemensam vårdnad föreligger och i denna förstudie är antalet barn som har gruppleddarskattningar därför alltför få för att vara meningsfulla att analysera.

#### *Instrument för mammornas bedömningar av barnens erfarenheter och mående*

*The Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2, Straus m fl 1996) användes för att få en uppskattning av det våld som föräldern utsatts för och som barnet sett, hört eller på annat sätt erfarit. För de 39 frågor som rörde föräldrarnas egen våldsutsatthet, fick föräldern för varje fråga också skatta om barnet hade sett, hört eller på annat sätt erfarit det våld som föräldern utsatts för att besvaras med ”ja” (1) eller ”nej” (0). Koefficient alfa i det aktuella urvalet var 0.95. Detta tillvägagångssätt har tidigare använts i den nationella utvärderingsstudien rörande stödinsatser till barn som upplevt våld mot mamma (Broberg m fl 2011).

Föräldraversionen av *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ-P, Goodman 1997) administrerades för att få ett mått på barnets styrkor och svårigheter. Instrumentet består av 25 frågor fördelade på fem delskalor (uppförande, hyperaktivitet, kamratrelationer, emotionella problem och prosociala beteenden). Frågorna skattas på en tregradig skala från 0 (stämmer inte alls) till 2 (stämmer helt). Totalproblemskalan och skalan för prosocialt beteende (styrkor) användes och koefficient alfa i det aktuella urvalet var 0.93 respektive 0.72. SDQ-P är ett välanvänt instrument både i forskning och i klinisk verksamhet och har rekommenderats för utvärdering av interventioner till barn som levt med våld mot sin omsorgsperson (Acosta m fl 2012). Föreslagit svenskt kliniskt gränsvärde är 14 poäng (Smedje m fl 1999).

*Trauma Symptom Checklist for Young Children* (TSCYC, Briere m fl 2001, Nilsson m fl 2012) användes för att fånga symtom på traumatisk stress. Instrumentet består av 90 frågor. Totalskalan för posttraumatisk stress användes, koefficient alfa i det aktuella urvalet var 0.79. Föreslaget kliniskt gränsvärde är T-poäng 70 och måttlig posttraumatisk stress ligger mellan 65-69 T-poäng (Briere 2012).

Föräldraversionen av *The Social Competence Scale* (SCS, Gesten 1976, Kendall & Wilcox 1979) användes. Instrumentet 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*. Koefficient alfa i det aktuella urvalet var 0.95. Barnen i förstudien jämfördes med ett normalurval från USA (<http://www.fasttrackproject.org>).

#### *Instrument för mammors bedömningar av sina egna erfarenheter och mående*

*The Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2, Straus m fl 1996) användes för att få en uppskattning av det våld som föräldern utsatts för under det senaste året och någonsin. Instrumentet är välanvänt och ger ett mått på grad och typ av våld som föräldern utsatts för. Endast de 39 frågor som rörde föräldrarnas egen våldsutsatthet användes, frågorna om föräldrarnas 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). Förekomst (prevalens) under det senaste året beräknades för delskalorna psykisk aggression, fysiska angrepp, sexuellt tvång och skador. Koefficient alfa i det aktuella urvalet var 0.92, 0.83, 0.99 samt 0.67 för respektive delskala.

*The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD, Zigmond & Snaith 1983) användes för att skatta grad av ångest och depressivitet. Instrumentet är ett välanvänt screeninginstrument för ångest och depression (Herrmann 1997). Frågorna skattas på en fyrgradig skala. Koefficient alfa i det aktuella urvalet var 0.75 för delskalan för ångest och 0.69 för depression. Föreslaget kliniskt gränsvärde för ångest respektive depression är 11 poäng på respektive delskala (Lisspers m fl 1997). Mammorna i studien jämfördes med medelvärden från den svenska utvärderingen av HAD (Lisspers m fl 1997).

Traumasyntom bedömdes med *Modified PTSD Symptom Scale* (MPSS-SR, Falsetti m fl 1993). Skalan innehåller 17 frågor som rör traumasyntom. Allvarlighets-skalan som användes 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). Koefficient alfa i det aktuella urvalet var 0.96. Instrumentet översattes till svenska av ansvariga för studien. Föreslaget amerikanskt gränsvärde för personer i allmänhet är 32 poäng och för personer i behandling 47 poäng (Falsetti m fl 1993).

*Alabama Parenting Questionnaire* (APQ, Frick 1991, Frick m fl 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 föräldrabetenden, 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*. Koefficient alfa i det aktuella urvalet varierade mellan delskalorna från 0.37 för kroppslig bestraffning till 0.81 för engagemang. Instrumentet har goda psykometriska egenskaper och har använts i tidigare studier rörande kopplingen mellan föräldraförmåga/uppfostringsstrategier och barns fungerande (Dadds m fl 2003).

## Analyser och statistisk bearbetning

Eftersom analyserna för respektive delstudie har helt olika karaktär beskrivs de här var för sig.

### Analyser för den kvalitativa delstudien om implementeringen av Kids Club-metoden

Analyserna av intervjuerna med mammor och gruppleddare och anteckningarna från gruppleddarträffarna gick till på snarlika sätt. Ur utskriften med intervjuerna avlägsnades först de delar som inte besvarade någon av förstudiens frågeställningar. De återstående utskriften lästes därefter i sin helhet i jakt på typer av svar på förstudiens frågeställningar. I intervjuerna med gruppleddarna söktes också information om särskilt centrala aspekter av metoden för att möjliggöra en fullare bild av hur metoden passar svensk socialtjänst. Dessa typer av svar (teman) utgjorde sedan de teman som delar av intervjuerna kategoriserades i. I nästa steg söktes nyanser och eventuella motsägelser inom varje tema. Slutligen kortades och sammanställdes citaten för att kunna inkluderas i en diskussion om vad de innebär som svar på förstudiens frågor i resultatavsnittet i denna rapport. Denna analysprocess var med andra ord huvudsakligen empiristyrd och endast i mycket begränsad utsträckning en sådan teoretisk

analys som kan göra anspråk på generaliserbarhet. I stället kan resultaten ses som en sammanställning av vilka svar på frågeställningarna det empiriska materialet ger för just dessa kommuner.

I resultatredovisningen följer citat följer på varandra från olika personer. Gruppleदारintervjuerna innehåller många upprepningar och medhåll från övriga gruppleदार. För att göra redovisningen mer läsvänlig har sådana upprepningar och medhållanden som innebär att någon avbryter strukits i sådana fall de inte påverkar innehållet i citatet. Även upprepningar av den som talar och vissa ”alltså” och dylika innehållslösa ord och uttryck är strukna. Ord och uttryck som förmedlar tvekan eller annan innebörd redovisas i citaten. I alla citat har barnens kön dolts, för att försvåra identifikation av enskilda barn och familjer.

## Analyser för den kvantitativa delstudien om barnens och mammornas mående

Enskilda frågor som inte besvarats i ett formulär ersattes med medelvärdet för delskalan eller totalskalan beroende på formulär. Om antalet obesvarade frågor översteg 20 % användes inte skattningarna från formuläret. Signifikansnivån sattes till  $< .05$  trots att ett flertal analyser genomfördes, eftersom resultaten bör ses som hypotesgenererande och utgöra grund för fortsatta utvärderingar. För att få en uppfattning om förändringarnas storlek från förmätningen till eftermätning (T1-T2) beräknades (Cohens  $d$ ). Effektstorleken anges enligt Cohens kriterier: liten ( $\geq .20$ ), måttlig ( $\geq .50$ ) och stor ( $\geq .80$ ) och konfidensintervallet för Cohens  $d$  beräknades med programmet ESCI (Cumming & Finch 2001).

Oberoende t-test användes för att jämföra aktuell studiegrupp med andra grupper av svenska kvinnor där sådan information fanns att tillgå. Beroende t-test användes för att beräkna effekter från för-till eftermätning. Samtliga parametriska analyser genomfördes även med icke-parametriska test (Mann-Whitney Test, Wilcoxon Matched-Pairs Test), för att se om resultaten stod sig då storleken på analysgrupperna var så pass små. För analyser användes programmen SPSS 21 samt Excel 2013.

### *Reliabelt förändringsindex*

För att få ett mått på hur den individuella förändringen såg ut från förmätning (T1) till eftermätningen (T2) beräknades om varje individs skattade symtom förändrats signifikant och med viss sannolikhet inte beror på slumpvariation eller mätfel. Beräkningarna skedde med reliabelt förändringsindex (RCI), som är en rekommenderad metod för att mäta det som benämns som kliniskt signifikanta förändringar på individnivå (Jacobson & Truax 1991, Lambert & Ogles 2009).<sup>1</sup> Den individuella förändringen skattades först utifrån om förändringen från för- till eftermätningen var positiv, negativ eller oförändrad. Därefter bedömdes om klientens värde rört sig över gränsvärdet för klinisk respektive icke-klinisk nivå. Tillvägagångssättet genererar åtta möjliga utfallskategorier. En klient vars värde förändras signifikant positivt och går från klinisk till icke-klinisk nivå bedöms som ”Förbättrad till icke-klinisk nivå”, om en signifikant positiv förändring sker men klienten fortfarande har kliniska symtomnivåer bedöms klienten som ”Förbättrad men klinisk symtomnivå”. Om det sker en negativ förändring så att klienten har ökade symtomnivåer efter behandling så bedöms utvecklingen som ”Förvärrad klinisk symtomnivå”. En klient som inte

---

<sup>1</sup> Beräkningen sker genom att subtrahera förmätningens värde från uppföljningsvärdet och sedan dividera det med standardfelet för differensen ( $S_e \text{ diff}$ ). Gränsvärdet för SDQ sattes till  $\geq 14$  poäng och T-poäng  $\geq 70$  poäng för TSCYC. Signifikansnivån sattes till .05 med z-värde = 1.96 och för beräkning av standardfelet användes skalornas Chronbachs alfavärde som de rapporterats i originalartiklar.

har kliniska nivåer av symtom vid första mätningen och som förändras signifikant i positiv riktning bedöms som *"Förbättrad icke-klinisk symtomnivå"*, likaså bedöms den som har en negativ signifikant förändring som *"Förvärrad icke-klinisk symtomnivå"* medan de som försämras från icke-klinisk till kliniska nivåer av symtom efter behandling benämns *"Försämrad till klinisk symtomnivå"*. Slutligen finns det två grupper av oförändrade klienter som ursprungligen hade kliniska respektive icke-kliniska nivåer av symtom *"Oförändrad klinisk symtomnivå"* respektive *"Oförändrad icke-klinisk symtomnivå"*.

## Forskningsetiska överväganden

Innan datainsamlingen påbörjades godkändes studien av Regionala etikprövningsnämnden i Uppsala (dnr 2012/218). Vi vill dock lyfta fram ett par särskilda aspekter som kräver forskningsetiska reflektioner.

För det första är den direkta nytta för de i studien ingående mammorna och barnen svår att förutse. Även om deltagande i studien inte bedömdes kunna medföra risk för skada eller smärta, så är en risk det potentiella integritetsintrång som de kan erfara när man svarar på frågor som gäller känsliga uppgifter om utsatthet för våld och mående. För att förebygga risk för integritetsintrång och obehag informerades såväl förälder som barnet själv om att deltagande i utvärderingen var frivilligt och när som helst kunde avbrytas och att man kunde välja att inte svara på enskilda frågor. Man kan möjligen genom att besvara sådana frågor bli särskilt observant på sin hälsa och börja oroa sig. Intervjuarna var utbildad socionom respektive psykolog och har tidigare intervjuat barn om både mående och våldserfarenheter och torde vara synnerligen lämpade för att minimera denna risk och uppmärksamma tecken på oro, obehag eller motstånd hos mammor och barn. Beredskapen att hantera barns eventuella obehag av deltagande i förstudien bestod delvis av att de var klienter vid en verksamhet inriktad på att stödja dem i deras upplevelser av våld. Forskarna kunde också vid behov hänvisa till andra stödinsatser. Skulle behov av psykiatrisk hjälp för barnen ha uppstå, så fanns ett utarbetat samarbete mellan projektgruppen och BUP, Landstinget i Värmland, så att barnen kunde hänvisas till exempel dit. Dessutom brukar såväl barn som vuxna uppskatta att tillfrågas om att bidra till kunskapsutveckling, i synnerhet om denna kan komma andra barn tillgodo. Nyttan i ett vidare perspektiv finns med andra ord i denna studie i och med att kunskapen från studien kan användas för att förbättra arbetet för att skydda och stödja utsatta barn och deras mammor. Genom att bidra till kunskapen om barns tillgodogörandeprocesser av interventionen och nyansera kunskapen om metodens eventuella särskilda styrkor och svagheter kan stödet och hjälpen som erbjuds barn som erfarit våld i sin familj förbättras och barnens utveckling främjas och framtida lidande minskas.

En annan etisk aspekt rör kvaliteten i de specifika frågor som ställdes i studien. Båda forskarna har mångårig erfarenhet av såväl att använda frågeformulär och kvalitativa intervjuetoder generellt som av att studera mammors och barns utsatthet för våld och övergrepp. De aktuella frågeformulärens och analysmetoderna har prövats många gånger i Sverige och i andra länder. De kvalitativa intervjuerna anpassades till respektive barns ålder. De kvantitativa utvärderingsformulärens användes endast för de åldersgrupper de är avsedda för.

Men när det gäller barn som upplevt föräldrars våld finns också särskilda etiska aspekter att reflektera över och ta hänsyn till, i synnerhet gällande samtycke till barnets deltagande och bedömningen i varje enskilt fall om det är lämpligt att barnet deltar i studien (se Cater & Overlien 2012). I den här studien tillfrågades mamman vid det första telefonsamtalet av



forskaren om hon hade ensam vårdnad om det barn som var aktuellt för att ingå i studien. Om inte, så informerades hon om proceduren för samtycke för att kunna ta ställning till om detta skulle vara säkert för henne och barnet. I enlighet med den praxis som användes i den nationella utvärderingen av stöd till barn som bevittnat våld mot mamma (Broberg m fl 2011) informeras pappor som är vårdnadshavare till barnet endast skriftligen och endast ifall mamman godkänt det. Om mamman bedömde sådan information till pappan som farlig så tillfrågas aldrig barnet om att delta. I den här studien fanns med andra ord ett flertal aktörer som av olika skäl kunde förhindra ett barns deltagande i studien om något skäl som gjorde deltagande olämpligt identifierades: gruppledare innan kontakten till mamman förmedlades till forskaren, mamman, pappan om han också hade vårdnad om barnet och barnet själv.

Därmed kom, som tidigare nämnts, alltför få barn att delta i utvärderingen som informationslämnare för att vi skulle kunna uppfylla dessa kriterier: (statistik och dölja identitet). Eftersom forskningsprojektet fortsatt (med finansiering från Socialstyrelsen), så kan fler barn inkluderas och sådana analyser göras och vad barnen uttryckt om insatsen redovisas i kommande avrapportering.

När data från varje delstudie registrerades oidentifierades och kodades svaren. Inga uppgifter om enskilda personer redovisas i studiens avrapportering, utan endast resultat aggregerade på gruppnivå och citat som inte kan hänföras till den enskilda personen.

## FÖRSTUDIENS RESULTAT

I detta avsnitt presenteras först resultaten för förstudiens första kvalitativa delstudie och därefter den andra kvantitativa. Den första delstudien innehåller tre frågeställningar, varav den första besvaras under egen rubrik först och de andra två under en gemensam rubrik därefter.

### Hur Kids Club-metoden passar olika familjer

Studiens första frågeställning handlar om i vilken utsträckning Kids Club-metoden är anpassad för den variation av familjer som barn som upplever våld kan leva i. Varken i intervjuerna med de deltagande mammorna efter insatsen, mammorna som tackat ”nej” till den eller gruppledarintervjuerna kunde egentligen några reflektioner över särskilda grupper för vilka insatsen kunde passa sämre identifieras. Det var snarare andra aspekter som lyftes fram som begränsande och andra faktorer som gjorde att vissa mammor valde bort deltagande i Kids Club.

### Kids Club-grupperna uppskattades av mammorna

De mammor vars barn deltagit i Kids Clubs barngrupp och som själva deltagit i Kids Clubs mammagrupp och intervjuades efter insatsen var överlag positiva till både barn-gruppen och mamma-gruppen.

Barngrupperna beskrevs generellt positivt av alla mammorna, även om flera poängterade att barnet kanske varit tveksamt eller till och med inte ville gå dit den första gången:

*”I början var det jobbigt när vi skulle dit, [barnet] ville inte prata om det. Men när vi sen var där och fikade var [hen] glad.”*

*”[Barnet] ville inte prata tidigare om det som hänt, inte med psykolog, inte hemma. [Hen] öppnade upp och pratade lite om det, målade och kunde prata lite med mig som mamma.”*

Att barngruppen varit bra för barnet bedömde även en mamma som uppgav att barnet inte bevittnat våldet mot henne själv, utan att barnet deltagit i gruppen delvis till följd av att mamman själv behövde gå i mamma-gruppen:

*”Alltså, jag tror att den har varit bra för de barn som faktiskt har varit utsatta för våld. [Mitt barn] har ju inte varit det. [...] Däremot så fick [hen] ju ändå prata om det här med våld i skolan... [...] Vissa saker tyckte [hen] var lite skumt. [...] Dels så ville jag ju göra det för min skull och då var jag ju tvungen på något sätt att få med [barnet] i gruppen.”*

Även om hon länge hade varit tveksam om det skulle vara lämpligt för hennes barn att delta i en gruppverksamhet med fokus på erfarenheter som barnet inte hade, så bedömde alltså mamman att Kids Club hade passat dem relativt bra.

Även i alla mammornas beskrivningar av de Kids Club-grupper de själva deltagit i var omdömena mycket positiva:

*”Helt fenomenalt, helt över förväntan. Allt var bra, både för [barnet] och mig. Gjorde det för [barnets] skull, men blev även för min egen skull. Det bara gick bra helt enkelt.”*

*”Bra, det var mycket som var bra, jag känner mig delvis som en ny person, friare. Jag är väldigt tacksam för hjälpen. De som jobbar där förstod precis vad det handlade om.”*

Det fanns med andra ord inget i de deltagande mammornas omdömen om gruppen som indikerade att Kids Club-metoden skulle passa sämre för några särskilda typer av familjer.

Bland mammorna som erbjudits Kids Club-insats för sitt barn och sig själv men tackat nej reserverade sig några för att det var svårt att bedöma grupper som de inte deltagit i. Men alla uttryckte att Kids Club generellt verkade som en insats som skulle kunna hjälpa barn som upplevt våld i familjen:

*”Ja, jag tyckte det verkar himla bra. Det skulle ha passat mina barn enligt vad [kvinnofridshandläggaren] berättade. Jag tror det varit bra att se att de inte är själva i den är situationen.”*

*”Ja, mest för barnens skull, fast det kanske skulle varit nyttigt för mig med. [...] att få höra andra och träffa andra som har levt så här, som jag själv inte riktigt fattat att jag gjort.”*

Inte heller i intervjuerna med de mammor som tackade nej till Kids Club fanns det med andra ord något som antydde att det var något i Kids Club-metoden som gjorde att den skulle passa sämre för några särskilda typer av familjer.

### Anledningar till att tacka nej till Kids Club: gruppformatet och annat stöd

Anledningarna till att tre mammor som fått erbjudande om att delta i Kids Club-grupp verkade alltså inte vara att metoden skulle passa sämre för några särskilda typer av familjer. Däremot framkom andra aspekter av metoden som anledningar till att de tackade nej till insatsen.

Trots att en mamma, utifrån den information de fick om Kids Club, uppfattade att mammagruppen och barngruppen skulle kunnat vara lämplig för sig och sitt barn i den situation de befann sig i, så blev det inget gruppdeltagande för deras del. Anledning till detta var barnets motstånd:

*”Det var ett av barnen som inte ville. Det första [hen] frågade var: ’Måste pappa vara med?’ och var jätterädd att han skulle få reda på vad [hen] berättade, att gå själva i en grupp och jag i en annan. Så jag tackade nej därför att den ena barnet inte ville. [...]Det var att vi skulle dela på oss: ’Jag vill inte gå om jag inte får gå med dig.’”*

Det avgörande för denna mamma (eller snarare barnet, enligt mammans beskrivning) var alltså att metoden kräver att mamma och barn går i olika grupper.

För en annan mamma var anledningen till att tacka nej till Kids Club att grupptiderna krockade med hennes arbetstider, vilket gjorde att hon inte kunde ta emot erbjudandet, trots att hon trodde att Kids Club kunnat vara bra för barnet och henne själv:

*”Ja, vi behöver den hjälp och det stöd vi kan få och jag hade gärna sett att vi gått, om det inte varit på grund av att det krockade med mitt arbetschema. [...] Jag kan inte ta ledigt från jobbet alla de gångerna.”*

För den tredje mamman som intervjuades för att hon tackat nej till Kids Club var det snarare att det inte var så tydligt att barngruppen kunnat hjälpa barnet i den situation de befann sig i som var skälet till att välja bort insatsen, eller snarare att mammans bedömning var att barnet inte behövde någon insats för våldserfarenheterna:

*”Det vet jag inte, det är svårt att säga för [mitt barn] har varit lugn, men så vet man inte vad som finns på insidan. Det var inte så att vi tyckte något var olämpligt, men det hade blivit så mycket bättre sedan vi flyttat till eget. [...] Jag vet inte, det är ju jättesvårt. Har ju funderat så många gånger, men så har det ju gått så bra sedan vi flyttade isär. Men [hen] kanske behöver någon att prata med.. [...] Det kan vara jättebra, säkert, men jag har inte känt att [hen] har ju visat att... Allt verkar bra nu. Jag är rädd att om [hen] mår bra så kanske en insats blir fel.”*

För alla mammorna verkade beslutet att tacka nej till Kids Club delvis också relaterat till ifall de hade tillgång till annat stöd som de bedömde som tillräckliga i förhållande till barnens och deras egna problem:

*”Jag har ju kontakt med [kvinnofridshandläggaren] och barnen pratar med kuratorn på skolan och familjerätten.”*

Anledningarna till att tacka nej till erbjudande om Kids Club var med andra ord av tämligen olika slag. Samtidigt finns mönster: å ena sidan är två av skälen direkt kopplade till barnet: 1) att mamman bedömde att barnet när erbjudandet kom inte hade tillräckligt stort behov av insatsen/gruppen och 2) att barnet inte gick med på metodens premisser (skilda grupper för barn och mammor) och det sista till mammans egen arbetstid. Ett annat sätt att se på anledningarna är att ett har att göra med barnets behov och de andra två med formen för insatsen: 1) barn och mammor i olika rum och 2) den begränsade flexibilitet med tider som ett gruppformat tillåter. Att man upplever sig ha tillgång till andra formella och/eller informella resurser verkade också spela roll för mammorna i beslutet.

Det var med andra ord inget i intervjuerna med mammorna som tackat nej till Kids Club som indikerade att Kids Club-metoden skulle vara sämre anpassad för vissa typer av familjer som barn som upplever våld kan leva i. Snarare var det andra aspekter av metoden, såsom att mammorna går i en egen grupp och barnen i en annan, samt att gruppformatet omöjliggör

flexibilitet vad gäller träffarnas dag och tid, som utgjorde hinder. Svaren illustrerar också den roll som Kids Club ur mammornas perspektiv kan ha i förhållande till andra resurser för att bemöta de behov som barnet har. Att Kids Club av mammor bedöms vara en vettig insats är med andra ord inte alltid den enda eller avgörande faktorn för huruvida de väljer att acceptera erbjudandet.

### Mammornas förslag och önskemål: mer information och mer tid?

Även om mammorna med andra ord verkade positiva till insatsen och intervjuerna inte gav några indikationer om att någon kände att metoden inte skulle passa deras typ av familj, så innehöll både intervjuerna med mammorna efter insatsen och mammorna som tackat nej en del specifika önskemål på både barn- och mamma-grupperna och deras genomförande.

Trots att mammorna alltså var generellt positiva till barngruppen, så uttryckte flera att de inte fått tillräckligt med information om vad de gjorde i barngruppen:

*”Man [hade] inte någon direkt jättekoll på vad barnen gjorde, skulle velat veta lite mer om vad de pratade om och sådär... [...] för att förstå hur barnen reagerade efteråt.”*

Detta kan vara något för framtida gruppledare att diskutera hur man ska handskas med. Å ena sidan nämner Kids Club-manualen endast ett kortfattat informationsblad till föräldrarna och att gruppledarna av tystnadsplikt endast får informera föräldrar om barngruppens aktiviteter och inte vad olika deltagare sagt (Graham-Bermann inget årtal). Å andra sidan finns kanske sätt att förbereda mammorna bättre på att de inte kommer att få reda på allt som försiggår i barngruppen och tydligare motivera varför.

Förutom enstaka förslag om att det kanske varit bra med om barnen i barngruppen informerats om stödlinjer som barn kan ringa (såsom BRIS), att det kunde vara bra om en av barngruppledarna varit man och önskemål om andra tider för grupptillfällena, så indikerade en mamma fram att samtalet i barngruppen kanske blev alltför fokuserat på biologiska pappor som den förövare man i praktiken talade om:

*”Att tänka på de barn som har sin styvpappa och inte pappa som har varit våldsam. [...] Att ha en styvpappa och inte pappa som varit den som varit våldsam.”*

Även detta torde vara en viktig aspekt för framtida utvärderingar av metoden att följa upp och för gruppledare att diskutera. Eventuellt kan detta vara något att förtydliga i manualen eftersom forskning visar att många förövare är barnets styvpappa eller mammans nye sambo eller pojkvän och inte alltid barnets biologiska pappa eller en person som barnet ser som sin pappa (Broberg m fl 2011, Cater 2009).

Även när det gäller mammagruppen så lyfte några fram att det bästa varit att barnen fått stöd:

*”[Det bästa] var nog att mina barn fick möjlighet att få något stöd.”*  
*”...att det äntligen är någon som sett mina barn [...] att de äntligen har fått ett redskap att bearbeta, utan att det bara är – som barnens far kallar det för – att jag prackar på dem tankar och idéer. [...] Nu har de fått prata om det med andra och sett att det är andra som har det så här, samtidigt som de har sett att det är okey att prata om det. [...] Det är mest värdefullt för mig, både för barnens skull och för min skull.”*

Förutom enstaka förslag om att till exempel vissa saker som kom upp i mamma-gruppen kanske skulle kunnat behandlas i enskilda samtal i stället, så uttryckte flera av mammorna som deltagit i grupp att de inte kunde komma på något alls som de hade önskat skulle tas upp eller som de saknade i mamma-gruppen. Det som flest mammor lyfte fram som det allra mest värdefulla för egen del var att få träffa andra mammor med liknande erfarenheter:

*”Att känna att jag inte var ensam om det här problemet, att få känna igen sig i andras berättelser.”*

*”[Det mest värde fulla] det var nog att känna att man inte var ensam, faktiskt, att det fanns flera.”*

Förutom enstaka önskemål om mer information om juridiska aspekter, som barns och föräldrars rättigheter och juridiken kring vårdnad och umgänge, uppfostringsmetoder, om själva våldet och känslorna förknippade med det och att få vara tillsammans i grupp med barnen i början, så var det vanligaste förekommande önskemålet om förändring var mer tid för mamma-gruppen, antingen i form av längre grupptillfällen eller fler:

*”Lite för lite tid för mammagrupp, förstår att det inte ska vara längre för barngruppen, men ofta ont om tid för mammagruppen. [...] En uppföljningsträff saknar jag. Senhöst, några månader efteråt.”*

*”kanske längre tid och fler gånger.”*

Sådana önskemål reser frågor om vad som är barnens behov och vad som är mammornas behov kopplade till föräldraskapet respektive deras eget behov av att bearbeta sin a upplevelser mer generellt och vad som ska rymmas inom en gruppmetod som ursprungligen bestod av barngrupper och som sedan kompletterats med grupper för att stödja mammorna i sitt föräldraskap.

Dessa intervjuer gav med andra ord inte mycket information om Kids Club-metodens begränsningar visavi särskilda typer av familjer som barn som upplevt våld kan leva i, men reser däremot vissa frågor att diskutera i den fortsatta utvecklingen och implementeringen av metoden. Medan önskemålet om att tydligare inkludera styvfäder som den möjliga förvare man talar om i grupperna till exempel inte torde utgöra något problem vare sig i relation till forskningen om våldsutsatta familjer eller i relation till Kids Club-manualen, så krävs mer noggranna avvägningar avseende hur man i framtida grupper ska hantera önskemålen om mer tid för mammorna och mer information om barngruppen till mammorna eftersom dessa aspekter är tämligen tydligt uttryckta i manualen.

## Förutsättningarna för fortsatt implementering av Kids Club-metoden i Sverige

Studiens andra frågeställning handlar om i vilken utsträckning Kids Club-metoden är anpassad för svensk lagstiftning, svensk familjekultur och socialtjänstens organisation. Den tredje frågeställningen, som handlar om vilka svårigheter och problem i implementeringen och tillämpningen av metoden som kan identifieras, hänger i stora delar ihop med hur metoden är anpassad för svenska förhållanden. Därför besvaras dessa frågeställningar i ett gemensamt resonemang nedan. I intervjuerna med gruppledarna framträdde ett antal teman som på olika sätt ger svar på dessa frågor.

## ”Timeout” och svenska normer för att behandla barn

I intervjuerna tar gruppledarna inte upp någon aspekt av Kids club som skulle kunna vara oförenlig med svensk lag. Däremot finns några aspekter av metoden som stimulerar reflexioner och diskussion om hur man i Sverige ser på familjrelationer och i synnerhet hur man ser på och behandlar barn och som utgör en kulturell skillnad gentemot det USA som metoden är utvecklad i:

*”Det här med timeout upptäckte ju vi att det pratade vi ganska mycket om [...] i USA, men jag pratade ju med en erfaren behandlare där, och hon använde sig aldrig av det [...] Det är ju inte så att vi låter barn bete sig hur som helst men vi har andra sätt än timeout i våran fostran. Och jag tänker att där är det ju en jättestor skillnad [...] i att vi har nolltolerans mot att göra barn illa i Sverige både fysiskt och psykiskt, ehh, så ser det inte ut, varken i lagstiftningen eller normer och värderingar kring barn i USA, så där är det ju en enorm skillnad tycker jag i alla fall...”*

*”Just när man pratar med mammor och föräldraskap och liksom vilka metoder man kan använda, eller vad man kan göra när man känner sig stressad, när man blir arg, när man blir irriterad på sitt barn [...], vi kommer ju aldrig liksom säga att det är okej med att ens ta tag... [...] och där är ju också timeout väldigt, det är ju ingenting som man egentligen vill använda i Sverige, eller så.”*

Samtidigt verkar man uppfatta det snarare som att man i Sverige har möjlighet att nå ända fram avseende ett mål som är eftersträvansvärt, men (ännu) orealistiskt i USA:

*”Men jag lyfte ju det rätt så ordentligt när vi var där och förstod ju att det var ju inte på något sätt något man menade var något lagbundet eller skulle vara. Näe, och jag uppfattade ju också att dom ändå var lite avundssjuka på oss, dom som arbetade just med det här området med våld i nära relation, tyckte ju att det är självklart att man liksom ska ha nolltolerans mot att man gör barn illa både fysiskt och psykiskt.”*

*”Jag pratade ganska mycket med den kvinnan som jobbade med dom här grupperna, hade gjort i många år... Och då kände jag ju att vi hade väldigt lika sätt att tänka, och hon sa, det var hon som bland annat sa: ’Jag använder aldrig timeout för det behöver inte jag, för jag har andra sätt, andra metoder för att få lugn och ro i en grupp’, och jag vet hur jag gör och när hon hörde hur jag beskrev. ’Ja, men det är helt rätt, så kan du absolut arbeta och så kan man tänka, och så skulle jag vilja’ Det är ju det, och det var ju hennes roll att sprida det sättet att tänka och förhålla sig och vara.”*

Den positiva inställningen till kroppslig bestraffning har i Sverige sjunkit markant från mitten av 1960-talet och fram till mitten av 1990-talet. Med undantag för de nordiska grannländerna har föräldrar i Sverige i internationell jämförelse en mycket negativ inställning till barnaga, vilket till exempel kommer till uttryck i att mindre än en av tio tycker att det är rätt att slå eller ge barnet en örfil även om barnet gjort föräldern arg (Janson m fl 2011). Gruppledarnas uppfattning att deras egen inställning till timeout och andra repressiva tekniker för att lugna barn är ett slags mål även i den amerikanska tillämpningen av Kids Club verkar så att säga oskadliggöra även denna potentiella skillnad mellan metoden såsom utvecklad i USA och ett svenskt synsätt. Man kanske kan se det som att även om det finns kulturella skillnader på nationell nivå, så råder mer konsensus i Sverige mellan å ena sidan gruppledare i de båda länderna och å den andra mellan gruppledare och föräldrar i Sverige, vilket kan göra just detta tema i metoden snarare mindre problematiskt i Sverige än i USA.

## Att arbeta manualbaserat – men flexibelt – inom socialtjänsten

Kids Club-metoden är manualbaserad, vilket är en aspekt som på senare år har blivit föremål för diskussion inom svensk socialtjänst utifrån EBP(EvidensBaserad Praktik)-strävandena. Både yrkesverksamma socialarbetare och forskare har lyft fram att manualbaserade metoder kanske inte passar för det komplexa sociala arbetet och/eller att standardiserade sätt att arbeta gör att socialarbetaren reduceras till en utförare av manualer vars förmåga till reflektion, bedömning och beslutsfattning förringas och åsidosätts (se Frogner m fl 2009, Socialstyrelsen 2012). Men att Kids Club kräver att man anpassar sig till att arbeta manualbaserat är inte i sig ett problem för gruppledarna enligt intervjuerna:

*”Nu för tiden jobbar man ju med ganska mycket på ett pedagogiskt sätt. Man jobbar med manualstyrda metoder och sånt blir ju mera liksom pedagogiskt.”*

*”Men så tycker ju jag att det är jättebra med Kids Club just utifrån att det är manualer. Att det är liksom så tydligt, så detaljerat, tycker jag: ’Den här gången ska vi göra dom här sakerna’. [...] Man behöver inte känna att man ska ha förberett sig första gången inför alla 10 gångerna.”*

Detta kan dock förstås i relation till att gruppledarna också lyfte fram att metoden inte är detaljstyrd och kräver rigid anpassning:

*”Men det tyckte jag också att man uppfattade från Sandra Graham där att man kan ju vara lite flexibel ändå innehållsmässigt, bara att man har med allting, liksom, i de olika temana och så, men att man inte behöver vara hundra procentigt bokstavstrogen, utan mer att man matar av att man fått med det mesta någonstans.”*

*”Man försöker med de övningar som hon har skrivit ner i manualen i första hand, men är det så att det inte fungerar då måste man. Hellre improvisera och fånga upp temat än att det inte alls fångas upp.”*

I ett par specifika avseenden beskrev dock gruppledarna att man avvek från manualen. Ett sådant exempel var avseende teknikerna för att hjälpa barnen att slappna av:

*”Vi använder inte snacks och sådana saker. Vi använder inte heller film för att slappna av, utan då gör vi andra saker [...] Jag släcker i taket [...] och vi] tar av oss om fötterna, eller hur? [...] För då gör vi en sol med alla tårna framme nuddar varandra [...] och sen tar vi bara fötterna och ’drrrrr’ på varandra ’Hej då!’ och så går vi. Man kan, det finns andra metoder, det beror på, ibland kan man behöva sätta på musik och man kan göra någon lek där man ska, det beror alldeles på ålder, och på gruppen så.”*

*”Vi kommer att nästa gång inte hålla oss till manualen för därför ska man se på film och det kommer vi inte göra, därför det passar inte i vårt sätt att tänka kring vad som är bra att göra ihop med barn. [...] Vi kommer att ta samma tema givetvis, men med andra metoder, pedagogiska metoder, som vi har med oss från vår profession. [...] Man har kvar temat men att övningarna kan få variera mellan varandra.”*

Ett annat exempel var en diskussion om ordningen mellan metodens olika teman:

*”Om man nu skulle byta från gång fem när det handlar om ursprungsfamilj, för egentligen ska man ta den tredje gången, men om det är bättre att prata barns utveckling gång tre för det blir mer neutralt. Ehh, men ja, det är inte riktigt bestämt.”*

Ytterligare ett exempel belyser en viktig skillnad mot de förhållanden inom vilka insatsen ges i USA:

*”Det har vi poängterat på alla dessa förmöten som vi har haft, att vi har en anmälningsskyldighet. [...] Men jag tycker att när man har sagt det så är det ingen som har reagerat, utan det är mer att det är självklart. Det känner man till, tror jag mer, om man är svensk.”*

På en gruppledarträff beslutades också att ersätta inslagen om timeout och fysisk bestraffning i mamma-programmet med ”5 gånger mer kärlek” (Forster 2009) och gruppledarna diskuterade att ersätta exemplen om tornado och skolskjutningar med brand eller åska i säkerhetsplaneringsinslaget i barnprogrammet. Alla dessa förändringar kan dock sägas handla om en slags detaljnivå inom metoden, eller olika sätt att åstadkomma den förståelse eller sinnesstämning som manualen anger är målet med respektive träff och som manualen ger exempel på snarare än att ange en viss teknik som den enda lämpliga.

En annan aspekt som diskuterades av gruppledarna, och som utgör ett möjligen tydligare avsteg från metoden i sin ursprungliga form såsom beskriven i manualen, var att manualen anger ganska begränsade tidsramar för varje tillfälle, men att man utökade tiden i en av kommunerna, dels efter erfarenheter av att man ”dragit över” den tänkta grupptiden den föregående terminen:

*”Det liksom ’Tjongtjofjtjonghsgj!’ och så har timmen gått. Och det bara hände! Det är otroligt kort, det är helt sanslöst alltså. [...] Så det blev lite längre än vad vi hade tänkt.”*  
*”Vi har utan att ha frågat Sandra så har vi förlängt tiden. [...] Det var jätte stressigt. Så nu har vi 1,5 timmar, istället för 1 timme. Den där halvtimmen är värd guld alltså. Nu blir vi färdiga i tid, ingen av oss drar över och jag känner mig inte stressad som gruppledare i barngruppen. [Utvecklare tyckte] att en timme skulle vara den avsatta tiden för arbetet med innehållet i Kids Club. Hon tyckte nästan att en timme var mycket. 45 minuter tror jag att hon började på. Men det är inte rimligt! [...] Det blev ett väldigt forcerat tempo i föräldragruppen i höstas [...] Jag kan tänka att det blir kontraproduktivt.”*

För- och nackdelarna med att förlänga gruppträffarna genererade viss diskussion bland gruppledarna:

*”I vissa åldrar är ju väldigt noga med att man håller sig till regler och det man har sagt, så att, det känns inte så, utan snarare kanske, på ett sätt blev vi mindre metodtroga i och med vi pratade längre än vad vi kanske borde ha gjort om man nu ska tänka så.”*  
*”Jag tänker att om det är där hon tycker att tiden blir viktig. Att tiden också är ett sätt att inte hamna i terapeutiska relationer, jag vet inte, det var bara en tanke som slog mig nu.”*

Diskussionerna om för- respektive nackdelarna med att förlänga grupptillfällena i tid handlar med andra ord både om graden av metodtrogenhet i sig och i synnerhet om det riskerar att göra avkall på den typ av stöd som metoden är tänkt att utgöra.

En annan aspekt av diskussionen om att förlänga grupptillfällena handlar om den underliggande anledningen att göra det och vems behov och vilken typ av behov det egentligen tillgodoser:



*”Grejen med den här mammagruppen är att det är fokus på föräldraskapet. [...] Jag undrar när mammorna säger att de gärna vill ha mer tid, för vad är det de vill prata mer om? Är det sina personliga upplevelser kring allt det eller är det kring barnen? Jag tror ändå att det är en vits med att det är begränsat.”*

Att arbeta gruppbaserat innebär också i sig en avvägning mellan att hålla tiden och anpassning till gruppen:

*”Sist nu då var det ju så att det var två nya mammor med men bara ett nytt barn och då var det ju att återge lite granna av första träffens innehåll som tog lite väl mycket tid så då hann vi inte diskutera den sista punkten som fanns egentligen där. Nej, så det vart lite stressigt. Jag kan tänka mig att vi har ett lite annat sätt att förhålla oss till barn än vad man har i Amerika...”*

Att arbeta manualbaserat på det sätt som Kids Club förutsätter innebär med andra ord knappast något problem enligt gruppledarna själva. Sådan kritik mot att arbeta på standardiserade sätt, till exempel relaterat till uppfattningar om att detta skulle leda till ett avprofessionaliserat socialt arbete med socialarbetare reducerade till administratörer av riktlinjer och manualer utan förmåga till reflektion över den komplexa process av överväganden och val som socialarbetare står inför i det praktiska arbetet som till exempel Frogner m fl (2009) diskuterar, syns med andra ord inte i intervjuerna. Kanske kan detta förstås delvis utifrån den flexibilitet Kids Club-metoden anses tillåta, åtminstone på detaljnivå. De utökade grupptiderna är också föremål för diskussion bland gruppledarna. I denna diskussion problematiserar gruppledarna på ett sätt med det önskemål vissa mammor själva förde fram i intervjuer, genom att poängtera att mammagruppens syfte är ju föräldrastöd, inte att mammorna ska få bearbeta sina egna upplevelser och problem. Sådana beslut reser frågor om hur stora förändringar man kan göra i förhållande till manualen och det s a s fortfarande ”är Kids Club” man ger som insats. En aspekt av denna diskussion är att begränsningarna med metodens gruppbaserade typ kanske måste studeras genom intervjuer med andra socialarbetare än med redan frälsta, eftersom det kan utgöra en anledning för att andra att välja bort just den typen av insats (jfr Husa & Löf 2013). En annan aspekt är att en manualbaserad metod kanske möter mindre motstånd om den uppfattas som tillräckligt flexibel för att tillåta de förändringar man vill göra.

### Att stödja barn som upplevt våld genom varsam möjlighet att tala

En central aspekt av Kids Club-metoden som gruppledarna uttryckte särskilt att de uppskattade och trodde på var att metoden inte förutsätter att barn och mammor uttryckligen ska prata om de egna våldserfarenheterna och de egna känslorna. Även om det kanske inte finns några skäl att anta att detta skulle kunna utgöra en svårighet eller ett problem i implementeringen eller tillämpningen av metoden, så kan denna aspekt förstås som en så viktig del av metodens bakomliggande idé att den är värd att ta upp för diskussion. Det gruppledarna lyfter fram i intervjuerna är dels att man med olika tekniker ger barnen möjlighet att berätta om sina upplevelser och känslor i den utsträckning och på det sätt de själva vill:

*”Sen är ju den här metoden, tycker jag är bra i det här materialet... [...] Just den här metoden, att barn är rädda för, barn blir rädda när... Precis, generalisera! ...att man inte måste prata så: ’Jag blir rädd’, därför det gör så mycket, det är så mycket svårare... och förra gången jobbade vi ju med de här, vi gjorde figurer då, som man fick hålla i och bara det*

*när figuren fick prata om vad den var rädd för istället för jag, så får man, det blir ett redskap till att prata om det som är [...] ...att man hjälper barn att få, att man kan få prata om det utan att gå in för långt... Utan att det handlar om mig... Och ändå så handlar det ju om mig, men att man kan få ta det i sin egen takt.”*

*”Vad som är bra med metoden är ju just också att det inte bara bygger på att barnet ska ha, kunna verbalisera sina upplevelser, utan det bygger på att barnen ska ha möjlighet att uttrycka dom på andra sätt, det tänker jag också är jättebra med metoden. [...] Det vi gör, det är ju inte ett vanligt pyssel, utan det man gör har ju också ett syfte, för att prata om det temat på ett annat sätt.”*

En annan del av förhållningssättet gentemot barnen och mammorna och stödet för att hjälpa dem kunna tala om sina erfarenheter utgörs av att de ges ett i förväg accepterat sätt att visa när de inte vill tala om något:

*”Ordet ’pass’ är också fantastiskt bra, för det gör att det finns en frihet, och när man använder ordet ’pass’, och vi också ibland för att visa att det är helt okej, så vågar man också prata när man vill prata, och det är ju en del av metoden.”*

*”Man måste känna sig trygg och kunna dela med sig av det man vill, av det svåra man varit med om. Det tänker jag blir lite av en konsekvens av metoden. Det tycker jag när man läser manualen, att man alltid har rätt att säga ’pass’ till exempel. Att man får respektera människors integritet och så. Det tänker jag är en viktig del. Att man ger möjlighet att berätta om svåra saker, man både bjuder in och respekterar ett nej.”*

Det handlar alltså om flera aspekter: både att man kan fokusera på ”pysslet” medan man talar om de svåra erfarenheterna och att man kan låta resultatet av pysslet, exempelvis en pappersfigur eller liknande, utgöra en ställföreträdare för olika upplevelser och känslor, men också att barn och mammor tillåts helt enkelt välja bort att besvara vissa frågor till exempel med hjälp av ordet ”pass”, vars användning gruppledarna också legitimerar genom att själva använda det ibland. Gruppledarna hade också erfarenhet av att detta varit särskilt uppskattat av mammor som hade dåliga erfarenheter av tidigare grupper:

*”Alltså, det kunde vi ju verkligen hålla med om allihopa, att det känns jätteskönt. Någon hade erfarenhet av att vara i någon grupp tidigare som inte hade blivit så lyckad då. Eftersom de upplevde att det var väldigt mycket prestation i den gruppen då. Usch då... Att man skulle redogöra för, så att det här att man kan säga ’pass’, att man inte behöver säga någonting, det upplevde nog flera av de här mammorna som väldigt skönt, att de behöver inte prestera något utan: ’Jag kan lyssna också’. Och också det här få redskap att prata med sina barn om det här som var så hemlighetsstämplat. Det var någon mamma som sa att: ’Man går omkring på liksom som nästan som äggskal hemma liksom, man vågar inte ta upp, man vill inte röra, man rör upp, man vill inte oroa.’”*

Det verkade som att man inledningsvis tvekat lite om ifall detta var möjligt eller lämpligt eller om det vore bättre att barnen så att säga fått träna sig i att tala om våldet:

*”Vi hade ganska mycket diskussioner innan vi drog igång om det var bra eller om alla barnen skulle ha gått Trappan först innan man gick in i gruppen. Just det... Men så när vi träffade Sandra där och så, så var det absolut inte nödvändigt... och det är det nog inte. Utan mixen där kan... Ja. Vi ser inte det som något hinder.”*

Det verkar med andra ord som att idén om samtalets förlösande effekt från början, åtminstone för en del av gruppledarna, var kopplad till att barnet behöver berätta om våldet. Ett sådant synsätt kan vila på formuleringar som ”När barnet berättar om sina upplevelser och avsikter, ökar också ofta dess egen förståelse av det som händer. Att få tillfälle att förmedla och sätta ord på sina erfarenheter och tankar är en förutsättning för att man ska kunna vara med och påverka sin situation och sina livsvillkor. [...] Ett annat viktigt syfte med samtalen är att visa barnet att det går att prata om svåra saker.” (Socialstyrelsen 2004, sid 22-23) om samtal med barn i allmänhet, men också på idén som uttrycks av till exempel Arnell och Ekbom (2007) gällande barn som just upplevt våld: ”Om barnet får hjälp med att i sina krissamtal få sätta ord på sina svåra upplevelser innebär det att barnet bättre kan kontrollera sina minnen och känslor.” (sid 21). Men Arnell och Ekbom påpekar också att den vuxne ska tala med barnet på barnets villkor (a.a. sid 47) och det är detta som kanske Kids Club-metoden poängterar tydligare än andra metoder för att stödja barn som upplevt våld mellan föräldrarna och som gruppledarna efter lite reflektion kommit till: att låta det individuella barnet – och mamman – tala om sina erfarenheter och sina känslor *när* hen är redo, *på det sätt* (direkt eller indirekt) som hen vill och förmår och endast *om* hen vill, vilket kanske är särskilt relevant just för barn som upplevt våld i familjen. Möjligen skulle denna aspekt av metoden också kunna utgöra en särskild god förutsättning för att hjälpa barn med begränsad språklig förmåga.

## Parallella barn- och mamma-grupper

En annan central aspekt av Kids Club är att insatsen är gruppbaserad och att barngruppen och mammapgruppen går samma dagar och tider, med gemensam start men huvudsakligen i olika rum. Också detta ger vissa specifika förutsättningar för insatsen. Gruppledarna uttrycker på flera sätt vad de tror är bra med att barn och mammor får träffas i grupp för att bearbeta sina våldserfarenheter. Sådana fördelar kan dels ha att göra med gruppen som helhet:

*”Jag tycker ju att det här är så bra när människor får träffas och får prata och får lyfta saker tillsammans med andra för jag tror väldigt mycket på det här att vara i en grupp och att man förstår att man inte är ensam, det tycker jag är det bästa med sådana här grupper...”*

*”De är ju på lite olika stadier och det har varit bra för dem allihopa egentligen, därför att en del kan få lite stöd och hjälp där de är eftersom det är kaotiskt där de befinner sig just nu. Man kan höra från dem som har haft bekymmer att det kan bli bättre. Det går an att höra vi säga det, men när man hör det från någon som har upplevt, att de har varit i samma situation.”*

Gruppledarna nämner också specifika matchningar av barn som man tror kan stärka varandra på något sätt eller att något barn kan fylla en särskild funktion i och för gruppen:

*”Genom att en då kan uttrycka sig, så blir det okej för de andra barnen då, då är det ju inte vi vuxna som säger något utan då är det den här enorma förmågan i en gruppprocess att rätt person säger rätt sak, det är inte vi som säger det...”*

*”[Ett specifikt barn i nästa termins grupp] tror jag kommer bli en tillgång i gruppen, dels för att han kan uttrycka, och dels för att han... Han vågar säga det här... men inte överdrivet, utan bara kan säga det här så man, så att inte vi behöver säga: 'Så här kan det vara'.”*

När det gäller mamma-grupperna lyfter gruppledarna fram hur gruppen s a s kan ”förlösa” mammor, så att de kan öppna sig inför de andra:

*”Men det är ju också intressant för att några, två av de här mammorna sa i den här enskilda intervjun först att ’Jag tycker inte om att prata i grupp och jag klarar inte det, jag har dåliga erfarenheter av det’ och sen, ehh, hur det inte blev så [skrattar].”*

Gruppledarna nämner också att mammor vars våldsutsatthet skett nyligen kan få ”draghjälp” av mammor som hunnit bearbeta sina erfarenheter lite mer och kanske hunnit organisera om sitt liv och vars liv är bättre än i den mer akuta fasen. De tänker att de mammor som kommit längre både kan bekräfta känslorna (av t ex skuld och skam) som de som nyligen utsatts erfar och visa att det kan bli bättre senare samt också ge tips på hur man kan komma vidare. Det verkar vara lättare att få mammorna att liksom använda varandra för sådana genom igenkänning förlösande samtal än att hantera olikheterna inom barngrupperna:

*”Men det är ju det delikata i det här det här åldersspannet som vi har, 7-11 år. Jag menar: den här sjuåringen kan nog säga det här spontant som blir, sen har han sagt det, sen är han färdig. Sen vill han joxa lite med, spela lite fotboll och tycka att vi ska sluta [...] Hur mycket ska han få gå runt, vilket han behöver, och hur mycket ska vi sitta och prata med de här som behöver det? [...] Och alla de här tysta flickorna som liksom tittar på varandra och stämmer av och liksom som det tar jättelång tid på sig som är med, och är jättejätteförsiktiga och som jag tycker redan nu man ser att dom har jättesvårt och göra uttalande bara utav sig själv utan man vill vara så lika som någon annan...”*

Men gruppledarna lyfter också fram att sådana olikheter barnen emellan är just det som kan utgöra en fördel i en grupp:

*”Men jag tänker också [...] om det är någon som kanske är med tränad och som kan uttrycka känslor... [...] Jag menar: det är ju ganska stor skillnad på den som, på en utan dem som är yngst och den, en utav dem som är äldst. Men den yngste är ju också mer impulsiv och säger saker och lägger inte band på sig på samma sätt, det är ju också en draghjälp.”*

Just att barn och mammor går i grupp parallellt lyfter gruppledarna fram som särskilt bra:

*”Jag tycker det bästa är att man jobbar både med barnen och med mammorna.”*  
*”Jag tycker nog att det bästa med Kids Club såhär långt är att det faktiskt är både mammor och barn involverade och att det är parallellt så... [...] Att det kommer bli kompakt stöd för barnen, att mammorna också går in här som föräldrar i den här gruppen: ’Hur man ska kunna stödja sina barn?’, det tycker jag känns som det bästa.”*

Gruppledarna uttrycker på sådana sätt att mammornas deltagande i en annan grupp liksom sanktionerar för barnen deltagandet och berättandet om vad som hänt in barngruppen. I fördelarna med de parallella grupperna ingår både att både barnet och mamman får stöd och att gruppledarna uttrycker att de själva får en bättre förståelse för barnet när de också träffar mamma:

*”Sen tänker jag också att när man bara har barnen för sig, så på något vis så blir lojaliteten mot föräldern så mycket större. [...] Nu vet barnen att vi pratar, nu sitter mamma därinne och pratar om precis samma saker, så de kan känna sig trygga i det, för annars har ju barn otroliga lojaliteter mot förälder...”*

Att grupperna är samma tid innebär att man kan äta gemensamt innan, vilket ingår i metoden och som gruppledarna tror kan gynna återhämtningsprocesserna för både barn och mammor:

*”Då äter vi tillsammans med barnen och med mammorna och då ser man ju rätt så mycket av samspel och man får själv också någon relation och de blir också mer trygga med oss, att vi är okej för deras barn. [...] Sedan delar man på sig, så vet man att mamma finns alldeles bredvid.”*

*”Barnen har fått bekräftelse att deras tankar, funderingar och känslor tas på allvar och mammorna får stöttning i hur det kan vara att prata med, hur man kan prata med sina barn. Det tror jag är en jättestyrka i det här, att man har en gemensam timme tillsammans där det är okej att göra det här och kanske till och från tillfällena så pratar med om någonting och man får en stund tillsammans.”*

Att grupperna är på samma tider får också bonus-effekter, som till exempel att barnen får en stund tillsammans med mamma på vägen till och hem ifrån gruppen, under vilken man kan tala om det man talat om under gruppstillfället eller något annat. Även om de talar om helt andra saker, så tänker sig gruppledarna att också denna stund kan vara gynnsam för barnen.

Gruppledarna uppskattar således i synnerhet att arbeta med barn och föräldrar i parallella grupper. Detta gjordes också till en uttalad princip när metoden började spridas i Sverige. Att metoden är gruppbaserad och att barn- och mamma-grupp hålls parallellt är med andra ord dels en central aspekt av metoden och samtidigt en av de aspekter som uppfattas mest positivt av gruppledarna. Man skulle därför kunna dra slutsatsen att detta är något icke-förhandlingsbart när det gäller eventuella förändringar av metoden. Men samtidigt som gruppformatet utgör en av de aspekter som förefaller gynna gruppledarnas tro på insatsen, så utgör också att metoden är gruppbaserad en svårighet, vilket diskuteras vidare nedan.

### Att ”få ihop” en grupp

Samtidigt som gruppformatet med andra ord utgör en central anledning både till uppskattning av mamman och till att gruppledarna uppfattar metoden som potent, så utgör det också en tydlig utmaning i den praktiska tillämpningen av metoden. Allteftersom terminerna gick uppstod nämligen betydande problem med att få ihop grupper och den tredje terminen blev det ingen insats i någon av kommunerna i förstudien. Mot denna bakgrund kan gruppledarnas diskussioner om hur gruppsammansättningen går till i praktiken förstås. Det verkar nämligen som om att få ihop en grupp alls måste prioriteras över hur gruppen sätts samman, d v s prioriteringar baserade på bedömningar av vad som kan vara en gynnsam gruppsammansättning i förhållande till barnens behov och problematik. Den aspekt som tydligast framträder i intervjuerna som ett kriterium för att inte erbjuda barnet (och mamman) Kids Club är att mammans relation med förövaren inte avslutats:

*”Märker vi att dom fortfarande tycker att: ’Han är nog snäll, i varje fall när han är nykter’, då tror jag, då kommer vi nog att backa och säga: ’Det här blir inte bra’, för då blir det ju oerhört tufft för det här barnet att vara med och så samtidigt sitta och vara rädd för: ’Hur blir det när jag kommer hem?’ Jag tror att familjesituationen måste vara tydlig...”*

Detta är med andra ord ett kriterium baserat på föräldrelationen och mammans bedömning av förövaren och hans beteende. När det gäller barnen själva, så indikerar inget i intervjuerna med gruppledarna att till exempel barnets mående skulle vara en central faktor i bedömningen om barnet ska gå Kids Club:

*”Dels tänker jag, är det så att de kommer från utredningsenheten, då tänker jag att den bedömningen har ju dom redan gjort om dom har hänvisat hit och inte skrivit remiss till BUP,*

*alltså, jag litar på den bedömning dom gör och ibland kan det ju vara så att ett barn är hänvisat till det här men att man också har skrivit en remiss till BUP, man tänker att barnet kan behöva olika insatser, så då litar jag på det.”*

Detta trots att gruppledarna tar upp att vissa typer av problematik skulle kunna utgöra svårigheter inom ramen för gruppsformatet:

*”Vi tänker ju inte att en ADHD-problematik eller någonting sådant skulle sätt stopp i hjulen... Nääää... ..utan det är väl mer inom autism-spektrat så fall och det pratar man också om i andra grupper att det kan vara liksom en komplikation eller, kontra i så fall faktiskt... [...] Sen tänker jag också att om man går med i den här gruppen så måste det vara väldigt tydligt att man kan, att man klarar de här tiderna...”*

*”Det får inte vara barn som man vet från början blir alldeles för utåtagerande i en grupp för då kommer all resurs gå åt till att dämpa den och han är på gränsen den pojken vi har nu. [Han är dock inte utredd] så det finns inget tydligt. Det är därför som jag tänkte att han får komma med i gruppen. [...] ...och det kan lika gärna vara ett PTSD-syndrom.”*

Att vissa typer av utåtagerande beteendeproblem kan komma till uttryck som starkt påminner om posttraumatisk stress utgör därmed ett dilemma när det gäller att i praktiken förhålla sig till å ena sidan vad man tror kan vara en gynnsam gruppammansättning och å den andra de typer av problem som den specifika målgruppen brottas med.

I intervjuerna framkommer också att det egentligen inte är gruppledarna som avgränsar målgruppen utifrån hur de bedömer barnens behov, utan att i praktiken erbjuds barn till mammor som utsatts för våld av sin partner och sedan blir det mamman som avgör om barnet ska få tillgång till insatsen eller inte:

*”Alltså, de här barnen hade ju alla behov, visst kunde man känna så, eller? Ja, men sen kanske det kanske inte är vi som bedömer det liksom heller, utan det blir ju ändå föräldern... Precis... för det här är ju, dom är ju i dom åldrarna där det ändå så att det är ju föräldern är ju med och dom är så pass små, det är inget dom kan söka själva utan det är ju tillsammans med mamma, och här är väl, det är ju snarare så att det är mammorna som får jobba med barnen, att kanske motivera, var ju tveksamt om några barn, om de ville egentligen vara med och så. Så vi bedömer väl inte om dom, vi utgår från att det här skulle kunna vara något för dom...”*

I en av intervjuerna med gruppledarna framkom ett annat perspektiv på detta med att mammornas bedömningar av barnens behov av insats:

*”Det är ju några mammor som inte har kontakt sina barn, så där blir det ju svårt, men oftare är det så att dom tackar nej, alltså, jag erbjuder fler än vad som kommer till gruppen. [...] Den vanligaste ursäkten är att: ’Nämen, det verkar som att mitt barn mår bra och jag kan inte se att mitt barn har några symtom’, och vi pratar: ’Hon eller han vill aldrig prata om det här, så jag vill inte peta i någonting liksom i onödan eller väcka någonting som inte finns där och så’, det är de vanligaste. [...] Då försöker jag att återkoppla till det: ’Jaa, det förstår jag att barnet inte liksom verkar må dåligt, men du har ju ändå berättat för mig att när det här och det här hände, då har jag för mig att du sa att det här barnet gjorde så och så och då tänker jag ändå att ditt barn vet ju mycket väl vad som har hänt liksom, och då kan jag tänka att det finns en vinst i att få prata om det, för även om ni inte pratar om det nu, så finns det ju där,*

*det har ju inte försvunnit ur barnet medvetande, det vet vi att det gör det inte, utan det finns kvar liksom'. Så där blir det ju mammorna som väljer bort insatserna för barnen."*

När man så att säga ställer intervjuerna med mammorna emot intervjuerna med gruppledarna avseende mammornas makt att besluta om barnet ska få Kids Club-insats eller inte, så belyses frågor som: Hos vem är det rimligt att den avgörande rösten om hurvida ett barn ska få stöd för sina våldsupplevelser ska ligga: hos de mammor som sannolikt har spenderat mest tid med barnet, men troligen har mycket begränsad insikt i hur våld mot mamma kan påverka barn och som också har andra åtaganden, såsom sitt arbete och kanske fler barn, eller hos en socialarbetare, som kanske endast träffat barnet under enstaka timmar och inte gjort en ordentlig utredning varken av vad barnet bevittnat eller hur det mår, men å andra sidan har kännedom om möjliga konsekvenser av att uppleva våld mot en omsorgsperson som kanske kan vara dolda, men samtidigt kan uppleva viss lojalitet mot de andra barn som kan behöva insatsen och därmed att tillräckligt många barn kan inkluderas för att motivera en grupp? Men framför allt belyser intervjuerna med gruppledarna att man i praktiken tvingas till – och också är beredd att göra – ganska stora avsteg från idéer om optimal grupp sammansättning för att alls få till stånd en grupp. I den första terminens grupp hade exempelvis en kommun haft ett syskonpar, vilket illustrerar erfarenheterna av svårigheterna att få ihop en grupp:

*"En stor skillnad tycker jag är att vi inte har syskon med i gruppen den här gången. [...] Förra gången var vi så glada att vi fick ihop en grupp, så då tar man vad som helst menar jag inte, men man får det man får."*

Att man inte egentligen tillämpar några exklusionskriterier eller kan utforma gruppen på sätt som gynnar grupprocesser syns också i detta citat:

*"Vi har inte valt ut egentligen, i den bemärkelsen så, utan det är sådana som har varit aktuella."*

Trots att gruppledarna uppgav i intervjun att de känt stöd i sin kommun för att ge Kids Club, så blev det ingen grupp i någon av kommunerna förstadiens tredje termin. Att man i praktiken knappast tillämpar några exklusionskriterier kan å ena sidan förstås mot bakgrund att insatsen är sekundärpreventiv och riktas mot en viss riskgrupp (i det här fallet barn vars mammor utsatts för våld av sin partner) i syfte att reducera *eller förhindra att symptom och problem utvecklas* (se Weisz m fl 2005). Å den andra kan inklusionen av ett barn som var yngre än insatsen är utvecklad för och ett barn som enligt mamman inte var medvetet om våldet mot mamman förstås mot bakgrund av svårigheterna att få ihop en grupp i en mindre kommun. I manualen står att "Gruppen måste innehålla lika många pojkar som flickor och deltagarna måste vara relativt jämnåriga" samt att "den viktigaste egenskapen hos en eventuell deltagare är förmågan att kunna interagera i en social situation" (Graham-Bermann inget årtal, sid 8). Dessa erfarenheter av att få ihop Kids Club-grupper har med andra ord betydelse för metodens möjliga spridning i Sverige, åtminstone om man har för avsikt att hålla sig till manualen i sin nuvarande form.

## Vilka förutsättningar utbildningen och manualen gett

När det gäller eventuella svårigheter och problem i implementeringen och tillämpningen av metoden, så utgör också manualen, utbildningen och vilka resurser genomförandet kräver centrala förutsättningar. Vad manualen ger ställdes i relation till gruppledarnas utbildning och tidigare erfarenheter vid ett tillfälle i intervjuerna med gruppledarna:

*”Det är mer en pedagogisk manual så: det här ska vi göra och sedan ska vi göra det och sedan ska vi göra det. [...] Jag har inte reflekterat över det tidigare, men till exempel de här gångerna när vi ska prata med barnen om känslor kring våld till exempel, känslor i allmänhet och känslor kring våld i synnerhet, så står det ingen vägledning hur vi ska fånga upp saker om det händer något ibland. Det gör det ju inte, utan det står bara att det här ska vi göra och så gör vi det förstås. Men ingen vägledning hur vi ska hantera en situation som det blev då när de fick rita de här bilderna kring våld. [...] Därför känns det också väldigt konstigt att man bara skulle bli tagen från gatan.”*

Därmed identifieras en möjlig begränsning med manualen som åtminstone delvis är kopplad till att det inte krävs några särskilda förkunskaper för att utbildas till Kids Club-gruppledare. Å ena sidan torde detta gynna spridning i Sverige, då det betyder att Kids Club-grupper kan hållas inom ramen för frivilliga organisationer och av personer med mycket varierande grundutbildning och utbildningsnivå. Å den andra lyfte gruppledarna här fram vilka svåra situationer som kan uppstå och hur dessa, även för de erfarna gruppledare som höll i förstudiens Kids Club-grupper, utgjorde betydande utmaningar.

Också begränsningar i manualen i sig lyftes fram av gruppledarna:

*”Det första vi fick var ju en översättning som man gjorde från Kristinehamn och den hade vi bland annat och så hade vi material som vi hade fått från USA, så vi har gjort vårt dels utifrån den och dels utifrån det andra. Det är klart att på något sätt kanske det skiljer sig, det vet inte jag. [...] Jag trodde att den svenska översättningen var en manual, men det var en processbeskrivning. Det var ingen manual på det sättet. [...] Men nu har vi det här, vår manual.”*

Att man uppfattat manualen som en processbeskrivning snarare än en manual hade med andra ord lett till att man i den ena kommunen författat sin egen manual, med vissa konkretiseringar. Ur ett professionsperspektiv hade man alltså uppfattat detta som nödvändigt, men ur ett utvärderarperspektiv kan det vara problematiskt, då det återigen genererar frågor om vad som egentligen ”är Kids Club”.

Några specifika önskemål avseende utbildningen lyftes också i gruppledarintervjuerna:

*”Det är en stor skillnad att ha en föräldragrupp och en barngrupp, bara det är en skillnad för barn i sig är mer oförutsägbara på ett sätt. Vuxna har ändå lärt sig att förhålla sig inom någon slags ram med det här med sociala koder, vad man gör och inte gör. Barn är mer fria på det sättet, både på gott och ont tycker jag. Det är skillnad, jag tycker att det krävs mer av mig som gruppledare i barngruppen än vad jag upplevde att det krävdes av mig i föräldragruppen. [...] Egentligen borde vi få någon bra vidareutbildning. Det är lite mer om barn och barns reaktioner, för det känner jag att jag har dålig kunskap om. [...] Fast det tänker jag, jag vet mycket om barn som upplever våld i hemmet men i situationen, jag tänker att jag skulle behöva mer kanske pedagogik. [...] ...eller barns utveckling.”*

Att metodens både manual och utbildning har ganska gott om utrymme för konkretisering och problematisering torde å ena sidan gynna implementering och fortsatt spridning i Sverige genom att det möjliggör flexibilitet, men å den andra kan det också göra det svårt för nya potentiella gruppledare att ta till sig metoden och konkretisera i praktik på sätt som är tillräckligt konforma med metodens grundläggande idéer. Att manualen uppfattas som vag och utbildningen inte inkluderar aspekter som man upplever som centrala kan också bidra till



att metoden i praktiken utförs på olika sätt beroende på gruppledarnas tidigare utbildning och erfarenheter.

## Resurser och organisation bakom genomförandet

Som ett sista tema var det tydligt i intervjuerna med gruppledarna att den här typen av insatser kräver resurser:

*”Verksamheten kräver mycket resurser och det är vi väl medvetna om. Här är vi fyra, det finns ytterligare en ledare för barngruppen. Sedan har vi två personer som måste träda in som barnvakter [till småsyskon som inte går i gruppen] nu och det är praktikanter på vår avdelning då. Det är alltså allt som allt sju personer som jobbar nu med Kids Club.”*

*”Men jag tänker som i USA när vi såg i Michigan, där är det lappar ute på stan och så står det någonting och väldigt snabbt kommer du in i grupp och går in och provar. Här är det för det första svårt att hitta de här barnen, det är ett förarbete som kanske tar mer tid av oss framför allt. Det är liksom inte drop-in från gatorna.”*

I den kommun som brottsofferjouren var huvudman för Kids Club-grupperna förekom diskussioner om vad detta innebar för insatsen:

*”Det skulle kunna bli [juridiska bekymmer] om det till exempel bara låg inom kyrkans verksamhet. Det har jag förstått och det håller vi på och kolla upp rent juridiskt nu, därför att om vi skulle bevilja det som en insats, för det kan vi göra från socialtjänsten, vi kan bevilja insatser till barn som har upplevt våld som inte ligger inom ramen för socialtjänstens verksamhet, utan det blir som ett bistånd. Som att köpa en tjänst till exempel. Då kommer vårt krav på dokumentation till exempel krocka med diakonernas tysthetslöfte. Det får man verkligen fundera över. [...] Vem skulle ha dokumentationsansvaret då? Så där är det viktigt att tänka till om man ska ha en beviljad insats. Utifrån att det ligger inom brottsofferjouren som är en ideell verksamhet. [...] Det är något som man behöver fundera över.”*

Att insatsen är tämligen resurskrävande skulle kunna innebära konsekvenser för möjligheterna till fortsatt implementering. Dock inte nödvändigtvis på ett negativt sätt. Det är förstås möjligt att kostnaderna lyfts fram som ett skäl att välja andra metoder för att stödja barn som upplevt våld och deras mammor. Men det är också möjligt att metoden uppfattas som seriös och att det finns en stor öppenhet om vad som krävs för att organisera insatsen, vilket torde gynna möjligheterna för implementering och praktiskt genomförande i kommunerna. Hur kostnader fördelas och resurser ställs till förfogande när insatsen ges i samverkan mellan olika organisationer och vilka implikationer olika typer av huvudmän har för det praktiska genomförandet måste noggrant diskuteras och lösas när insatsen möjliggörs genom sådana former.

Totalt sett verkar insatsen ha förutsättningar för att kunna ges inom ramen för svensk lagstiftning och i relation till svensk familjekultur och av socialtjänstens organisation enskilt eller i samverkan med andra organisationer. Metodens centrala aspekter verkar utgöra goda förutsättningar för fortsatt implementering. Detta kan delvis kopplas till den flexibilitet som metoden innehåller och kanske också till att manualen inte är särskilt konkret i alla avseenden. Den mest uppenbara utmaningen i implementeringen och tillämpningen av metoden verkar vara gruppformatet, då erfarenheterna är att det i längden är svårt att få ihop tillräckligt många barn – i synnerhet med en gynnsam grupsammansättning – i mindre kommuner, samtidigt som gruppformatet uppfattas som en av de största styrkorna.

## Hur barnens och mammornas mående förändrats under Kids Club-insatsen

Förstudiens andra delstudie syftade till att ge indikationer om Kids Club-metodens möjligheter att bidra till positiv förändring av barns och mammors mående. Den andra delstudien specificerades i följande frågeställning:

- 3) Vilka förändringar från före till efter insatsen kan identifieras i måendet bland de barn och mammor som går i Kids Club-grupper?

### Barnen och mammorna som kom för Kids Club-insats

*Mammornas skattningar av barnens våldsutsatthet, psykiska ohälsa, traumasymtom och sociala kompetens före Kids Club-gruppen*

Barnens mammor skattade att barnen i vid något tillfälle erfarit eller "bevittnat" våldet som riktats mot dem. Det var endast en mamma till ett barn som uppgav att barnet aldrig erfarit det psykiska våldet som riktats mot henne, och två mammor som rapporterade att deras barn inte erfarit det fysiska våldet. För medelvärden, se Tabell 1.

Som grupp skattade mammorna barnets psykiska ohälsa mätt med totalproblemskalan i SDQ-P som hög ( $M = 16,73$ , variationsvidd 3-31 poäng,  $SD = 10,57$ ) och medelvärdet låg över det svenska föreslagna gränsvärdet för symtom på klinisk nivå. Barnens sociala färdigheter mätt med den prosociala skalan i SDQ-P låg i nivå "med barn i allmänhet" ( $M = 9,00$ , variationsvidd 6-10,  $SD = 1,36$ ).

När det gällde traumasymtom skattade mammorna barnens nivå som relativt hög med TSCYC ( $M = 42,15$  variationsvidd poäng 31-62 poäng,  $SD = 8,62$ ). Vid en omräkning av poäng till T-poäng för PTS totalskalan låg medelvärdet vid start av Kids Club klart över kliniskt gränsvärde ( $M = 77,47$ ,  $SD = 19,31$ ).

Barnens sociala kompetens, mätt med instrumentet SCS, skattades som hög ( $M = 3,08$ , variationsvidd 1.67 - 4.42 poäng,  $SD = 0,80$ ). I jämförelse med en amerikansk normgrupp av barn ( $M = 2,57$ ,  $SD = 0,63$ ), låg barnen klart högre i skattad social kompetens ( $t(399) = -2,95$ ,  $p < .05$ ).

*Mammornas självskattade våldsutsatthet, psykiska ohälsa, traumasymtom och föräldraförmåga före Kids Club-gruppen*

Av de tolv mammorna uppgav samtliga att det utsatts för fysiskt våld under det senaste året med instrumentet CTS2. Tre fjärdedelar av mammorna ( $n=8$ ) uppgav vidare att de hade utsatts för psykiskt våld under det senaste året medan tre att de utsatts för sexuellt tvång och fem att de fått fysiska skador utav våldet riktat mot dem. För medelvärden, se Tabell 1.

Mammorna skattade sig generellt högt vad gällde symtom på ångest och depressiva symtom (HAD) ( $M = 11,09$ , variationsvidd 4-20 poäng,  $SD = 4,74$ ) respektive ( $M = 7,64$ , variationsvidd 0-13 poäng,  $SD = 4,41$ ). Mammorna skilde sig klart från en svensk jämförelsegrupp och hade högre ångest ( $t(367) = -5,81$ ,  $p < .05$ ) och högre depressivitet ( $t(367) = -5,05$ ,  $p < .05$ ). Av de tolv mammorna skattade sju att de låg på eller över kliniskt gränsvärde för hög ångest och fyra skattade sig så pass högt att de låg över föreslagit kliniskt gränsvärde för depression.

Mammorna rapporterade också traumasymtom (MPSS-SR) och dess allvarlighetsgrad. Det fanns en stor variation i mammornas skattningar ( $M = 22.85$ , variationsvidd 4-52 poäng,  $SD = 15.80$ ). Som grupp sett låg inte skattningarna över det kliniska gränsvärdet för en amerikansk grupp personer ”i allmänhet” som är föreslagit till 32 poäng. Det var fyra av de tolv 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 standardavvikelser för respektive delskala, se Tabell 1. Det var tre av de tolv mammorna som uppgav att det hände att de slog sitt barn med handen, men ingen som uppgav att de smällde till barnet när barnet gjort något fel eller att de slog till barnet med bälte eller något annat tillhygge.

Tabell 1. Koefficient alfa och förmättningsvärden för aktuella instrument för barn och mammor. M (medelvärde) och SD (standardavvikelse).

Instrument	$\alpha$	M(SD)	Variationsvidd
<i>Mammor om barn</i>			
CTS2 prevalens totalt "bevitnat" våld	0.95	16.67 (9.68)	0-31
SDQ-P Totalproblem	0.93	16.73 (10.57)	3-31
SDQ-P Prosocial förmåga	0.72	9.00 (1.36)	6-10
TSCYC PTS Totalpoäng	0.79	42.15 (8.62)	31-62
SCS Totalpoäng	0.95	3.08 (0.80)	1.67-4.42
<i>Mammor om sig själva</i>			
CTS2 prevalens Psykisk aggression	0.92	3.92 (3.03)	0-7
CTS2 prevalens Fysiska angrepp	0.83	4.00 (3.10)	1-9
CTS2 prevalens Sexuellt tvång	0.99	1.25 (2.70)	0-7
CTS2 prevalens Skador	0.67	0.92 (1.31)	0-3
HAD Ångest	0.75	11.09 (4.74)	4-20
HAD Depression	0.69	7.64 (4.41)	0-13
MPSS-SR	0.96	22.85 (15.80)	4-52
APQ Involvement	0.81	40.07 (5.02)	28-45
APQ Positive Parenting	0.77	24.53 (3.66)	18-30
APQ Poor monitoring	0.59	15.40 (4.39)	10-28
APQ Inconsistent discipline	0.69	13.73 (4.15)	6-20
APQ Corporal punishment	0.37	3.53 (0.83)	3-5

## Förändringar för barn och mammor från före till efter Kids Club-insatsen

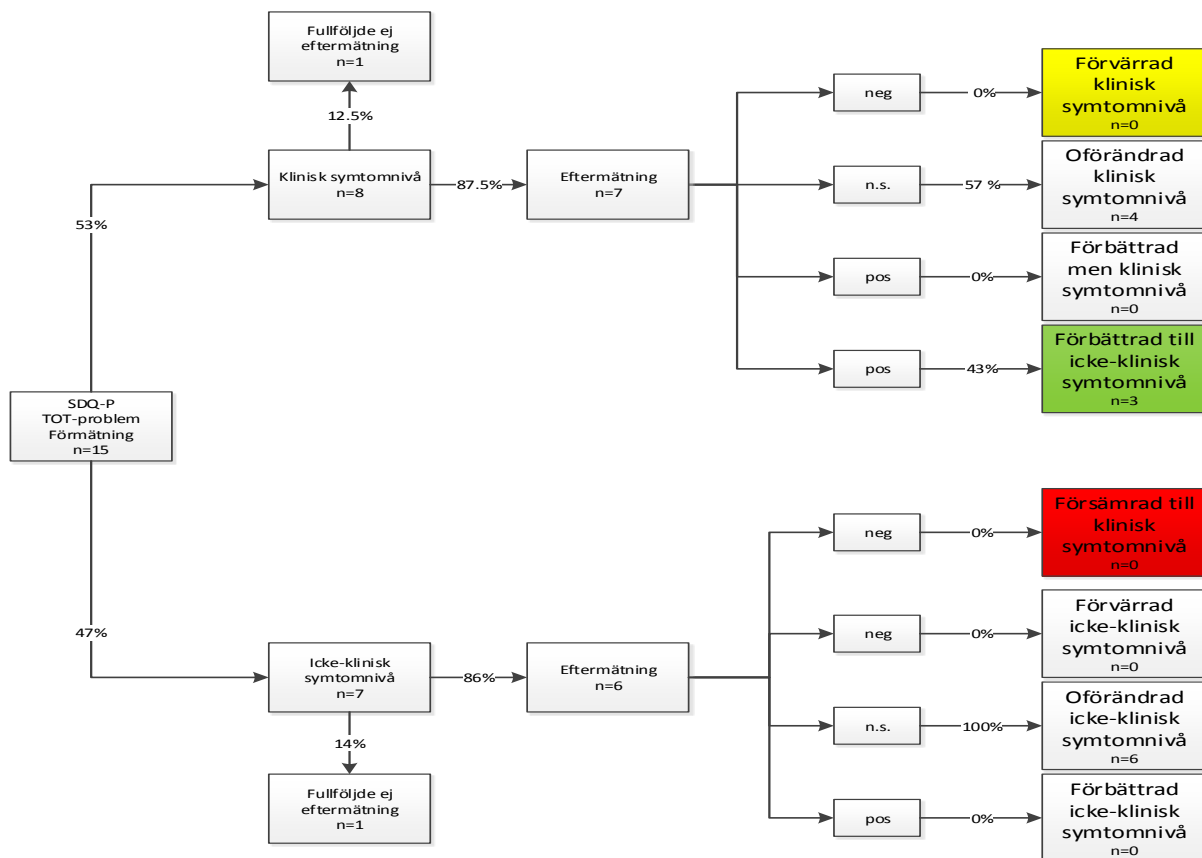
*Förändringar på gruppnivå avseende barnens psykiska ohälsa, traumasymtom och sociala kompetens enligt mammornas skattningar*

Barnens psykiska ohälsa mätt med totalproblemskalan SDQ-P från för- till eftermätning förbättrades ( $t(12) = 2.39$ ,  $p < .05$ ). Effektstorleken var måttlig (0.66) (konfidensintervall 0.05-1.26). Resultatet bekräftades även med Wilcoxon ranktest ( $Mdn = 14$ ) innan insats till ( $Mdn = 10$ ) efter insats ( $T = 2$ ,  $p < .05$ ).

Ingen förbättring kunde dock påvisas vad gällde delskalan prosocial förmåga på SDQ-P (t (12) 0.41,  $p = n.s.$ ). När det gällde barnens traumasymtom (TSCYC) kunde ingen förändring påvisas (t (12) = 1.98,  $p >.05$ ). T-poäng för totalskalan för posttraumatisk stress låg på nivån för måttlig posttraumatisk stress efter genomgången barnprogram (M = 68.23, SD = 18.63). Det skedde inte heller någon förändring vad gällde barnens skattade sociala kompetens (SCS) (t (11) = 0.29,  $p >.05$ ).

### Förändringar på individnivå avseende barnens psykiska ohälsa

Hälften av barnen (n = 8, 53 %) 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. Av de som deltog i både för- och eftermätning och hade kliniska symtomnivåer innan start av Kids Club hade tre förbättrats och hade icke-kliniska symtomnivåer efter avslut av Kids Club. Fyra uppvisade oförändrat höga kliniska symtomnivåer. Inget av barnen skattades som försämrade. För de sex 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 (Figur 2).

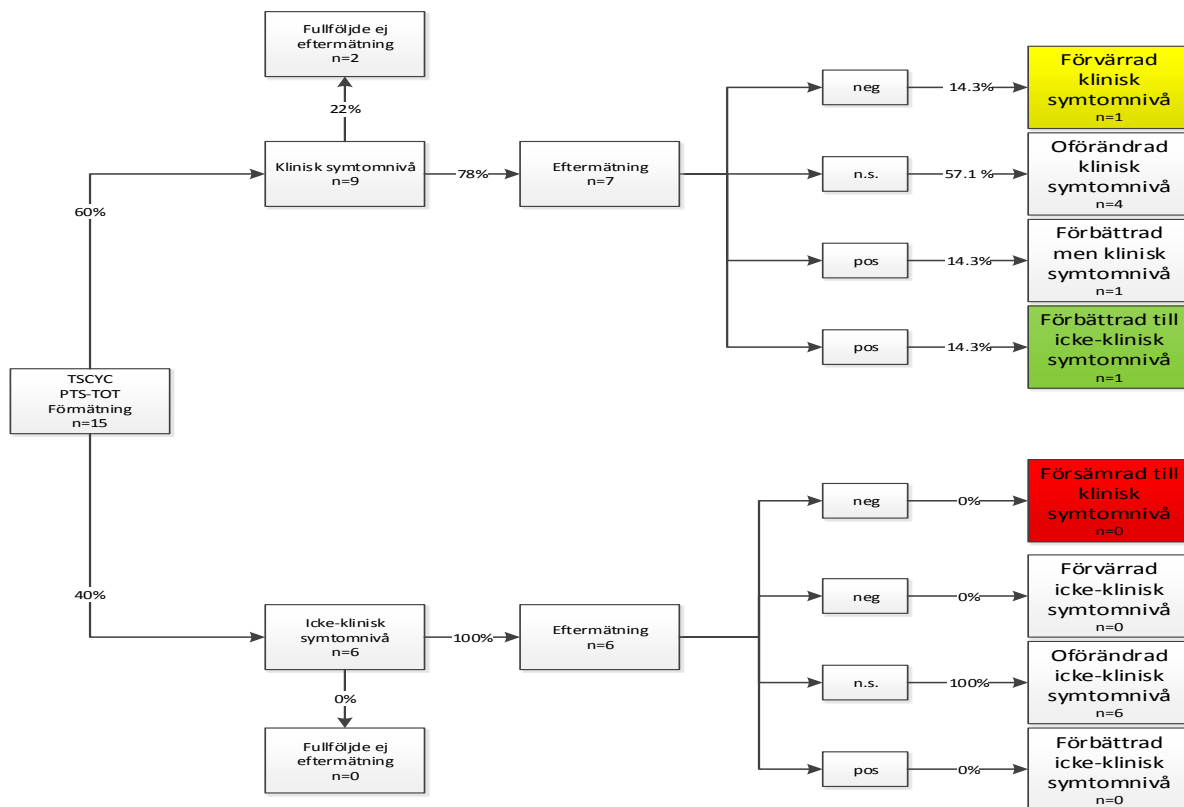


Figur 2. Reliabelt förändringsindex (RCI) från förmätning (T1) till eftermätning (T2) för psykisk ohälsa (SDQ-P). Gruppen uppdelades i kliniska respektive icke-kliniska symtomnivåer vid behandlingsstart på SDQ-P, gränsvärde för klinisk nivå  $\geq 14$  poäng vid T1. Pos betyder att en signifikant positiv förändring har skett, neg att en signifikant negativ förändring och n.s. att ingen signifikant förändring kan påvisas.

### Förändringar på individnivå avseende barnens posttraumatiska stress

En stor andel av barnen (n= 9, 60 %) hade symtom på klinisk nivå vid starten av Kids Club.

Av de barn som deltog i för- och eftermätning var det ett barn som efter Kids Club gått från att ha kliniska till icke-kliniska nivåer av posttraumatisk stress och ett barn hade en signifikant minskning av symtom på posttraumatisk stress men låg fortfarande på klinisk symtomnivå. Fyra av barnen med kliniska nivåer av posttraumatisk stress vid start av Kids Club hade oförändrade nivåer av posttraumatisk stress och låg kvar på kliniska nivåer och ett barn hade försämrats och hade ökade symtom på posttraumatisk stress. De sex barn som innan Kids Club inte hade förhöjda nivåer av posttraumatisk stress, var alla även efter genomgången program oförändrade och ingen hade försämrats (Figur 3).



Figur 3. Reliabelt förändringsindex (RCI) från förmätning (T1) till eftermätning (T2) för posttraumatiska stresssymtom (TSCYC). Gruppen uppdelades i kliniska respektive icke-kliniska symtomnivåer vid behandlingsstart på PTS-skalan på TSCYC, gränsvärde för klinisk nivå  $\geq 70$  poäng vid T1. Pos betyder att en signifikant positiv förändring har skett, neg att en signifikant negativ förändring och n.s. att ingen signifikant förändring kan påvisas.

### Förändringar i mammornas självskattade psykiska ohälsa och föräldraförmåga

När det gällde mammornas mående efter mammagrupp jämfört med vid starten av insatsen, kunde ingen förändring påvisas för grad av ångest respektive depression mätt med HAD ( $t(11) = 0.29, p = n.s.$  respektive  $t(11) = -0.09, p = n.s.$ ). När det gällde grad av traumasymtom (MPSS-SR) kunde inte heller någon förändring påvisas ( $t(9) = -.50, p = n.s.$ )

För delskalorna ur Alabama Parenting Questionnaire kunde en positiv förändring identifieras vad gällde positiva föräldrabetenden ( $t(12) = 2.87, p < .05$ ). Effektstorleken var stor (0.80) (konfidensintervall 0.16-1.41). Resultaten bekräftades även med Wilcoxon's ranksum test (Mdn = 24) innan insats till (Mdn = 26) efter insats ( $T = 3, p < .05$ ).

## DISKUSSION

Den här förstudien använde intervjuer med mammor vars barn och som själva gått i Kids Club-grupper, intervjuer med mammor som tackat nej till insatsen samt intervjuer med gruppleddare och anteckningar från gruppleddarmöten för att identifiera inom vilka områden modellen kan behövas utvecklas inför eventuell spridning i landet och de förutsättningar som berör implementering och spridning av metoden i Sverige. För att ge indikationer om Kids Club-metodens möjligheter att bidra till positiv förändring av barns och mammors mående användes tidigare prövade instrument vid en mätning före insatsen och en mätning efter för de barn och mammor som fick insatsen under två terminer.

### Sammanfattning av och kommentarer om resultaten

Resultaten från den kvalitativa delstudien indikerade att alla mammor huvudsakligen var positiva till Kids Club och bland skälen att tacka nej till insatsen var det dels att tiderna för gruppträffarna krockade med mammans arbetstider och dels att metoden kräver att mamma och barn går i olika grupper som har att göra med metoden i sig. Men det var också att träffa andra mammor med liknande erfarenheter som uppskattades mest bland mammorna som deltagit i Kids Club-grupp. Detta innebär att gruppformatet var både det mest uppskattade av mammorna och en anledning till att vissa inte kan ta emot stödet.

Bland de förslag och önskemål som mammorna själva lyfte fram i intervjuerna, så är det en större tydlighet om att förövaren kan vara barnets styvpappa eller mammans nye sambo eller pojkvän och inte alltid en person som barnet ser som sin pappa som vi bedömer som mest görligt i förhållande till metodens ursprungliga tanke. Att informera mammorna mer om vad som försiggick i barngruppen och att förlänga tiden är mer problematiska i förhållande till Kids Clubs manual, som vi ser det. När det gäller dessa senare förslag och önskemål är det också viktigt att diskutera huruvida de skulle vara en förbättring för barnen direkt, för barnen via mammornas förbättrade förutsättningar för föräldraskap eller mest för mammorna i egenskap av kvinnor och deras erfarenheter och behov som våldsutsatta kvinnor.

Att arbeta manualbaserat i sig verkade inte vara ett problem enligt gruppleddarna, men detta måste förstås i relation till den flexibilitet de uppfattade att metoden har. Ett viktigt resultat avseende eventuella nödvändiga förändringar i metoden är beslutet att ersätta inslagen om timeout och fysisk bestraffning i mamma-programmet med ”5 gånger mer kärlek” (Forster 2009), diskussionen om att ersätta exemplen om tornado och skolskjutningar med brand eller åska i säkerhetsplaneringsinslaget i barnprogrammet samt den förlängning av gruppträfftiden som den ena kommunen införde. I vilken utsträckning metoden kan sägas rymma förlängningar av gruppstillfällena är mer oklart, i synnerhet om valet står mellan att ”dra över” den tid man avsatt för barn- eller mammagrupp eller att fatta beslut om att förlänga tiden i förhållande till vad metoden syftar till (t ex inte egentligen terapeutisk).

Ett annat viktigt resultat är också svårigheterna att få ihop grupper med tillräckligt många barn i kommunerna under förstudiens gång och att kommunerna trots vissa anpassningar av metoden, nämligen att inkludera dels barn yngre än metoden är riktad till och dels barn som inte bevittnat våldet mot mamman, inte lyckades åstadkomma grupper den tredje terminen. Det handlar med andra ord inte enligt gruppleddarna att utifrån en idé om vilken som skulle vara den bästa sammansättningen skapa en grupp av barn vars styrkor och behov kan komplettera varandra för bästa möjliga grupprocesser, utan mer om att utifrån en idé om att alla barn vars mammor utsatts för våld av partnern kan gynnas av att delta i Kids Club hoppas

på att få tillräckligt många barn för att kunna bilda en grupp alls. Och det lyckades man inte med i någon av kommunerna den tredje och sista terminen som studien pågick. Detta kan utgöra en generell svårighet när det gäller sekundärpreventiva insatser för barn som upplevt våld mellan föräldrarna och reser frågor om huruvida just gruppinsatser är ett realistiskt mål i kommuner med få invånare. Kristinehamn har uppemot 25 000 invånare och Karlstad närmare 90 000. Man hade kunnat tro att en ort i åtminstone Karlstads storlek (och, för den delen, Kristinehamn genom Brottsofferjourens samarbete med Filipstad och Storfors kommuner) skulle ha tillräckligt många barn som upplevt våld mellan föräldrarna för att möjliggöra grupper av den storlek som Kids Club kräver, d v s ett ganska litet antal barn, men man lyckades alltså inte heller där den tredje och sista terminen med att få tillräckligt många barn för att kunna starta en grupp.

Resultaten från den kvantitativa pilotstudien måste betraktas med stor försiktighet då förmätningens data grundar sig på skattningar från endast tolv mammor rörande sig själva och deras 15 barn och effektberäkningarna på tio mammor och deras 13 barn. De förändringar mellan före och efter insats som kunde påvisas rörde att mammorna skattade att de upplevde att barnen hade en lägre psykisk ohälsa efter insatsen jämfört med innan, och de uppfattade att deras positiva föräldrabeteenden hade ökat efter insatsen jämfört med innan. De effektstorlekar som beräknades var medelstor respektive stor och dess konfidensintervall spann inte över 0, vilket indikerar att det med stor sannolikhet fanns en påtaglig effekt. Resultaten var desamma med parametriska som icke-parametriska test. Inga förändringar mellan före och efter insatsen kunde påvisas vad gällde barnens sociala kompetens eller traumasymtom efter Kids Club barngrupp. Inga förändringar kunde heller identifieras vad gällde mammornas psykiska mående och traumasymtom efter genomgången Kids Club mammaprogram.

När det gäller de identifierade förändringarna hos mammorna så skulle man kunna säga att de på ett sätt motsvarar Kids Clubs specifika mål med mammaprojektet: att stödja mammorna i föräldraskapet mer än att erbjuda en möjlighet för mammorna att bearbeta sina egna trauman och sina känslomässiga reaktioner på våldet de utsatts för. Att de identifierade förändringarna hos barnen var av mer ”allmänpsykosocial” karaktär än exempelvis trauma skulle på liknande sätt kunna sägas motsvara programmets sekundärpreventiva ambitionsnivå. Man skulle med andra ord kunna tänka sig att traumasymtom snarare skulle behandlas inom ramen för behandlande interventioner som är utformade för en viss riskgrupp som utvecklat en viss typ och grad av symtom- och problemnivå eller har en viss diagnos. När det gäller barnens sociala kompetens, så är dock ett av Kids Clubs uttalade mål att barnen ska ”lära sig mer om konfliktlösning” (Graham-Bermann inget årtal). Därmed torde vårt resultat, som inte visade en förändring i denna aspekt, vara särskilt viktig att följa upp, både i kommande diskussioner grupperade emellan och i framtida utvärderingar.

## Förstudiens begränsningar och förslag för framtida utvärderingar

En av studiens begränsningar är det lilla antalet barn som kom att ingå. De utbildade grupperarna i Kristinehamn och Karlstad beräknade innan studien påbörjades att ca 30 barn med lika många föräldrar kommer att kunna inkluderas under studieperioden. Men det blev alltså endast femton barn som kunde inkluderas i studien. Detta begränsar naturligtvis slutsatserna som kan dras av de statistiska analyserna av före- och efter-mätningarna. Dessutom kom alltför få barn att ingå som informanter för att vi alls skulle kunna analysera deras svar. I och med att utvärderingsprojektet fått en fortsättning med finansiering från Socialstyrelsen, så kommer dock svaren från både intervjuerna med barnen efter insatsen och

barnens svar på utvärderingsinstrumentens frågor vid före- och eftermätningen att bearbetas och användas i en kommande rapport.

Vi har också under studiens gång identifierat flera andra aspekter som är viktiga att följa upp i kommande forskning på området. Som ett exempel visar intervjun med mamman som uppgav att hennes barn inte var medvetet om våldet hon själv utsatts för att framtida studier också behöver inkludera mer specifika frågor om vad av det mamman utsatts för som barnet på något sätt bevittnat samt om vad barnet själv utsatts för. Vi kan också se ett behov av ytterligare en mätning, förslagsvis 6-12 månader efter avslutad insats för att följa upp barnens och mammornas mående och erfarenheter i ett något längre perspektiv.

När det gäller den kvalitativa delstudien, måste gruppledarnas och de deltagande mammornas positiva omdömen om metoden förstås utifrån urvalet: att gruppledarna själva valt att arbeta med metoden respektive att mammorna intervjuades efter att ha först valt att påbörja insatsen och sedan fullföljt den. Ingen av grupperna var dock okritisk, utan de intervjuade lyfte fram ett antal förslag och önskemål, vissa mer allmänna och andra mer utifrån sina egna preferenser eller sin situation. Att mammorna som deltagit i gruppen var positiva till eget deltagande och sitt barns måste delvis förstås utifrån att intervjuerna ägde rum efter att de avslutat insatsen. Om någon mamma varit mycket kritisk, så skulle hon kanske avslutat deltagande för egen och/eller sitt barns del. Därför utgör intervjuerna med de mammor som tackade nej till Kids Club ett särskilt viktigt bidrag i denna studie. Ytterligare en begränsning med gruppintervjuer är att särskilt röststarka individer kan komma att prägla hela samtalen medan mer tillbakadragna kan ha svårt att få fram sina erfarenheter. Därför är det viktigt att i kommande studier också göra individuella intervjuer med gruppledare.

Generellt måste resultaten också tolkas i förhållande till att gruppledarna i just dessa kommuner utbildats direkt av utvecklaren av metoden. Som "early adopters" skulle de dels kunna vara mer metodtrogna och mer entusiastiska över metoden än framtida gruppledare som utbildas i senare skede av svensk personal och som inte får samma tillgång till utvecklarens glöd och erfarenheter. Viktigt att minnas vid tolkningen av resultaten är också de möjliga skillnaderna mellan den ursprungliga tanken med metoden, den USA-utvecklade manualen, den svenska översättningen av denna manual respektive det faktiska utförandet (inklusive de förändringar gruppledarna har berättat för oss och de kanske omedvetna förskjutningar som ofta sker när en manual för en arbetsmetod utvecklad av andra och i detta fall i en annan kultur ska praktiseras av personer med olika utbildning och yrkeserfarenheter).

Eftersom gruppledarna i Sverige tänker sig att metoden kan användas också för att stödja våldsutsatta pappor – vilka inte deltagit i grupper i USA och följaktligen inte heller utvärderats – så torde i framtida studier eventuella deltagande pappors erfarenheter och erfarenheterna från mammor som deltagit i grupper med utsatta pappor att vara särskilt intressanta och viktiga att diskutera.

Vi skulle också vilja lyfta diskussionen om denna förstudies begränsningar till lite av ett meta-perspektiv och poängtera behovet av studier av det stöd till barn som samhället och socialtjänsten i ett vidare perspektiv erbjuder eller borde erbjuda, inklusive analyser av hur barn kan skyddas från våld *innan* det skett, d v s politiska och andra samhälleliga åtgärder för att minska våldet mellan människor som har en intim relation och mot barn. Vi menar att forskningen i Sverige hittills varit alltför fokuserad på sekundärpreventiva interventioner och att det beror på att det är den hittills vanligaste typen av insatser för dessa barn, samtidigt som det torde vara minst lika viktigt att försöka minska våldet, som dock inte rörer likvärdiga



förutsättningar för att möjliggöras. Vi vill med andra ord se dels tydligare politiska åtgärder för att minska den ekonomiska och annan stress i de familjer som har det svårast, dvs till exempel de föräldrar som själva har traumatiska tidigare erfarenheter, som har känslomässiga eller andra svårigheter som begränsar deras möjligheter att ge barnen det stöd de behöver och som har få personer i sitt sociala nätverk att vända sig till för att resonera och få tips på andra sätt att hantera den egna stressen och/eller barnens beteenden som ger dem svårigheter och dels utvärderingar av sådana åtgärder.

## Slutsatser och rekommendationer

I den här studien kunde vi med andra ord inte identifiera något egentligt hinder för att fortsätta implementera Kids Club i Sverige i bemärkelsen centrala delar av modellen som står i motsats till de lagar eller rutiner som Socialtjänsten måste anpassa sig till/lyder under. Däremot ger förstudien indikationer om flera aspekter som missgynnar implementeringen. En sådan är själva gruppformatet. Att stödja våldsutsatta barn och mammor i grupp innebär ju per definition att veckodagen och tiden för grupptillfällena kommer att passa mammor och barn olika väl, beroende på till exempel skol- och arbetstider. Gruppformatet är samtidigt uppskattat genom att det möjliggör igenkännande och att känna sig mindre ensam med sina upplevelser, men också det som gör det svårt för kommunerna att genomföra interventionen i praktiken och ökar ”risken” för att metoden erbjuds barn som den inte primärt är utvecklad för (alltför unga barn eller barn som inte är medvetna om våldet mot mamman) eller att grupper sätts samman med alltför stora variationer i barnens ålder, erfarenheter eller problematik. Detta illustrerar en viktig aspekt att reflektera över och som dragen till syn spets kan uttryckas i frågan: Kan mamman (som vill skydda barnet, men också ofta har mycket eget mående att hantera) eller gruppleddare (som ju också behöver ta hänsyn till behovet av tillräckligt många barn för att bilda en grupp för att *andra* barn ska få sina behov tillgodosedda) bäst bedöma om ett enskilt barn behöver och ska gå i Kids Club?

Baserat på dessa resultat och resonemang vill vi resa följande frågor inför den fortsatta implementeringen och utvecklingen av Kids Club-metoden i Sverige:

- Hur ”snävt” ska målgruppen tolkas? Denna fråga inkluderar till exempel hur rigid man ska förhålla sig till de åldrar manualen avser och om bevitnade av våldet ska vara en förutsättning för deltagande i Kids Clubs barngrupp. En sådan diskussion skulle även kunna inkludera hur man ska förhålla sig till fysiska respektive andra former av våld, såsom till exempel verbala kränkningar och hot.
- Hur rigid ska man förhålla sig till den amerikanska manualen? Vore det rimligt att utifrån dessa första kommuners erfarenheter och denna förstudie utveckla en egen manual för ”en svensk version av Kids Club” som – förstås – skulle bli föremål för framtida studier. En specifik aspekt rör gruppträfftiden: är det rimligt att hålla gruppträffar med exempelvis tre deltagare inom samma tidsrymd som i grupper med sex deltagare, då det i praktiken innebär hälften så mycket ”per person”?
- Hur ska gruppsammansättningar som gynnar goda grupprocesser kunna säkerställas? Denna fråga är delvis kopplad till hur målgruppen definieras. Är ”barn vars förälder utsatts för våld av sin partner” en målgrupp som i sig innehåller särskilt stora variationer i barnens upplevelser och problem (jämfört med t ex barn med föräldrar med missbruksproblem eller vars föräldrar skilt sig)?

- Vilka organisatoriska förutsättningar är det rimligt att ha som ”krav” för att säkerställa att Kids Club ska kunna genomföras?
- Hur rimligt är det att erbjuda just gruppbaseade metoder som Kids Club i mindre kommuner? Ska sådana gruppbaseade metoder för barn som upplevt våld mot en förälder huvudsakligen koncentreras till större kommuner med större invånarunderlag eller ska metoden åtföljas av en rekommendation av ett befolkningsunderlag eller ett upptagningsområde om en viss storlek? Vad ska i så fall mindre kommuner erbjuda: andra stödmetoder eller anpassade versioner av Kids Club (som f n testas i USA i en version där syskon tillsammans utgör gruppen).
- Kan manualen förtydligas i några av dessa avseenden – och kanske också i andra – för att förbättra förutsättningarna för nya kommuner som vill testa metoden och framtida gruppledare?
- Men också: hur starka indikationer eller ”bevis” för metodens möjligheter att påverka förbättringar avseende hälsa, symtombilder och beteende bland barn och mammor är rimligt att ställa som krav för vidare implementering och spridning av metoden i Sverige?

Några av dessa frågor kommer vi att ha möjlighet att återkomma till och åtminstone delvis besvara inom ramen för den fortsättning som denna studie fått i projektet iRiSk (insatser & risk- och skyddsbedömningar för våldsutsatta barn), finansierat av Socialstyrelsen.

## REFERENSER

- 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.
- Annerbäck, E. M., Wingren, G., Svedin, C. G., & Gustafsson, P. A. (2010). Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatrica, 99*(8), 1229-1236. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01792.x.
- Appel, A. E., & Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology, 12*(4), 578-599.
- 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.
- Briere, J. (2012). *TSCYC Trauma symptom checklist for young children Manual Svensk version*. Stockholm: Hogrefe Psykologiförlaget.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R., & 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.
- Broberg, A. G., Almqvist, L., Axberg, U., Grip, K., Almqvist, K., Sharifi, U., Cater, Å. K., Forssell, A., Eriksson, M., & Iversen, C. (2011). *Stöd till barn som upplevt våld mot mamma*. Gothenburg: Gothenburg University Department of Psychology.
- Brå (2006, 08-26) *Tema: Våld mot kvinnor*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet,

- www.bra.se/extra/news/?module\_instance=2&id=3 Hämtad 2006-12-12.
- Brå (2009) *Våld mot kvinnor och mäni nära relationer – våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet* Rapport 2009:12.
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., . . . Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, *162*(10), 1157-1163.
- Castro, G. F., Barrera, M., & Holleran Steiker, L. K. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 213-239. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032
- Cater, Å. K. (2009). *Trappan-modellen för samtal med barn som upplevt våld i familjen – en utvärdering för metodutveckling*, Regionförbundet Uppsala län, FoU-rapport 2009/3.
- Cater, Å. K. & Ekblom, I. (2014). *Trappan-metoden för barn som upplevt våld i sin familj – reflektioner utifrån olika perspektiv*, Regionförbundet Uppsala län, FoU-rapport 2014/2.
- Cater, Å. K., Miller, L. E., Howell, K. H., & Graham-Bermann, S. A. (under review). *Childhood Exposure to Intimate Partner Violence (IPV) and Adult Health: Age, Gender and Violence Characteristics*.
- Cater, Å. K. & Överlien, C. (2013). Children exposed to domestic violence: a discussion about research ethics and researchers' responsibilities, *Nordic Social Work Research*. doi: 10.1080/2156857X.2013.801878.
- Chan, Y. C., & Yeung, J. W. K. (2009). Children living with violence within the family and its sequel: A meta-analysis from 1995-2006. *Aggression and Violent Behavior*, *14*(5), 313-322. doi: 10.1016/j.avb.2009.04.001
- 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.
- 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
- 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*(4), 532-574.
- 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
- Dannehag, 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.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Williamson, D. F. (2002). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence Victims*, *17*(1), 3-17.
- Eriksson, M., med Wychichowska, M. (2010) *Stöd till barn som upplevt våld. Utvecklingen på fältet 2006-2010*. Uppsala: Uppsala universitet, Sociologiska institutionen.
- 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.

- 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.
- Farmer, E. (2006). Using Research to Develop Practice in Child Protection and Child Care, I Humphreys, C. & Stanley, N. (Eds.). *Domestic Violence and Child Protection: Directions for Good Practice*, (pp. 124-136), London: Jessica Kingsley.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, Abuse, and Crime Exposure in a National Sample of Children and Youth. *Pediatrics, 124*(5), 1411-1423. doi: 10.1542/peds.2009-0467.
- Fixen, D. L., Naom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Louis de la Parte Florida Mental Health Institute Publication #231 Tampa, Florida: University of South Florida.
- 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.
- Frogner, L., Kullberg, C., & Oscarsson, L. (2009). *Kunskap och kvalitet i socialtjänsten: En kartläggning av förutsättningar för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling i Katrineholms kommun*. Örebro Universitet.
- 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.
- Gewirtz, A., & Edleson, J. (2007). Young Children's Exposure to Intimate Partner Violence: Towards a Developmental Risk and Resilience Framework for Research and Intervention *J Fam Viol, 22*, 151-163.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Child Maltreatment 1 Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet, 373*(9657), 68-81. doi: 10.1016/s0140-6736(08)61706-7.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*.
- Graham-Bermann, S. A. (inget årtal). Barnklubben – läroplan med förebyggande åtgärder och stödprogram för barn som bevittnat våld I hemmet. översättning av Ann Margret Forsström.
- Graham-Bermann, S. A. (2000). Evaluating Interventions for Children Exposed to Family Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 4*(1), 191-215.
- 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.
- 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.
- Grip, K., Almqvist, K., Axberg, U., & Broberg, A. G. (2013). Children Exposed to Intimate Partner Violence and the Reported Effects of Psychosocial Interventions *Violence and Victims, 28*(4), 635-655. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-12-00012.
- Grip, K., Almqvist, K., & Broberg, A. G. (2011). Effects of a Group-Based Intervention on Psychological Health and Perceived Parenting Capacity among Mothers Exposed to Intimate Partner Violence (IPV): A Preliminary Study. *Smith College Studies in Social Work, 81*(1), 81-100. doi: 10.1080/00377317.2011.543047.

- Grip, K., Almqvist, K., & Broberg, A. G. (2012). Maternal report on child outcome after a community-based program following intimate partner violence. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(4), 239-247. doi: 10.3109/08039488.2011.624632.
- Groves, B. M., & Gewirtz, A. (2006). Interventions and promising approaches for children exposed to domestic violence. In M. M. Feerick & G. B. Silverman (Eds.), *Children exposed to violence*.
- 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.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797-810. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.02.004.
- Husa, I., & Lööf, A. (2013). *Implementering av en ny metod för barn som upplevt våld i nära relationer. C-uppsats*, Örebro universitet: Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical-significance - a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Jaffe, P. G., Crooks, C. V., & Poisson, S. E. (2003). Common misconceptions in addressing domestic violence in child custody disputes. *Juvenile and Family Court Journal*, 54(4), 57-67.
- Janson, S., Jernbro, C., & Långberg, B. (2011). *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige - en nationell kartläggning 2011*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Slep, A. M. S., Heyman, R. E., & Garrido, E. (2008). Child Abuse in the Context of Domestic Violence: Prevalence, Explanations, and Practice Implications. *Violence and Victims*, 23(2), 221-235. doi: 10.1891/0886-6708.23.2.221
- 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.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352. doi: 10.1037/0022-006x.71.2.339
- Knickerbocker, L., Heyman, R., Smith, A., Jouriles, E., & McDonald, R. (2007). Co-Occurrence of Child and Partner Maltreatment *European Psychologist*, 12(1), 36-44.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., & Purcell, S. (2003). Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development and Psychopathology*, 15(2), 297-311. doi: Doi 10.1017/S0954579403000166.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., & Williams, P. L. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 3-18. doi: 10.1037/0022-006x.72.1.3.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 493-501. doi: 10.1080/10503300902849483.
- Levendovsky, A., Huth-Bocks, A., Shapiro, D. & Semel, M. (2003). The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and pre-school-age children's functioning. *Journal of Family Psychology*, 17, 275-288.
- Lieberman, Van Horn, P., & Gosh Ippen, C (2005). Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of American Academy of Child Adolescence Psychiatry*, 44 (12).

- 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.
- McAlister Groves, B. (1999). Mental health services for children who witness domestic violence. *The future of children*, 9(3), 122-132.
- Miller, L. E., Cater, Å. K., Howell, K. H. & Graham-Bermann, S. A. (under review). *Parental Warmth, Psychopathology, and Romantic Relationship Quality Mediate the Relationship between Childhood Exposure to IPV and Life Satisfaction*.
- Miller, L. E., Cater, Å. K., Howell, K. H., & Graham-Bermann, S. A. (2014). Perpetration patterns and environmental contexts of IPV in Sweden: Relationship with adult mental health. *Child Abuse & Neglect* 38(1), 147-158.
- 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. doi: 10.1521/pdps.2013.41.2.329.
- Miller, L. E., & Graham-Bermann, S. A. (In press). The Effect of an Evidence-Based Intervention on Women's Exposure to Intimate Partner Violence (IPV). *American Journal of Orthopsychiatry*.
- 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
- Overbeek, M. M., Claisen de Schipper, J., Lamers-Winkelmann, F., & Schuengel, C. (2012). The effectiveness of a trauma-focused psycho-educational secondary prevention program for children exposed to interparental violence: study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central*, 2012(13;12). doi: 10.1186/1745-6215-13-12.
- Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214(1), 55-70. doi: 10.1007/s00213-010-2009-2.
- Peled, E., & Davis, D. (1995). Groupwork With Children of Battered Women: A Practitioner's Manual. *Interpersonal Violence: The Practice*, vol 10. London: Sage.
- Resnicow, K., Soler, R., & Braithwaite, R. L. (2000). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 271-290.
- Rizo, C. F., Macy, R. J., Ermentrout, D. M., & Johns, N. B. (2011). A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component. *Aggression and Violent Behavior*, 16(2), 144-166. doi: 10.1016/j.avb.2011.02.004.
- Saunders, D. G. (1994). Posttraumatic stress symptom profiles of battered women: a comparison of survivors in two settings. *Violence and Victims*, 9(1), 31-44.
- SCB (2004). *Offer för våld och hotelser bland kvinnor och män 1980-2003*. Seminarierapport Almedalen (Visby).  
[http://www.scb.se/Grupp\(Omscb/\\_Dokument/Vald\\_Valfardsdagen\\_2004.ppt](http://www.scb.se/Grupp(Omscb/_Dokument/Vald_Valfardsdagen_2004.ppt).
- Skopp, N. A., Manke, B., McDonald, R., & Jouriles, E. N. (2005). Siblings in Domestically violent Families: Experiences of Interparent Conflict and adjustment problems. *Journal of Family Psychology*, 19 (2): 324-333.
- 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.
- Socialstyrelsen. (2011). *Svensk och internationell forskning om sociala interventioners effekter*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2012) *Att leda en evidensbaserad praktik – en guide för chefer i socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spilsbury, J. C., Kahana, S., Drotar, D., Creeden, R., Flannery, D. J., & Friedman, S. (2008). Profiles of Behavioral Problems in Children Who Witness Domestic Violence. *Violence and Victims, 23*(1), 3-17. doi: 10.1891/0886-6708.23.1.3.
- Steinsvåg, P. Ø. (2007). Få slut på våldet – Om säkerhetsarbete för barn i: Eriksson, M. (red). *Barn som upplever våld – Nordisk forskning och praktik*, Stockholm: Gothia.
- Stover, C. S., Meadows, A. L., & Kaufman, J. (2009). Interventions for Intimate Partner Violence: Review and Implications for Evidence-Based Practice. *Professional Psychology-Research and Practice, 40*(3), 223-233. doi: 10.1037/a0012718.
- 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.
- Strauss, M., Hamby, S., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). The Revised Conflict tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues, 17*(2).
- Sundell, K., & Ferrer-Wreder, L. (Eds.). (In press). *The globalization of empirically-supported interventions: Under negotiation*.
- Warnick, E. M., Bracken, M. B., & Kasl, S. (2008). Screening efficiency of the child behavior checklist and strengths and difficulties questionnaire: A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health, 13*(3), 140-147. doi: 10.1111/j.1475-3588.2007.00461.x.
- 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.
- WHO (2002) *World Report on Violence and Health*, Genève: World Health Organization.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*(3), 171-187.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 67*(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

## APPENDIX 1

---

### Kids Club Barnprogram

---

- Session 1 **Skapa en grupp.** Aktiviteter för att skapa en gruppkänsla, ge gruppen ett namn, ta upp vilka regler som ska gälla i gruppen. Var och en i gruppen introducerar sig.
- Session 2 **Känslor och Känslor om våld.** Hjälpa till att identifiera, ge namn åt och uttrycka olika känslor. Hjälpa barn att skilja mellan att känna sig arg och vara aggressiv. Hjälpa barnen att identifiera och uttrycka olika känslor relaterade till våldet.
- Session 3 **Ansvar för våldet.** Hjälpa barnen att förstå att den som utövar våldet är ensam ansvarig, förmedla att det är aldrig barns ansvar när deras föräldrar bråkar.
- Session 4 **Rädslor och oro kring våld.** Identifiera olika sätt att reagera vid våld, hjälpa till att hantera skrämmande reaktioner. Visa att barnets reaktioner ofta delas av andra barn som också har samma erfarenheter.
- Session 5 **Säkerhetsplanering.** Identifiera situationer där barnet inte känner sig trygg, undersöka sätt som gör att barnet kan känna sig trygg.
- Session 6 **Flickor och Pojkar, Kvinnor och Män.** Stärka positiva könsroller, pröva olika roller.
- Session 7 **Vad är bra med en familj?** Hjälpa barn att identifiera styrkor i familjen, hjälpa till att skapa bilder av vad en familj kan vara.
- Session 8 **Konflikthantering.** Identifiera situationer som kan leda till konflikt, identifiera vad som är rätt respektive fel att göra i en given situation. Undersöka olika sätt att hetnera konflikter på.
- Session 9 **Kids Club Nyheter.** Repetera och gå igenom tidiagre träffar och teman.  
Skapa en gemensam tidning (som barnen kan ta med sig hem vid sista träffen).
- Session 10 **Avslut.** Repetition. Att säga hejdå.
-



## APPENDIX 2

---

### Kids Club Mammaprogram

---

- Session 1 **Introduktion - Att bli en grupp.** Aktiviteter för att skapa en gruppkänsla. Var och en i gruppen introducerar sig, berättar om sig själva och sina barn och vad de vill få stöd i eller förändra.
- Session 2 **Mammors rädslor och oro, att vara förälder under stressfyllda omständigheter.** Identifiera specifika områden där man som förälder kan känna oro och bekymmer för sitt barn. Diskutera aspekter av makt och kontroll när det förekommer våld i en nära relation och hur det skapar stress i föräldraskapet.
- Session 3 **Barns utveckling, vad är vanligt och vad är inte vanligt?** Vad är ålderadekvata beteenden för barn i olika åldrar? Vilka förväntningar har mammorna på sitt/sina barns beteenden. Diskutera hur våld i nära relation påverkar barns sociala, emotionella och kognitiva utveckling.
- Session 4 **Att tala om våldet med sitt barn.** Att stödja effektiva sätt att kommunicera i familjen och med sitt barn. Diskutera idéer om hur man kan tala med sitt barn om våld i nära relation.
- Session 5 **Ursprungsfamiljen.** Öppna upp diskussioner om hur mammorna uppfostrades och omvårdades som barn, negativa och positiva aspekter från barndomen och relatera detta till deras eget föräldraskap.
- Session 6 **Barnuppfostran, vad fungerar?** Identifiera eventuella problem som mammorna har kring att hantera sitt barns beteenden och skapa en plan för hur mamman kan förändra sitt barns beteende.
- Session 7 **Säkerhetsplan, stöd i kommunen och resurser.** Identifiera områden och/eller situationer där mammor känner sig hotade eller löper risk att skadas och kartlägg strategier att använda för att minimera risken för att komma till skada. Skapa säkerhetsplaner.
- Session 8 **Stresshantering för mammor och barn.** Diskutera eventuella områden som ger upphov till stress för dem som föräldrar och för deras barn. Identifiera strategier för att hantera stress.
- Session 9 **"Ensamtid" med mamma och att ha kul med sitt/sina barn.** Identifiera positiva förtärkningar som föräldrar kan ge sina barn. Diskutera behov av roliga familjeupplevelser, kartlägg resurser i närsamhället som finns tillgängliga för mammor och barn.
- Session 10 **Avslut.** Repetition. Att säga hejdå.
-