

SBU UTVÄRDERAR • RAPPORT 280/2018

Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse

En systematisk översikt och utvärdering
inklusive ekonomiska och etiska aspekter

Rapportserie Denna rapport hör till serien SBU Utvärderar. En allsidig vetenskaplig utvärdering som innefattar systematisk översikt, ekonomiska/hälsoekonomiska analyser samt genomgång av sociala och etiska aspekter. Ämnessakkunniga deltar i arbetet med stöd av medarbetare på SBU, patienter/brukare. Rapporten granskas av oberoende experter. Graden av vetenskaplig tillförlitlighet i de sammanvägda resultaten bedöms på ett systematiskt sätt och rapportens slutsatser godkänns av SBU:s nämnd.

ISSN 1400-1403

Innehållsdeklaration

✓ Utvärdering av ny/etablerad metod	✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga
✓ Systematisk litteratursökning	✓ Patienter/brukare medverkat
✓ Relevansgranskning	✓ Etiska aspekter
✓ Kvalitetsgranskning	✓ Ekonomiska aspekter
✓ Sammanvägning av resultat	✓ Sociala aspekter
✓ Evidensgradering gjord av SBU	✓ Granskad av SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp
Evidensgradering gjord externt	✓ Godkänd av SBU:s nämnd
Baseras på en systematisk litteraturoversikt	
Konsensusprocess	

Nyckelord Abusive parents, Child neglect, Parenting education, Family life education, Social-tjänst, Social barnavård, Barn som far illa, Barn som bevittnat våld, Vanvård, Rådgivning, Föräldraprogram, Föräldrautbildning, Familjeutbildning, Familjeprogram, Samverkan, Ekonomisk analys, Etik

Utgiven April 2018

Giltighetstid Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller begränsat.

Beställ Denna rapport (nr 280) kan beställas från Strömberg distribution.
Telefon: 08-779 96 85 • Fax: 08-779 96 10 • E-post: sbu@strd.se

Produktion Grafisk produktion av Anna Edling, SBU. Omslagsfoto: Shutterstock

Diarienummer SBU2017/71

Citera denna rapport SBU. Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU-rapport nr 280. ISBN 978-91-88437-22-8.

Innehåll

Sammanfattning och slutsatser	7
1 Inledning	13
Syfte	13
Målgrupper	14
2 Bakgrund	15
FN:s konvention om barnets rättigheter	16
Våldsutsatthet hos barn	17
Samhällskostnader vid våld och försummelse av barn	19
Barnvårdsarbete och behandling inom kommun och landsting	20
Olika typer av insatser till familjer	21
3 Metod för utvärderingen	23
Övergripande frågor	23
Inklusionskriterier	24
— Fråga 1 – Effekter av öppenvårdsinsatser	24
— Fråga 2 – Upplevelser av öppenvårdsinsatser	24
— Fråga 3 – Kostnadseffektiviteten i öppenvårdsinsatser	25
Exklusionskriterier	26
Litteratursökning	26
Urval av studier	29
Bedömning av studiers metodologiska kvalitet	29
— Studier med kvantitativ metod	29
— Studier med kvalitativ metod	29
— Ekonomiska studier	30
Sammanvägning av resultat	30
— Sammanvägning av studier med kvantitativ metodik	30
— Sammanvägning av studier med kvalitativ metodik	30
Resultatets tillförlitlighet	31
— GRADE vid kvantitativa resultat	31
— CERQual vid kvalitativa resultat	33
Brukarperspektiv	34
Praxisundersökning	34
4 Effekter av öppenvårdsinsatser	35
Ingående studier	35
Manualbaserade insatser	36
Skattningsskalor och bedömningsinstrument	39
Resultatdelens upplägg	40
— Evidensgraderingen	41
Manualbaserade insatser	41
— Anknytningsbaserade insatser	44
— Child Parent Psychotherapy (CPP)	48
— Kids Club och Moms Empowerment Program (MEP)	51

— Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB)	55
— Multisystemisk terapi vid våld och försummelse mot barn (MST-CAN)	56
— Parent Child Interaction Therapy (PCIT)	58
— Project Support	63
— Traumafokuserad Kognitiv Beteendeterapi (TF-KBT)	67
— Family Behavior Therapy (FBT)	69
— Enhanced Group Behavioral Family Intervention (EBFI) (baserad på Triple-P)	70
Insatser som inte är manualbaserade	71
5 Föräldrars och barns upplevelser av öppenvårdsinsatser	73
Ingående studier	73
Resultat	74
— Barns upplevelser	74
— Föräldrars upplevelser	75
— Det vetenskapliga underlaget	80
Sammanfattning	81
6 Kostnadseffektiviteten i öppenvårdsinsatserna	83
Beslutsproblem	84
Resultat av den systematiska översikten	87
Fördjupad analys: Kostnadsberäkning och kostnadseffektanalys av utvalda program	88
— Kostnadsberäkning av utvalda program	88
— Kostnadsberäkning av utvalda program	92
— Kostnadseffektanalys av utvalda program	93
— Inkrementell kostnadseffektanalys av två program	94
— Inkrementell kostnadseffektanalys av två program	94
7 Barn och unga berättar	95
Barns och ungas upplevelser	96
Sammanfattning	97
8 Barnrättsliga och etiska aspekter	99
Etiska aspekter av arbete med utsatta barn	99
— Barns olika förutsättningar	99
— Flera parter att beakta	100
— Tillgång till insatser på lika villkor	100
— Frivillighet respektive tvång	101
Avslutande reflektioner	101
9 Svensk praxis	103
Insatser inom socialtjänsten eller socialtjänstanknutna verksamheter	104
Insatser inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP)	105

10	Diskussion	107
	Avgränsningar	107
	Evidensläget för insatser vid våld och försummelse mot barn inom familjen	108
	— Insatser med otillräckligt vetenskapligt underlag	109
	Kostnader och kostnadseffektivitet	109
	Föräldrars upplevelser av att delta i öppenvårdsinsatser	111
	Barn och unga berättar	112
	Metodologiska aspekter av effektutvärderingar	112
	Andra systematiska översikter om barn och unga	114
	— "IMPROVE" en internationell systematisk översikt	114
	— Svenska systematiska översikter	115
	Svenska genomförbarhetsstudier	116
	Implikationer för praktiken	117
	— Förutsättningar för att använda insatser	117
	— Att välja insats	117
	— Att utvärdera och implementera en insats	118
	Diskussionen i punkter	119
11	Kunskapsluckor	121
12	Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd	123
	Projektgrupp	123
	— Sakkunniga	123
	— SBU	123
	Referensgrupp	124
	Bindningar och jäv	125
	SBU:s vetenskapliga råd – Brage	125
	SBU:s nämnd	125
13	Ordförklaringar och förkortningar	127
14	Referenser	131
Bilaga 1	Tabell över inkluderade studier	tillgänglig på www.sbu.se/280
Bilaga 2	Exkluderade studier	tillgänglig på www.sbu.se/280
Bilaga 3	Sökstrategier	tillgänglig på www.sbu.se/280
Bilaga 4	Granskningsmallar	tillgänglig på www.sbu.se/280
Bilaga 5	Nivå-1 teman i den kvalitativa syntesen	tillgänglig på www.sbu.se/280
Bilaga 6	Beräkning av kostnader	tillgänglig på www.sbu.se/280
Bilaga 7	Praxisenkäter	tillgänglig på www.sbu.se/280

Sammanfattning och slutsatser

Våld och försummelse av barn som sker inom familjen är ett omfattande problem med allvarliga konsekvenser. Det behövs kunskap om evidensbaserade metoder för att arbeta med familjer där våld och försummelse förekommer. I denna rapport använder vi genomgående samlingsbegreppet ”våld och försummelse” för olika typ av utsatthet mot barn inom familjen.

Slutsatser

- ▶ En enkätundersökning har genomförts inom socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri i Sverige. Den visar att bara ett fåtal av insatser riktade till familjer där det förekommer våld och försummelse av barn har undersökts i forskningsstudier som gör det möjligt att bedöma effekterna av insatserna. SBU:s bedömning är att bättre kunskap om insatsernas effekter skulle ge förutsättningar för att färre barn utsätts för våld och försummelse.
- ▶ Våld och försummelse av barn upp till skolåldern kan minska med hjälp av insatserna Project Support och Parent Child Interaction Therapy (PCIT).
- ▶ Insatserna Project Support och PCIT kan leda till att barnens utagerande beteende minskar. PCIT kan också förbättra samspelet mellan barn och föräldrar. Insatser som riktas mot små barns anknytning till vårdnadshavaren, till exempel Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC), kan leda till att färre barn får så kallad desorganiserad anknytning som är förknippat med senare utveckling av psykisk ohälsa och kamratsvårigheter.

- ▶ Behandlingskostnaderna för Project Support är något högre per familj än PCIT. Project Support kan möjligen leda till att några fler barn inte utsätts för fortsatt våld i familjen efter insatsen, så kostnaden per barn med mindre våld i familjen blir snarlik för de två programmen.
- ▶ Vid en samlad bedömning menar SBU att val av insats behöver göras utifrån barnets och familjens förutsättningar och behov, till exempel barnets ålder, vad barnet varit utsatt för och hur detta påverkar barnets psykiska hälsa och sociala relationer. När en ny insats introduceras är det viktigt att beakta vilket vetenskapligt stöd det finns för insatsen. Vid planering och genomförande av insatser behöver barnets rättigheter enligt gällande lagstiftning i Sverige samt barnkonventionen beaktas.
- ▶ Studier med kvalitativ forskningsmetodik visar att föräldrar upplever att öppenvårdsinsatser hjälper dem att hantera situationer med sina barn, men att insatserna inte alltid matchar deras individuella behov. En respektfull och förtroendefull relation med personalen lyfts fram som viktigt, liksom en välkomnande miljö där insatsen genomförs. Föräldrar upplever att de behöver stöd även efter en insats. Det finns för få studier som redovisar barns upplevelser för att kunna dra några slutsatser.
- ▶ Enligt rapporter från brukarföreningar berättar barn och unga som av olika anledningar haft kontakter med socialtjänsten, att de saknar stöd för att hantera svåra upplevelser. De upplever också att insatser ges för sent i livet och att de inte får den information de behöver om vilken hjälp de kan få. Dessa berättelser lyfter fram förhållanden som kan strida mot svensk lagstiftning och mot barnkonventionen.
- ▶ Inom forskningen behöver man använda mer enhetliga mått på effekt för att göra det möjligt att jämföra resultat från olika studier. Detta skulle även underlätta tolkning av kostnadseffektivitet. Framtida studier bör undersöka insatsers effekt på våld och försummelse. Studierna behöver omfatta fler deltagare och ha längre uppföljningstid. Vidare bör tänkbara negativa effekter av öppenvårdsinsatser undersökas. Vid planering av forskning behöver barnets rättigheter utifrån barnkonventionen beaktas.

Bakgrund och syfte

Mellan 3 och 9 procent av barnen i de nordiska länderna utsätts för direkt våld i hemmet och mellan 7 och 12 procent har bevittnat våld i hemmet. Konsekvenserna av att utsättas för våld och försummelse under barndomen är allvarliga. Forskningen visar att det kan påverka hjärnans utveckling negativt samt öka de långsiktiga riskerna för bland annat depression, ångest, missbruk och självmordsförsök. Kunskap behövs om vilka insatser som är effektiva för familjer där barn och unga utsätts för våld och försummelse.

Syftet med denna rapport är att sammanställa det vetenskapliga underlaget om effekter och kostnadseffektivitet av öppenvårdsinsatser till familjer där det förekommer våld och försummelse mot barn, samt om hur föräldrar och barn upplever att delta i insatser.

Metod

Denna utvärdering omfattar tre delar a) en utvärdering av effekter av öppenvårdsinsatser baserat på studier med kvantitativ metod b) en utvärdering av barns och föräldrars upplevelser av öppenvårdsinsatser baserat på studier med kvalitativ metod och c) en utvärdering av kostnadseffektiviteten baserat på ekonomiska studier. I övrigt innehåller utvärderingen en enkätundersökning för att kartlägga vilka insatser som används inom social- och barnpsykiatrisk öppenvård, ett kapitel om barns och ungas upplevelser utifrån brukarrapporter, samt ett kapitel där etiska och barnrättsliga aspekter diskuteras.

Öppenvårdsinsatserna ska vara indikerade, det vill säga ges när man vet eller misstänker att våld och försummelse mot barn förekommer. Insatserna ska kunna genomföras inom social- eller barnpsykiatrisk öppenvård, individuellt eller i grupp. De kvantitativa studierna ska innehålla en kontrollgrupp och ha en för- och eftermätning. Studier med kvalitativ metodik ska bygga på intervjuer med barn eller föräldrar. Både kvantitativa och kvalitativa studier ska vara genomförda med tillräckligt god kvalitet.

I de ekonomiska aspekterna ingår, förutom en systematisk litteraturgenomgång, en beräkning av behandlingarkostnaderna för några manualbaserade insatser och kostnadseffektanalyser av tre insatser med ett begränsat vetenskapligt stöd. Kostnadseffektanalyserna jämför behandlingarkostnaderna med projektets effekter, uttryckt som antal barn av hundra som har fått en bättre situation.

Effekter av öppenvårdsinsatser

Litteratursökningen identifierade 11 386 artiklar. Av dessa bedömdes 33 randomiserade kontrollerade studier (RCT:er) uppfylla kraven på relevans och kvalitet för att inkluderas i rapporten. Studierna undersökte tio manualbaserade insatser och fyra insatser som inte baserats på en manual. SBU:s utvärdering kunde visa att tre av de manualbaserade insatserna hade effekt (Begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○). Hos familjer med barn upp till skolåldern som deltagit i insatserna Project Support och Parent Child Interaction Therapy (PCIT) var det färre anmälningar om våld och försummelse samt mindre utagerande beteende hos barn, jämfört med familjer som fått sedvanlig insats. I granskningen fann vi även att anknytningsbaserade insatser, till exempel Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) minskade risken för att små barn skulle utveckla en desorganiserad anknytning, jämfört med barn där sedvanliga insatser erbjudits.

För flera manualbaserade insatser till föräldrar och barn gick det inte att avgöra om insatsen hade någon effekt: dessa var Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB), Multisystemisk terapi vid våld och försummelse mot barn (MST-CAN), Kids Club och Moms Empowerment Program (MEP), Traumafokuserad Kognitiv Beteendeterapi (TF-KBT), Child Parent Psychotherapy (CPP), Family Behavior Therapy (FBT) och Enhanced Group Behavioral Family Intervention (EBFI). Avsaknaden av vetenskapligt stöd innebär att vi inte vet om insatsen har positiva eller negativa effekter, eller inga effekter alls. Forskningsläget om dessa insatser är idag oklart för målgruppen barn som varit utsatta för våld och försummelse. För flera av insatserna finns det dock exempel på svenska genomförbarhetsstudier.

Ekonomiska aspekter

Behandlingskostnaderna per familj (en förälder och ett barn) för sju manualbaserade program varierade mellan 3 800 och 25 700 kronor. Programmet Kid's Club, med lägst kostnad genomförs i grupp, så kostnaderna för socialtjänsten blir särskilt låga. Insatser med många och långa behandlingssessioner, som KIBB och TF-KBT, blir kostsamma både för socialtjänsten och totalt för samhället. I de totala samhällskostnaderna ingår även föräldrarnas och barnens tid, men inga besparingar på längre sikt på grund av minskat våld och försummelse av barn.

Tre av insatserna hade minst ett begränsat vetenskapligt underlag mätt i utfallsmått som kan användas för ekonomiska utvärderingar. För PCIT och Project Support finns ett gemensamt utfallsmått: andelen barn med minskat våld inom familjen, så de programmen kan jämföras sinsemellan. Behandlingen av 100 barn med PCIT beräknades kosta 1,27 miljoner kronor (0,7 miljoner för socialtjänsten), så kostnaden per barn med minskat våld inom familjen (15 av 100) blir 85 000 kronor (48 000 kronor för socialtjänsten). Motsvarande kostnader för Project Support är 1,44 miljoner kronor (varav 1 miljon för socialtjänsten), med en kostnad per barn med minskat våld inom familjen (19 av 100) på 76 000 kronor (53 000 för socialtjänsten). Med tanke på den osäkerhet som finns i underlaget avseende skillnaden i effekt mellan de två programmen kan Project Support och PCIT anses likvärdiga.

Den systematiska genomgången av den internationella ekonomiska litteraturen kunde inte identifiera någon studie med rätt studiepopulation av tillräckligt hög metodologisk kvalitet och överförbarhet till svenska förhållanden.

Barns och föräldrars upplevelser av öppenvårdsinsatser

Sammanlagt fann vi 12 studier där man intervjuat föräldrar och där intervjuerna analyserats med kvalitativ analysmetodik. Vi fann endast två studier av tillräckligt god kvalitet som har undersökt barnens upplevelser av insatser till familjen. Föräldrar upplever att en insats kan bidra till bättre föräldrastrategier, men att insatserna inte alltid matchar familjernas specifika behov. Föräldrar upplever även att gruppformat innebär igenkännande och fyller en social funktion, men passar inte alla. Personalens förmåga att visa tillit, förmedla värme och respektera integritet uppgavs även som viktigt, liksom miljön där insatsen genomförs. Föräldrar efterfrågar även tillgången till praktiskt stöd både under och efter en insats.

Barn och ungdomar berättar

I rapporter från brukarorganisationer berättar barn och ungdomar om sina kontakter med socialtjänsten. De upplever att de saknar stöd av vuxna professionella med att bearbeta svåra upplevelser. Barnen och ungdomarna berättar att insatser som de har tagit del av sällan fyller deras behov av stöd, att insatser ges för sent i deras liv, att de inte får göra sin röst hörd under familjebehandling och att skuld och ansvar läggs på barnen. Dessa berättelser lyfter fram förhållanden som kan strida mot svensk lagstiftning och mot barns rättigheter enligt barnkonventionen.

Svensk praxis

För att undersöka vilka insatser som används inom svensk socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) skickades enkäter till 290 kommuner och 4 stadsdelar i Sverige samt till 35 verksamhetschefer inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) vid samtliga landsting. Sammanlagt svarade 137 kommuner (47 %) och 13 BUP-mottagningar (39 %) på enkäten. Dessa uppgav att de använde 27 respektive 22 olika öppenvårdsinsatser för målgruppen familjer där det förekommer våld och försummelse. Den absoluta majoriteten av dessa insatser har inte prövats vetenskapligt för den aktuella målgruppen, varken internationellt eller under svenska förhållanden. Det råder alltså brist på kunskap om insatserna är effektiva, verkningslösa eller skadliga.

Barnrättsliga och etiska aspekter

Rapporten har för avsikt att ha ett övergripande barnperspektiv där vi i olika delar i rapporten knyter an till barnets rättigheter enligt barnkonventionen. Trots att studierna som inkluderats i denna rapport håller relativt god kvalitet och är väl skrivna saknar de genomgående etiska och barnrättsliga diskussioner.

I studierna borde man också ha förväntat sig tydligare diskussioner om social rättvisa, exempelvis: Vem är insatsen huvudsakligen riktad till och vilka har exkluderats? Har även barnen gett informerat samtycke till att delta i insatsen? Har insatsen negativa effekter? Är insatsernas kostnader rimliga eller skulle man kunnat använda resurserna på ett bättre sätt? Har resurserna använts till att hjälpa så många barn som möjligt? De insatser som införts eller som man avser att införa i Sverige bör analyseras från både ett etiskt och barnrättsligt perspektiv.

Diskussion

Endast ett fåtal av de öppenvårdsinsatser som används vid våld och försummelse mot barn i Sverige har utvärderats. För insatserna Project Support och Parent Child Interaction Therapy (PCIT) finns det ett begränsat vetenskapligt underlag för att insatserna kan minska våld och försummelse inom familjen. Kostnaderna per barn som slipper fortsatt våld för de två insatserna är tämligen låga, särskilt i jämförelse med möjliga minskningar i framtida samhällskostnader om våld och försummelse av barn kan förebyggas. Project Support har även rapporterats fungera avseende programtrohet och acceptans av behandlare och föräldrar i en svensk genomförbarhetsstudie. Gemensamt för dessa insatser är att de riktar sig till yngre barn och bland annat utgår från systematisk träning av föräldraförmågor genom exempelvis rollspel och föräldra- och barninteraktion, för att förbättra samspelet. Project Support innehåller även praktiskt och emotionellt stöd till föräldrarna. För ett flertal av de utvärderade insatserna i denna rapport är det vetenskapliga stödet otillräckligt. Detta innebär inte att de är ineffektiva och att man per automatik ska sluta använda dem. Det innebär att vi inte vet om de är effektiva, saknar effekt eller har negativa effekter. De behöver utvärderas systematiskt i svenska förhållanden.

Val av insats behöver göras utifrån barnets och familjens förutsättningar och behov, och barnets behov av skydd ska vara tillgodosett. En insats vetenskapliga stöd och resursåtgång behöver vara en viktig urvalsgrund vid val av insats. Vidare är en enstaka manualbaserad insats sällan tillräcklig, framför allt inte för familjer med multiproblematik. Familjerna är ofta i behov av fortsatt socialt och praktiskt stöd. Föräldrarna kan behöva motiveras för att delta i en insats och arbeta med sina problem. Tid och plats för insatserna kan behöva anpassas efter familjens förutsättningar. Behandlarna behöver kontinuerlig handledning, stöd och utbildning för att kunna arbeta med, samt implementera insatserna. Barn som utsatts för våld och försummelse efterfrågar stöd och behandling, att insatserna inte kommer försent i deras liv och att få vara delaktiga i beslut och planering av behandlingen. Detta är rättigheter som är reglerade i svensk lagstiftning och i barnkonventionen (de tre p:na: Provision (behov), Protection (skydd) och Participation (delaktighet)).

1 Inledning

Våld och försummelse av barn är ett allvarligt problem som förekommer över hela världen. Forskning om förekomst av barnmisshandel i de nordiska länderna visar att mellan 3 och 9 procent av barnen utsätts för allvarlig fysisk misshandel i hemmet och mellan 7 och 12 procent har bevittnat våld i hemmet [1]. Konsekvenserna av att utsättas för våld och försummelse under barndomen är allvarliga [2–5]. Under de senaste decennierna har även flera olika studier pekat på allvarliga negativa konsekvenser för barn som lever med våld mellan vuxna [6–16]. Kunskap efterfrågas om evidensbaserade metoder för att arbeta med familjer där barn och unga utsätts för våld och försummelse [17]. Det saknas dock välgjorda och aktuella systematiska översikter som undersöker effekter av sådana insatser.

Syfte

Syftet med projektet är att vetenskapligt utvärdera:

- effekter av insatser inom social- eller barnpsykiatrisk öppenvård till stöd för familjer där barn utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, försummelse eller bevittnar våld mot någon närstående
- barns och föräldrars upplevelser av att ta del av sådana öppenvårdsinsatser samt
- öppenvårdsinsatsers kostnader och kostnadseffektivitet.

Syftet är också att kartlägga vilka insatser som ges inom svensk social- eller barnpsykiatrisk öppenvård till projektets målgrupp. Inom ramen för projektet behandlas även barnrättsliga och etiska aspekter.

Målgrupper

Rapporten riktas i första hand till beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå, samt till chefer, personer som arbetar med myndighetsutövning, och utförare inom socialtjänstens sociala barnavård och inom barn- och ungdomspsykiatri. Andra målgrupper är föräldrar och barn i familjer där våld eller försummelse förekommer eller anhöriga.

2 Bakgrund

Våld definieras i denna rapport enligt följande:

- Fysiskt våld (till exempel att slå med eller utan tillhyggen, bita, knuffas, dra i håret eller skaka).
- Psykiskt och emotionellt våld (till exempel kränkningar, hot eller att barnet ignoreras eller isoleras).
- Bevitnande av våld mellan vuxna i hemmet (inkluderar både att höra eller se våld).

Försummelse definieras enligt följande:

- Bristande tillsyn och övervakning.
- Att föräldern inte tillgodoser barnets behov av sömn, mat, hygien, kläder, utbildning, stöd eller andra mänskliga behov.
- Att föräldern eller föräldrarna inte tillgodoser barnets behov vid sjukdom, psykisk ohälsa eller bristande tandhälsa.

Olika typer av våld och försummelse av barn förekommer ofta samtidigt. I denna rapport använder vi genomgående samlingsbegreppet ”våld och försummelse” för olika typer av utsatthet mot barn inom familjen.

FN:s konvention om barnets rättigheter

Inom forskning och utredningsväsende uppfattas det numera som en grundläggande skyldighet att diskutera etiska frågor. När det gäller insatser och studier av barn är det däremot mycket sällsynt att man tar hänsyn till barnets grundläggande rättigheter och diskuterar dessa. Vi har sett det som viktigt att bryta detta mönster och har därför i denna rapport valt att skriva ett särskilt avsnitt om FN:s barnkonvention och barnets rättigheter.

FN:s konvention om barns rättigheter – barnkonventionen – innehåller bestämmelser om mänskliga rättigheter för barn. Med Genèvekonventionen från 1924, och deklarationen om mänskliga rättigheter som grund, antog FN:s generalförsamling en deklaration om barns rättigheter år 1959. I denna finns många av dagens grundläggande principer statuerade för att skydda barn: att ha barnens bästa i åtanke, rätten till namn och nationalitet, rätten till näringsrik mat, bostad, hälsovård, rätten till lek, en grundläggande utbildning som är gratis samt skydd mot skadligt arbete. År 1989 utökades Konventionen om Barnets Rättigheter med en nytänkande artikel om barns delaktighet, som säger att barn har rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som rör barnet (i barnkonventionen artikel 12). Jämfört med de tidigare barnkonventionerna är detta ett klart paradigmskifte, då betoningen förskjutits från barns behov till barns rättigheter. Förhoppningen är att detta synsätt ska bli självklart inom verksamheter som ägnar sig åt barns hälsa och välfärd. Med denna princip inkorporerad i konventionen har barnets grundläggande rättigheter på engelska kommit att sammanfattas i förkortningen ”PPP”, som står för Provision (behov), Protection (skydd) och Participation (delaktighet).

Barnkonventionen trädde i kraft den 2 september 1990 och det var också då Sverige som ett av de första länderna i världen ratificerade konventionen [18]. Barnkonventionens nuvarande status i Sverige är att dess huvudprinciper ska genomsyra tolkningen av de lagar som finns och man arbetar med att göra barnkonventionen till svensk lag (SOU 2016:19). Den nuvarande regeringen (år 2017) har som mål att göra barnkonventionen till svensk lag från 1 januari 2020, för att skynda på arbetet med barns rättigheter.

Enligt barnkonventionen har varje människa under 18 år, oavsett bakgrund, rätt att behandlas med respekt och att få komma till tals. Det är framför allt fyra grundläggande principer som ska vara styrande för tolkningen av konventionen: Förbud mot diskriminering (artikel 2), Barnets bästa i främsta rummet (artikel 3), Rätten till liv och utveckling (artikel 6), samt Rätten att få komma till tals (artikel 12). Principerna är odelbara och ömsesidigt beroende och ska förstås som en helhet. De grundläggande principerna innebär att varje barn, utan undantag, har rätt att få del av sina rättigheter; att barnets bästa ska beaktas vid alla beslut som berör barn; att barnets utveckling ska säkerställas till det yttersta av samhällets förmåga; samt att barnets åsikter ska få komma fram och visas respekt. Utöver dessa grundläggande principer behöver även nämnas Barns rätt till personlig kontakt med sina föräldrar, Rätt till omvårdnad om barnet

berövats sin familjemiljö och Rätt till kostnadsfri utbildning (regeringens webbplats om mänskliga rättigheter: <http://www.manskligarattigheter.se/>).

Konventionens huvudprinciper utgör grunden för vad som brukar kallas ett barnrättsperspektiv. Förutom ovan beskrivna förhållningssätt innehåller barnrättsperspektivet även ett ansvarsförhållande. Offentliga aktörer på statlig och kommunal nivå har det yttersta ansvaret för att barnets rättigheter respekteras och skyddas. Ansvaret omfattar därmed politiker, tjänstemän och yrkesgrupper på alla nivåer i samhället vars verksamhet berör barn på ett direkt eller indirekt sätt. Även vårdnadshavare och andra vuxna i barns omgivning har ett ansvar, men de har också rätt till stöd från offentliga aktörer för att kunna fullgöra det ansvaret.

Det är skillnad mellan begreppen barnrättsperspektiv, att ha ett barnperspektiv respektive att utgå från barnets perspektiv. Ett *barnrättsperspektiv* innebär att både den enskilda medarbetaren och hela verksamheten arbetar rättighetsbaserat och har strategier för arbetet med att genomföra FN:s konvention om barnets rättigheter. Med ett *barnperspektiv* menas att vuxna, i den utsträckning det går, sätter sig in i barnets erfarenhet, upplevelse, uppfattning och handlingar. Barnperspektivet utgår från att den vuxne medvetet, utifrån sin erfarenhet och förståelse, försöker återskapa barnets perspektiv. Syftet är att bättre kunna ta tillvara barnets intressen, behov och att kunna agera för barnets bästa. Med *barnets perspektiv* menas barnets erfarenheter, tankar, känslor, upplevelser, uppfattningar och förståelse av situationer och sin egen livsvärld. Det är när barnen får ge sina egna perspektiv som en verksamhet kan säga sig ha levt upp till barnens rätt att komma till tals, vilket alltså inte kan sägas ha skett när ett barnperspektiv enbart har tillämpats [19]. I rapporten önskar vi belysa såväl barnrättsperspektivet, barnperspektivet och barnets perspektiv.

Våldsutsatthet hos barn

Historisk kunskap talar för att barn i alla tider utsatts för våld och annan kränkande behandling. Det har vanligtvis inte rört sig om misshandel av ett mindre antal barn utan om majoriteten av världens barn, och även i vår tid rör det sig om ett stort antal över hela världen, särskilt i låginkomstländerna. I höginkomstländer har grov misshandel av barn successivt minskat, men kroppslig bestraffning som del i uppfostran är fortfarande vanligt, även i Europa och USA [20–22]. En systematisk översikt om förekomst av barnmisshandel i de nordiska länderna visar att mellan 3 och 9 procent av barnen utsätts för våld i hemmet och mellan 7 och 12 procent har bevittnat våld i hemmet [1]. I svenska elevenkäter ställda till ungdomar mellan 15 och 16 år, uppgav 14 procent att de varit utsatta för fysisk bestraffning någon gång och 3 procent att det skett många gånger. Nästan vart tionde barn uppgav att de hade bevittnat våld mot en närstående [23].

Forskning kring förekomst av försummelse och emotionella eller psykologiska övergrepp samt konsekvenser av detta har fått begränsat utrymme inom praktik och forskning [1]. Vissa forskare hävdar att detta beror på att det är lättare att identifiera förekomst av oacceptabla beteenden hos vuxna (t.ex. fysiskt våld) än avsaknaden av önskvärda beteenden [24]. Konsekvenserna av att utsättas för våld och försummelse under barndomen är allvarliga. Forskningen visar att det påverkar hjärnans utveckling negativt samt ökar de långsiktiga riskerna för depression, ångest, missbruk, självmordsförsök, aggressivitet, posttraumatiska symtom och kriminalitet [22]. Forskning visar att uppemot hälften av alla barnpsykiatriska diagnoser kan hänföras till utsatthet för våld och försummelse [2]. Våld och försummelse under barndomen har även negativa konsekvenser för framtida studieframgångar och arbete [3–5]. I de så kallade Adverse Childhood Experiences (ACE) studierna har man sett att barnmisshandel och svåra kränkningar även ökar risken för kroniska somatiska sjukdomar som cancer, diabetes och andra immunologiska åkommor. Att vara utsatt för flera olika typer av våld (så kallad poly-viktimitisering) under uppväxten ökar riskerna ytterligare för psykisk och fysisk ohälsa [22,25,26]. Genom modern avbildningsteknik har man också visat att barnmisshandel kan ge förändringar i hjärnans struktur och funktion [2].

Under de senaste decennierna har även flera olika studier pekat på konsekvenserna för barn som lever med våld mellan vuxna [6,9]. Barn som bevittnat våld mellan vuxna löper ökad risk att utveckla symtom som ångest, nedstämdhet, posttraumatisk stress samt beteendeproblem som trots och uppförandeproblem. Även den fysiska hälsan kan påverkas [7,8]. Att bevittna våld mellan vuxna medför också risker för exempelvis negativ skolutveckling [7], hämmad verbal förmåga [10], förmåga att minnas [11], förmåga att umgås med kamrater [12] samt att utsätta eller utsättas för våld i relationer under tonåren [13]. Det våld mellan vuxna som barnet bevittnat har ofta varit upprepat och pågått under lång tid, kanske under hela uppväxten och en del barn har varit utsatta redan som foster genom våld mot modern under graviditeten [14–16].

Världshälsoorganisationen (WHO) fokuserade i flera decennier huvudsakligen sin verksamhet mot infektionssjukdomar och undernäring hos barn. På 1970-talet började man arbeta mot olycksfall och skador, men först efter millennieskiftet definierade man våld i nära relation som ett folkhälsoproblem [27]. Under det sista decenniet har man arbetat aktivt mot våld och i Europa har man nyligen tagit fram en särskild preventionsplan för att aktivt minska misshandel av barn [28].

De nordiska länderna har varit föregångsländer när det gäller mänskliga rättigheter för barn, där Finland var det första land i världen som förbjöd skolaga i alla typer av skolor redan år 1935 (Sverige år 1958). Sverige var först med att förbjuda vårdnadshavare att utöva kroppslig bestraffning, genom ett tydligt tillägg i föräldrabalken (1949:381, FB) år 1979, som idag återfinns i 6 kap. 1 § Föräldrabalken. Ytterligare ett steg mot att skydda barn mot misshandel togs år 1982 när även sådan misshandel som inte är grov och inte har utövats på allmän plats kom att omfattas av allmänt åtal. Detta innebär att en åklagare kan väcka åtal för misshandel även utan att offret eller målsäganden har angivit brottet till åtal eller att åtal är påkallat från allmän synpunkt. Förbudet

i 6 kap. 1 § Föräldrabalken, mot att använda kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling är vidare än brottsbalkens reglering. Insatser som kan vidtas mot föräldrar som bryter mot förbudet kan alltså skydda även de barn som utsätts för sådan behandling som inte är straffbar enligt brottsbalken.

Studier visar att på cirka 40 år har svenska föräldrar radikalt förändrat sina attityder och beteenden när det gäller barnuppfostran. Medan nästan alla föräldrar, åtminstone då och då, slog sina barn på 1960-talet så anser den absoluta majoriteten föräldrar (95 %) idag att kroppslig bestraffning är avskyvärt och en svår kränkning av barn. En mindre grupp barn blir fortfarande misshandlade, där familjer med sociala och ekonomiska problem, ofta i kombination med att föräldrarna själva varit traumatiserade eller har ett svårt pågående alkohol- eller drogmisbruk, är överrepresenterade [23,29].

Ett välfungerande välfärdsland med generell prevention och hög respekt för mänskliga rättigheter (barn inkluderat) är sannolikt den viktigaste insatsen för att förhindra barnmisshandel [21]. En allt mer övertygande kunskapsmängd talar också för att trygga, varma och stödjande primära relationer är avgörande för barns positiva utveckling [30].

Samhällskostnader vid våld och försummelse av barn

Konsekvenserna av att utsättas för våld och försummelse under barndomen är allvarliga. Risken ökar bland annat för psykosociala problem, fysisk ohälsa samt svårigheter med framtida akademiska resultat och förvärvsarbete [22,31].

Förutom påverkan på barnens livskvalitet under en otrygg barndom kan våldet och försummelsen leda till samhällskostnader och förluster av livskvalitet under barnens hela livstid [29]. Den psykiska ohälsan kan kräva insatser från hälso- och sjukvården, exempelvis psykoterapi eller läkemedel, och från kommunens socialtjänst, i form av boendestöd eller ekonomiskt bistånd, med relaterade kostnader. Om de psykosociala problemen leder till våld och kriminalitet följer kostnader för polisväsendet och kriminalvården, och för de som drabbas av kriminaliteten. Slutligen; om barnen inte får stöd under sin skolgång kan deras framtida utbildnings- och arbetsmöjligheter påverkas, vilket innebär en förlust i produktion för hela samhällsekonomin.

Det finns inga svenska uppgifter om de totala samhällskostnaderna som orsakas av våld och försummelse av barn, och mycket få internationella. En skattning från Australien, som använts för en ekonomisk utvärdering, uppgår till cirka 721 000¹ kronor i livstidskostnader per barn som misshandlats [32], medan en amerikansk uppskattning är mellan 2 och 2,8 miljoner kronor [33]. I den amerikanska databasen Washington State Institute for Public Policy [34] redovisas standardiserade ekonomiska utvärderingar som inkluderar sådana totala samhällskostnader, men det är oklart vilken kostnad databasen använder för barn som utsätts för våld och försummelse. Det kan vara svårt att avgöra om de totala samhällskostnaderna som rapporteras i litteraturen är relevanta för svenska nutida förhållanden. Mer specifika kostnadsuppgifter kan vara enklare att bedöma. Exempelvis rapporterar en studie från USA att vuxna som misshandlades som barn har ett års kortare skolgång vid 29 års ålder än den matchade kontrollgruppen, och cirka 90 000 kronor lägre genomsnittlig årsinkomst när de är i medelåldern (genomsnitt 41 år) [35].

Även livskvaliteten kan påverkas under barnets hela vuxna liv. En studie rapporterar minskningar i livskvalitet på i genomsnitt 0,03 QALYs per år (full hälsa under ett år är 1 QALY) för personer som misshandlats som barn jämfört med personer som inte utsatts. Detta motsvarar drygt 2 QALYs (odiskonterade, dvs. inte justerade för att de uppkommer under en lång tidsperiod) under ett 75-årigt liv [36]. I ekonomiska utvärderingar av insatser för att minska misshandel av barn är detta en mycket stor effekt.

Barnavårdsarbete och behandling inom kommun och landsting

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att erbjuda insatser för barn som utsätts för våld och försummelse. Det görs årligen omkring 140 000 anmälningar till socialtjänsten i Sverige rörande cirka 60 000 barn, som misstänks fara illa. På grund av sekretessbelagda uppgifter och att det saknas nationella register kring anmälningar inom socialtjänsten har vi dålig kunskap om hur många fall av övergrepp som bedömts som allvarliga [37].

I socialtjänstlagen betonas socialtjänstens ansvar för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt ska få det stöd och skydd de behöver (5 kap. 1 § SoL). Det är kommunfullmäktige som bestämmer vilken nämnd som fullgör socialtjänstens uppgifter (2 kap. 4 § SoL), ofta går det uppdraget till socialnämnden. Insatserna på området förmedlas efter att socialsekreterare har utrett ansökningar från berörda personer, anmälningar från anmälningspliktiga professioner eller en orolig allmänhet. Dessa insatser kan antingen ske frivilligt

¹ Alla kostnadsuppgifter i denna rapport är omräknade till svenska kronor år 2016 med hjälp av den metod som rekommenderas av The Cochrane and Campbell Economic Methods Group, dvs. med PPPs (köpkraftsjusterade valutakurser) via CCEMG – EPPI-Centre Cost Converter v.1.4, tillgänglig 2017-11-20 på <http://eppi.ioe.ac.uk/costconversion/> (IMF PPPs).

med stöd av Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) när föräldrar (eller i förekommande fall ungdomar) lämnar samtycke till vården, eller via tvång med stöd av Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU 1990:52). Överlag riktar sig insatserna till många olika målgrupper. Utöver barn utsatta för våld och andra omsorgsbrister av sina föräldrar, hanteras även till exempel ungdomar med beteendeproblem samt ensamkommande barn.

Insatser till barn som utsätts för våld och försummelse ges antingen i form av dygnsvård som inkluderar familjehems- och institutionsplaceringar samt så kallat särskilt stödboende, eller i form av öppenvård då barnet bor kvar hos sin ursprungsfamilj. Socialstyrelsen, har sedan 2015 haft svårt att sammanställa statistik på området, men år 2014 var knappt 21 500 barn placerade i dygnsvård (varav runt 6 500 i åldern 0–12 år), medan drygt 31 000 barn hade minst en insats i öppenvårdsform (varav cirka hälften var i åldern 0–12 år) [38]. Generellt kan man säga att det råder brist på experimentella studier som utvärderar effekter av familjehems- eller institutionsvård, och eftersom de studier som finns inte har replikerats är det svårt att värdera deras resultat [39,40].

I den offentliga statistiken preciseras öppenvård i tre kategorier; strukturerade öppenvårdsprogram (t.ex. öppenvårdsprogram för ungdomar med missbruksproblematik), kontaktperson eller kontaktfamilj (där insatsen kontaktperson vanligen ges till ungdomar och kontaktfamilj till barn med ensamstående föräldrar) samt behovsprövat personligt stöd (t.ex. familjesamtal). Insatserna på öppenvårdsområdet är ofta kommunalt framtagna och lokalt anknutna [41,42] och det går inte att, utifrån statistik eller tillgänglig forskning, identifiera hur vanligt det är att programmen riktar sig till barn utsatta för våld eller försummelse av den karaktär som ingår i denna rapport.

När det gäller specialiserade insatser som riktar sig till barn och föräldrar där flera riskfaktorer identifierats och ibland även symtom, så bedrivs dessa i allmänhet inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP), eller på specialiserade behandlingsenheter inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är en specialistverksamhet inom hälso- och sjukvården för barn upp till 18 år som behöver psykiatrisk vård. BUP bedriver både öppen- och slutenvård. Till öppenvården vänder sig barn som mår dåligt psykiskt eller är i behov av extra stöd, det kan handla om bråk i familjen, psykisk ohälsa och neuropsykiatriska tillstånd.

Olika typer av insatser till familjer

Insatser för familjer kan ske på olika nivåer – *universell* nivå till alla familjer för att minska risken att våld eller försummelse uppstår, *selektiv* nivå genom att insatser erbjuds familjer med vissa riskfaktorer (t.ex. föräldrar med alkohol- och drogmissbruk) [43] eller *indikerad* nivå till familjer där våld och försummelse mot barn förekommer.

Indikerade och till viss del selektiva föräldrastödsinsatser syftar ofta till att bryta den negativa föräldra–barninteraktionen, förbättra samspelet och kommunikationen mellan barn och föräldrar, och ge föräldrarna strategier för att hantera vardagliga situationer. Insatser kan även bestå av olika sätt att stötta föräldern att få rutiner i hemmet att fungera, till exempel med mat, läggning och skola. Insatserna kan vara individuella eller genomföras i grupp. Några av de strukturerade föräldrastödsprogrammen är baserade på social inlärningsteori. I dessa ingår ofta ett manualiserat tillvägagångssätt där terapeuten stegvis inför olika föräldrastrategier eller behandlingskomponenter. Terapeutmodellering av föräldrafärdigheter samt rollspelsövningar kan ingå, med syftet att få föräldrarna att reflektera kring olika tillvägagångssätt och vad som är ett lämpligt sätt att agera på. Hembesöksprogram är ett annat sätt att stötta föräldraskapet, där familjen får besök av behandlaren som ger råd och stöd till familjen. Det primära syftet med insatser för barn som utsätts för eller bevittnat våld mellan vuxna i hemmet är skydd från fortsatt utsatthet [44–46]. Här är det viktigt att barnets samt eventuella våldsutsatta vuxnas behov av skydd bedöms och anpassas utifrån behov. Utöver att hindra den direkta utsattheten så syftar många insatser till att minska möjliga negativa konsekvenser av det våld barnen utsätts för, till exempel traumarelaterade symptom.

3 Metod för utvärderingen

Detta kapitel beskriver hur projektgruppen har arbetat med projektets frågeställningar. Vid granskning och sammanställning av den vetenskapliga litteraturen har SBU:s metodik använts [47].

Övergripande frågor

1. Vilka effekter har öppenvårdsinsatser för familjer där man vet eller misstänker att barn utsätts för våld och försummelse eller bevittnar våld?
2. Vilka upplevelser och erfarenheter har barn och föräldrar av öppenvårdsinsatser till familjer där man vet eller misstänker att barn utsätts för våld och försummelse?
3. Vilka öppenvårdsinsatser för målgruppen är kostnadseffektiva?
4. Vilka insatser för målgruppen används inom svensk social- och barnpsykiatrisk öppenvård?
5. Vilka barnrättsliga och etiska frågor aktualiseras vid val av insatser till målgruppen?

Frågorna 1–3 besvaras med hjälp av en systematisk litteratursökning.

Inklusionskriterier

Fråga 1 – Effekter av öppenvårdsinsatser

Följande kriterier tillämpades för att besvara frågan om *effekter* av öppenvårdsinsatser:

Population: Föräldrar och barn i familjer där man vet eller misstänker att barn (yngre än 18 år) utsatts för någon form av våld och försummelse. Med föräldrar avsågs barnets vårdnadshavare (biologisk förälder eller adoptivförälder), samt styvförälder.

Intervention: Insatsen skulle vara indikerad och kunna genomföras inom social- eller barnpsykiatrisk öppenvård. Insatsen behövde inte vara manualbaserad och kunde genomföras individuellt eller i grupp.

Kontrollgrupp: Kunde få sedvanlig insats, stå på väntelista eller ha fått en annan definierad insats.

Utfallsmått: Det primära utfallsmåttet var minskad förekomst av våld och försummelse mot barn eller mellan föräldrarna (t.ex. via anmälningar till socialtjänsten). Sekundära utfallsmått, kopplade till barnet, kunde vara barnets psykiska hälsa (t.ex. utagerande och inåtvända problem) eller funktionsförmåga. Sekundära utfallsmått, kopplade till föräldrarna, var föräldraförmåga (t.ex. attityder till föräldraskap) samt föräldrarnas välmående och psykiska hälsa. Även utfallsmått som familj och relationsfaktorer (t.ex. samspel) inkluderades i den systematiska översikten.

Studiedesign: Randomiserad kontrollerad studie (RCT) eller en observationsstudie med kontrollgrupp och för- och eftermätning.

Övriga kriterier: Inga begränsningar gjordes för uppföljningstid. Studierna skulle vara publicerade från år 1996 till juli 2017. Originalstudier som publicerats i sakkunniggranskade tidskrifter (eng. peer-reviewed), skrivna på engelska, svenska, norska, danska och tyska inkluderades. För utvärderingar av specifika namngivna program inkluderades även skandinaviska avhandlingar, forskningsrapporter och Health Technology Assessments (HTA) rapporter.

Fråga 2 – Upplevelser av öppenvårdsinsatser

Följande kriterier tillämpades för att besvara frågan om *erfarenheter* och *upplevelser* av att ta del av öppenvårdsinsatser:

Sammanhanget skulle vara öppenvård inom socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri som utförde insatser till familjer när barn utsatts för våld och försummelse.

Perspektivet var barnets eller förälderns, i familjer som erhöll öppenvårdsinsatser på grund av att barn yngre än 18 år utsatts för någon form av våld eller försummelse.

Interventionen kunde genomföras inom social- eller barnpsykiatrisk öppenvård. Insatserna behövde inte vara manualbaserade och kunde genomföras individuellt eller i grupp.

Utvärdering avsåg förälders eller barns upplevelse eller erfarenhet av att ha tagit del av öppenvårdsinsatser.

Studiedesignen skulle vara studier där man intervjuat barn och/eller föräldrar och där text från intervjuerna analyserats med kvalitativ analysmetodik.

Fråga 3 – Kostnadseffektiviteten i öppenvårdsinsatser

Följande kriterier tillämpades för att besvara frågan om *kostnadseffektiviteten* i öppenvårdsinsatserna:

Population: Föräldrar och barn i familjer där man vet eller misstänker att barn (yngre än 18 år) exponerades för någon form av våld och försummelse. Med föräldrar avsågs barnets vårdnadshavare (biologisk förälder eller adoptivförälder), samt styvförälder.

Intervention: Insatsen skulle vara indikerad och kunna genomföras inom social- eller barnpsykiatrisk öppenvård. Insatsen behövde inte vara manualbaserad och kunde genomföras individuellt eller i grupp.

Kontrollgrupp: Kunde få sedvanlig insats, stå på väntelista eller ha fått en annan definierad insats.

Utfallsmått: Resultaten av ekonomiska utvärderingar som kostnadseffektivitet och samhällsekonomisk nettokostnad, men även kostnader och resursåtgång samt barns livskvalitet och välfärd. Även projektets primära utfallsmått minskad förekomst av våld eller försummelse mot barn inkluderades. Däremot exkluderades utfallsmått kopplade till enbart föräldrarnas situation. Både kort- och långsiktiga samhällsekonomiska konsekvenser kunde inkluderas.

Studiedesign: Fullständiga ekonomiska utvärderingar som kostnadseffektivitetsanalyser och kostnadsintäktsanalyser men även kostnadsanalyser. Empiriska ekonomiska utvärderingar, baserade på resultaten av en RCT eller observationsstudie med kontrollgrupp och för- och eftermätning, och utvärderingar baserade på modellskattningar.

Övriga kriterier: Desamma som fråga 1, effekten av insatserna. Även databaser som samlar resultat av ekonomiska utvärderingar kunde inkluderas. Särskild vikt lades vid att de ekonomiska resultaten är relevanta för nutida svenska förhållanden.

Exklusionskriterier

Insatsen skulle ha ett uttalat syfte att minska våld och försummelse av barn eller att hantera konsekvenserna av våld och försummelse. Därför exkluderades studier som handlade om:

- Föräldrainsatser för att stärka föräldraskapet, riktade till exempelvis föräldrar med intellektuell funktionsnedsättning, missbruk eller psykisk ohälsa.
- Föräldrainsatser för att stärka föräldraskapet enbart på grund av att barnet hade extra behov, till exempel utmanande beteende.
- Insatser som avsåg behandling av partnervåld men där barnet inte var i fokus för insatsen.

Dessutom exkluderades studier om insatser vid sexuella övergrepp.

Litteratursökning

Systematiska litteratursökningar genomfördes för att besvara projektets frågeställningar om effekter av insatser, insatsernas kostnadseffektivitet samt om föräldrars och barns upplevelser av insatser. Stor vikt lades vid att utforma sökstrategierna på ett sådant sätt att sökningarna skulle vara breda och förutsättningslösa i syfte att fånga så många relevanta studier som möjligt.

En informationsspecialist utformade och genomförde litteratursökningarna i samråd med projektets sakkunniga, projektledare och hälsoekonom. De sakkunniga kontrollerade, kompletterade och beslutade om förslagen till sökstrategier. Sökstrategierna redovisas i Bilaga 3, www.sbu.se/280.

I sökstrategierna användes relevanta söktermer ur databasernas olika ämnesordslistor tillsammans med söktermer hämtade ur abstrakt och titlar.

För den ekonomiska sökningen användes validerade sökfilter till de databaser där sådana finns. Till övriga databaser användes sökstrategier bestående av termer för ekonomiska analyser (redovisas i Bilaga 3, www.sbu.se/280).

Slutgiltiga litteratursökningar gjordes i juli 2017 och utfördes i följande internationella databaser:

- ASSIA (socialt arbete, hälsa och omvårdnad)
- Cinahl (vårdvetenskap och angränsande ämnesområden)
- Cochrane Library (flera ingående databaser kontrollerades: Cochrane Reviews (CDSR), Other Reviews (DARE), Clinical Trials (CCTR), Technology Assessments (HTA), Economic evaluations (NHS EED))
- Medline Ovid (medicin och angränsande ämnesområden)
- PsycInfo (psykologi och angränsande ämnesområden)
- Social Services Abstracts (socialt arbete och angränsande ämnesområden)
- SocIndex (sociologi och angränsande ämnesområden)
- Sociological Abstracts (sociologi och angränsande ämnesområden)

För att identifiera ytterligare systematiska översikter och HTA-rapporter kontrollerades databaser från CRD (Centre for Reviews and Dissemination); HTA Database, DARE, NHS EED och Prospero. Även Epistemonikos, PubMed Health samt webbplatserna för Campbell Collaboration, Kunnskapssenteret, NICE (National Institute for Health and Care Excellence) och SCIE (Social Care Institute for Excellence) kontrollerades.

Kompletterande sökningar gjordes också av ett trettiotal namngivna program. Förutom att dessa sökningar utfördes för att fånga publiceringar i vetenskapligt granskade källor, gjordes särskilda sökningar av så kallat grått skandinaviskt material. Syftet var att kontrollera om det fanns utvärderingar som inte var publicerade i internationella vetenskapligt granskade tidskrifter. Sökningen av namngivna program utfördes både i internationella databaser och i ett urval skandinaviska nationella databaser, forskningsarkiv och webbplatser.

Ett urval av databaser, forskningsarkiv och webbplatser söktes:

- Blueprints (utvärderingar av program)
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare
- Libris (svensk samkatalog över innehållet i svenska bibliotek)
- SveMed+ (referenser till artiklar från skandinaviska tidskrifter inom medicin och närliggande ämnesområden)
- SwePub (artiklar, konferensbidrag, avhandlingar från ett 40-tal svenska lärosäten)
- Svenska webbplatser: FoU Velfärd, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, SBU
- BIBSYS (norsk samkatalog)
- Cristin – Current Research Information System in Norway/NORA (norsk forskningsinformation)
- Norska webbplatser: Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet
- Bibliotek dk (dansk samkatalog)
- Danska webbplatser: SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd, Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen.dk, Vidensportalen på det sociale område.

Som komplement till sökningarna i internationella databaser kontrollerades referenslistor i översikter och studier. Tidskriften ”Nordic Social Work Research” handsöktes och sakkunniga aktiverade sina nätverk för att fånga utvärderingar av namngivna program.

Referenshanteringssystemet EndNote användes för att hantera dubletter, så att endast unika referenser lades till från sökningen i respektive databas. Verktøget Rayyan användes för granskning av sammanfattningar (<https://rayyan.qcri.org>).

Urval av studier

Två personer på SBU:s kansli granskade oberoende av varandra sammanfattningar av samtliga studier som identifierades i litteratursökningen med hjälp av granskningsverktyget Rayyan (<https://rayyan.qcri.org>). Om sammanfattningen uppfyllde inklusionskriterierna beställdes studien i fulltext. Det räckte att en av granskarna bedömde studien som relevant för att den skulle läsas i fulltext. Varje fulltextartikel bedömdes sedan av två av projektets sakkunniga avseende relevans. En granskningsmall användes som stöd för arbetet (Bilaga 4, www.sbu.se/280). Vid oenighet eller osäkerhet om studiers relevans diskuterades dessa i hela projektgruppen.

Samma tillvägagångssätt för urval av studier användes för de ekonomiska studierna med skillnaden att den oberoende relevansgranskningen genomfördes av en hälsoekonom från SBU:s kansli och en sakkunnig i projektgruppen.

Bedömning av studiers metodologiska kvalitet

Två sakkunniga granskade oberoende av varandra kvaliteten på de studier som bedömts vara relevanta. I de fall de var osäkra på sin bedömning diskuterades studien i hela projektgruppen. Kvalitetsgranskningen gjordes med stöd av SBU:s granskningsmallar (Bilaga 4, www.sbu.se/280). De studier som hade hög eller medelhög kvalitet inkluderades i rapportens resultat (Bilaga 1, www.sbu.se/280).

Studier med kvantitativ metod

Granskningsmallarna för kvantitativa studier tar upp olika aspekter som kan påverka en studies tillförlitlighet, såsom selektion och hantering av studiedeltagarna, hur bedömningar av utfallsmåtten har gått till, hur bortfallet av studiedeltagarna ser ut, hur författarna har rapporterat om studien samt om det finns potentiella intressekonflikter hos författarna. Granskningen syftar till att bedöma risken för att studiernas resultat är påverkade av systematiska fel (s.k. bias).

Studier med kvalitativ metod

När det gäller studier med kvalitativ metodik är viktiga aspekter att studierna ska vara logiskt uppbyggda och att syfte, frågeställning, urval och sammanhang ska vara väl definierade. Den teoretiska grunden för studien ska redovisas och val av metoder för datainsamling och analys ska vara väl motiverade. Procedurer och analysprocesser ska vara beskrivna så att läsaren kan bedöma om studien är adekvat genomförd. Resultat, tolkningar och metodologiska problem ska redovisas och resultatens överförbarhet bör diskuteras. Forskarnas förförståelse och öppenhet för alternativa tolkningar av resultaten ska framgå.

Ekonomiska studier

De ekonomiska studierna kvalitetsgranskades av två hälsoekonomer på SBU:s kansli med hjälp av granskningsmallen för empiriska hälsoekonomiska studier (Bilaga 4, www.sbu.se/280). Granskningsmallen baseras på internationella rekommendationer om ekonomiska utvärderingar för att bedöma studiers metodologiska kvalitet, men innehåller även punkter som stödjer en bedömning av om studiernas resultat är tillämpliga för nutida svenska förhållanden.

De studier som har hög eller medelhög metodologisk kvalitet samt hög eller medelhög överförbarhet till svenska förhållanden inkluderades i rapportens resultat (Kapitel 6). Studier som bedömdes ha låg kvalitet eller låg överförbarhet redovisas i Bilaga 2 Exkluderade studier (www.sbu.se/280).

Sammanvägning av resultat

Sammanvägning av studier med kvantitativ metodik

När man sammanställer resultat från olika studier kan man, om flera studier är tillräckligt lika varandra när det gäller population, insats och utfallsmått, väga samman resultaten från dessa studier i en så kallad metaanalys. Att väga samman resultat på detta sätt ger större styrka till resultatet. När det är möjligt att väga samman resultat i denna rapport redovisas insatsernas effekt i form av riskskillnad (RD), medelvärdeskillnad (MD) eller standardiserad medelvärdeskillnad (SMD) [48]. Analyserna har genomförts i programmet Comprehensive Meta-analysis (CMA) och figurerna har gjorts i Review Manager 5 (RevMan).

Sammanvägning av studier med kvalitativ metodik

Metoden för sammanvägning av studier med kvalitativ metodik, så kallad metasyntes, finns beskriven i SBU:s Handbok [47]. Arbetet genomfördes av två sakkunniga och två projektledare från SBU. I korthet inleddes syntesen med att första nivåns teman identifierades i studierna. Första nivåns teman kan antingen vara teman eller kategorier som formulerats av författarna eller en text där författarna redovisade essensen i temat. Första nivåns teman kondenserades och abstraherades till nivå 2-teman. Dessa nivå 2-teman reviderades i ett växelvis arbete vid möte med sakkunniga eller via skriftliga synpunkter. Olikheter diskuterades tills konsensus hade uppnåtts. Arbetsgruppen gick återkommande tillbaka till ursprungsartiklarna och stämde av så att inget tema förbisetts eller misstolkats. Slutligen kondenserades nivå 2-teman till nivå 3-teman. Barns och föräldrars upplevelser bedömdes separat.

Resultatets tillförlitlighet

Styrkan i det vetenskapliga underlaget (evidensstyrkan) anger hur tillförlitligt det sammanvägda resultatet är. Som stöd för bedömningen av tillförlitligheten använder SBU två internationellt utarbetade klassificeringssystem. GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) är avsett för resultat framtagna med kvantitativ metodik [49]. CERQual används för att bedöma tillförlitligheten av resultat från metasynteser framtagna med kvalitativ metodologi [50].

GRADE vid kvantitativa resultat

GRADE klassificerar resultatets tillförlitlighet i fyra nivåer, från starkt vetenskapligt underlag till otillräckligt vetenskapligt underlag (Faktaruta 3.1). GRADE innebär en systematisk analys av osäkerheter i resultatet. Det vetenskapliga underlaget analyseras med avseende på övergripande brister i studie-kvalitet (risk för bias), i vilken grad de ingående studiernas resultat brister i överensstämmelse (inconsistency), risk för problem med överförbarhet eller relevans (indirectness), osäkerheten i det sammanvägda resultatet (imprecision), samt risk för snedvridning av resultatet på grund av att studier med negativa resultat inte publicerats (publikationsbias). Utgångspunkten när man har RCT-studier är att tillförlitligheten är hög (dvs. har ett starkt vetenskapligt stöd). Allvarliga brister i någon eller några av domänerna leder till att evidensstyrkan sänks (Tabell 3.1). I de fall resultatet bygger på enbart en liten studie har vi i denna rapport valt att bedöma underlaget som otillräckligt.

Faktaruta 3.1
Studiekvalitet,
evidensstyrka och
slutsatser.

Studiekvalitet avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

Evidensstyrkan är ett mått på hur tillförlitligt resultatet är. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande faktorer som studiekvalitet, samstämmighet, överförbarhet, precision i data och risk för publikationsbias.

Evidensstyrkan graderas i fyra nivåer:

- **Starkt vetenskapligt underlag** (⊕⊕⊕⊕). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- **Måttligt starkt vetenskapligt underlag** (⊕⊕⊕○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- **Begränsat vetenskapligt underlag** (⊕⊕○○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med kraftigt försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- **Otillräckligt vetenskapligt underlag** (⊕○○○). När studier saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet visar motsäggande resultat, anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Ju starkare evidens, desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid.

Slutsatser

I SBU:s slutsatser görs en sammanfattande bedömning av nytta, risker och kostnadseffektivitet.

Tabell 3.1
Omständigheter som
motiverar sänkning
av evidensstyrkan
enligt GRADE.

Graderingen sänks om nedanstående försvagande omständigheter förekommer	
Brister i studiekvalitet	Max -2
Brister i överensstämmelse mellan studierna	Max -2
Brister i överförbarhet eller relevans	Max -2
Brister i precision	Max -2
Brist i form av hög sannolikhet för publikationsbias	Max -1

CERQual vid kvalitativa resultat

Bedömningen av tillförlitligheten hos nivå 2-teman gjordes med stöd av CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research) [50]. CERQual har utvecklats i samarbete med GRADE Working group och tillförlitligheten klassificeras i fyra nivåer (Faktaruta 3.2). Tillförlitligheten bedöms på ett systematiskt sätt utifrån fyra domäner, metodbrister i underlaget, i vilken utsträckning underliggande data är överförbara till forskningsfrågans kontext (relevans) och entydiga (koherens), samt om underliggande data är tillräckligt rikt (Tabell 3.2). Allvarliga svagheter i en eller flera domäner leder till att tillförlitligheten minskar.

Hög tillförlitlighet (⊕⊕⊕⊕). Det är mycket troligt att fyndet i översikten är en rimlig representation av fenomenet av intresse.

Måttlig tillförlitlighet (⊕⊕⊕○). Det är troligt att fyndet i översikten är en rimlig representation av fenomenet av intresse.

Låg tillförlitlighet (⊕⊕○○). Det är möjligt att fyndet i översikten är en rimlig representation av fenomenet av intresse.

Mycket låg tillförlitlighet (⊕○○○). Det är oklart om fyndet i översikten är en rimlig representation av fenomenet av intresse.

Faktaruta 3.2
Bedömning av resultatens tillförlitlighet med CERQual för kvalitativa data.

Domän	Definition
Metodologiska begränsningar	I vilken utsträckning det finns problem i design eller genomförande av studierna som ingår i fyndet.
Relevans	I vilken utsträckning evidensen är tillämplig för frågans kontext (perspektiv, population etc).
Koherens	I vilken utsträckning fyndet är väl grundat i data från studier och erbjuder en övertygande förklaring till mönster som ses i data från de ingående studierna.
Tillräcklighet i data	Bedömning av mängd och hur rikt underliggande data är.

Tabell 3.2
Domäner i CERQual [50].

Brukarperspektiv

I syfte att få ett svenskt brukarperspektiv i rapporten kontaktades följande organisationer via mail: Maskrosbarn, Unizon, Rikscentrum för män, BRIS, Barnrättsbyrån, Barnahus Stockholm, Barnombudsmannen och regeringens nationella barnsamordnare. Möte har ägt rum med Maskrosbarn vilka också har bidragit med rapporten ”Jag är bara en påse med pengar – En rapport av Maskrosbarn om ungdomars upplevelse av insatser från socialtjänsten” [52]. Barnrättsbyrån har också bidragit med sin rapport ”Barnens röster – En utvärdering av Barnrättsbyråns arbete med barn och unga” [51]. I vår rapport har vi valt att utgå från dessa två brukarrapporter när det gäller att fånga barns och ungas upplevelser av socialtjänstens insatser. Rapporterna återges narrativt och ingår inte i den kvalitativa syntesen (Kapitel 7).

Praxisundersökning

För att undersöka vilka insatser som används inom den sociala- och barnpsykiatriska öppenvården skickades enkäter ut till samtliga av landets kommuner (sammanlagt 294 kommuner och stadsdelar) via registrator samt till 35 verksamhetschefer inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) vid samtliga landsting. Kommunerna och BUP fick en elektronisk enkät att besvara (Bilaga 7, www.sbu.se/280). Enkäten behandlade de specifika insatser som ges till familjer när det förekommer våld och försummelse mot barn. En påminnelse skickades ut. Sammanlagt svarade 137 kommuner (47 %) och 13 BUP-mottagningar (39 %). I Kapitel 9 redogörs för resultaten från praxisundersökningen.

4 Effekter av öppenvårdsinsatser

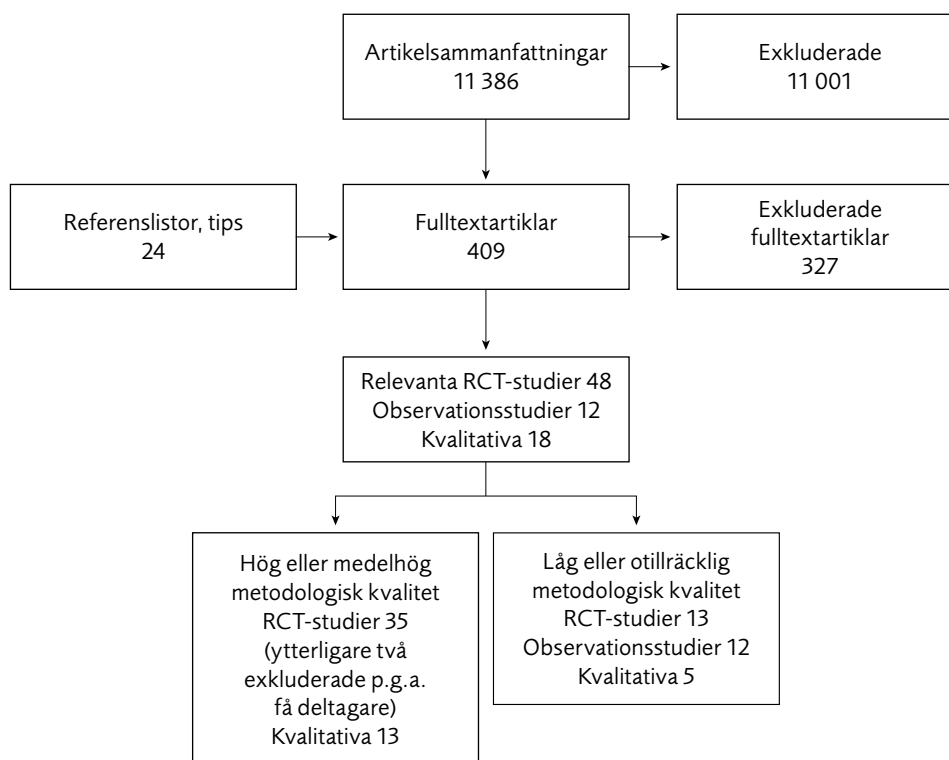
Ingående studier

Vid litteratursökningen identifierades sammanlagt 11 386 artiklar. Artiklarnas sammanfattningar granskades utifrån om de uppfyllde kriterierna för att inkluderas i rapporten. Ett vanligt skäl för att artiklar exkluderades i detta skede var att artikeln handlade om föräldrar som tillhör en *riskgrupp* för att utsätta sina barn för våld och försummelse (t.ex. på grund av drogmissbruk, psykisk ohälsa eller unga föräldrar) och att det inte fanns konkreta misstankar eller dokumentation om att våld och försummelse förekommer. Ett annat vanligt skäl till exklusion var att artikeln utvärderade föräldrainsatser som syftade till att stärka föräldraskap när det förekommer beteendeproblematik hos barnet. Av de 11 386 sammanfattningarna beställdes 409 artiklar i fulltext och granskades avseende relevans för projektets frågeställning.

Sammanlagt 78 studier (48 RCT-studier, 12 observationsstudier och 18 kvalitativa studier) bedömdes vara relevanta och granskades avseende metodologisk kvalitet. Totalt höll 35 RCT-studier och 13 studier med kvalitativ metodik tillräckligt hög kvalitet för att inkluderas i rapportens resultat (de kvalitativa studierna redovisas mer utförligt i Kapitel 5 och Bilaga 1, www.sbu.se/280). Inga observationsstudier höll medelhög eller hög kvalitet och inkluderades därför inte i resultatens analyser (Figur 4.1 för flödet av studierna). Att en studie höll låg kvalitet berodde oftast på att det fanns stor osäkerhet kring selektion och bortfall av studiens deltagare. Flera av de inkluderade RCT-studierna visade sig vid närmare genomgång bygga på samma studiepopulation, ibland redovisades olika utfallsmått från samma deltagare i olika studier och ibland redovisades olika tidpunkter för uppföljning. Sammantaget bygger de 35

RCT-studierna på 26 olika studiepopulationer. Studierna utvärderar tio olika namngivna manualbaserade insatser och ytterligare fyra inte manualbaserade insatser. Bland de 35 studierna finns två studier som vi bedömt inte bör ingå i analyserna på grund av för få deltagare (<13 i vardera gruppen) [53,54]. De 33 studierna som redovisas i resultatdelen är genomförda i Sverige (1), USA (28), Australien (1), Canada (2), och Nederländerna (1) mellan åren 1999 och 2017. Detaljerade beskrivningar av de inkluderade studierna finns i Bilaga 1, www.sbu.se/280. De studier som exkluderats på grund av bristande metodologisk kvalitet redovisas i Bilaga 2, www.sbu.se/280.

Figur 4.1
Flödesschema av kvantitativa studier (RCT-studier och observationsstudier) och studier med kvalitativ metodologi.



Manualbaserade insatser

I Tabell 4.1 redovisas de manualbaserade insatserna som finns med i rapporten. Vi inkluderar endast studier där målgruppen för insatsen är familjer där det förekommit våld och försummelse mot barn, därför utgår alla beskrivningar av insatser från denna utgångspunkt. Flera av insatserna används även för andra målgrupper men detta diskuteras alltså inte här.

Tabell 4.1
Manualbaserade
insatser i rapporten.

Insats (referens anges för vidare läsning om respektive insats)	Målgrupp, metod och målsättning
<p>Anknytningsbaserade insatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) • Short-term attachment based intervention • Promoting First Relationship (PFR) <p>[55,56]</p>	<p>Målgrupp Förälder och barn (0–3 år).</p> <p>Metod Inom metoderna använder man sig bland annat av videofilmning av föräldra–barninteraktioner, positiv feedback till föräldrarna angående föräldraskap. Man fokuserar på underliggande emotioner som påverkar föräldraskapet. Övning i att a) besvara barnets signaler när barnet uttrycker oro med trygghet och struktur och b) stötta barnets upptäckarlust när barnet är lugnt.</p> <p>Målsättning Att stärka barnets tidiga sociala och emotionella utveckling genom en positiv föräldra–barnrelation.</p>
<p>Child Parent Psychotherapy (CPP)</p> <p>[57–59]</p>	<p>Målgrupp Förälder och barn (0–6 år).</p> <p>Metod Manualbaserad behandlingsmodell för barn som har upplevt våld i olika former eller andra traumatiserande händelser. Den teoretiska grunden är integrativ och utgår bland annat från psykodynamisk utvecklingspsykologi och teorier om anknytning, trauma och kognitiv beteendeteori. Veckovisa behandlingstillfällen under lång tidsperiod. Terapeuten hjälper föräldern att reflektera över egna upplevelser och stöttar föräldern i samspelet med barnet.</p> <p>Målsättning Att minska traumarelaterade störningar hos barnet och samtidigt stödja reparation av barnets trygghet och tillit i relation till föräldern.</p>
<p>Kids Club + Moms Empowerment Program (MEP)</p> <p>[60–62]</p>	<p>Målgrupp Förälder och barn (6–12 år) (finns även Preschool Kids Club för barn 4–6 år).</p> <p>Metod Parallella barn- och mammagrupper. Kids Club är en strukturerad gruppinsats för barn som bevittnat våld mot sin mamma som bygger på socialinlärningsteori och traumateori. Barnen träffas i små grupper, syftet är att hjälpa barn att förstå att våldet inte är deras fel, minska acceptans för våld och stärka barnets känslomässiga reglering. Mammagruppen syftar till att stödja mammorna genom att ge dem ett forum för att diskutera hur våld påverkar deras barns utveckling och där de kan träffa andra mammor i samma situation.</p> <p>Målsättning Ge barnen en möjlighet att bearbeta det våld de bevittnat, ge dem verktyg att hantera sin livssituation samt att stärka mammorna i sitt föräldraskap.</p>
<p>Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB)</p> <p>Eng. Combined Parent-Child Cognitive-Behavioral Therapy (CPC-CBT)</p> <p>[63,64]</p>	<p>Målgrupp Förälder och barn i åldrarna 3–17 år.</p> <p>Metod Bygger på parallella insatser för barn respektive föräldrar och varje session avslutas med en gemensam familjesession. Behandlingsteman för föräldragrupperna är bl.a. konsekvenser av våld, hur våld påverkar barn, föräldrastrategier att hantera ilska, aktivt lyssnande och trygghetsplan. Exempel på behandlingsteman för barngrupperna är att uttrycka känslor och reducera ångest, hantera stress och berätta om upplevelser av våldet (traumaberättelser). Insatsen pågår under 16 veckor.</p> <p>Målsättning Minska våldet samt barns traumasymtom.</p>

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.1
fortsättning

Insats (referens anges för vidare läsning om respektive insats)	Målgrupp, metod och målsättning
<p>Multisystemisk terapi vid våld och försummelse mot barn (MST-CAN)</p> <p>[65–67]</p>	<p>Målgrupp Förälder och barn (6–17 år).</p> <p>Metod I programmet arbetar man med hela familjen. Insatsen ges hemma hos familjen eller på en plats som fungerar för familjen. Tiderna och omfattningen av insatsen anpassas också efter familjens behov och kan variera mycket mellan olika familjer. Viktiga element är säkerhetsplanering, kognitiv beteendeterapi, förstärkningsmetoder, föräldraträning och familjeterapi för att lösa konflikter och förbättra kommunikation. Behandlingen är intensiv och kan genomföras flera gånger i veckan i flera månader beroende på familjens problematik.</p> <p>Målsättning Se till att barnen är säkra, förhindra våld och försummelse, minska psykiska problem hos vuxna och barn samt öka det sociala stödet kring familjen.</p>
<p>Parent Child Interaction Therapy (PCIT)</p> <p>[68]</p>	<p>Målgrupp Förälder och barn (2–7 år).</p> <p>Metod Metoden fokuserar på interaktion mellan barn och förälder, och bygger på anknytningsteori och social inlärning. Behandling ges i två steg. I en fri leksituation får föräldern följa och bekräfta barnet. I steg två får föräldrarna hjälp att vara mer ledande i leken och träna på hur man kan använda uppfostrande metoder. Insatsen ges både i en begränsad och utökad version.</p> <p>Målsättning Förstärka relationen mellan barn och föräldrar.</p>
<p>Project Support</p> <p>[69]</p>	<p>Målgrupp Våldsutsatta mammor med barn (3–9 år).</p> <p>Metod Project Support är ett individuellt föräldratränningsprogram som ges i hemmet. Insatsen består av två delar, socialt och emotionellt stöd till den våldsutsatta föräldern samt träning av en rad föräldraförmågor. I ett nära stödjande samarbete hjälper behandlarna föräldrarna att få sin vardag att fungera utifrån rutiner, ekonomi, arbete, bostad, stöd vid rättegång etc. De totalt elva föräldraförmågorna övas av mammorna i rollspel tillsammans med behandlarna. När mamman behärskar färdigheten prövar hon förmågan med barnet tillsammans med behandlaren och utvärderar hur det gick. Först när man är överens om att mamman behärskar färdigheten prövar hon att använda den som hemuppgift.</p> <p>Målsättning Att minska hård och inkonsekvent uppfostringsstil hos mammorna och problembeteenden hos barnen.</p>
<p>Traumafokuserad Kognitiv Beteendeterapi (TF-KBT)</p> <p>[70,71]</p>	<p>Målgrupp Barn (3–18 år) med traumasymtom och deras föräldrar.</p> <p>Metod Strukturerad komponentbaserad korttidsbehandling som omfattar tre faser; en stabiliserande, en bearbetande samt en integrerande fas. Metoden integrerar komponenter av exponering, anknytningsteori, kognitiva- och beteendeterapeutiska interventioner samt systemisk familjeterapi.</p> <p>Målsättning Att minska symtomen av PTSD, depression, ångest och andra relaterade svårigheter samt att förbättra relationen mellan det drabbade barnet och dess föräldrar.</p>

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.1
fortsättning

Insats (referens anges för vidare läsning om respektive insats)	Målgrupp, metod och målsättning
<p>Enhanced Group Behavioral Family Intervention (EBFI) (baserad på Triple-P)</p> <p>[125]</p>	<p>Målgrupp Enbart föräldrar (som utsätter sina barn för våld och försummelse eller som riskerar att göra det).</p> <p>Metod EBFI bygger på antaganden som finns i standard Triple-P till exempel att föräldrarna får lära sig ett antal strategier för att stötta och berömma barnet samt för att hantera beteendeproblem hos barnet. I EBFI ingår även fyra ytterligare grupptillfällen som behandlar riskfaktorer för att utsätta barn för våld och försummelse.</p> <p>Målsättning Minska riskerna för att barn utsätts för våld och försummelse.</p>
<p>Family Behavior Therapy (FBT)</p> <p>[73]</p>	<p>Målgrupp Enbart föräldrar (med missbruksproblem och med andra svårigheter såsom depression, trauma, dysfunktion i familjen och barnmisshandel).</p> <p>Metod Bland annat ingår det interventioner hämtade från kognitiv- och beteendeterapi samt systematisk familjeterapi.</p> <p>Målsättning Minska alkohol- och drogmissbruk och problem som är relaterade till missbruket som våld och försummelse mot barn.</p>

Skattningsskalor och bedömningsinstrument

Studierna som ingår i denna rapport använder sammanlagt 27 skattningsskalor och bedömningsinstrument som vi redovisar i rapportens resultatdel. För att strukturera resultaten har vi grupperat skattningsskalor och bedömningsinstrument utifrån vad de avser att mäta (Tabell 4.2). Våra primära utfallsmått i denna rapport är minskat våld och försummelse, vilket exempelvis mäts genom antal anmälningar till socialtjänsten. Detta utfallsmått mäts inte med skattningsskalor eller bedömningsinstrument och finns därmed inte redovisat i tabellen.

Tabell 4.2
Gruppering av
skattningsskalor och
bedömningsinstrument.

Utfallsmått	Skattningsskalor och bedömningsinstrument
Barns psykiska ohälsa	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) [74] • Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYS) [75] • Child Behavior Checklist (CBCL) [76] • Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [77] • Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) [78] • Behavior Assessment System for Children (BASC) [79] • Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) [80] • Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) [81] • Semistructured Interview for Diagnostic Classification Traumatic Stress Disorder (DC: 0-3 TSD) [82]
Föräldrars psykiska ohälsa	<ul style="list-style-type: none"> • Beck Depression Inventory (BDI) [193] • Parent Stress Index (PSI) [84] • The post traumatic Stress Scale for Domestic Violence (PSS) [72] • Clinical Administered PTSD Scale (CAPS) [85] • Depression-Anxiety-Stress Scale (DASS) [86] • The Global Severity Index of the Symptom Checklist (SCL-90-R) [87]
Föräldrastil	<ul style="list-style-type: none"> • Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTS) [88] • Child Abuse Potential Inventory (CAPI) [89] • Alabama Parenting Questionnaire (APQ) [90] • Parental Locus of Control (PLOC) [91] • Parenting Dimensions Inventory (PDI) [92]
Attityd till våld	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes About Family Violence (AAVF)
Samspel	<ul style="list-style-type: none"> • Dyadic Parent-Child Interaction Coding System (DPIC-S) [93] • Maternal Behavior Q-Set (MBQS) [94] • The Tool Task [95]
Anknytning	<ul style="list-style-type: none"> • Strange Situation Test (SST) [96] • Preschool Separation and Reunion Procedure (PSR) [97] • Toddler Attachment Sort (TAS-45) [83]

Resultatdelens upplägg

Först redovisas de manualbaserade insatserna som har givits till barn och föräldrar, sedan redovisas manualbaserade insatser som givits till enbart föräldrar. Avslutningsvis redovisas studier som har utvärderat insatser som inte är manualbaserade.

De primära utfallsmåtten i denna rapport är minskat våld och försummelse mot barn eller mot vuxna inom familjen. Övriga utfallsmått berör a) utfallsmått hos barnen (barns psykiska hälsa, utagerande beteende och sociala förmåga), b) samspel mellan barn och föräldrar och barnens anknytning, samt c) utfallsmått hos föräldrarna (föräldrars psykiska ohälsa och föräldrastil). Utfallsmåtten i resultatdelen redovisas utifrån denna kategorisering. Ingen av de ingående studierna mäter negativa effekter av insatserna.

När de ingående studierna använder skalor och vi inte gör någon sammanvägning av studier presenterar vi medelvärdeskillnaden (eng. mean difference, MD) mellan gruppen som fått insats och kontrollgruppen. När det är möjligt att väga samman studier med olika skalor presenterar vi standardiserad medelvärdeskillnad (eng. standard mean difference, SMD) mellan grupperna. Vid SMD är tumregeln att 0,20 betraktas som en svag effekt, 0,50 som en medelstark effekt och 0,80 som en stark effekt. Vi redovisar när det finns en signifikant skillnad mellan grupperna, då resultatet vid SMD baserar sig på olika sammanvägda skalor kan vi dock inte uttala oss mer specifikt om vad skillnaden betyder. När de ingående studierna redovisar antal (till exempel antal familjer med minskat våld) presenterar vi dessa absoluta mått samt anger även riskskillnaden (eng. risk difference, RD) mellan grupperna. Vi presenterar den längsta uppföljningstiden som anges i studien.

Evidensgraderingen

Studierna i resultatredovisningen är RCT-studier som vi bedömt håller medelhög eller hög metodologisk kvalitet. I de fall avdrag för studiekvalitet i evidensgraderingen har gjorts, beror det på att det specifika utfallsmåttet är känsligt för bedömningsbias och att den som skattar utfallsmåttet inte är blindad för vilken insats som givits. Eftersom studierna i rapporten baserar sig på relativt få deltagare, bedömer vi genomgående att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt när ett utfallsmått bygger på endast en studie. Det förekommer även en osäkerhet kring överförbarheten när det gäller den sedvanliga insats som givits i en internationell studie och hur sedvanliga insatser ser ut i Sverige. Man kan inte veta om den sedvanliga insatsen är likvärdig, bättre eller sämre i studien än i en svensk kontext, detta bidrar till en osäkerhet kring resultatens tillförlitlighet och avdrag i evidensgraderingen.

Manualbaserade insatser

Totalt identifierades 21 studier (publicerade i sammanlagt 29 publikationer) som undersöker 10 specifika manualbaserade insatser riktade till familjer där det förekommer våld och försummelse mot barn. Familjer som har fått en manualbaserad insats jämförs i de flesta fall med familjer som fått sedvanlig insats. Vad sedvanlig insats innebär varierar mellan studierna beroende på vad som ges i det land och det kontext där studien genomförts. Ofta är de sedvanliga insatserna omfattande och kan innebära gruppbehandling, individuell terapi eller råd och stöd. Nedan ges en sammanfattning av det vetenskapliga underlaget för respektive insats (Tabell 4.3).

Tabell 4.3 Sammanfattning av det vetenskapliga underlaget för manualbaserade insatser.

Insats	Minskat våld och försummelse	Utfallsmått hos barn	Samspel och anknytning	Utfallsmått hos föräldrar	Kommentar
1. Anknätningsbaserade insatser vs. sedvanlig insats (Attachment and Bio-behavioral Catch-up (ABC), Short-term attachment based intervention, Promoting First Relationship (PFR))	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Barn som deltagit i en anknätningsbaserad insats har mindre desorganiserad anknätning jämfört med barn som fått sedvanlig insats Begränsat underlag (⊕⊕○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Fördel för anknätningsbaserad insats jämfört med sedvanlig insats avseende anknätning mellan barn och föräldrar
2. Child Parent Psychotherapy (CPP) vs. sedvanlig insats	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Det är i dagsläget oklart om CPP är bättre än, lika bra som eller sämre än sedvanlig insats
3. Kids Club och Moms Empowerment program (MEP) vs. sedvanlig insats/väntelista	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Det är i dagsläget oklart om Kids Club och MEP är bättre än, lika bra som eller sämre än sedvanlig insats/väntelista
4. Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmiss-handel (KIBB) vs. KBT till enbart föräldrar	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Det är i dagsläget oklart om KIBB är bättre än, lika bra som eller sämre än KBT till enbart föräldrar
5. Multisystemisk terapi vid våld och försummelse mot barn (MST-CAN) vs. sedvanlig insats	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Det är i dagsläget oklart om MST-CAN är bättre än, lika bra som eller sämre än sedvanlig insats

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 3 fortsättning

Insats	Minskat våld och försummelse	Utfallsmått hos barn	Samspel och anknytning	Utfallsmått hos föräldrar	Kommentar
6. Parent Child Interaction therapy (PCIT) vs. sedvanlig insats/väntelista	Familjer som har deltagit i PCIT har färre anmälningar till sociala myndigheter jämfört med sedvanlig insats Begränsat underlag (⊕⊕○○)	Barn som har deltagit i PCIT har mindre utagerande beteende jämfört med barn som deltagit i sedvanlig insats Begränsat underlag (⊕⊕○○)	Föräldrar och barn som har deltagit i PCIT har mer positivt och mindre negativt samspel jämfört med sedvanlig insats Begränsat underlag (⊕⊕○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Fördel för PCIT jämfört med sedvanlig insats/väntelista avseende minskat våld och försummelse, barnens utagerande beteende och samspel mellan barn och föräldrar
7. Project Support vs. sedvanlig insats	Familjer som har deltagit i Project Support har lägre rapportering av våld och försummelse jämfört med sedvanlig insats Begränsat underlag (⊕⊕○○)	Barn som har deltagit i Project Support har mindre utagerande beteende jämfört med barn som deltagit i sedvanlig insats Begränsat underlag (⊕⊕○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Fördel för Project Support jämfört med sedvanlig insats avseende minskat våld och försummelse och barnens utagerande beteende
8. Traumafokuserad Kognitiv Beteendeterapi (TF-KBT) vs. sedvanlig insats	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Det är i dagsläget oklart om TF- KBT är bättre än, lika bra som eller sämre än sedvanlig insats
9. Enhanced Group Behavioral Family Intervention (EBFI) vs. Grupp Triple-P	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Det är i dagsläget oklart om Enhanced Group Behavioral Family Intervention (EBFI) är bättre än, lika bra som eller sämre än Grupp Triple-P
10. Family Behavior Therapy (FBT) vs. sedvanlig insats	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Otillräckligt underlag (⊕○○○)	Det är i dagsläget oklart om FBT är bättre än, lika bra som eller sämre än sedvanlig insats

Tabellen fortsätter på nästa sida

Anknytningsbaserade insatser

I denna rapport har vi betraktat Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC), Short-term attachment based intervention och Promoting First Relationship (PFR) som anknytningsbaserade insatser. Se Tabell 4.1 för en beskrivning av dessa insatser.

Beskrivning av studierna

Resultaten är baserade på fyra RCT-studier (redovisade i 5 artiklar), av Moss och medarbetare [98] (USA, n=124, data redovisas även i studien av Dubois-Comtois och medarbetare [99]), Bernard och medarbetare [100] (USA, n=120), Lind och medarbetare [101] (USA, n=212) samt Oxford och medarbetare [102] (USA, n=247).

Studien av Moss och medarbetare bestod av barn (medelålder cirka 3 år) som utsatts för både fysiskt och psykiskt våld samt försummelse [98]. Studien utvärderade en ”Short-term attachment based intervention” som ägde rum i familjens hem en gång i veckan under åtta veckor. Kontrollgruppen fick hembesök en gång i månaden av en handläggare inom socialtjänsten. Eftermätning skedde direkt efter insatsens avslut. Studien av Oxford och medarbetare bestod av barn (medelålder cirka 16 månader) som varit utsatta för fysiskt våld [102]. Studien utvärderade insatsen Promoting First Relationship som ägde rum en gång i veckan i tio veckor. Kontrollgruppen fick tre telefonsamtal samt hemskickad information. Eftermätning skedde efter 6 månader och efter 1 år. I två av studierna utvärderades insatsen Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) hos barn som utsatts för våld eller försummelse [100,101]. Insatsen gavs en gång i veckan i familjens hem under tio veckor. Barnen i studien av Bernard och medarbetare var i medelåldern 17 månader och uppföljning skedde efter cirka en månad [100]. I studien av Lind och medarbetare var barnens medelålder 13 månader och uppföljningen skedde när barnen var 24–36 månader gamla [101]. Kontrollgrupperna i de två studierna deltog i insatsen Developmental Education for Families som har samma omfattning som ABC-insatsen.

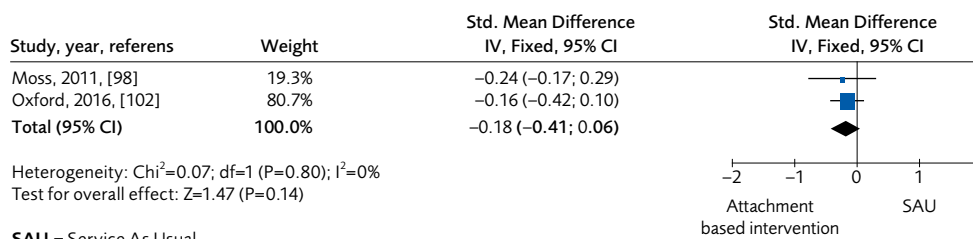
Minskat våld och försummelse

En studie undersökte antalet anmälningar ett år efter att familjerna deltagit i insatsen PFR [102]. Uppgifterna baserade sig på data från sociala myndigheter. Av de 124 familjerna som fick PFR har 36 (29 %) återaktualiserats genom en anmälan om att barn far illa. Motsvarande siffra hos familjerna som fått sedvanlig insats var 42 av 133 (32 %), RD $-0,03$ (95 % KI, $-0,14$ till $0,09$). Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna.

I studien undersöktes även antal omhändertaganden [102]. När det gäller hur många barn som hade blivit omhändertagna av sociala myndigheter ett år efter insatsen var siffran för PFR-familjerna 7 av 124 (5 %) och i familjerna som fick sedvanlig insats 16 av 123 (13 %) RD $-0,07$, (95 % KI, $-0,15$ till $-0,00$). Det var alltså signifikant färre familjer som fått sina barn omhändertagna bland familjerna som deltagit i PFR jämfört med familjerna som fått sedvanlig insats.

Utfallsmått hos barnen

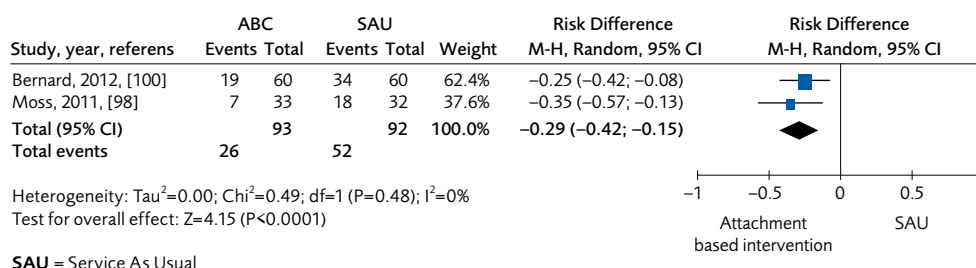
Barns psykiska ohälsa skattat av föräldrarna mättes i en studie med CBCL-skalan efter insats med ABC respektive sedvanlig insats [98]. I en annan studie mättes barns psykiska ohälsa med BITSEA-skalan efter insats med PFR eller sedvanlig insats [102]. En sammanvägning av de båda studierna (där vi använde ett kombinerat mått på inåtvända och utagerande problem på CBCL-skalan) visade ingen signifikant skillnad mellan barnen som fått ABC/PFR och barnen som fått sedvanlig insats avseende symtom på psykisk ohälsa, SMD $-0,18$ (95 % KI, $-0,41$ till $0,06$).



Figur 4.2
Anknytningsbaserad insats jämfört med sedvanlig insats avseende barns psykiska ohälsa.

Samspel och anknytning

Barnens anknytning mättes av Moss och medarbetare [98] och Bernard och medarbetare [100] inom en månad efter insats med ABC eller med sedvanlig insats. I båda studierna användes Strange Situation Test för att mäta anknytning och i den ena studien användes även Preschool separation reunion procedure för barn mellan 2–6 år [98]. Av barnen i Moss och medarbetares studie hade 7 av 33 (21 %) barn som fått ABC en desorganiserad anknytning vid uppföljningen och motsvarande siffra för barnen som fått sedvanlig insats var 18 av 32 (56 %). Av barnen i Bernard och medarbetares studie hade 19 av 60 (32 %) som fått ABC en desorganiserad anknytning vid uppföljningen och motsvarande siffra för barnen som fått sedvanlig insats var 34 av 60 (57 %). En sammanvägning av studierna visar att en lägre andel barn som deltagit i ABC-insatsen hade desorganiserad anknytning jämfört med de barn som fått sedvanlig insats, RD $-0,29$ (95 % KI, $-0,42$ till $-0,15$).



Figur 4.3
Anknytningsbaserad insats jämfört med sedvanlig insats avseende antal barn med desorganiserad anknytning.

Barns anknytning mättes också med TAS-45 i en studie [102]. Det var ingen signifikant skillnad mellan barn som deltagit i PFR och barn som fått sedvanlig insats avseende anknytning vid sexmånadersuppföljningen, MD $-0,06$ (95 % KI, $-0,18$ till $0,06$).

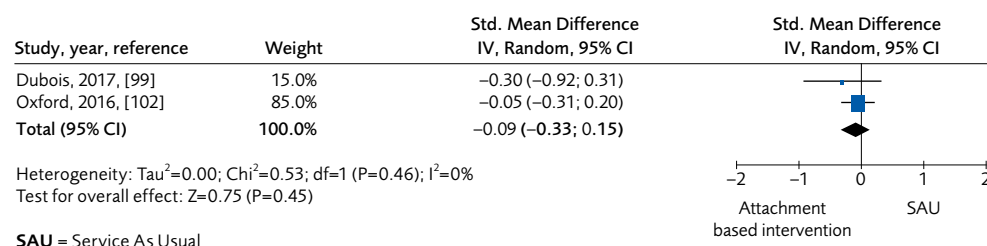
I en studie mättes barns känslouttryck efter ett år med observationsinstrumentet The Tool Task, under en problemlösningssituation tillsammans med sin förälder [101]. Det var en signifikant skillnad mellan grupperna, SMD $-0,42$ (95 % KI, $-0,73$ till $-0,11$), där barnen i ABC-gruppen visade mindre negativa känslor jämfört med kontrollgruppen.

I en annan studie mättes samspelet mellan förälder och barn med skalan MBQS direkt efter att familjerna fått ABC eller sedvanlig insats [98]. Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna, MD $-0,19$ (95 % KI, $-0,47$ till $0,09$).

Utfallsmått hos föräldrar

En studie mätte föräldrars stress med PSI-3 (underskalan The parenting competence scale), tre månader efter insats med PFR eller efter sedvanlig insats [102]. I en annan studie mättes föräldrars stress efter 10 veckor med PSI-SF [99]. En sammanvägning av de båda studierna (vid 3 månader och 10 veckor) visade ingen signifikant skillnad mellan de som fått den anknytningsbaserade insatsen och de som fått sedvanlig insats, SMD $-0,09$ (95 % KI, $-0,33$ till $0,15$).

Figur 4.4
Anknytningsbaserad insats jämfört med sedvanlig insats avseende föräldrars stress.



Sammanlagt vetenskapligt stöd för effekten av insatsen

Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag ($\oplus\oplus\circ\circ$) för att det är färre barn som har fått en anknytningsbaserad insats som har desorganiserad anknytning jämfört med barn som har fått sedvanlig insats inom en månad efter avslutad insats. Effektmåttet visar att det är 29 (42 till 15) färre barn (per 100 behandlade barn) bland de som fått anknytningsbaserad insats som har desorganiserad anknytning jämfört med barn som fått sedvanlig insats. Avdrag gjordes för överförbarhet på grund av osäkerhet kring hur den sedvanliga insatsen ser ut, jämfört med en svensk kontext samt för studiekvalitet för att Bernard och medarbetare inte har någon förmätning [100]. Övriga avdrag har gjorts för precision på grund av att konfidensintervallet passerar ”ingen effekt” vilket ger en osäkerhet i effektmåttets resultat, samt för studiekvalitet på grund av att skattningen är genomförd av personer som inte är blindade. Övriga utfallsmått har ett otillräckligt vetenskapligt underlag då de baserar sig på endast en liten studie. Det sammanlagda vetenskapliga stödet redovisas i Tabell 4.4.

Insats	Utfallsmått Referens	Antal barn (studier)	Utfall (95 % KI)	Vetenskapligt underlag	Kommentarer
Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) Short-term attachment based intervention Promoting First Relationship (PFR)	Minskat våld och försummelse				
	Antal anmälningar efter 1 år [102]	247 (1)	RD -0,03 (-0,14 till 0,09)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Antal omhändertaganden efter 1 år [102]	247 (1)	RD -0,07 (-0,15 till -0,00)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Utfall hos barnen				
	Barns psykiska ohälsa [98,102]	326 (2)	SMD -0,18 (-0,41 till 0,06)	Otillräckligt ⊕○○○	-1 överförbarhet ¹ -1 precision ² -1 kvalitet ³
	Samspel och anknytning				
	Antal barn med desorganiserad anknytning efter 1 månad [98,100]	229 (2)	RD -0,29 (-0,42 till -0,15)	Begränsat ⊕⊕○○	-1 överförbarhet ¹ -1 kvalitet ³
	Barns anknytning efter 6 månader [102]	247 (1)	MD -0,06 (-0,18 till 0,06)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Barns negativa känslor under problemlösning efter cirka 12 månader [101]	212 (1)	SMD -0,42 (-0,73 till -0,11)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Samspel [98]	79 (1)	MD -0,19 (-0,47 till 0,09)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
Utfallsmått hos föräldrar					
Föräldrars stress efter cirka 3 månader [99,102]	288 (2)	SMD -0,09 (-0,33 till 0,15)	Otillräckligt ⊕○○○	-1 överförbarhet ¹ -1 precision ² -1 kvalitet ³	

Tabell 4.4
Anknytningsbaserade insatser jämfört med sedvanlig insats. Skillnaden mellan insatserna har beräknats med standardiserad medelvärdeskillnad (SMD), medelvärdeskillnad (MD), eller riskskillnad (RD), med 95 % konfidensintervall. Uppföljning har skett direkt efter insatsen om inte annat anges.

¹ Avdrag på grund av osäkerhet kring hur den sedvanliga insatsen ser ut jämfört med en svensk kontext.

² Avdrag för att konfidensintervallet passerar gränsen för "ingen effekt", vilket ger en osäkerhet i effektmåttets resultat.

³ Avdrag för att utfallsmåttet är känsligt för bedömningsbias och för att studien av Bernard och medarbetare inte har någon förmätning [100].

Child Parent Psychotherapy (CPP)

Beskrivning av studierna

Resultaten baseras på två RCT-studier; Lieberman och medarbetare [103,104] (USA, n=75) samt Stronach och medarbetare [105] (USA, n=137). Utfallsmått från Stronachs studie är även presenterade i två ytterligare publikationer [106,107] där endast försummande mammor ingår. Studien består av barn (medelålder cirka 13 månader) som hade utsatts för framför allt psykiskt våld och försummelse [105]. Studien av Lieberman och medarbetare består av barn (medelålder cirka 4 år) som hade bevittnat familjevåld [103,104]. Insatsen i båda studierna gavs varje vecka under cirka ett års tid. I resultatdelen redovisas framför allt jämförelse mellan CPP och sedvanlig insats. En studie gjorde även jämförelser mellan CPP och Psychoeducational Parenting Intervention (PPI) där endast föräldrarna fick en insats [105]. I båda studierna fick kontrollgruppen sedvanlig insats som bestod av case management samt råd och stöd.

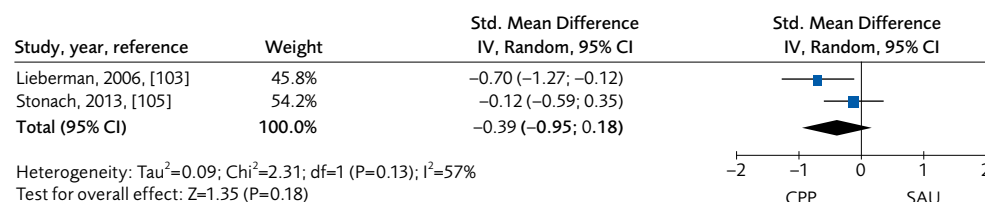
Minskat våld och försummelse

Inte redovisat i studierna.

Utfallsmått hos barnet

I båda studierna mättes föräldraskattad psykisk ohälsa hos barnet med CBCL-skalan [103,105]. En sammanvägning mellan de båda studierna vid 6 månader [103] och 12 månader [105] visar ingen signifikant skillnad mellan barn som fått CPP och barn som fått sedvanlig insats avseende föräldraskattad psykisk ohälsa hos barnet, SMD $-0,39$ (95 % KI, $-0,95$ till $0,18$).

Figur 4.5
Child Parent Psychotherapy (CPP) jämfört med sedvanlig insats avseende barns psykiska ohälsa



SAU = Service As Usual

I en av studierna gjordes även en jämförelse avseende föräldraskattad psykisk ohälsa med CBCL-skalan mellan barn som har deltagit i CPP, och en jämförelsegrupp av barn till föräldrar som har deltagit i PPI, 12 månader efter insatsen [105]. Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna, MD $-1,33$ (95 % KI, $-6,77$ till $4,11$).

Klinikerskattad posttraumatisk stress mättes hos barn som exponerats för familjevåld med skalan DC: 0–3 TSD, efter insatsen, i en av studierna [104]. Det var en signifikant skillnad, barn som deltagit i CPP hade mindre klinikerskattad post traumatisk stress jämfört med barn som fått sedvanlig insats, MD $-3,21$ (95 % KI, $-5,75$ till $-0,67$).

Samspel och anknytning

Barns anknytning undersöktes med The Strange Situation Test i en studie hos barn som varit utsatta för psykologiskt våld och försummelse [105]. Av barnen som fick CPP var det 28 av 32 barn (87 %) som bedömdes ha desorganiserad anknytning innan insatsen, och efter 12 månader var det 7 av 28 barn (25 %). Av barnen som fick sedvanlig insats var det 75 av 81 barn (88 %) som hade desorganiserad anknytning innan insatsen och efter 12 månader var det 24 av 49 barn (49 %). Det var en signifikant skillnad avseende andel barn med desorganiserad anknytning efter 12 månader, RD $-0,24$ (95 % KI, $-0,45$ till $-0,03$).

I studien gjordes även en jämförelse avseende desorganiserad anknytning mellan barn som har deltagit i CPP och barn vars föräldrar hade deltagit i IPP efter 12 månader [105]. Efter 12 månader var det en större minskning av barn med desorganiserad anknytning i CPP-gruppen jämfört med barnen i PPI-gruppen, RD $-0,34$ (95 % KI, $-0,60$ till $-0,08$).

Utfallsmått hos föräldrar

Klinikerskattad posttraumatisk stress mättes med CAPS-skalan hos föräldrar i familjer där det förekommer våld, efter insatsen [104]. Det var ingen signifikant skillnad mellan föräldrar som deltagit i CPP och föräldrar som fått sedvanlig insats, MD $-12,37$ (95 % KI, $-28,61$ till $3,87$).

Studien av Toth och medarbetare [107] analyserade en subgrupp av mammor som försummat sina barn (ingår i studien av Stronach och medarbetare [105]) avseende klinikerskattad föräldrastress mätt med PSI-skalan efter insatsen. Mammor som hade fått CPP skattade lägre grad av föräldrastress jämfört med mammor som fått sedvanlig insats, skillnaden är signifikant, MD $-2,29$ (95 % KI, $-2,90$ till $-1,68$).

I en studie mättes självskattade symtom på psykisk ohälsa med skalan SCL-GSI, 6 månader efter insatsen hos mammor som utsatts för våld [103]. Det var ingen signifikant skillnad mellan mödrar som hade deltagit i CPP och mödrar som fått sedvanlig insats, MD $-0,35$ (95 % KI, $-0,89$ till $0,19$).

Sammanlagt vetenskapligt stöd för effekten av insatsen

Det vetenskapliga underlaget för Child Parent Psychotherapy (CPP) är otillräckligt (⊕○○○). Avdrag för utfallsmåttet psykisk ohälsa hos barnet gjordes för överförbarhet på grund av osäkerhet kring hur den sedvanliga insatsen ser ut jämfört med en svensk kontext, för studiekvalitet på grund av att skattningen är genomförd av personer som inte är blindade, samt för heterogenitet när resultaten mellan studierna skiljer sig åt. Övriga utfallsmått har ett otillräckligt vetenskapligt underlag då de baserar sig på endast en liten studie. Det sammanlagda vetenskapliga stödet redovisas i Tabell 4.5.

Tabell 4.5
Child Parent
Psychotherapy (CPP)
jämfört med sedvanlig
insats eller med
Psychoeducational
Parenting Intervention
(PPI). Skillnaden mellan
insatserna har beräknats
med standardiserad
medelvärdeskillnad
(SMD), medelvärdesskillnad
(MD), eller
riskskillnad (RD), med
95 % konfidensintervall.
Uppföljning har skett
direkt efter insatsen
om inte annat anges.

Insats	Utfallsmått Referens	Antal barn (studier)	Utfall (95 % KI)	Vetenskapligt underlag	Kommentarer
Child Parent Psycho- therapy (CPP)	Utfallsmått hos barnen				
	Föräldraskattad psykisk ohälsa hos barnet efter 6 och 12 månader [103,105]	151 (2)	SMD -0,39 (-0,95 till 0,18)	Otillräckligt ⊕○○○	-1 överförbarhet ¹ -1 kvalitet ² -1 heterogenitet ³
	Föräldraskattad psykisk ohälsa hos barnet efter 12 månader (jämfört med PPI) [105]	49 (1)	MD -1,33 (-6,77 till 4,11)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Klinikerskattad posttraumatisk stress hos barnet [104]	75 (1)	MD -3,21 (-5,75 till -0,67)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Samspel och anknytning				
	Andel barn med desorganiserad anknytning efter 12 månader [105]	137 (1)	RD -0,24 (-0,45 till -0,03)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Andel barn med desorganiserad anknytning efter 12 månader (jämfört med PPI) [105]	49 (1)	RD -0,34 (-0,60 till -0,08)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Utfallsmått hos föräldrar				
	Klinikerskattad posttraumatisk stress hos förälder [104]	75 (1)	MD -12,37 (-28,61 till 3,87)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
Självskattad föräldrastress [107]	93 (1)	SMD -2,29 (-2,90 till -1,68)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet	
Självskattade symtom på psykisk ohälsa hos mamman efter 6 månader [103]	75 (1)	MD -0,35 (-0,89 till 0,19)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet	

¹ Avdrag gjordes för överförbarhet på grund av osäkerhet kring hur den sedvanliga insatsen ser ut jämfört med en svensk kontext.

² Avdrag för att skattningen är genomförd av personer som inte är blindade.

³ Avdrag för att resultaten mellan studierna skiljer sig åt.

Kids Club och Moms Empowerment Program (MEP)

Beskrivning av studierna

Resultaten baseras på tre RCT-studier; Graham-Bermann och medarbetare (tre olika publikationer, USA, n=118) [108-110], Overbeek och medarbetare (Nederländerna, n=164) [111] och Grogan-Kaylor och medarbetare (Canada, n=113) [112]. I samtliga studier har barnen bevittnat partnervåld riktat mot mamman. I Grogan-Kaylor och medarbetares studie jämförs insatsen, som består av parallella gruppträffar för barn och mödrar en gång i veckan vid fem tillfällen, med familjer som står på väntelista [112]. I studierna av Overbeek och Graham-Bermann och medarbetare sker insatsen en gång i veckan vid 9–10 tillfällen. Uppföljning har gjorts direkt efter insatsen, samt efter 6–8 månader i en av studierna [112]. Barnen är mellan 6–12 år gamla i Graham-Bermanns studie och i Overbeeks studie är medelåldern 9 år. I Grogan-Kaylors studie är barnen yngre (medelålder 5 år). Insatsen i en av studierna bygger på Kids Club men med vissa förändringar, bland annat ett större fokus på att identifiera och förändra barnens känslor, kontrollgruppen får en lika omfattande insats men utan de specifika faktorer som ingår i Kids Club [111]. Kontrollgruppen i Graham-Bermann och medarbetares studie står på väntelista.

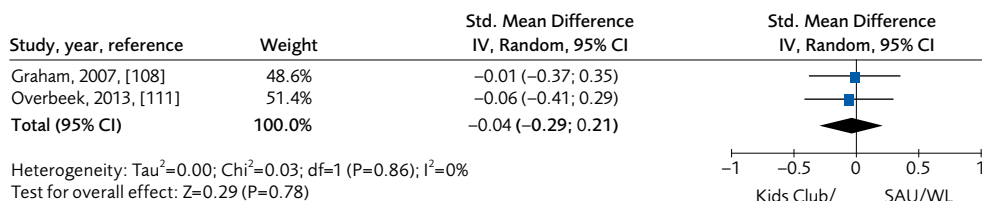
Minskat våld och försummelse

Inte redovisat i studierna.

Utfallsmått hos barnen

I två av studierna mättes barnens föräldraskattade utagerande beteende med CBCL-skalan direkt efter insatsens slut [108,111]. En sammanvägning av de båda studierna visade ingen signifikant skillnad mellan de som fått Kids Club/MEP och de som står på väntelista eller får sedvanlig insats, SMD $-0,04$ (95 % KI, $-0,29$ till $0,21$).

Figur 4.6
Kids Club och Moms Empowerment Program jämfört med sedvanlig insats och väntelista avseende barns utagerande beteende.

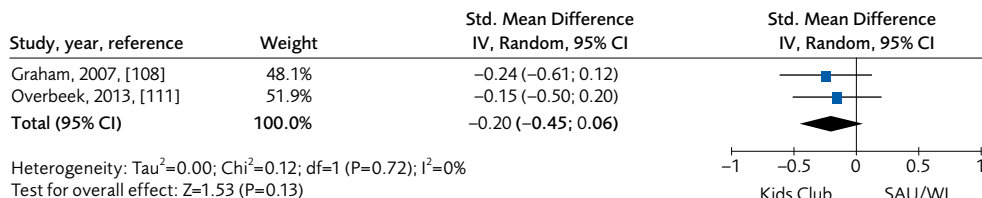


MEP = Moms Empowerment Program; SAU = Service As Usual; WL = Waiting list

En av dessa studier redovisade även absoluta mått avseende barn som var inom klinisk nivå för allvarligt utagerande beteende utifrån CBCL-skalan. Av barnen som deltagit i Kids Club var 21 av 60 (34 %) inom klinisk nivå för allvarligt utagerande beteende innan insatsen, samma siffra efter insatsen var 13 av 61 barn (21 %) [108]. Av barnen i kontrollgruppen var 19 av 58 (33 %) inom klinisk nivå för allvarligt utagerande beteende innan insatsen, efter insatsen var det 16 av 58 barn (28 %). Skillnaden mellan Kids Club och kontrollgruppen är inte statistiskt signifikant, RD -0,06 (95 % KI, -0,22 till 0,09).

I två av studierna mättes barns inåtvända beteende efter insatsen med CBCL-skalan (underskalan internalizing) [108,111]. En sammanvägning av de båda studierna visade ingen signifikant skillnad efter insatsen mellan de som fått Kids Club/MEP och de som står på väntelista eller får sedvanlig insats, SMD -0,20 (95 % KI, -0,45 till 0,06).

Figur 4.7
Kids Club och Moms Empowerment Program jämfört med sedvanlig insats och väntelista avseende barns inåtvända beteende



SAU = Service As Usual; WL = Waiting list

En av dessa studier redovisade även absoluta mått avseende barn som var inom klinisk nivå för allvarligt inåtvänt beteende utifrån CBCL-skalan. Av barnen som deltagit i Kids Club var 19 av 61 (31 %) inom klinisk nivå för allvarligt inåtvänt beteende innan insatsen, samma siffra vid eftermätningen var 7 av 60 barn (12 %) [108]. Av barnen i kontrollgruppen var 24 av 58 (41 %) inom klinisk nivå innan insatsen, vid uppföljningen var det 18 av 58 barn (31 %). Barnen som fått Kids Club hade enligt mammornas skattningar signifikant minskade inåtvända problem jämfört med barnen på väntelista, RD -0,20 (95 % KI, -0,34 till -0,05).

I en studie mättes barnens symtom på posttraumatisk stress dels med barnens självskattningar (TSCC-skalan) och dels med föräldraskattning (TSCYC-skalan) [111]. Mätningarna gjordes sex månader efter avslutad insats. Det var ingen signifikant skillnad mellan barnen som deltagit i Kids Club och de som fått sedvanlig insats, vare sig det gällde barnens självskattning, MD -1,26 (95 % KI, -7,56 till 5,04), eller föräldraskattning, MD -6,10 (95 % KI, -13,44 till 1,24).

I en av studierna mättes barnens självskattade attityd till våld med AAFV-skalan efter att insatsen ägt rum [108]. De barn som deltagit i Kids Club och vars mödrar deltagit i MEP hade en signifikant ökad negativ attityd till våld jämfört med de som stod på väntelista, MD -3,81 (95 % KI, -6,61 till -1,01).

Utfallsmått hos föräldrar

I en studie mättes föräldrars självskattade posttraumatiska stress med PSS-skalan efter att insatsen ägt rum [109]. Det var ingen signifikant skillnad mellan mammor som fått MEP och vars barn deltagit i Kids Club och föräldrar som stod på väntelista, MD -4,99 (95 % KI, -19,44 till 9,45).

I en annan studie mättes föräldrars självskattade depressiva symtom med BDI-skalan efter att insatsen ägt rum [110]. Det var ingen signifikant skillnad mellan mammor som fått MEP och vars barn deltagit i Kids Club och de som står på väntelista, MD -2,09 (95 % KI, -7,59 till 3,41).

Hård föräldrastil mättes med APQ-skalan 6–8 månader efter insatsens avslut [112]. Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna, MD -0,24 (95 % KI, -0,52 till 0,04).

Sammanlagt vetenskapligt stöd för effekten av insatsen

Det vetenskapliga underlaget för Kids-Club och Moms Empowerment Program är otillräckligt (⊕○○○). Avdrag gjordes på grund av osäkerhet kring hur den sedvanliga insatsen ser ut jämfört med en svensk kontext. Avdrag har även gjorts för precision på grund av att konfidensintervallet passerar gränsen för ”ingen effekt”, vilket ger en osäkerhet i effektmåttets resultat. Avdrag för studiekvalitet har gjorts när skattningar har genomförts av personer som inte är blindade. Övriga utfallsmått har ett otillräckligt vetenskapligt underlag då de baserar sig på relativt små studier. Det sammanlagda vetenskapliga stödet redovisas i Tabell 4.6.

Tabell 4.6
Kids Club och Moms Empowerment Program jämfört med sedvanlig insats/väntelista. Skillnaden mellan insatserna har beräknats med standardiserad medelvärdeskilnad (SMD) eller medelvärdeskilnad (MD) med 95 % konfidensintervall. Uppföljning har skett direkt efter insatsen om inte annat anges.

Insats	Utfallsmått Referens	Antal barn (studier)	Utfall (95 % KI)	Vetenskapligt underlag	Kommentarer
Kids Club + Moms Empowerment program (MEP)	Utfall hos barnen				
	Barns föräldraskattade utagerande beteende [108,111]	282 (2)	SMD -0,04 (-0,29 till 0,21)	Otillräckligt ⊕○○○	-1 överförbarhet ¹ -1 precision ² -1 kvalitet ³
	Barns föräldraskattade inåtvända beteende [108,111]	282 (2)	SMD -0,20 (-0,45 till 0,06)	Otillräckligt ⊕○○○	-1 överförbarhet ¹ -1 precision ² -1 kvalitet ³
	Barns självskattade symtom på posttraumatisk stress efter 6 månader [111]	164 (1)	MD -1,26 (-7,56 till 5,04)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Barns föräldraskattade symtom på posttraumatisk stress efter 6 månader [111]	164 (1)	MD -6,10 (-13,44 till 1,24)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Barnens självskattade attityd till våld [108]	118 (1)	MD -3,81 (-6,61 till -1,01)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Utfall hos föräldrar				
	Föräldrars självskattade posttraumatiska stress [109]	118 (1)	MD -4,99 (-19,44 till 9,45)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Föräldrars självskattade depressiva symtom [110]	118 (1)	MD -2,09 (-7,59 till 3,41)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Hård föräldrastil efter 6-8 månader [112]	113 (1)	MD -0,24 (-0,52 till 0,04)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet

¹ Avdrag på grund av osäkerhet kring hur den sedvanliga insatsen ser ut jämfört med en svensk kontext.

² Avdrag för att konfidensintervallet passerar gränsen för "ingen effekt".

³ Avdrag för att utfallsmåttet är känsligt för bedömningsbias.

Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB)

Beskrivning av studien

Resultaten är baserade på en RCT-studie av Runyon och medarbetare [113] (USA, n=75) där man undersökte effekten av Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB) som gavs till föräldrar och barn (separata barn- och föräldragrupper samt barn och föräldrar tillsammans) jämfört med KBT som gavs till endast en föräldragrupp. Barnen i studien hade varit utsatta för fysiskt våld och hade en medelålder på cirka 9 år. Insatsen gavs två timmar i veckan i cirka 16–20 veckor och mätningen genomfördes direkt efter insatsens slut.

Minskat våld och försummelse

Inte redovisat i studierna.

Utfallsmått hos barnen

Föräldra- och barnskattad posttraumatisk stress hos barn mättes med K-SADS-PL. Det var ingen signifikant skillnad mellan barnen som deltagit i KIBB och barnen vars föräldrar fått KBT avseende posttraumatisk stress, MD $-1,25$ (95 % KI, $-2,64$ till $0,14$).

Barns inåtvända beteende mättes med CBCL skattat av föräldrarna. Det var ingen signifikant skillnad mellan barnen som deltagit i KIBB och barnen vars föräldrar fått KBT, MD $-1,38$ (95 % KI, $-6,07$ till $3,13$).

Barns utagerande beteende mättes med CBCL skattat av föräldrarna. Det var ingen signifikant skillnad mellan barnen som deltagit i KIBB och barnen vars föräldrar fått KBT, MD $-3,27$ (95 % KI, $-11,33$ till $4,79$).

Utfallsmått hos föräldrar

Hård föräldrastil skattades av barnen (APQ-C, underskalan Corporal punishment). Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna, MD $-0,62$ (95 % KI, $-2,69$ till $1,45$).

Hård föräldrastil skattades av föräldrarna (APQ-P, underskalan Corporal punishment). Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna, MD $-0,36$ (95 % KI, $-1,98$ till $1,25$).

Sammanlagt vetenskapligt stöd för effekten av insatsen

Det vetenskapliga underlaget för att avgöra om det är någon skillnad mellan Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB) och KBT till endast föräldrar är otillräckligt (⊕○○○) då det bygger på data från en liten studie. Det sammanlagda vetenskapliga stödet redovisas i Tabell 4.7.

Tabell 4.7
Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB) jämfört med KBT till endast föräldrar. Skillnaden mellan insatserna har beräknats med medelvärdeskillnad (MD), med 95 % konfidensintervall. Uppföljning har skett direkt efter insatsen.

Insats	Utfallsmått Referens	Antal barn (studier)	Utfall (95 % KI)	Vetenskapligt underlag	Avdrag
Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB) [152]	Utfallsmått hos barn				
	Föräldra- och barnskattad posttraumatisk stress hos barn [113]	75 (1)	MD -1,25 (-2,64 till 0,14)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Barns inåtvända beteende skattat av föräldrarna [113]	75 (1)	MD -1,38 (-6,07 till 3,13)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Barns utagerande beteende skattat av föräldrarna [113]	75 (1)	MD -3,27 (-11,33 till 4,79)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Utfallsmått hos föräldrar				
	Hård föräldrastil skattad av barnen [113]	75 (1)	MD -0,62 (-2,69 till 1,45)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Hård föräldrastil skattad av föräldrarna [113]	75 (1)	MD -0,36 (-1,98 till 1,25)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet

Multisystemisk terapi vid våld och försummelse mot barn (MST-CAN)

Beskrivning av studien

Resultaten är baserade på en RCT-studie av Swenson och medarbetare (USA, n=86) där man undersökte effekten av Multisystemisk terapi anpassad för familjer där barn utsätts för fysiskt våld och försummelse [114]. Familjerna fick vanlig MST samt ytterligare komponenter anpassade till våld och försummelse, till exempel säkerhetsplanering. Jämförelsegruppen var familjer som fått olika sedvanliga insatser till exempel ett gruppbaserat träningsprogram för föräldrar. Barnen i studien hade varit utsatta för fysiskt våld och hade en medelålder på cirka 14 år. Insatsen anpassades till familjens behov och omfattningen varierade mellan familjerna och kunde innebära dagliga eller veckovisa möten under i genomsnitt sju månader.

Minskat våld och försummelse

Swenson och medarbetare undersökte hur många barn som placerats i samhällsvård 16 månader efter att insatsen startade [114]. Sammanlagt hade 6 av 44 barn i MST-CAN gruppen och 13 av 42 barn som fått sedvanlig insats blivit placerade i samhällsvård. Det var en signifikant skillnad mellan grupperna, RD -0,17 (95 % KI, -0,35 till 0,00).

I studien studerades även hur många nya fall av våld mot de barn som deltog i insatsen som rapporterats till de sociala myndigheterna 16 månader efter att insatsen startade. Två av 44 barn i MST-CAN gruppen och fem av 42 barn som fått sedvanlig insats hade blivit utsatta för nya fall av våld, det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna, RD -0,07 (95 % KI, -0,19 till 0,05).

I studien undersöktes även antal anmälningar av nya fall av våld mot barn som föräldrarna som deltagit i MST-CAN hade fått. En förälder av 44 i MST-CAN gruppen och två föräldrar av 42 som fått sedvanlig insats hade utsatt ett barn för våld efter 16 månader, RD -0,02 (95 % KI, -0,10 till 0,05).

Sammanlagt vetenskapligt stöd för effekten av insatsen

Det vetenskapliga underlaget för Multisystemisk terapi vid våld och försummelse mot barn är otillräckligt (⊕○○○) då det bygger på data från en liten studie. Det sammanlagda vetenskapliga stödet redovisas i Tabell 4.8.

Insats	Utfallsmått	Antal barn (studier)	Utfall (95 % KI)	Vetenskapligt underlag	Kommentarer
Multisystemisk terapi vid våld och försummelse mot barn (MST-CAN)	Minskat våld och försummelse mot barn				
	Placering av barn i samhällsvård efter 16 månader [114]	75 (1)	RD -0,17 (-0,35 till 0,00)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Anmälningar av nya fall av våld mot barn efter 16 månader [114]	75 (1)	RD -0,07 (-0,19 till 0,05)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Anmälningar av nya fall av våld som föräldern begått efter 16 månader [114]	75 (1)	RD -0,02 (-0,10 till 0,05)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet

Tabell 4.8
Multisystemisk terapi vid våld och försummelse mot barn jämfört med sedvanlig insats. Skillnaden mellan insatserna har beräknats med riskskillnad (RD), med 95 % konfidensintervall.

Parent Child Interaction Therapy (PCIT)

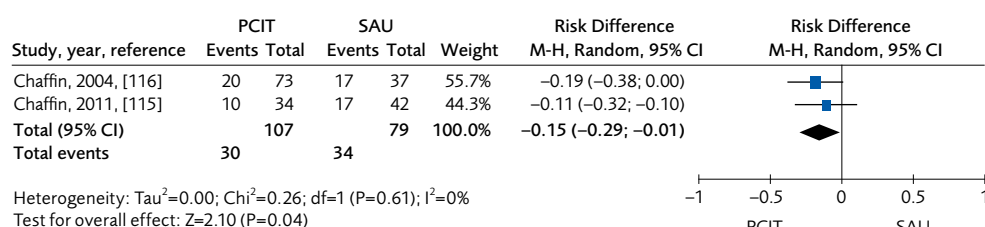
Beskrivning av studierna

Resultaten är baserade på fyra RCT-studier av Chaffin och medarbetare 2011, [115] (USA, n=153), Chaffin och medarbetare 2004 [116] (USA, n=112), Thomas och medarbetare [117] (Australien, n=151) och Terao och medarbetare [118] (USA, n=34). Barnen i studierna hade varit utsatta för fysiskt våld och försummelse. I samtliga studier gavs insatsen en gång i veckan i cirka 12–14 veckor och uppföljningen ägde rum direkt efter insatsen. I den ena studien av Chaffin och medarbetare fick deltagarna PCIT på forskningslabbet samt även sex ytterligare tillfällen för att öka motivationen hos föräldrarna att delta i PCIT [116]. Även i den andra studien av Chaffin och medarbetare fick föräldrarna en extra insats för att underlätta för föräldrarna att ta till sig PCIT-metoden [115]. I en av studierna var barnens ålder 2,5 till 12 år [115], och i den andra studien var åldern 4 till 12 år [116]. I de två ytterligare studierna var barnens medelålder cirka 5 år [117,118]. Thomas och medarbetare jämför PCIT med föräldrar och barn som står på väntelista [117], i övriga studier får kontrollgruppen sedvanlig insats som består av föräldragrupper [115,116] samt hembesök med råd och stöd [118].

Minskat våld och försummelse

I Chaffin och medarbetares studie från 2011 undersöktes antalet socialtjänstanmälningar om våld och försummelse mot barn 2,5 år efter insats med PCIT jämfört med sedvanlig insats [115]. I gruppen som fick PCIT hade 10 av 34 familjer (29 %) återaktualiserats hos socialtjänsten på grund av anmälningar. I gruppen som fick sedvanlig insats var motsvarande siffra 17 av 42 familjer (40 %). Även studien från år 2004 undersökte antal socialtjänstanmälningar 2 år och 3 månader efter insats [116]. I gruppen som fått PCIT hade 20 av 73 familjer (27 %) återaktualiserats hos socialtjänsten på grund av anmälningar jämfört med 17 av 37 familjer (46 %) i gruppen som fick sedvanlig vård. En sammanvägning av studierna avseende socialtjänstanmälningar visade en signifikant skillnad mellan PCIT och deltagande i sedvanlig insats, RD $-0,15$ (95 % KI, $-0,29$ till $-0,01$) [115,116]. Föräldrar och barn som fått PCIT hade färre anmälningar vid cirka 2,5 års uppföljning jämfört med föräldrar och barn som fick sedvanlig insats.

Figur 4.8
Parent Child Interaction Therapy (PCIT) jämfört med sedvanlig insats avseende antal anmälningar till sociala myndigheter.

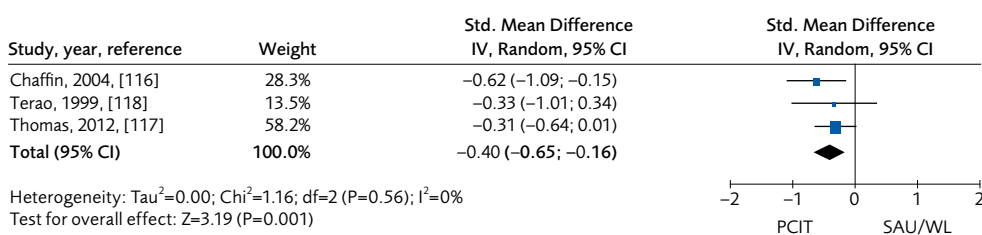


SAU = Service As Usual

En studie undersökte även antalet omhändertaganden av barn 2,5 år efter insatsen [115]. I familjerna som fått PCIT hade 3 av 34 familjer (8 %) fått barn omhändertagna och av familjerna som fått sedvanlig insats var samma siffra 8 av 42 (19 %). Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna, RD $-0,10$ (95 % KI, $-0,26$ till $0,05$).

Utfallsmått hos barnen

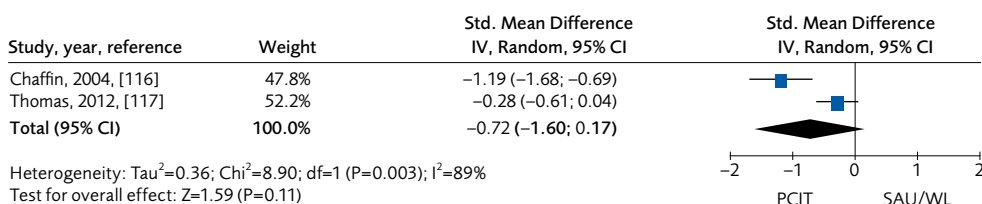
I en studie mättes barnens utagerande beteende med BASC samt ECBI (skalan för externaliserande problem respektive intensitet), vi redovisar ett kombinerat mått efter att insatsen avslutats [117]. I en annan studie mättes utagerande beteende med BASC-external [116] medan de i ytterligare en studie använde ECBI-intensity [118]. I samtliga fall var det föräldrarna som genomförde skattningarna. I studien av Thomas och medarbetare stod kontrollgruppen på väntelista [117], i övriga studier hade kontrollgruppen fått sedvanlig insats. En sammanvägning av studierna visar att barns utagerande beteende hade minskat hos barn som fått insatsen PCIT jämfört med barn i familjer som fått sedvanlig insats eller väntelista, skillnaden är signifikant, SMD $-0,40$ (95 % KI, $-0,65$ till $-0,16$).



Figur 4.9
Parent Child Interaction Therapy (PCIT) jämfört med sedvanlig insats/väntelista avseende barns utagerande beteende.

SAU = Service As Usual; WL = Waiting List

Thomas och medarbetare [117] mätte barns inåtvända beteende med skalan CBCL och Chaffin och medarbetare [116] använde BASC (internaliserande symtom för båda skalorna), skattat av föräldrarna i båda studierna. Sammanvägningen av de två studierna visade ingen signifikant skillnad mellan grupperna efter insatsen, SMD $-0,72$ (95 % KI, $-1,60$ till $0,17$).



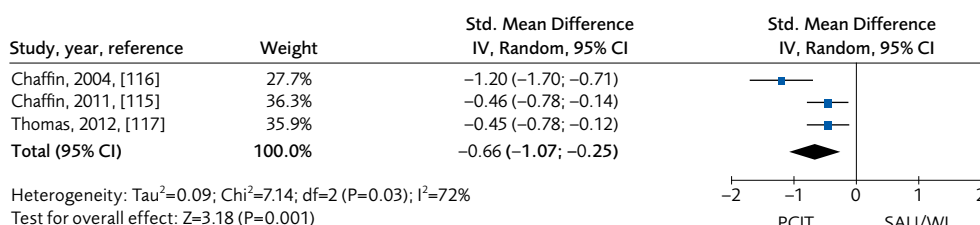
Figur 4.10
Parent Child Interaction Therapy (PCIT) jämfört med sedvanlig insats/väntelista avseende barns inåtvända beteende.

SAU = Service As Usual; WL = Waiting List

Samspel och anknytning

I studierna av Chaffin och Thomas och medarbetare mättes positivt samspel mellan förälder och barn genom observationsinstrumentet DPIC [115–117]. I de två studierna genomfördes bedömningen av oberoende granskare [115,117]. En sammanvägning av studierna visar att föräldrar och barn som har fått PCIT har ett mer positivt samspel än föräldrar och barn som har fått sedvanlig insats eller står på väntelista, SMD $-0,66$ (95 % KI, $-1,07$ till $-0,25$). Skillnaden är signifikant.

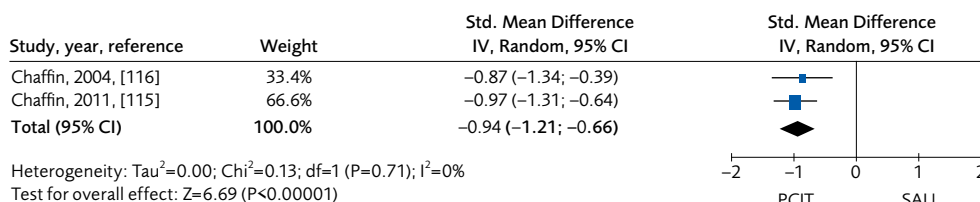
Figur 4.11
Parent Child Interaction Therapy (PCIT) jämfört med sedvanlig insats/väntelista avseende positivt samspel mellan förälder och barn.



SAU = Service As Usual; WL = Waiting List

I två studier mättes också negativt samspel mellan förälder och barn genom observationsinstrumentet DPIC [115,116]. En sammanvägning av studierna visar att föräldrar och barn som fått PCIT hade ett mindre negativt samspel än föräldrar och barn som har fått sedvanlig insats, SMD $-0,94$ (95 % KI, $-1,21$ till $-0,66$). Skillnaden är signifikant.

Figur 4.12
Parent Child Interaction Therapy (PCIT) jämfört med sedvanlig insats avseende negativt samspel mellan förälder och barn.



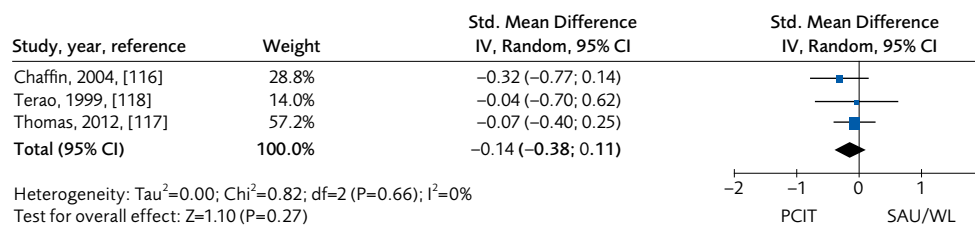
SAU = Service As Usual

Utfallsmått hos föräldrar

Föräldrars självskattade depressiva symtom mättes med BDI-skalen i en studie [117]. Föräldrar som fått PCIT skilde sig inte signifikant från föräldrar på väntelista avseende självskattad depression, MD $-2,10$ (95 % KI, $-7,03$ till $2,83$).

I en studie mättes föräldrars stress relaterat till föräldraskapet med PSI-skalen [118]. Föräldrar som fått PCIT och föräldrar som fått sedvanlig insats skilde sig inte signifikant åt avseende stress relaterat till föräldraskapet, MD $-24,88$ (95 % KI, $-77,94$ till $28,18$).

I tre studier mättes föräldrars självskattade våldsbenägenhet med CAPI-skalan [116-118]. I studien av Terao och medarbetare användes CAPI med färre frågor än övriga studier. En sammanvägning av studierna visar ingen signifikant skillnad mellan föräldrar som fått PCIT och kontrollgruppen avseende självskattad våldsbenägenhet, SMD $-0,14$ (95 % KI, $-0,38$ till $0,11$).



Figur 4.13
 Parent Child Interaction Therapy (PCIT) jämfört med sedvanlig insats/väntelista avseende föräldrars våldsbenägenhet.

SAU = Service As Usual; WL = Waiting List

Sammanlagt vetenskapligt stöd för effekten av insatsen

Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag ($\oplus\oplus\circ\circ$) för att våldsutsattheten minskar i familjer som deltagit i PCIT jämfört med familjer som fått sedvanlig insats. Effektmåttet visar att av 100 familjer är det 15 (0 till 29) färre familjer som återaktualiseras hos socialtjänsten på grund av en anmälan hos familjer som fått PCIT jämfört med familjer som fått sedvanlig insats efter 2,5 år. Ett begränsat vetenskapligt underlag ($\oplus\oplus\circ\circ$) finns även för att barn i familjer som fått PCIT har mindre utagerande beteende jämfört med barn i kontrollgruppen. Då resultatet baserar sig på sammanvägda skalor kan vi inte uttala oss mer specifikt om vad skillnaden betyder. Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag ($\oplus\oplus\circ\circ$) för att det blir både ett mer positivt och ett mindre negativt samspel mellan föräldrar och barn i familjer som fått PCIT jämfört med familjer som fått sedvanlig insats eller står på väntelista. Eftersom resultatet baserar sig på sammanvägda skalor kan vi inte uttala oss mer specifikt om vad skillnaden betyder.

Avdrag i evidensstyrkan gjordes för överförbarhet på grund av osäkerhet kring hur den sedvanliga insatsen ser ut i studiens kontext jämfört med vilka sedvanliga insatser som ges i en svensk kontext. Avdrag för kvalitet gjordes när bedömningarna genomförts av personer som inte varit blindade. Avdrag för precision genomfördes när konfidensintervallet passerade gränsen för "ingen effekt" eller för ett brett konfidensintervall. Vi gjorde även avdrag för heterogenitet när studiernas resultat skilde sig mycket åt. Övriga utfallsmått har ett otillräckligt vetenskapligt underlag då de baserar sig på relativt små studier. Det sammanlagda vetenskapliga stödet redovisas i Tabell 4.9.

Tabell 4.9
Parent Child Interaction Therapy (PCIT) jämfört med sedvanlig insats eller väntelista. Skillnaden mellan insatserna har beräknats med standardiserad medelvärdeskilnad (SMD), medelvärdeskilnad (MD), eller riskskillnad (RD), med 95 % konfidensintervall. Uppföljning har skett direkt efter insatsen om inte annat anges.

Insats	Utfallsmått Referens	Antal barn (studier)	Utfall (95 % KI)	Vetenskapligt underlag	Kommentarer
Parent Child Interaction Therapy (PCIT)	Minskat våld och försummelse				
	Antal anmälningar till sociala myndigheter efter cirka 2,5 år [115,116]	265 (2)	RD -0,15 (-0,29 till -0,01)	Begränsat ⊕⊕○○	-1 överförbarhet ¹ -1 precision ³
	Antal omhändertagna barn efter ca 2,5 år [115]	153 (1)	RD -0,10 (-0,26 till 0,05)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Utfallsmått hos barnen				
	Barns utagerande beteende skattat av föräldrarna [116-118]	297 (3)	SMD -0,40 (-0,65 till -0,16)	Begränsat ⊕⊕○○	-1 överförbarhet ¹ -1 kvalitet ²
	Barns inåtvända beteende skattat av föräldrarna [116,117]	263 (2)	SMD -0,72 (-1,60 till 0,17)	Otillräckligt ⊕○○○	-1 överförbarhet ¹ -1 kvalitet ² -1 precision ⁴
	Samspel och anknytning				
	Positivt samspel mellan förälder och barn [115-117]	416 (3)	SMD -0,66 (-1,07 till -0,25)	Begränsat ⊕⊕○○	-1 överförbarhet ¹ -1 heterogenitet ⁴
	Negativt samspel mellan förälder och barn [115,116]	265 (2)	SMD -0,94 (-1,21 till -0,66)	Begränsat ⊕⊕○○	-1 överförbarhet ¹ -1 kvalitet ²
	Parent Child Interaction Therapy (PCIT)	Utfallsmått hos föräldrar			
Föräldrars självskattade depressiva symtom [117]		151 (1)	MD -2,10 (-7,03 till 2,83)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
Föräldrars självskattade stress av föräldraskapet [118]		34 (1)	MD -24,88 (-77,94 till 28,18)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Föräldrars självskattning av våldsbenägenhet [116-118]	297 (3)	SMD -0,14 (-0,38 till 0,11)	Otillräckligt ⊕○○○	-1 överförbarhet ¹ -1 kvalitet ² -1 precision ³

¹ Avdrag gjordes för överförbarhet på grund av osäkerhet kring hur den sedvanliga insatsen ser ut jämfört med en svensk kontext.

² Avdrag för bristande kvalitet eftersom skattningen gjorts av en person som inte är blindad.

³ Avdrag för att konfidensintervallet passerar gränsen för "ingen effekt", vilket ger en osäkerhet i effektmåttets resultat eller för ett brett konfidensintervall.

⁴ Avdrag för att resultaten mellan studierna skiljer sig åt.

Project Support

Beskrivning av studierna

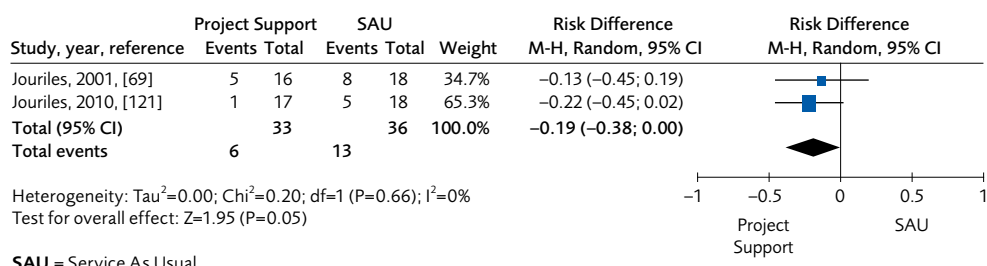
Resultaten baseras på tre RCT-studier; McDonald och medarbetare [119] (USA, n=36, utfallsmått från denna studie även rapporterad i en annan studie av Jouriles och medarbetare från 2001 [69]), Jouriles och medarbetare från 2009 [120] (USA, n=66) och Jouriles och medarbetare från 2010 [121] (USA, n=35). I två studier [69,120] hade barnen exponerats för partnervåld och i en studie hade barnen utsatts för direkt våld och försummelse [121]. Insatserna ägde rum en gång i veckan i 8 månader. Uppföljningen genomfördes direkt efter insatsen samt upp till 16 månader efter avslutad insats. Barnen var mellan cirka 4 och 9 år gamla (medelåldern uppgavs vara 5 år i två av studierna [119,121]). I alla tre studierna hade kontrollgrupperna fått sedvanlig insats, dessa insatser varierade inom och mellan studier och kunde handla om telefonkontakter med råd och stöd eller andra typer av insatser riktade till föräldrarna.

Minskat våld och försummelse

Studien av Jouriles och medarbetare från 2010 undersökte hur många familjer som hade återaktualiserats hos sociala myndigheter på grund av våld eller försummelse mot barn, under en åttamånadersperiod efter insatsen [121]. Bland familjerna som deltagit i Project Support var det 1 av 17 familjer (5 %) som återaktualiserats, jämfört med 5 av 18 familjer (28 %) i gruppen som fått sedvanlig insats.

Studien av Jouriles och medarbetare från 2001 undersökte hur många mammor som uppgav att de blivit utsatta för våld under en åttamånadersperiod efter att de deltagit i insatsen [69]. Bland familjerna som deltagit i Project Support var det 5 av 16 mammor (31 %) som uppgav att de varit utsatta för våld jämfört med 8 av 18 familjer (44 %) i kontrollgruppen. Efter 16 månader var det 7 av 18 mammor (39 %) som deltagit i Project Support och 8 av 18 (44 %) i kontrollgruppen som uppgav att de utsatts för våld efter insatsen.

En sammanvägning mellan studierna [69,121] avseende upprepat våld mot barn eller upprepat våld mot mamma efter 8 månader, visade att det förekom signifikant mindre upprepat våld i de familjer som deltagit i Project Support, jämfört med de familjer som fått sedvanlig insats, RD -0,19 (95 % KI, -0,38 till 0,00).

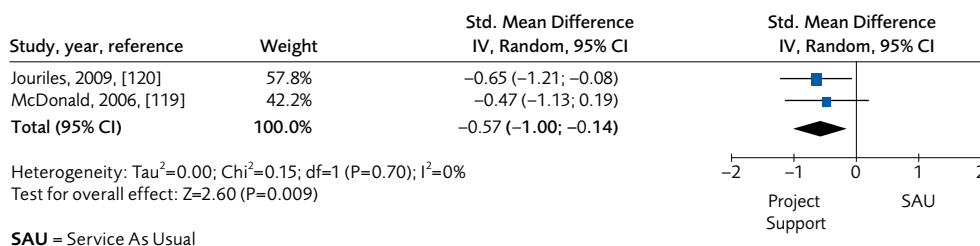


Figur 4.14
Project Support jämfört med sedvanlig insats avseende återaktualiserat våld mot barn eller mamma.

Utfallsmått hos barnen

I två av studierna mättes barns utagerande beteende skattat av föräldrarna med CBCL (skalan för externaliserande problem) [119,120]. I den ena studien användes även ECBI (skalan för problembeteende) [120]. I båda studierna hade barnen varit exponerade för partnervåld. En sammanvägning av de båda studierna där vi använder ett kombinerat mått av CBCL och ECBI, visar att barnen som deltagit i Project Support har signifikant mindre utagerande beteende jämfört med barnen som fått sedvanlig insats 12–16 månader efter insatsen, SMD $-0,57$ (95 % KI, $-1,00$ till $-0,14$).

Figur 4.15
Project Support jämfört med sedvanlig insats avseende barns utagerande beteende.

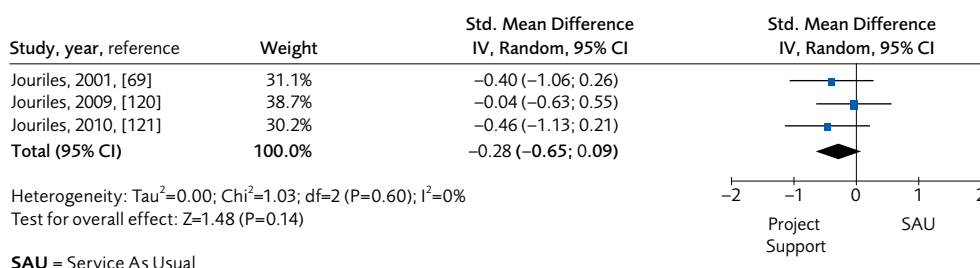


En studie mätte barns inåtvända beteende med CBCL (skalan för internaliserande problem) skattat av föräldrarna [119]. Barnen hade exponerats för partnervåld. Det var ingen signifikant skillnad 16 månader efter avslutad insats, MD $-9,17$ (95 % KI, $-38,37$ till $20,03$) mellan Project Support och kontrollgruppen.

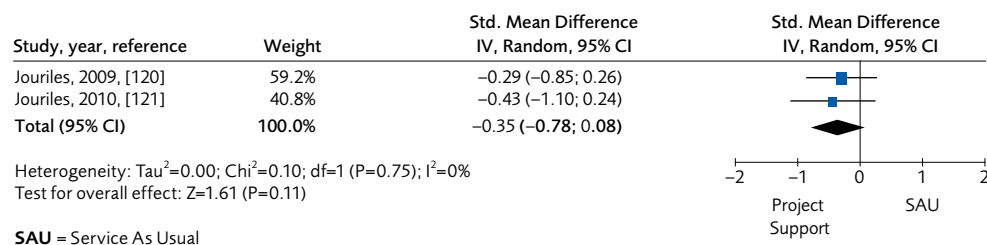
Utfallsmått hos föräldrar

Tre studier undersökte föräldrars självskattade psykiska ohälsa i familjer där det förekommer partnervåld [69,120] samt familjer där barn utsätts för direkt våld och försummelse [121]. Föräldrarnas självskattade psykiska ohälsa mättes med SCL-GSI skalan. En sammanvägning av studierna visar ingen signifikant skillnad mellan grupperna efter 8–12 månader, SMD $-0,28$ (95 % KI, $-0,65$ till $0,09$).

Figur 4.16
Project Support jämfört med sedvanlig insats avseende föräldrars psykiska ohälsa.



I två av studierna mättes självskattad hård föräldrastil med skalan CTS-PC [120,121]. Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna vid 8 till 12 månaders uppföljning, SMD $-0,35$ (95 % KI, $-0,78$ till $0,08$).



Figur 4.17
Project Support jämfört med sedvanlig insats avseende hård föräldrastil.

Föräldrars självskattade upplevelse av att kunna hantera sitt barns beteende mättes med en underskala till PLOC i en av studierna [121]. Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna avseende upplevelse av att hantera sitt barns beteende 8 månader efter avslutad insats, MD $-4,33$ (95 % KI, $-10,51$ till $1,85$).

Inkonsekvent föräldrastil skattat av föräldrarna mättes med PDI-skalan [120]. Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna vid 12 månader efter avslutad insats, MD $-0,01$ (95 % KI, $-0,53$ till $0,51$).

Sammanlagt vetenskapligt stöd för effekten av insatsen

Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag ($\oplus\oplus\circ\circ$) för att våldsutsattheten minskar hos familjer som deltagit i Project Support jämfört med familjer som fått sedvanlig insats. Effektmåttet visar att av 100 familjer så har familjer som deltagit i Project Support i genomsnitt 19 (38 till 0) färre fall av upprepat våld mot barn eller mamma efter åtta månader jämfört med familjer som fått sedvanlig insats. Det finns även ett begränsat vetenskapligt underlag ($\oplus\oplus\circ\circ$) för att barn i familjer som fått Project Support har mindre utagerande beteende jämfört med barn i familjer som har fått sedvanlig insats. Eftersom resultatet baserar sig på olika sammanvägda skalor kan vi inte uttala oss mer specifikt om vad skillnaden betyder. Avdrag gjordes för överförbarhet på grund av osäkerhet kring hur den sedvanliga insatsen ser ut i studierna jämfört med en svensk kontext. Avdrag för kvalitet gjordes när bedömningarna genomförts av personer som inte varit blindade. Avdrag för precision gjordes när konfidensintervallet var brett, vilket ger en osäkerhet i effektmåttets resultat eller när det passerad gränsen för ”ingen effekt”. Övriga utfallsmått har ett otillräckligt vetenskapligt underlag då de baserar sig på relativt små studier. Det sammanlagda vetenskapliga stödet redovisas i Tabell 4.10.

Tabell 4.10
Project Support jämfört med sedvanlig insats. Skillnaden mellan insatserna har beräknats med standardiserad medelvärdeskillnad (SMD), medelvärdeskillnad (MD), eller riskskillnad (RD), med 95 % konfidensintervall.

Insats	Utfallsmått Referens	Antal barn (studier)	Utfall (95 % KI)	Vetenskapligt underlag	Kommentarer
Project Support	Minskat våld och försummelse				
	Återaktualiserat våld mot barn eller mamma efter 8 månader [69,121]	71 (2)	RD -0,19 (-0,38 till 0,00)	Begränsat ⊕⊕○○	-1 överförbarhet ¹ -1 precision ²
	Utfallsmått hos barnen				
	Barns föräldraskattade utagerande beteende efter 12 och 16 månader [119,120]	102 (2)	SMD -0,57 (-1,00 till -0,14)	Begränsat ⊕⊕○○	-1 överförbarhet ¹ -1 kvalitet ³
	Barns föräldraskattade inätvända beteende efter 16 månader [119]	35 (1)	MD -9,17 (-38,37 till 20,03)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Utfallsmått hos föräldrar				
Project Support	Föräldrars självskattade psykiska ohälsa efter 8 och 12 månader [69,120,121]	137 (3)	SMD -0,28 (-0,65 till 0,09)	Otillräckligt ⊕○○○	-1 överförbarhet ¹ -1 precision ² -1 kvalitet ³
	Hård föräldrastil efter 8 till 12 månader [120,121]	71 (2)	SMD -0,35 (-0,78 till 0,08)	Otillräckligt ⊕○○○	-1 överförbarhet ¹ -1 precision ² -1 kvalitet ³
	Upplevelse av att hantera sitt barns beteende efter 8 månader [121]	35 (1)	MD -4,33 (-10,51 till 1,85)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Inkonsekvent föräldrastil efter 12 månader [120]	101 (1)	MD -0,01 (-0,53 till 0,51)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet

¹ Avdrag gjordes för överförbarhet på grund av osäkerhet kring hur den sedvanliga insatsen ser ut jämfört med en svensk kontext.

² Avdrag för brett konfidensintervall, vilket ger en osäkerhet i effektmåttets resultat eller att konfidensintervallet passerar gränsen för "ingen effekt".

³ Avdrag för att skatningen är genomförd av personer som inte är blindade.

Traumafokuserad Kognitiv Beteendeterapi (TF-KBT)

Beskrivning av studierna

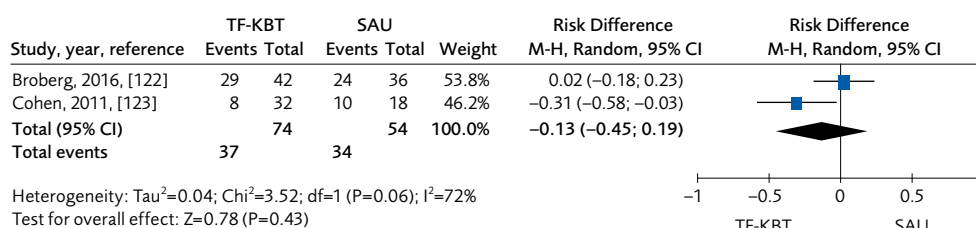
Resultaten är baserade på två RCT-studier av Broberg och medarbetare (Sverige, n=86) [122] och Cohen och medarbetare (USA, n=124) [123]. I den ena studien undersöktes effekten av 14–16 tillfällen med TF-KBT för barn från 5 till 17 år som bevittnar våld inom familjen eller utsatts för direkt våld av minst en av sina föräldrar [122]. I den andra studien undersöktes effekten av åtta tillfällen med TF-KBT för barn med en medelålder på 9,6 år som bevittnat våld inom familjen [123]. Barnen följdes upp 6 och 12 månader efter påbörjad insats i en studie [122], i den andra studien följdes barnen upp direkt efter avslutad insats [123]. I Broberg och medarbetares studie varierade kontrollgruppens insatser och omfattade exempelvis Kognitiv beteendeterapi (KBT), Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR), familjeterapi och taktil massage. I Cohen och medarbetares studie har kontrollgruppen fått barncentrerad terapi vid 8 tillfällen.

Minskat våld och försummelse

Inte redovisat i studierna.

Utfallsmått hos barnen

I båda studierna undersöktes hur många barn som hade blivit av med sin PTSD-diagnos eller där denna var i remission baserat på klinikerbedömning med bedömningsinstrumentet K-SADS-PL [122,123]. I Broberg och medarbetares studie hade 29 av de 42 barnen (69 %) som fått TF-KBT kvar PTSD-diagnosen efter insatsen medan andelen barn som fått sedvanlig vård var 24 av 36 (67 %) [122]. I studien av Cohen och medarbetare hade 8 av 32 barn (25 %) som fått TF-KBT kvar sin PTSD-diagnos efter sex månader, motsvarande siffra i gruppen som fått sedvanlig insats var det 10 av 18 barn (56 %) [123]. En sammanvägning av studierna visade ingen signifikant skillnad mellan barnen som fått TF-KBT och barnen som fått sedvanlig insats, RD $-0,13$ (95 % KI, $-0,45$ till $0,19$).



Figur 4.18
Trauma Fokuserad Kognitiv Beteendeterapi (TF-KBT) jämfört med sedvanlig insats avseende antal barn med PTSD.

SAU = Service As Usual

Barnens självskattade posttraumatiska symtom mättes med skalan TCSS-PTS [122]. Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna vid 12 månader, MD $-2,27$ (95 % KI, $-6,09$ till $1,55$).

Barnens allmänna psykiska ohälsa skattades av föräldrarna med hjälp av skalan SDQ vid 6 månader [122]. Skattningen visade ingen signifikant skillnad mellan grupperna, MD 2,13 (95 % KI, -2,31 till 6,57).

Sammanlagt vetenskapligt stöd för effekten av insatsen

Det vetenskapliga underlaget för TF-KBT är otillräckligt (⊕○○○). Avdrag för kvalitet har gjorts på grund av osäkerhet i överförbarhet gällande sedvanlig insats. Avdrag har även gjorts för precision på grund av ett brett konfidensintervall vilket ger en osäkerhet kring effektmåttet resultat, samt för heterogenitet eftersom resultaten mellan studierna skiljer sig åt. Övriga utfallsmått har ett otillräckligt vetenskapligt underlag då de baserar sig på relativt små studier. Det sammanlagda vetenskapliga stödet redovisas i Tabell 4.11.

Tabell 4.11
Traumafokuserad KBT jämfört med sedvanlig insats. Skillnaden mellan insatserna har beräknats med medelvärdeskillnad (MD) eller riskskillnad (RD), med 95 % konfidensintervall.

Insats	Utfallsmått Referens	Antal barn (studier)	Utfall (95 % KI)	Vetenskapligt underlag	Kommentarer
Traumafokuserad KBT	Utfallsmått hos barnen				
	Andel barn med minskad klinikerskattad PTSD efter insatsen och efter 6 månader [122,123]	210 (2)	RD -0,13 (-0,45 till 0,19)	Otillräckligt ⊕○○○	-1 överförbarhet -1 precision ² -1 heterogenitet ³
	Självsfattad post-traumatisk stress hos barn efter 12 månader [122]	86 (1)	MD -2,27 (-6,09 till 1,55)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
Föräldraskattning av barnens symtom på psykisk ohälsa efter 6 månader [122]	86 (1)	MD 2,13 (-2,31 till 6,57)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet	

¹ Avdrag gjordes för överförbarhet på grund av osäkerhet kring hur den sedvanliga insatsen ser ut jämfört med en svensk kontext.

² Avdrag för ett brett konfidensintervall, vilket ger en osäkerhet kring effektmåttet resultat.

³ Avdrag för olikheter i studiernas resultat.

Family Behavior Therapy (FBT)

Beskrivning av studien

Resultaten baseras på en RCT-studie av Donohue och medarbetare (USA, n=72) [124]. Studien inkluderade mammor som hade missbrukat illegala droger och var anmälda till sociala myndigheter på grund av försummelse mot barn (barnens medelålder cirka 3 år). Insatsen gavs under sex månader och omfattade andra familjemedlemmar eller nära anhöriga till mamman. Kontrollgruppen fick sedvanlig vård med stor variation, exempelvis rådgivning och/eller terapeutisk behandling.

Minskat våld och försummelse

Inte redovisat i studierna.

Minskat våld och försummelse

Antal dagar som barnen varit placerade i samhällsvård mättes efter insatsen [124]. Det var inte någon signifikant skillnad mellan familjer som fått FBT och familjer som fått sedvanlig insats fyra månader efter insatsens slut, MD -4,00 (95 % KI, -39,28 till 31,28).

Utfallsmått hos föräldrar

Föräldrars självskattade våldsbenägenhet mättes med CAPI [124]. Det var inte någon signifikant skillnad mellan familjer som fått FBT och familjer som fått sedvanlig insats fyra månader efter insatsens slut, MD -12,10 (95 % KI, -79,87 till 55,67).

Sammanlagt vetenskapligt stöd för effekten av insatsen

Det vetenskapliga underlaget för FBT är otillräckligt (⊕○○○) då det bygger på data från en relativt liten studie. Det sammanlagda vetenskapliga stödet redovisas i Tabell 4.12.

Insats Referens	Utfallsmått Referens	Antal barn (studier)	Utfall (95 % KI)	Vetenskapligt underlag	Kommentarer
Family Behavior Therapy (FBT)	Minskat våld och försummelse				
	Antal dagar barnen är omhändertagna efter 4 månader [124]	72 (1)	MD -4,00 (-39,28 till 31,28)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Utfallsmått hos föräldrar				
	Föräldrars självskattning av våldsbenägenhet efter 4 månader [124]	72 (1)	MD -12,10 (-79,87 till 55,67)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet

Tabell 4.12
Family Behavior Therapy (FBT) jämfört med sedvanlig insats. Skillnaden mellan insatserna har beräknats med medelvärdeskillnad (MD) med 95 % konfidensintervall.

Enhanced Group Behavioral Family Intervention (EBFI) (baserad på Triple-P)

Resultaten baseras på en RCT-studie av Sanders och medarbetare (USA, n=98) [125]. Studien inkluderade föräldrar som utsatte sina barn (medelålder 4 år) för våld och försummelse. Insatsen gavs under 2 timmar varje vecka i 10 veckor och avslutades med fyra individuella telefonkonsultationer. Kontrollgruppen fick standard Triple-P i grupp som bestod av fyra föräldragruppsessioner och fyra tillfällen av individuell telefonkonsultation.

Utfallsmått hos barnen

Studien mätte föräldraskattad psykisk ohälsa hos barnet med ECBI (skalorna Intensity och Problem kombinerade) [125]. Det var inte någon signifikant skillnad mellan grupperna vid sexmånadersuppföljningen, SMD -0,21 (95 % KI, -0,67 till 0,25).

Utfallsmått hos föräldrar

Föräldrars våldsbenägenhet mättes i studien med CAPI [125]. Det var inte någon signifikant skillnad mellan grupperna vid sexmånadersuppföljningen, MD -35,6 (95 % KI, -94,95 till 23,75).

I studien mättes även föräldrars självskattade psykiska ohälsa med DASS [125]. Det var inte någon signifikant skillnad mellan grupperna vid sexmånadersuppföljningen, MD -3,64 (95 % KI, -16,32 till 9,04).

Sammanlagt vetenskapligt stöd för insatsen

Det vetenskapliga underlaget för Enhanced Group Behavioral Family Intervention (EBFI) är otillräckligt (⊕○○○) då det bygger på data från en relativt liten studie. Det sammanlagda vetenskapliga stödet redovisas i Tabell 4.13.

Tabell 4.13
Enhanced Group Behavioral Family Intervention (EBFI) (baserad på Triple-P) jämfört med sedvanlig insats. Skillnaden mellan insatserna har beräknats med medelvärdeskillnad (MD) eller standardiserad medelvärdeskillnad (SMD) med 95 % konfidensintervall.

Insats Referens	Utfallsmått Referens	Antal barn (studier)	Utfall (95 % KI)	Vetenskapligt underlag	Kommentarer
Enhanced Group Behavioral Family Intervention (EBFI)	Utfall hos barnen				
	Psykisk ohälsa hos barnet efter 6 månader [125]	98 (1)	SMD -0,21 (-0,67 till 0,25)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Utfall hos föräldrar				
	Föräldrars självskattning av våldsbenägenhet efter 6 månader [125]	98 (1)	MD -35,6 (-94,95 till 23,75)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet
	Föräldrars psykiska ohälsa efter 6 månader [125]	98 (1)	MD -3,64 (-16,32 till 9,04)	Otillräckligt ⊕○○○	Endast en studie av tillräcklig kvalitet

Insatser som inte är manualbaserade

Här redovisas studier som utvärderar insatser som inte är manualbaserade men där författarna utvärderat ett arbetssätt. De insatser som redovisas har författarna kallat: *Home based paraprofessional parent aid* baserat på en RCT-studie av Guterma och medarbetare (USA, n=138) [126], *Home visitation by nurses* baseras på en RCT-studie av MacMillan och medarbetare (Canada, n=163) [127], *Nurse Case Management* baserat på en RCT-studie av McFarlane och medarbetare (USA, n=258) [128], *Psychoeducational Parenting Intervention (PPI)* baserat på en RCT-studie av Stronach och medarbetare (USA, n=137) [105]. Det vetenskapliga underlaget för samtliga insatser är otillräckligt (⊕○○○) då de bygger på data från en liten studie (se Bilaga 1 för en beskrivning av studierna, www.sbu.se/280).

5 Föräldrars och barns upplevelser av öppenvårdsinsatser

Detta kapitel undersöker studier med kvalitativ metodik som belyser barns och föräldrars upplevelser av att ta del av insatser inom socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatri (BUP) eller motsvarande i det land som studerats. Insatserna ska ha givits på grund av våld och försummelse mot barn inom familjen och rikta sig till föräldrar och barn.

Då kriterierna för vilken studiedesign som ska inkluderas varierar mellan detta kapitel (som inkluderar studier av kvalitativ metodik) och effektutvärderingen i Kapitel 4 (som inkluderar kvantitativa studier) innebär det att olika studier och olika insatser redovisas i de två kapitlen. I detta kapitel är slutsatserna inte kopplade till specifika insatser.

Ingående studier

Av 18 studier som uppfyllde inklusionskriterierna (Kapitel 4, Figur 4.1) bedömdes 13 studier hålla medelhög kvalitet och inkluderades i metasyntesen. Av dessa handlar 11 studier om föräldrars upplevelser, en studie om både barn och föräldrars upplevelser och en studie om endast barns upplevelser. De fem studier som bedömdes ha så stora metodbrister att de inte var tillförlitliga redovisas i Bilaga 2, www.sbu.se/280.

Studierna var genomförda i USA (7 studier), Australien (2 studier), Storbritannien (2 studier) Sverige (1 studie), och Kanada (1 studie). Endast två studier undersökte barnens upplevelser där sammanlagt 37 barn deltog [129,130]. Den ena studien var del av ett större myndighetsprojekt, beställt och genomfört av Office of the Children's Commissioner i Storbritannien [131].

I övrigt var informanterna föräldrar. Av dessa deltog 154 föräldrar (112 mammor) i insatser på grund av våld och försummelse mot barn. De övriga 38 föräldrarna (36 mammor) hade utsatts för partnervåld och fick en insats tillsammans med sitt barn.

Data samlades i huvudsak in genom semistrukturerade intervjuer. Några studier kunde betraktas som utvärderingar av acceptans och tillfredsställelse med ett specifikt program. Här var intervjuerna strukturerade och studierna har gett ett mer begränsat bidrag till syntesen.

Resultat

Barns upplevelser

Studierna med barn som informanter hade så olika fokus att det inte gick att göra en metasyntes av resultaten.

Den ena av de två studierna om barns upplevelser undersökte upplevelserna av att delta i ett specifikt program, avsett för barn och förälder som utsatts för partnervåld [130]. Många barn upplevde att programaktiviteterna hjälpte dem att prata om sina känslor och erfarenheter av våldet. Andra uppskattade inte att tala om och lyssna till erfarenheter av våld i hemmet då de blev upprörda. Barnen upplevde att gruppformatet, där de träffade andra i samma situation, kunde hjälpa dem att känna sig mindre ensamma och oroliga.

Den andra studien undersökte barns och ungdomars upplevelser av att ha varit föremål för insatser inom barnskyddsområdet [129,131]. Barn och ungdomar upplevde att insatserna kunde leda till flera positiva effekter för familjen. Å andra sidan fanns det problematiska aspekter. Ungdomarna kände sig kontrollerade och kritiserade av "The child protection process" och insatserna kunde leda till ökade spänningar inom familjen. Att finnas inom "Child protection process" var också stigmatiserande för barn och ungdomar och de var försiktiga med att berätta om att de ingick i en plan.

Sammantaget är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att bedöma barns upplevelser av insatserna.

Föräldrars upplevelser

Upplevelser och erfarenheter från föräldrar genererade 87 första nivåns teman (Bilaga 5, www.sbu.se/280). Dessa kunde kondenseras och abstraheras till nio nivå 2-teman. Nivå 2-temana kunde i sin tur kondenseras till tre nivå 3-teman: ”Uppskattade aspekter av insatserna”, ”En enskild manualbaserad insats räcker inte” samt ”Problem och utmaningar”. Resultaten av metasyntesen redovisas under respektive nivå 3-tema. Om inget annat anges bygger temana på både föräldrar som utsätter sina barn för våld och försummelse, respektive föräldrar som själva utsätts för våld av en partner.

Nivå 3-tema: Uppskattade aspekter av insatserna

Temat byggs upp av tre nivå 2-teman, som handlar om olika aspekter av insatserna som föräldrarna lyfter fram som värdefulla och viktiga.

Föräldrar upplever att gruppformatet innebär igenkännande och fyller en social funktion, men det passar inte alla

För deltagare som hade erfarenhet av att delta i grupp beskrevs gruppformatet möjliggöra diskussioner med andra föräldrar, och att det var värdefullt att höra om andra som varit med om liknande situationer. Att se andra i samma situation som deltagaren själv bidrog till igenkännande av egna upplevelser och svårigheter. Deltagarna kunde även få idéer om hur de skulle hantera sin tillvaro och lära från varandra. ”Att vara involverad med andra föräldrar med andra utmaningar än mig gjorde mig medveten. Även om jag tog del av saker som inte direkt stämde in för mig, lärde jag genom att vara i gruppen med andra föräldrar och se vad som hjälpte dem.” ([132] s. 616). Även föräldrar som inte deltagit i gruppaktiviteter lyfte fram att det kunde finnas ett värde i att träffa andra föräldrar, till exempel i form av stödgrupper. Gruppformatet upplevdes dock inte som positivt av alla och passade inte alla deltagare.

Tilltron till resultatet bedömt med stöd av CERQual är måttligt. Bedömningen finns sammanfattad i Tabell 5.1. Ingen av studierna redovisade hur forskarna hade hanterat sin förförståelse, vilket motiverade ett avdrag för metodbrister (–1). För övrigt sågs inga allvarliga problem med underlaget. Studierna var genomförda i anglosaxiska länder, i huvudsak USA, med undantag för en svensk studie. Deltagare i studier från amerikanska förhållanden kommer från mer extremt utsatta förhållanden än i Sverige. Det är ändå rimligt att anta att upplevelserna av utsatthet och social isolering och därmed följande uppskattning av att träffa andra föräldrar i samma situation är likartad. Temat bygger på sju studier med totalt 105 deltagare och datainsamlingar som gav ett rikt material [130,132–137].

Föräldrar upplever att hemuppgifter och arbetsböcker är en resurs

Deltagarna beskrev att det var bra att ha tillgång till arbetsmaterial, så som en arbetsbok. Den kunde användas både under grupp-sessionerna och hemma för att bli påmind om vad man lärt sig. De kunde även fungera som en resurs efter det att interventionen avslutats. *"Jag tar fortfarande upp och läser dem, en gång i veckan går jag igenom dem. Jag älskar dem. Jag absolut älskar dem. Och jag tycker om att vi får behålla dem för oavsett om programmet är över har du fortfarande arbetsböckerna där att plocka fram"* ([138] s. 3 766). Material och hemuppgifter beskrevs kunna underlätta för deltagarna att tillämpa de nya förmågorna hemma [135].

Tilltron till resultatet bedöms vara begränsat (Tabell 5.1). Förförståelsen redovisades inte vilket ledde till ett avdrag för metodbrister (-1). Underlaget utgörs av tre studier [132,135,138]. Två av dem bidrar med nära tre fjärdedelar av deltagarna, är utförda av samma forskargrupp och utvärderar programmet Triple-P [132,138]. Frågor om arbetsböckerna ingick i intervjuerna. Sammantaget är materialet tunt och riskerar att leda till en övertolkning av fyndet. Detta motiverade ett avdrag för otillräckliga data (-1).

Föräldrar upplever att insatserna kan ge användbara föräldrastrategier, ökad förståelse kring problematiken och en bättre kommunikationsförmåga

Deltagare beskrev att programmen kunde ge dem nya föräldraförmågor, ökad förståelse om problematiken och att lära sig och få kunskap om sina barn. Deltagarna upplevde en ökad kompetens inom ett antal föräldraförmågor, och lärde sig nya sätt att interagera med sina barn på ett positivt sätt. *"Jag var inte en som lekte med mina barn ... jag förstod helt enkelt inte betydelsen av det; för mig var det bara barn som lekte. Men nu vet jag att det inte bara är barn som leker, de kan faktiskt lära sig saker när de leker."* ([134] s. 104). Flera föräldrar beskrev att kommunikationen med barnen hade förbättrats. *"Det hjälpte oss att få honom att prata om hur han känner om vissa saker, och innan dess kunde vi inte få ur honom någonting alls. Och nu försöker vi alla att komma in i samtal. Och det är vad som verkligen fick det att fungera."* ([133] s. 347). Deltagarna beskrev även att de lärde sig hantera sin egen ilska och stress.

Vid partnervåld lyfte deltagare ytterligare fram att det upplevdes som en vändpunkt att förstå att våldet inte var barnens eller mammans fel, något som behandlarna betonade under hela programmet. Detta hjälpte dem att känna sig gladare och självförtroendet ökade. Att prata om våldet med barnen upplevdes som att det hade positiv effekt på barnet, och programmet gjorde att mammorna blev tvungna att sätta sig in i barnets perspektiv. De beskrev även en större insikt i vilken negativ påverkan partnervåld har på barnen [137]. Samtidigt fick barnen lära sig att inte alla relationer är ohälsosamma. *"Min son visste aldrig vad en riktig relation var, det var alltid våldsamt och kontrollerande. Han brukade säga saker till mig som "men pappa slog dig inte så mycket", och då fick jag alarmklockor i huvudet. Jag tänkte, han tänker att det är normalt!"* ([130] s. 301).

Tilltron till resultatet är måttligt, där enda avdraget är relaterat till att studierna inte redovisade forskarnas förförståelse (-1) (Tabell 5.1). Data som underbyggde resultatet bedömdes vara acceptabelt och byggde på åtta studier med sammanlagt 187 deltagare [130,132–135,137–139].

Nivå 3-tema: En enskild manualbaserad insats räcker inte

Detta nivå 3-tema består av tre nivå 2-teman som handlar om aspekter utöver programmens själva kärnkomponenter och som föräldrarna upplevde som viktiga.

Föräldrar upplever att relationen med programutföraren är en central del av insatsen

Programutförarnas förmåga att etablera och upprätthålla en fungerande och kvalitativt god relation upplevdes som centralt för föräldrarna. Ett flertal delvis överlappande, positiva relationella aspekter lyftes fram, som exempelvis programutförarens förmåga att visa tillit, förmedla värme och respektera integritet. Det kunde även handla om den professionelles förmåga att inta ett icke-fördömande förhållningssätt: *”Min kurator är verkligen stödjande. Hon finns här för att lyssna och jag tycker att det är det bästa – att du har någon som lyssnar på dig och respekterar dig och inte är här för att nedvärdera dig eller syna dig i sömmarna...”* ([139], s. 99).

Känslan av att bli stöttad upplevdes som viktig: *”Det är mycket lugnande att träffa denna person och veta att man får hjälp om man har problem. Du vet att du kan tala utan att oroa sig för att denna person dömer dig och att du får hjälp med minsta problem...”* ([140] s. 260).

Tilltron till resultatet bedömdes vara måttligt och baseras på fem studier med sammanlagt 86 deltagare [130,139–142]. Ett avdrag för metodbrister gjordes eftersom studierna inte redovisade forskarnas förförståelse (-1) (Tabell 5.1).

Föräldrar upplever att stöd i vardagen är ett viktigt komplement

Konkret stöd med praktiska saker i vardagen var ofta en förutsättning för att deltagarna överhuvudtaget kunde tillgodogöra sig insatserna. Deltagandet underlättades av till exempel transport till behandlingen och gratis barnpassning. Även konkret stöd i vardagliga situationer uppskattades: *”...De vet hur de ska hjälpa oss i olika situationer och ge oss råd. Och de hjälper oss...det är inte lätt att ge sina barn mat – det kan bli ett träningspass. I det här programmet vet man att personalen äter sina måltider med oss, så det är mycket lättare...”* ([139] s. 105).

I ett vidare perspektiv var ekonomiskt stöd ofta nödvändigt, liksom att föräldrarna fick hjälp med att kontakta andra aktörer och organisationer. Det kunde gälla stöd i förhållande till de myndighetsprocesser som vanligtvis initierades när det var uppenbart att barnet hade utsatts för våld. Det kunde också avse andra kontakter som underlättade: *”Hon fann olika sommaraktiviteter för mina barn och försökte hjälpa mig med nytt boende bara för att det skulle gå bra för mig.”* ([141], s. 12).

Tilltron till resultatet bedömdes vara måttligt (Tabell 5.1). Det byggde på sju studier med sammanlagt 114 deltagare [132–135,139,140]. Tilltron minskade eftersom studierna inte redogjorde för forskarnas förförståelse.

Föräldrar upplever att miljö och sammanhang för insatsen är viktiga

Deltagarna beskrev att de kände sig accepterade och respekterade. Detta kunde beskrivas som att miljön och sammanhanget där behandlingen genomfördes var en bra plats att vara på, eller att de professionella skapade en omhändertagande och påfyllande familjemiljö. *”Du kan komma in närhelst du vill, sitta ner, ta en kopp te, gå och leka i rummen. Jag vet inte, det är bara en bra plats att vara på.”* ([134] s. 104). Deltagare som utsatts för partnervåld betonade att det fanns ett stort värde i att miljön där insatsen genomfördes var familjär [135], liksom att de fått erfarenheten att kunna söka hjälp utan att bli dömda [137]. Den öppna miljön gjorde att de kunde tänka sig att söka hjälp även i andra verksamheter.

I ett program, Triple-P, ingick hembesök och telefonsamtal, vilket gav deltagarna möjlighet att diskutera aspekter i föräldraskapet mer ingående och bli mer privata. Detta upplevdes som viktigt bland annat utifrån att gruppstiden var begränsad.

Tilltron till resultatet bedömdes vara måttligt. Resultatet bygger på fynd från sex studier med sammanlagt 148 deltagare [132,134,135,137–139]. I likhet med övriga nivå 2-teman sänktes tilltron på grund av att forskarnas förförståelse inte redovisades (avdrag –1).

Nivå 3-tema: Problem och utmaningar

I detta nivå 3-tema ingår tre nivå 2-teman som beskriver problem med insatserna ur föräldrarnas synvinkel.

Föräldrar upplever att insatsen inte alltid matchar deras förutsättningar och behov

Deltagarna upplevde att programmen inte alltid svarade mot deras ofta ansträngda förutsättningar och individuella behov. Flera svårigheter identifierades. För det första behövde andra behov prioriteras, vilket ledde till svårigheter att engagera sig i insatsen eller att lägga tid på att delta *”jag vräktes från min bostad mitt under det att programmet pågick... Det var helt enkelt så mycket som hände, jag hade alltför många saker på mitt bord för att kunna tillgodogöra mig programmet.”* ([138] s. 3 767). Bristande tid, eller snarare flexibilitet i tid, var också en orsak till att gruppformat kunde vara problematiskt: *”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 arbetsschema.”* ([136] s. 27).

För det andra stämde inte alltid de föräldrastategier som lärdes ut med de faktiska behoven. Strategierna var till exempel inte tillämpliga för tonåringar eller krävde en högre grad av läsförståelse än vad deltagarna besatt.

Tilltron till resultatet är måttligt, med avdrag på grund av att förförståelsen inte redovisades. Temat är underbyggt av fem studier med sammanlagt 133 deltagare [130,133,136–139].

Föräldrar upplever att deras svaga maktposition kan vara ett hinder

Föräldrar i familjer där det förekommer våld och försummelse mot barn kunde uppleva att de befann sig i en starkt underordnad position i förhållande till dem som utförde insatserna. Denna underlägsenhet inverkade i sin tur menligt på upplevelsen av själva insatsen. Upplevelser av svag maktposition kunde till exempel botten i föräldrars negativa erfarenheter av myndigheter från tidigare i deras liv och rädslan för att få sina barn omhändertagna: *”De här stödsamtalen var mycket skrämmande eftersom jag har väldigt dåliga erfarenheter av behandlare...Men för att behålla mina barn var jag tvungen att göra någonting”* ([142] s. 462). Även programutförarnas lagstadgade anmälningsplikt till sociala myndigheter var en viktig aspekt av föräldrars upplevelser av en svag maktposition: *”... [ber inte om hjälp]...eftersom jag är rädd att de ska anmäla mig eller något. Det finns mycket hjälp att tillgå, men endast till en särskild punkt innan man oroar sig för att ens barn kommer att tas ifrån en...”* ([134] s. 106).

Tilltron till resultatet bedömdes vara lågt. Förutom ett stegs avdrag för att förförståelsen inte redovisats, minskade tilltron ytterligare ett steg eftersom resultatet bygger på endast tre studier med sammanlagt 22 föräldrar [134,140,142]. Ytterligare en begränsning är att alla studierna rör föräldrar som försummat eller våldfört sig på sina barn. Det går alltså inte att uttala sig om huruvida temat är giltigt för föräldrar som utsatts för partnervåld.

Föräldrar upplever fortsatta utmaningar efter avslutad insats

Mammorna beskrev att trots många positiva effekter av insatsen så kvarstod flera svåra utmaningar. Relationen till den partner som utsatt dem för våld var fortfarande komplicerad oavsett om relationen fortsatt eller om kvinnan separerat från den våldsamma partnern. Särskilt i de fall barnen fortfarande hade kontakt med pappan. Kvinnor som separerat kunde också beskriva de svåra utmaningarna det innebar att vara ensamstående, till exempel med ekonomin, eller att de gick tillbaka till den våldsutövande mannen *”Min dotter fattade, vi hade det riktigt bra i flera månader. Sedan började jag träffa (mannen) igen, bara i två veckor och sedan slog han till mig på käken och försökte strypa mig. Men dotter såg honom och hur han höll i mitt ansikte och knuffade mig i väggen. Då började hon bli riktigt våldsam igen och grät hela tiden”* ([130] s. 306).

Tilltron till resultatet bedömdes vara mycket lågt. Förutom ett stegs avdrag för att förförståelsen inte redovisats, minskade tilltron ytterligare två steg eftersom resultatet bygger på endast två studier med sammanlagt 53 deltagare som utsatts för partnervåld [130,137].

Det vetenskapliga underlaget

Sammanfattande resultat från metasyntesen visas i Tabell 5.1.

Tabell 5.1
Samlad bedömning
av evidens enligt
GRADE CERQual
av nivå 2-teman.

GRADE CERQual Nivå 2-teman	Antal studier (antal deltagare)	Vetenskapligt underlag	Kommentar
Föräldrar upplever att gruppformat innebär igenkännande och fyller en social funktion, men passar inte alla	7 (105)	Måttlig tillförlitlighet ⊕⊕⊕○	-1 metodologisk kvalitet ¹
Föräldrar upplever att hemuppgifter och arbetsböcker är en resurs	3 (69)	Låg tillförlitlighet ⊕⊕○○	-1 metodologisk kvalitet ¹ -1 Materialets omfattning
Föräldrar upplever att insatserna kan ge användbara föräldrastategier, ökad förståelse kring problematiken och en bättre kommunikationsförmåga	8 (187)	Måttlig tillförlitlighet ⊕⊕⊕○	-1 metodologisk kvalitet ¹
Föräldrar upplever att relationen med programutföraren är en central del av insatsen	5 (86)	Måttlig tillförlitlighet ⊕⊕⊕○	-1 metodologisk kvalitet ¹
Föräldrar upplever att stöd i vardagen är ett viktigt komplement	7 (114)	Måttlig tillförlitlighet ⊕⊕⊕○	-1 metodologisk kvalitet ¹
Föräldrar upplever att miljön och sammanhanget där insatsen ges är viktigt	6 (148)	Måttlig tillförlitlighet ⊕⊕⊕○	-1 metodologisk kvalitet ¹
Föräldrar upplever att insatsen inte alltid matchar deras förutsättningar och behov	5 (133)	Måttlig tillförlitlighet ⊕⊕⊕○	-1 metodologisk kvalitet ¹
Föräldrar upplever att deras svaga maktposition kan vara ett hinder	3 (22)	Låg tillförlitlighet ⊕⊕○○	-1 metodologisk kvalitet ¹ -1 materialets omfattning
Föräldrar upplever fortsatta utmaningar efter avslutad insats	2 (53)	Mycket låg tillförlitlighet ⊕○○○	-1 metodologisk kvalitet ¹ -2 materialets omfattning

¹ Avdragen för metodologisk kvalitet handlar om att det finns en osäkerhet kring förståelsen hos de som genomfört studierna.

Sammanfattning

Det är ett problem att få studier har undersökt barnens upplevelser av insatser till familjen. Framtida forskning behöver adressera denna kunskapslucka.

Föräldrar upplevde att gruppformatet innebar igenkännande och fyllde en social funktion, men passade inte alla. De upplevde även att miljön och sammanhanget för insatsen var viktig och att man värderade en varm och välkomnande miljö högt. Att öva i hemmet med hjälp av hemuppgifter samt de arbetsböcker som man använde inom insatsen Triple-P uppskattades även av föräldrarna. Föräldrarna upplevde att insatserna gav dem nya användbara strategier till exempel när det gällde förhållningssätt och förståelse gentemot barnen, samt kommunikationsförmågor.

Aspekter utöver programmets själva kärnkomponenter som föräldrarna upplevde som viktiga var en förtroendefull relation med behandlare eller annan personal. Föräldrarna framhöll egenskaper hos personalen som att de var varma, icke-dömande, lyssnande, flexibla och stöttande. En annan aspekt som föräldrarna framhöll som viktig var att familjerna även fick praktiskt stöd. En begränsad behandlingsinsats var inte tillräcklig utan föräldrarna behövde både praktiska råd kring exempelvis ekonomi och juridiska aspekter, samt praktiskt stöd som hjälp med transport eller barnpassning. Föräldrarna lyfte även ett antal problem som förknippades med att få insatser av sociala myndigheter. Till exempel upplevde föräldrarna att insatserna inte alltid matchade deras individuella behov och förutsättningar. Vissa komponenter i insatserna var inte tillämpbara på deras ungdomar, eller att en insats var för tidskrävande så att man inte hann med eller att tiderna för insatsen inte passade familjernas schema.

Föräldrar i familjer där det förekom våld och försummelse mot barn upplevde även att en försvårande faktor var obalanser i relationen till personalen de kom i kontakt med inom de sociala myndigheterna. Föräldrarna kunde vara rädda för att deras barn skulle omhändertas och känna en ovilja att delta i insatsen om den var påtvingad. Föräldrarna delade kanske inte uppfattningen med de sociala myndigheterna om vad som var bäst för barnet. Ett annat problem för mammorna som utsatts för våld av sin partner var att även om insatsen varit bra så kvarstod många problem efter insatsen. Dessa problem var både relaterade till om förhållandet med den våldsutövande partnern fortsatte eller om relationen mellan föräldrarna tagit slut, men att barnet fortfarande var tvunget att träffa sin pappa.

6 Kostnadseffektiviteten i öppenvårdsinsatserna

Socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin har, på samma sätt som alla andra verksamheter, begränsade resurser. Detta betyder att val måste göras av hur de tillgängliga resurserna ska användas, för att uppnå målen för verksamheten och kunna hjälpa så många barn som möjligt. Ekonomiska utvärderingar, ofta kallade kostnadseffektivitetsanalyser, görs för att bidra med information till beslutsfattare som ställs inför sådana val mellan alternativa sätt att använda verksamhetens resurser för att uppnå verksamheternas mål.

Inom socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin finns resurser i form av personal med olika kompetens, lokaler och material. När dessa resurser används uppstår kostnader, som är en sammanfattning av åtgången av resurser och värdet på dessa resurser. Målen för verksamheten kan uttryckas som önskvärda effekter. Ekonomiska utvärderingar jämför därför olika möjliga alternativa användningar av de tillgängliga resurserna, sammanfattade som kostnader, för att kunna ge underlag för beslut som uppnår målen, sammanfattade som effekter.

Det finns många olika insatser som vänder sig till barn och deras föräldrar, se Kapitel 4. En av projektets frågeställningar var därför: vilka effekter har öppenvårdsinsatser till föräldrar i familjer där man vet eller misstänker att barn exponeras för någon form av våld och försummelse? Detta avsnitt beskriver motsvarande frågeställning ur ett ekonomiskt perspektiv och har då breddats till att även inkludera vilka resurser som krävs för att uppnå effekterna. Frågeställningen blir då: Vilka öppenvårdsinsatser till föräldrar är kostnadseffektiva? alltså vilka insatser har en rimlig relation mellan kostnader och effekter?

Vissa insatser kan vara mycket effektiva men också kostnadskrävande. Då kanske de extra kostnaderna för att uppnå de extra effekterna, jämfört med en annan insats med lägre kostnader och effekter, blir för höga. Beslutsfattare kan då anse att kostnaderna för att uppnå effekterna inte är rimliga: den effektivaste insatsen är inte kostnadseffektiv. Det är alltså beslutsfattarens betalningsvilja som avgör om en insats är kostnadseffektiv eller inte. Ett annat sätt att bedöma om kostnaden per effekt är rimlig är värdet på möjliga alternativa användningar av resurserna (ofta kallat alternativkostnaden). Att verksamheter arbetar under begränsade resurser innebär ju att en insats som kräver många resurser tränger undan andra insatser. Se Faktaruta 6.1 och Kapitel 11 i SBU:s handbok [47].

Faktaruta 6.1 Kostnadseffektivitet.

Resultat från ekonomiska analyser presenteras ofta som en inkrementell kostnadseffektivitetskvot ("incremental cost-effectiveness ratio", ICER), vilken är kvoten mellan skillnader i kostnader och skillnader i effekter för två alternativa insatser:

$$\text{ICER} = \frac{\text{Kostnad A} - \text{Kostnad B}}{\text{Effekt A} - \text{Effekt B}}$$

Alltså anger ICERn den extra kostnaden för att uppnå ytterligare en effekt (t.ex. ett vunnet levnadsår eller en ungdom med slutbetyg) när man byter från den ena insatsen till den andra. Den dyrare insatsen A är kostnadseffektiv om beslutsfattarens betalningsvilja för effekten är högre än ICERn för insats A.

Beslutsproblem

Det övergripande syftet med avsnittet om insatsernas kostnadseffektivitet är att belysa projektets frågeställning om effekterna av insatser ur ett samhälls-ekonomiskt perspektiv, där frågan breddats till att även inkludera insatser resursåtgång:

- Vilka öppenvårdsinsatser till föräldrar är kostnadseffektiva, det vill säga har en rimlig relation mellan kostnader och effekter?

Det yttersta målet med insatser till föräldrar i familjer där man vet eller misstänker att barnen exponeras för någon form av våld och försummelse är att barnen ska få en tryggare uppväxt, och att minska risken för att barnen ska få framtida men av sina upplevelser. Projektets primära utfallsmått är minskad förekomst av våld eller försummelse, vilket ju påverkar barnens välfärd på kort sikt. På längre sikt kan en tryggare uppväxt leda till en rad effekter på barnens framtida liv som vuxna, med relaterade kostnader för flera sektorer av samhället. För att ge en fullständig bild av insatsernas konsekvenser borde ekonomiska utvärderingar av insatserna inkludera alla effekter på barnens välfärd, det vill säga barnens fysiska och psykiska hälsa och livskvalitet både under barndomen

och vuxenlivet. Både kortsiktiga och långsiktiga samhällsekonomiska konsekvenser av insatserna är alltså relevanta då man behöver välja mellan insatser. För att kunna ta med långsiktiga konsekvenser i en ekonomisk utvärdering krävs någon form av skattning eller modellering baserat på de kortsiktiga effekterna.

En systematisk litteraturöversikt av ekonomiska studier har genomförts, för att sammanfatta det internationella vetenskapliga underlaget. De inkluderade ekonomiska studierna ska vara relevanta för svenska nutida beslutsfattare och av minst medelhög kvalitet. Ekonomiska utvärderingar som inkluderar långsiktiga effekter är särskilt intressanta, då de ger en mer fullständig bild av insatsernas samhällsekonomiska konsekvenser.

För att ge mer information till svenska beslutsfattare redovisar avsnittet även några fördjupade analyser. Projektet har identifierat åtta manualbaserade insatser som vänder sig till både föräldrar och barn (Tabell 4.1). Sju av dessa genomförs på ett sådant standardiserat sätt att det är möjligt att beräkna de förväntade behandlingskostnaderna. Dessa är:

- ABC (Attachment and Bio-behavioral Catch-up)
- CPP (Child Parent Psychotherapy)
- Kids Club (inklusive Moms Empowerment Program)
- KIBB (Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel)
- PCIT (Parent Child Interaction Therapy)
- Project Support
- TF-KBT (Traumafokuserad Kognitiv Beteendeterapi)

En fördjupad analys redovisar kostnaderna för att driva de sju insatserna i nutida svensk socialtjänst. Den analysen innebär att socialtjänstens beslutsfattare kan jämföra behandlingskostnaderna för de olika programmen.

Val mellan program bör ju inte bara beakta kostnaderna, utan även effekterna av programmen. En annan analys är därför att sätta de beräknade behandlingskostnaderna i relation till programmens effekter. Till grund för den analysen ligger resultaten från den systematiska litteraturöversikten avseende insatsernas effekter (Kapitel 4). För tre av de sju programmen rapporterar projektet minst ett begränsat vetenskapligt underlag (det vill säga minst $\oplus\oplus\circ\circ$). För samma tre program (dvs. ABC, PCIT och Project Support) finns minst ett begränsat vetenskapligt underlag i utfallsmått som är lämpliga att använda för ekonomiska utvärderingar.

Det är ju bara vissa utfall som rapporterats i projektet som är lämpliga för ekonomiska utvärderingar. Syftet med ekonomiska utvärderingar är att möjliggöra för beslutsfattare att avgöra om relationen mellan kostnader och effekter är rimliga. Utfallet måste vara mätt och beskrivet på ett sådant sätt så att beslutsfattare kan göra sådana avvägningar. Effekterna i den ekonomiska utvärderingen bör i detta sammanhang till exempel tyda på att barnen mår bättre. Dessutom måste effekterna kunna uttryckas i antal barn som mår bättre. I den fördjupade analysen uttrycks effekterna som antal barn av 100 som kan antas må bättre, mätt med utfallsmåtten:

- ingen återanmälan till socialtjänst under 2,5 år (PCIT)
- ingen erfarenhet av våld i familjen under 8 månader (Project Support)
- barn med mindre desorganiserad anknytning (ABC).

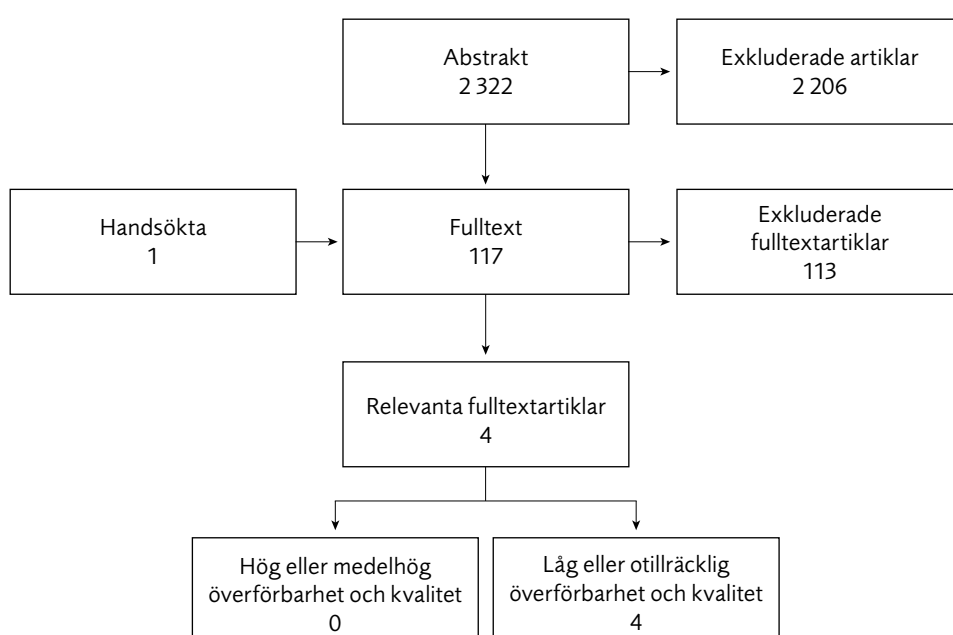
Beslutsfattare måste emellertid välja mellan olika insatser på grund av de begränsade resurserna i alla verksamheter. Ekonomiska utvärderingar jämför därför olika alternativa insatser, som skillnader i kostnader och skillnader i effekter (Faktaruta 6.1). För att jämförelsen ska vara meningsfull måste då effekterna vara uttryckta i likartade utfall. Utfallen för PCIT och Project Support skulle möjligen kunna jämföras, då båda utfallsmåtten indikerar en minskad förekomst av våld eller försummelse i familjen. Utfallet är även projektets primära utfallsmått. Den tredje och sista fördjupade analysen är därför en jämförelse mellan kostnaderna per barn som inte haft ytterligare erfarenhet av våld i familjen för de två programmen PCIT och Project Support. Analysen är en enkel kostnadseffektanalys, som endast jämför skillnader i behandling-kostnader och skillnader i antal barn som mår bättre. Liknande kostnadseffektanalyser har tidigare rapporterats [143–145].

Sammanfattningsvis redovisar avsnittet:

- Vad rapporterar den internationella litteraturen om relationen mellan kostnader och effekter för öppenvårdsinsatser till föräldrar i familjer där man vet eller misstänker att barn exponeras för någon form av våld och försummelse?
- Vad kostar en behandling med sju olika manualbaserade program?
- Vilken är kostnaden per effekt för ABC, PCIT och Project Support?
- Hur ser relationen mellan kostnader och effekter ut för Project Support jämfört med PCIT?

Resultat av den systematiska översikten

Litteratursökningen gav sammanlagt 2 322 studier, se Figur 6.1. Efter relevansgranskning av abstrakt återstod 116 studier, och en studie tillkom som hittades på ett annat sätt. Relevansgranskning av studierna i fulltext innebar att 113 artiklar exkluderades. Till granskning av ekonomisk metodologisk studiekvalitet och överförbarhet till nutida svenska förhållanden återstod fyra artiklar, varav ingen bedömdes ha tillräckligt hög studiekvalitet och överförbarhet. Låg kvalitet i de ekonomiska metoderna var det främsta skälet till att studier exkluderades; se Bilaga 2 för de fyra studierna med alltför låg kvalitet och överförbarhet, www.sbu.se/280.



Figur 6.1
Flödesschema över litteratursökning av ekonomiska studier.

Den systematiska sökningen av den internationella ekonomiska litteraturen gav inga studier med rätt population och av tillräcklig metodologisk kvalitet och överförbarhet till svenska förhållanden. Det finns därmed inga resultat att rapportera från den internationella litteraturen om kostnadseffektiviteten i öppenvårdsinsatser till föräldrar i familjer där man vet eller misstänker att barn exponeras för någon form av våld och försummelse.

Litteraturgenomgången hittade dock välgjorda ekonomiska utvärderingar inom närliggande områden, men där studiepopulationen inte uppfyllde projektets krav för inklusion. Det finns flera studier från Australien som rapporterar resultat från insatser för föräldrar, till exempel en insats för missbrukande föräldrar [146], en standardiserad ekonomisk utvärdering av 33 hembesöksprogram [32] och en analys över insatser mot posttraumatisk stress [147]. Det finns även en systematisk översikt från det engelska NICE som rapporterar ekonomiska

utvärderingar av insatser för barn som utsatts för våld i hemmet, som exkluderas på grund av bristande metodologisk kvalitet [9]. Bland annat redovisar översikten ekonomiska utvärderingar i formen av kostnaden per punkt SMD. Utfallsmåttet SMD avspeglar inte patientnytta och det är omöjligt för beslutsfattare att avgöra sin betalningsvilja för en punkt SMD.

Fördjupad analys: Kostnadsberäkning och kostnadseffektanalys av utvalda program

Kostnadsberäkning av utvalda program

Metod

Projektet har identifierat åtta manualbaserade insatser som vänder sig till både föräldrar och barn, varav sju genomförs på ett sådant standardiserat sätt att det är möjligt att beräkna de förväntade behandlingarkostnaderna:

- ABC (Attachment and Bio-behavioural Catch-up)
- CPP (Child Parent Psychotherapy)
- Kids Club (inklusive Moms Empowerment Program)
- KIBB (Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel)
- PCIT (Parent Child Interaction Therapy)
- Project Support
- TF-KBT (Traumafokuserad Kognitiv Beteendeterapi)

De manualbaserade programmen har olika upplägg, vilket påverkar resursåtgången och därmed kostnaderna för att genomföra insatserna i nutida svenska förhållanden. Insatsernas upplägg sammanfattas i Tabell 6.1, tillsammans med namnet på de svenska företrädare för insatsen som har kontrollerat uppgifterna. En detaljerad beskrivning av hur kostnaderna har beräknats finns i Bilaga 6, www.sbu.se/280.

Tabell 6.1 Beskrivning av de sju programmen.

	ABC*	CPP	Kids Club	KIBB	PCIT*	Project Support*	TF-KBT
Målgrupp	Barn + föräldrar (samtidigt)	Barn + föräldrar (samtidigt)	Barn + föräldrar (enskilt)	Barn + föräldrar (enskilt)	Barn + föräldrar (samtidigt)	Barn + föräldrar (samtidigt)	Barn + föräldrar (enskilt + samtidigt)
Individ/grupp	Individ	Individ	Grupp (ca 6 barn)	Individ	Individ	Individ	Individ
Behandlare, yrke och antal	1 socionom	1 psykolog	2 socionomer	2 socionomer	1 socionom	1 (2) socionom	1 psykolog
Manual	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja (komponent-baserad)
Annat material	Hembesök, video	Hembesök	Två rum	Två rum, lekmaterial	Två rum med fönster (spegelglas), mikrofon	Nej	Nej
Hemuppgifter	Ja, cirka 30 min/vecka	Nej	Nej	Ja, cirka 30 min/vecka	Ja, cirka 30 min/vecka	Ja, cirka 30 min/vecka	Ja, cirka 60 min/vecka
Sessioner	10 tim (1 tim* 10 ggr)	25 tim (1 tim* 25 ggr)	20 tim (1 tim* 10 ggr* 2 behandlare)	54 tim (1,5 tim* 18 ggr* 2 behandlare)	15 tim (1 tim* 15 ggr)	30 tim (1 tim* 20 ggr* 2 behandlare 10 ggr)	27 tim (1,5 tim* 15 ggr + Initial utredning 1,5 tim* 3 ggr)
Huvudkälla	[100,148]	[148] (Personlig kommunikation med Anna Norlén, jan 2018)	[136] (Personlig kommunikation med Åsa Källström, nov 2017)	[149] (Personlig kommunikation med Cecilia Kjellgren, okt 2017)	[148]	[150] (Personlig kommunikation med Helena Draxler, okt 2017)	[151] (Personlig kommunikation med Michael Larsson, nov 2017)

* Programmet har ett begränsat vetenskapligt stöd.

Behandlarens arbetstid värderas enligt SCB:s lönestatik för år 2016, med tillägg av sociala avgifter på 40 procent. Kostnaden per arbetstimme för de två personalkategorierna psykolog och socionom blir 320 och 270 kronor. Tid till för- och efterarbete av behandlaren har inte tagits med i tidsberäkningen, utan endast tidsåtgången för behandlingssessionerna. Övriga resurser som är nödvändiga för att driva insatserna är lokaler, prissatta schablonmässigt till 100 kronor per session, samt extra utrustning i rum eller annan extra utrustning, som prissatts till 50 kronor per behandlingsomgång.

Föräldrar och barns tid är svår att värdera, men den är ju en nödvändig resurs för att insatserna ska kunna fungera. Föräldrars tid har värderats, enligt svensk praxis, till 65 kronor per timme. Det finns inga svenska eller internationella rekommendationer om värdet på barns tid [152], så deras tid har värderats på samma sätt som föräldrarnas tid, till 65 kronor. Restid påverkar också resursåtgången för insatserna. Varje session antas medföra restid på en timme, för varje person som reser. Vanligast är att behandlingarna sker på socialtjänstens kontor, och då beräknas tiden för föräldrarna och barnen, om de deltar i behandlingen. Två insatser ska däremot genomföras som hembesök, och då räknas restiden som arbetstid för behandlarna.

Alla program baseras på en manual och en specifik metodik, som det anordnas kurser i. Utbildning i insatsernas metodik är nödvändig för att kunna genomföra insatserna, och kostnader relaterade till utbildning av personalen bör alltså beaktas. Kostnader uppstår i form av kursavgifter, tidsåtgång för deltagande och inläsning samt kost och logi för deltagarna vid undervisningstillfällen. Kostnaderna för utbildning har inte beräknats, och ingår inte heller i de totala kostnaderna, men Tabell 6.2 redovisar uppgifter som kan användas för egna lokala skattningar av kostnaderna.

Tabell 6.2 Utbildning för de sju programmen.

	ABC	CPP	Kids Club	KIBB	PCIT	Project Support	TF-KBT
Särskild utbildning	Ingen tillgänglig i Sverige	Ja Ericastiftelsen	Ja Uppdragsutbildning Örebro universitet	Ja Allmänna Barnhuset	Ingen tillgänglig i Sverige	Ja Uppdragsutbildning Karlstad universitet	Ja Uppdragsutbildning Linköpings universitet (+ Rädda barnen)
Kursavgift	–	38 000 + moms (47 500 kr)	19 100 + moms (23 900 kr)	35 000 + moms (43 800 kr)	–	26 200 kr	32 000 kr
Kurstid	–	9 dagar	5 dagar	11 dagar	–	5 dagar	4 dagar
Handledning	–	Ja i grupp, via internet 33 tillfällen	Ja i grupp	Ja telefon 12 tillfällen	–	Ja i grupp, via video Var 3:e vecka	Ja i grupp, via video 30 tim
Huvudkälla	–	[153]	[136] (Personlig kommunikation med Åsa Källström, nov 2017)	[154] (Personlig kommunikation med Cecilia Kjellgren, okt 2017)	–	[150] (Personlig kommunikation med Helena Draxler, okt 2017)	[151] (Personlig kommunikation med Michael Larsson, nov 2017)

Kostnadsberäkning av utvalda program

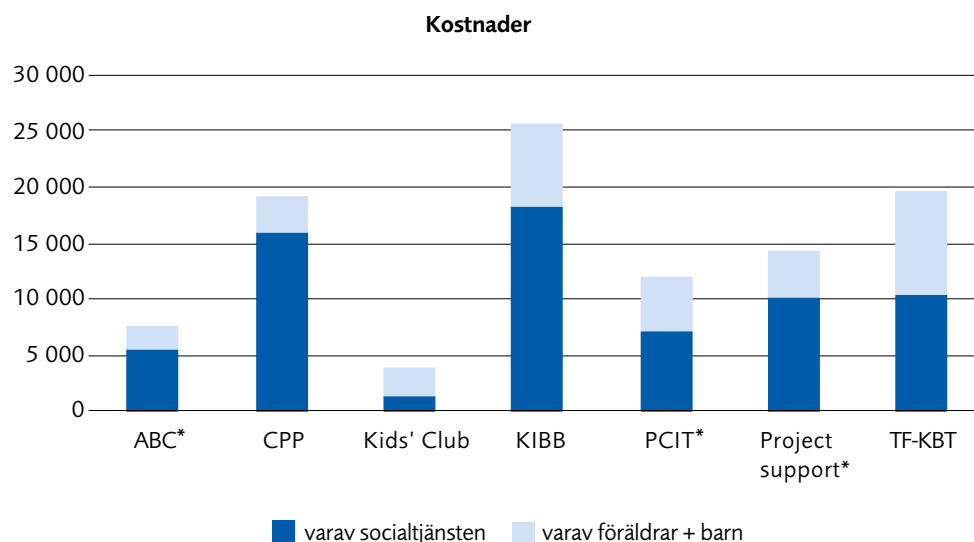
Resultat

De totala kostnaderna för de sju programmen varierar mellan 3 800 och 25 700 kronor per familj (en förälder och ett barn), se Figur 6.2. Det billigaste, Kids Club genomförs i grupp, med cirka sex barn och föräldrar, vilket betyder att kostnaderna för socialtjänst blir särskilt låga. Insatsen är även den med minst antal sessioner, 10 stycken, vilket innebär att antalet timmar för både socialtjänst och föräldrar + barn blir få, se Figur 6.3.

Den dyraste insatsen, både totalt och för socialtjänsten är KIBB. Det beror på att programmet innehåller många och långa sessioner, vilket betyder att programmet också medför flest antal timmar. TF-KBT kräver nästan lika många timmar, vilket delvis beror på att insatsen innehåller mycket hemuppgifter för föräldrarna. CPP är det näst dyraste programmet både totalt och för socialtjänsten, eftersom det innehåller hembesök vilka medför restid för behandlaren.

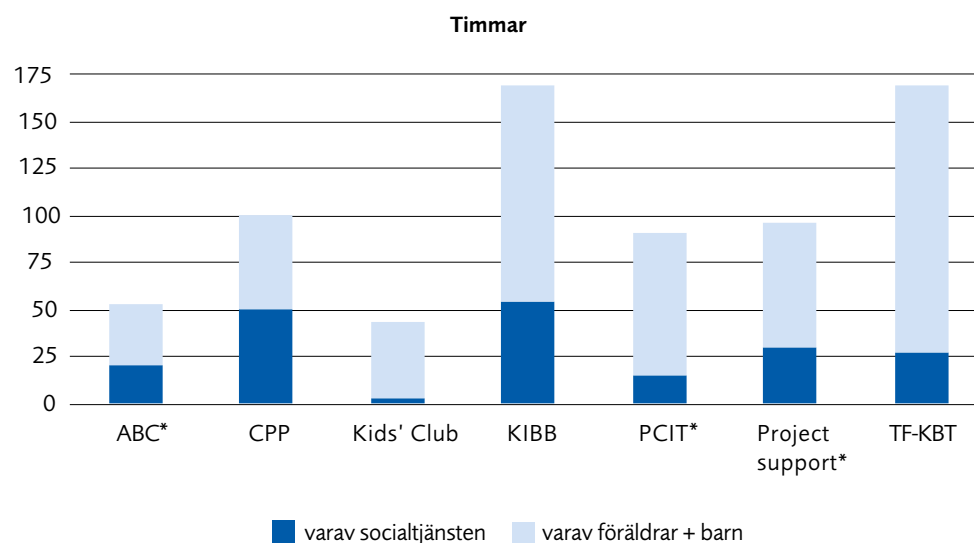
Figur 6.2
Kostnader för de utvalda programmen* per familj, uppdelat på socialtjänstens och familjens kostnader, i svenska kronor år 2016.

*Har ett begränsat vetenskapligt stöd.



Figur 6.3
Tidsåtgång för de utvalda programmen* per familj, uppdelat på socialtjänstens och familjens tid.

*Har ett begränsat vetenskapligt stöd.



Kostnadseffektanalys av utvalda program

Metod

Denna enkla ekonomiska analys baseras på vissa utfall för de tre program som har minst ett begränsat vetenskapligt underlag för positiva effekter, det vill säga ABC, PCIT och Project Support. Utfallsmåttet ska avspegla att barnen mår bättre, och måste dessutom uttryckas i form av andelen barn som mår bättre.

Den ekonomiska utvärderingen baseras på att 100 barn genomgår insatsen. Utfallsmåtten rapporterar den ökande andelen barn (uttryckt i procent) jämfört med kontrollinsatsen, och denna riskskillnad har räknats om till antal barn av 100. Behandlingskostnaderna för programmen hämtas från beräkningarna i föregående avsnitt. Analyserna görs i ett samhällsekonomiskt perspektiv, där även familjernas kostnader för behandlingarna räknas med, och i ett socialtjänstperspektiv, som endast tar med socialtjänstens kostnader. Kostnadseffektanalysen inkluderar inga andra samhällskostnader eller besparingar på grund av programmen, varken på kort eller lång sikt. Behandlingskostnader för kontrollinsatsen är inte medräknade i analysen, så jämförelsen i denna förenklade kostnadseffektanalys är det så kallade noll-alternativet (noll kostnader och noll effekter).

Kostnadseffektanalys av utvalda program

Resultat

Enligt projektets resultat finns det ett begränsat vetenskapligt underlag för att PCIT jämfört med kontrollinsatsen leder till att 15 färre av 100 barn, RD $-0,15$ (95 % KI, $-0,29$ till $-0,01$) anmäls till socialtjänsten igen under cirka 2,5 år. Kostnaden för att bedriva PCIT för 100 familjer är 1,27 miljoner kronor, varav socialtjänsten betalar cirka 720 000 kronor. Kostnaden per barn som inte anmäls igen under 2,5 år blir då 85 000 kronor totalt, varav 48 000 kronor för socialtjänsten.

Det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att Project Support leder till att 19 fler familjer (mamma eller barn) av 100, RD $-0,19$ (95 % KI, $-0,38$ till $0,00$) inte har utsatts för återaktualiserat våld under åtta månader efter insatsen. Kostnaden för att bedriva Project Support för 100 familjer är totalt cirka 1,44 miljoner kronor, varav cirka 1 miljon för socialtjänsten. Kostnaden per barn som inte haft erfarenhet av våld i familjen (mamma eller barn) under åtta månader blir då 76 000 kronor totalt och cirka 53 000 kronor för socialtjänsten.

Det finns även ett begränsat vetenskapligt underlag för att ABC leder till färre barn med desorganiserad anknytning. Skillnaden i antal barn per 100 blir 30 barn färre i ABC jämfört med sedvanlig vård, RD $-0,29$ (95 % KI, $-0,42$ till $-0,15$). Kostnaden för att bedriva ABC för 100 familjer är drygt 750 000 kronor totalt varav cirka 550 000 kronor för socialtjänsten. Kostnaden per barn med mindre desorganiserad anknytning blir cirka 25 000 kronor totalt, varav cirka 18 000 kronor för socialtjänsten.

Inkrementell kostnadseffektanalys av två program

Metod

Föregående analys beräknade kostnaden per effekt för några enskilda program. I en inkrementell analys beräknar man istället skillnaderna mellan program. Då får man en ökad kostnad per ökad effekt, det vill säga en ICER, som ger beslutsfattaren ett underlag för att bedöma om det är en rimlig balans mellan kostnader och effekter. Ger det dyrare programmet tillräckligt med mer effekter för att vara kostnadseffektivt?

En förutsättning för att kunna göra en rättvis jämförelse av program är att de redovisar resultat i samma eller liknande utfallsmått. För två av programmen, PCIT och Project Support, rapporterar detta projekt likartade utfall; återanmälningar hos socialtjänst respektive återaktualiserat våld i familjen. Den inkrementella analysen baseras på samma uppgifter om kostnader och effekter i ökat antal barn per 100 som i föregående avsnitt. Då de två programmen inte jämförts direkt i någon empirisk studie behöver effekterna emellertid justeras, för att få en så kallad justerad indirekt jämförelse. Justeringen har gjorts med Bucher-metoden [155,156].

Inkrementell kostnadseffektanalys av två program

Resultat

Totalt kostar PCIT 12 700 kronor och Project Support cirka 14 400 per familj när alla kostnader inkluderas, och cirka 7 000 respektive 10 000 kronor i socialtjänstens kostnader. Project Support är därmed 1 700 kronor dyrare per familj än PCIT i totala kostnader. Den indirekta jämförelsen visar emellertid inte någon tydlig skillnad mellan programmen, RD (95 % KI, -0,27 till 0,19). Konfidensintervallet visar att Project Support jämfört med PCIT kan leda till mellan 27 färre och 19 fler barn med fortsatt erfarenhet av våld i familjen i en grupp på 100. Om man ändå utgår från metaanalysernas grundresultat, så visade de att Project Support leder till minskat fortsatt våld för 19 barn av 100 jämfört med 15 barn för PCIT. Den extra effekten för Project Support skulle då alltså vara 4 barn av 100.

Den inkrementella analysen visar därmed en kostnad på cirka 40 000 kronor per barn med minskad förekomst av våld i familjen (74 000 för socialtjänsten). Project Support jämfört med PCIT skulle alltså kosta cirka 74 000 kronor mer för socialtjänsten per barn som inte får fortsatt erfarenhet av våld i familjen, om metaanalysernas grundresultat skulle visa sig stämma i verkligheten. Om man istället antar att det inte finns någon skillnad i effekt så innebär detta att Project Support kostar något mer utan att ge mer effekter. Det går heller inte att utsluta att PCIT är både billigare och effektivare än Project Support.

7 Barn och unga berättar

Detta avsnitt behandlar barns och ungas berättelser om sina kontakter med socialtjänsten. I projektet har vi valt att utgå från två rapporter från brukarorganisationer för barn och unga som redovisar intervjuer. De rapporter som vi använt oss av är: ”Jag är bara en påse med pengar – En rapport av Maskrosbarn om ungdomars upplevelser av insatser från socialtjänsten” från 2017 [52] och ”Barns röster – en utvärdering av Barnrättsbyråns arbete med barn och unga” från 2016 [51]. Barnen och ungdomarna i ovan nämnda rapporter har aktualiserats inom socialtjänsten av olika anledningar och beskrivningarna rör upplevelser av socialtjänsten generellt, det vill säga inte specifikt de insatser som redovisas i övriga delar av denna rapport.

Detta kapitel avser inte att ge en heltäckande bild av barns och ungas upplevelser av socialtjänsten och dess insatser. Vi sammanfattar två aktuella rapporter där man låter barn och unga komma till tals om deras upplevelser av socialtjänstens insatser till barn som far illa. I kapitlet använder vi genomgående begreppet barn och unga eftersom rapporterna som beskrivs även inkluderar unga personer över 18 år.

Barns och ungas upplevelser

I rapporten ”Jag är bara en påse med pengar – En rapport av Maskrosbarn om ungdomars upplevelser av insatser från socialtjänsten” från 2017 har föreningen Maskrosbarn intervjuat 103 ungdomar mellan 13 och 19 år som alla har eller har haft insatser från socialtjänsten på grund av problematik kopplat till föräldrarna. Intervjuerna har genomförts både genom enkäter med slutna och öppna frågor samt genom djupintervjuer med 12 ungdomar. Rapporten har delat in de erfarenheter som ungdomarna beskriver i olika teman, vi återger endast de teman som handlar om ungdomarnas upplevelse av socialtjänstens öppenvårdsinsatser. Vi återger alltså inte de upplevelser som handlar om placering, jourhem, familjehem och stödboende. Ungdomarna beskriver ett stort behov av att få stöd av vuxna professionella och att de personer som ska ge stöd finns tillgängliga att kontakta när barnet eller ungdomen behöver det. De önskar att få stöd med vardagliga problem men även stöd med att bearbeta tankar, känslor och minnen. Ungdomarna upplever att deras relationer med professionella vuxna är alltför schemalagda och har en mycket tydlig gräns, att de själva har svårt att etablera relationer med vuxna och be om hjälp. Deras erfarenheter gör att de är rädda för att bli svikna och avvisade.

Flera ungdomar upplever att det stöd de får genom familjebehandling och familjeterapi är mycket bristfälligt, de känner inte till syftet med behandlingen och upplever inte att de är delaktiga i planeringen. Ungdomarna beskriver att familjebehandling endast innebär kortsiktiga förändringar och att föräldern skärper sig under behandlingsperioden men sedan återgår till att bli som vanligt. De upplever att familjebehandling och familjeterapi endast ges för föräldrarnas skull och utifrån föräldrarnas behov, samtidigt som de har svårt att göra sin röst hörd under behandlingen. De beskriver en känsla av att inte känna sig respekterade av familjebehandlaren och upplever att familjens problematik bagatelliserades. Ungdomarna tycker inte att de verkliga bakomliggande problemen lyfts i behandlingen och att skuld och ansvar läggs på dem för familjens problem. Många upplever att behandlingen väcker känslor av misslyckande över att inte kunna hjälpa föräldrarna. De beskriver även att de öppna insatser som de tagit del av inom socialtjänsten sällan fyller deras behov av stöd och att insatserna sätts in för sent i deras liv. De upplever att de inte fått vara med och planera insatserna, trots att de genomgått många insatser genom åren. Ungdomarna tycker inte att de blir lyssnade på eller tagna på allvar av socialtjänsten.

I en rapport från Barnrättsbyrån ”Barns röster – en utvärdering av Barnrättsbyråns arbete med barn och unga, 2016” där man har intervjuat 26 barn över 10 år och föräldrar till barn under 10 år om barnens erfarenheter och upplevelser av Barnrättsbyråns arbete, framkommer en liknande bild kring upplevelsen av socialtjänstens insatser. Barnen beskriver hur viktigt det är med ett genuint och empatiskt bemötande, att bli lyssnad på och att vuxna tror på det man berättar. Flera barn beskriver att Socialtjänstens bemötande stått i motsatt till detta.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis berättar barnen och ungdomarna att de saknar stöd av vuxna professionella med att bearbeta svåra upplevelser. Att insatser som de har tagit del av sällan fyller deras behov av stöd eller ges för sent i deras liv, att de inte får göra sin röst hörd under familjebehandling, att de inte känner sig respekterade av familjebehandlaren och att skuld och ansvar läggs på barnen. De behöver veta syftet med behandling och vara delaktiga i beslut och planering av behandlingen.

8 Barnrättsliga och etiska aspekter

I detta kapitel diskuteras etiska och barnrättsliga aspekter i förhållande till barnvårdsarbete samt till de utvärderade insatserna.

Etiska aspekter av arbete med utsatta barn

Barns olika förutsättningar

När man tolkar rättslig reglering och etiska principer är det viktigt att man sätter dem i relation till den specifika individen och dennes behov, framför allt när det gäller barn. Det föreligger inte sällan en skillnad mellan "barnet i allmänhet" och de barn som befinner sig i svåra situationer, till exempel barn som aktualiseras inom socialtjänsten. Uttrycket "barnets behov av båda sina föräldrar" stämmer till exempel inte i alla fall som rör barn, utan är anpassat till familjer där barns och föräldrars intressen väsentligen sammanfaller. I de fall där föräldrars och barns intresse inte sammanfaller, till exempel vid våld och försummelse, måste en anpassning göras. Idag finns det en risk för att domstolar dömer utifrån antagandet att alla barn har samma förutsättningar, varför lagar och principer som gäller "barn i allmänhet" appliceras utan hänsyn till specifika förhållanden i det enskilda fallet. När det gäller insatser och behandling kan det också vara viktigt att tänka på barnets eventuellt specifika behov, vad gäller umgänget med dess förövande förälder under tiden som barnet genomgår behandling. Det kan finnas skäl att överväga hur etiskt det är att ett barn deltar i en insats där barnet uppmuntras att släppa fram svåra känslor (till exempel

rädsla, ilska, ångest) kring en förälder, för att någon dag senare tillbringa tid ensam med just denne förälder. Vid alla beslut som rör barn ska socialtjänsten ta hänsyn till barnets rätt till bästa möjliga förutsättningar för utveckling så att barnets livssituation ska bli så bra som möjligt (barnkonventionen artikel 6).

Flera parter att beakta

I fall som rör våld och försummelse mot barn ingår flera parter att ta hänsyn till: barnet själv, icke förövande förälder och förövande förälder. Det kan även vara så att båda vårdnadshavarna är förövare eller både offer och förövare. Det kan vara svårt att avgöra vem som är ”klienten”. Detta gäller både om insatsen riktas till den förälder som är offer för den andre förälderns våld och om den riktas till den förälder som själv utövat våldet. Det är viktigt att klargöra vilken typ av stöd som de olika parterna behöver och är villiga att ta emot. Barnets behov av skydd och stöd skulle kunna innebära att en förälder bör delta i en insats och tydligt ta på sig ansvaret för vad de har gjort. Detta kan vara en viktig grund för den fortsatta kontakten och barnets bearbetning. En viktig aspekt i bearbetande och försoning handlar om att förövaren tar ansvar för sina handlingar och tar på sig skulden och visar ånger utan att försvara sig [157]. Samtidigt kan detta stå i konflikt med föräldrarnas fri- och rättigheter. Utifrån barnkonventionen (artikel 3) är det viktigt att poängtera att barnets perspektiv ska finnas med i alla beslutsprocesser som berör dem och ges särskild tyngd i förhållande till andra intressenters perspektiv, till exempel föräldrarnas, vilket uttrycks i formuleringen att barnets bästa ska ”komma i främsta rummet”, (eng. be a primary consideration), oavsett barnets ålder. Detta gäller även det späda barnet.

Tillgång till insatser på lika villkor

Den stora variationen i vilken typ av hjälp och stöd man får beroende på kommund tillhörighet, som visat sig i rapportens praxisundersökning, kan innebära ett rättviseproblem. Andra rättviseproblem handlar om föräldrarnas möjlighet att delta i en insats. Till exempel kan arbetsrättsliga och barnrättsliga aspekter komma i konflikt med varandra i Sverige. De flesta insatserna ges på ”kontorstid” och föräldern har inte rätt till tillfällig föräldrapenning för att följa med barnet, eftersom barnet inte bedömts som sjukt. Inom barn och ungdomspsykiatri kan personalen skriva VAB-intyg för detta, men något motsvarande görs inte inom Socialtjänsten. På vissa håll finns stöd även på kvällstid. Då handlar det i allmänhet om akut krisstöd där behandlare går hem till klienten på kvällstid och säkerställer hur barnet har det. Enligt barnkonventionen ska en prövning av barnets bästa göras (artikel 3), och alla barn ska behandlas med respekt utan någon form av diskriminering och få likvärdig tillgång till olika former av stöd (artikel 2).

Frivillighet respektive tvång

Många familjer är i behov av insatser på frivillig grund men ibland saknas sådana behandlingsalternativ, till exempel finns det insatser som endast ges till familjer om det finns en polisanmälan eller om en förälder har blivit dömd. Å andra sidan kan frivilliga insatser gå barnet förbi då föräldrar på grund av skam- och skuldkänslor samt rädslan för att bli anmälda tackar nej till insatser. Man kan behöva diskutera frågan om påtvingade insatser, och hur motiverat deltagandet blir i sådana program, om alternativet är att barnet omhändertas. Det finns ibland en gråzon där föräldern "rekommenderas" att delta i en av Socialtjänsten arrangerade föräldragrupper, men där man också kommunicerar till föräldern att barnet kan omhändertas om inte föräldern samarbetar.

Avslutande reflektioner

Trots att studierna som inkluderats i denna rapport håller relativt god metodologisk kvalitet och är välskrivna, saknar de genomgående etiska och barnrättsliga diskussioner. Att studierna genomgått forskningsetisk granskning är inte ett skäl för att inte diskutera de mest påtagliga etiska problemen. I de internationella artiklarna borde man också ha förväntat sig tydligare diskussioner om social rättvisa, exempelvis:

- Vem är insatsen huvudsakligen riktad till och vilka har exkluderats? I huvudparten av artiklarna finns det inte angett vem förövaren är och om den eller dessa ingår i interventionen.
- Har även barnen gett informerat samtycke till att delta i insatsen?
- De flesta insatser förutsätts att ha positiva effekter, medan eventuella negativa effekter i huvudsak förbigås.
- Är insatsernas kostnader rimliga eller skulle man kunnat använda resurserna på ett bättre sätt? Har resurserna använts till att hjälpa så många barn som möjligt?

En annan fråga som är värdefull att belysa är integritetsfrågan, både när man beslutar om en insats och vid genomförandet. De insatser som införts eller som man avser att införa efter utländska modeller i Sverige bör utan undantag analyseras från både ett etiskt och barnrättsligt perspektiv. För att underlätta en sådan analys bör man förstå att flera barnrättsliga och etiska principer sammanfaller med varandra, vilket man kan se av följande uppställning:

Tabell 8
Barnrättsliga och
etiska principer.

Barnets rättigheter	Etiska principer
Icke-diskriminering	Rättvisa
Barnets bästa	Att göra gott
Överlevande och utveckling	Att inte skada
Att lyssnas till och tas på allvar	Autonomi

De etiska principerna kan således analyseras utifrån ett barnrättsperspektiv och vice versa. Ett för denna rapport närliggande exempel är att skydd mot miss-handel och exploatering utgår dels från den etiska principen att inte skada och den barnrättsliga principen att skydda [158].

Sammanfattningsvis handlar det om att mänskliga rättigheter, och inte minst barnets rättigheter, i framtiden i högre grad ska beaktas och skyddas både vid planering av insatser och genomförande av forskning. Detta bör ske på basen av de grundläggande värderingar som i engelsk litteratur brukar kallas för FREDA (fairness, respect, equality, dignity & autonomy) [159].

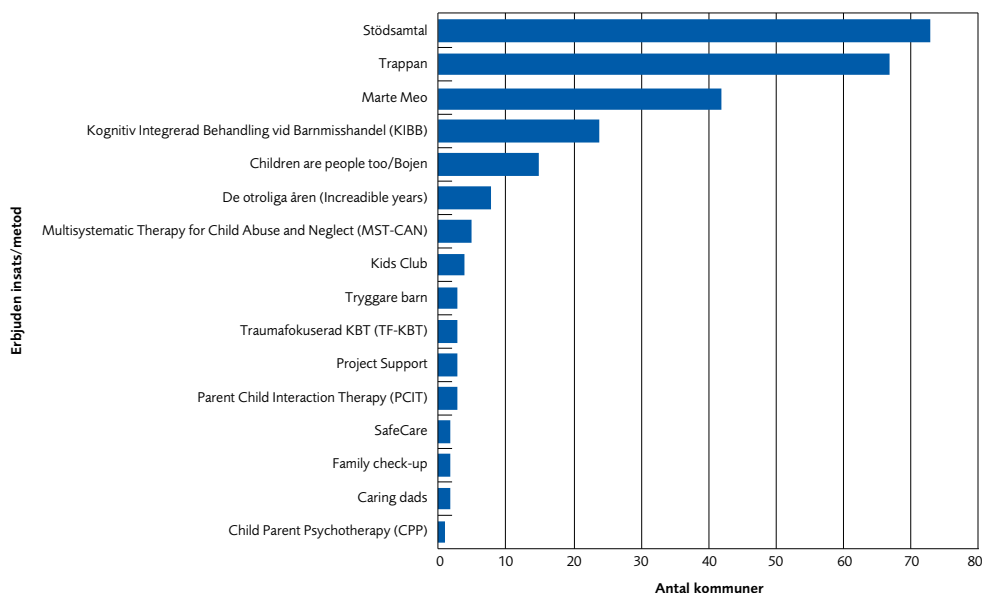
9 Svensk praxis

För att undersöka vilka insatser som används inom svensk socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) skickades enkäter till samtliga kommuner i Sverige (sammanlagt 294 kommuner och stadsdelar) samt till 35 verksamhetschefer inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) vid samtliga landsting. Enkäten till kommunerna gick ut till respektive kommuns registrator som uppmanades att vidarebefordra enkäten till en person inom socialtjänsten som arbetar med familjer där det förekommer våld och försummelse mot barn. Enkäterna till BUP skickades till 35 verksamhetschefer vid landstingen. I enkäterna efterfrågade vi vilka öppenvårdsinsatser man använder utifrån 16 namngivna insatser (Figur 9.1 och 9.2). Utöver dessa namngivna kunde man även fylla i övriga insatser som man använder i verksamheten. En påminnelse gick ut efter två veckor. I analysen ingår 137 kommuner och 13 BUP-verksamheter som har svarat på enkäten. Det är alltså endast 47 procent av kommunerna och 39 procent av BUP:s verksamhetschefer som svarat på enkäten.

Insatser inom socialtjänsten eller socialtjänstanknutna verksamheter

Av de 137 kommunerna som svarat på enkäten uppgav 88 (64 %) att de använder minst en av de namngivna insatserna som efterfrågas.

Figur 9.1
De namngivna insatserna och antalet kommuner som erbjuder dem.



I enkäten gavs även möjligheten att lista ytterligare insatser som kommunen använder vid våld och försummelse mot barn. Sådana insatser används av 47 bland de 88 kommunerna som även använder de namngivna insatserna, och av två av de 49 kommunerna som inte använder de namngivna insatserna (Tabell 9.1).

Tabell 9.1
Andra insatser som används inom kommuner.

Insats	Antal kommuner
Circle of security (COSP)	8
Funktionell familjeterapi (FFT)	7
Alternativ till våld (ATV)	5
Signs of Safety	5
KOMET	5
Vägledande samspel (ICDP)	5
Föräldragrupp	5
Kristöd	4
Anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT)	3

Tabellen fortsätter på nästa sida

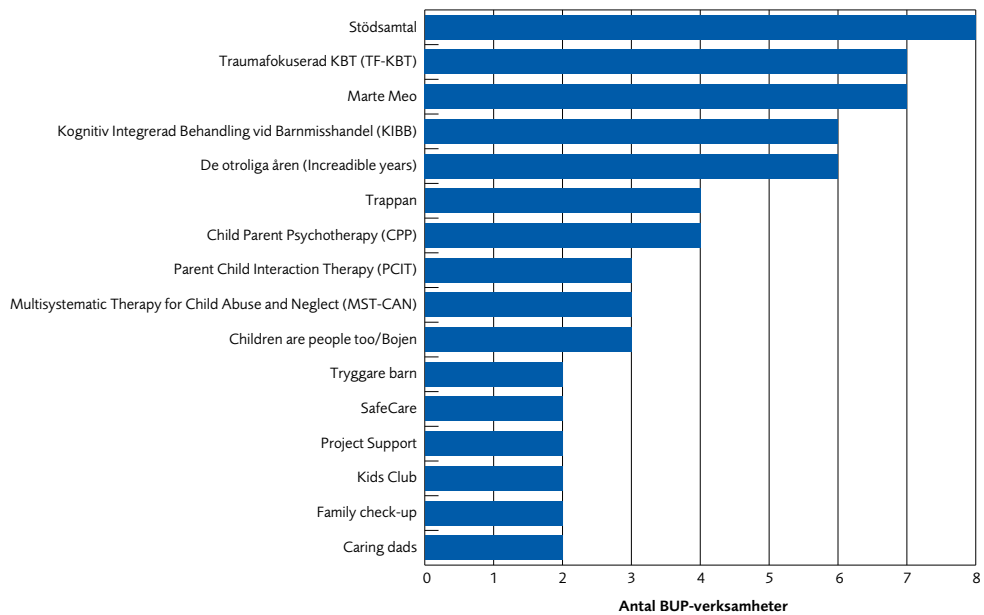
Insats	Antal kommuner
Systemisk familjebehandling	3
Barnorienterad familjeterapi (BOF)	2
Barn i föräldrars fokus (BIFF)	2
Nätverksarbete	2
Gruppsamtal barn	2
Intensiv hemmabaserad familjebehandling (IHF)	2
Children are people too (CAP)	2
Taping/tejpning	2
Freda	2
FamiljeART	1
Barnkraft	1
Barnsamtal	1
Parenting Young Children (PYC)	1
Multisystemisk familjebehandling (MSF)	1
Lyktan	1
No kids in the middle (Inga barn i kläm)	1
Active parenting	1
Barn i missbruksmiljöer (BIM)	1

Tabell 9.1
fortsättning

Insatser inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Av de 13 BUP-verksamheter som har svarat på enkäten uppgav nio (69 %) att de använder minst en av de namngivna insatserna som efterfrågades (Figur 9.2).

Figur 9.2
De namngivna insatserna och antalet BUP-verksamheter som erbjuder dem.



I enkäten gavs även möjligheten att lista ytterligare insatser som verksamheten använder vid våld och försummelse mot barn. Sådana insatser används av 11 av de 13 verksamheterna som svarat (Tabell 9.2).

Tabell 9.2
Andra insatser som används inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Insats	Antal BUP-mottagningar
Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)	5
Dep lyftet	1
KOMET	1
Cool kids	1
KBT behandling för individ och familj	1
Familjeterapi	1
Relationell terapi	1

10 Diskussion

Avgränsningar

När man läser denna rapport är det viktigt att beakta rapportens avgränsningar. Om läsaren saknar någon insats som används i Sverige beror det troligtvis på något av följande skäl. I vår granskning ingår enbart studier som utvärderar ”indikerade” insatser, det vill säga insatser som ges när man vet eller har välgrundad misstanke om att barn utsatts för något av följande i sin egen familj: a) bevittnat våld mellan vuxna, b) utsatts för direkt våld eller c) varit utsatt för vanvård och försummelse.

Många av de insatser som enligt enkätundersökningen till kommunerna och barn- och ungdomspsykiatri (Kapitel 9) används mest frekvent inom öppenvården har en bredare eller annorlunda målgrupp. Det kan handla om insatser riktade till familjer utan att våld eller försummelse har identifierats (t.ex. Marte Meo och Trygghetscirkeln) eller insatser där barnen utsatts för andra trauman. I andra fall saknas insatser därför att insatsen inte i någon studie jämförts med en kontrollgrupp eller för att insatsen riktar sig till enbart barn utan att inkludera föräldrarna (t.ex. Trappan). Se Kapitel 3 för detaljerad genomgång av de kriterier vi använt för att inkludera studier i rapporten.

Evidensläget för insatser vid våld och försummelse mot barn inom familjen

En enkät skickades ut till 294 socialtjänstkontor och 35 barn- och ungdomspsykiatriverksamheter (BUP) i Sverige med frågan om vilka öppenvårdsinsatser som används till målgruppen familjer där det förekommer våld och försummelse mot barn. Socialtjänsten uppgav att de använder sammanlagt 27 insatser (47 % svarade på enkäten), och barn- och ungdomspsykiatrin uppgav att de använder 22 olika insatser (39 % svarade). Den låga svarsfrekvensen innebär troligtvis att det förekommer fler öppenvårdsinsatser i Sverige för målgruppen. Den absoluta majoriteten av de insatser som används har inte prövats vetenskapligt för den aktuella målgruppen, varken internationellt eller under svenska förhållanden. Det råder alltså stor brist på kunskap om insatserna är effektiva, verkningslösa eller till och med skadliga.

Resultaten i denna rapport visar att det för tre insatser finns något säkrare kunskap om effekter. Våld och försummelse kan minska med hjälp av insatserna Project Support och Parent Child Interaction Therapy (PCIT). Dessutom kan barnens utagerande beteende minska efter insatserna. Ett annat resultat är att PCIT kan förbättra samspelet mellan barn och föräldrar. Insatser som inriktas på barnens anknytning till vårdnadshavaren som Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC), kan leda till att färre barn får så kallad desorganiserad anknytning. Desorganiserad anknytning har i metaanalyser visat sig medföra en förhöjd risk för att barnet utvecklar framför allt problem med kamrater [160], uppförandeproblem [161], och inåtvända problem [162]. ABC har även visat sig minska vissa psykiska symtom hos barn placerade i familjehem när insatsen ges till familjehemsföräldrar [40].

Gemensamt för de insatser där det finns något säkrare kunskap om effekter är att de riktar sig till familjer med förskole- och lågstadiesbarn (PCIT och Project Support) respektive spädbarn eller koltbarn (anknytningsbaserade insatser). Gemensamt för PCIT, Project Support och anknytningsbaserade insatser är även att de innehåller ingredienser som i studier med bredare målgrupper visat sig effektiva [163]. Det gäller till exempel arbete med förälder och barn tillsammans som syftar till att förbättra det positiva samspelet (t.ex. föräldern får träna på att lyssna, berömma, trösta och följa barnet i leken) och minska förekomsten av hårda och/eller oförutsägbara uppfostringsmetoder (t.ex. att föräldern undviker hot, sarkasm och aggression). Insatserna kräver aktivt arbete av föräldrarna i form av till exempel rollspel eller videoinspelning av samspel som sedan spelas upp och diskuteras med föräldern samt hemuppgifter. Project Support inkluderar även praktiskt och emotionellt stöd till föräldrarna och träning i problemlösning. Enkätundersökningen som genomförts inom ramen för projektet visar att Projekt Support och PCIT används i Sverige. Projekt Support har även testats i en genomförbarhetsstudie och det finns en manual och annat material till Project Support som har utarbetats tillsammans med upphovsmännen för att passa svenska förhållanden.

Insatser med otillräckligt vetenskapligt underlag

För följande insatser till föräldrar och barn vid våld och försummelse var det vetenskapliga underlaget otillräckligt: Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB) och Multisystemisk Terapi vid våld och försummelse mot barn (MST-CAN) då det enbart fanns en studie som uppfyllde våra kriterier avseende vardera metoden. Det var även otillräckligt vetenskapligt underlag för Kids-Club och Moms Empowerment Program, Trauma-Fokuserad KBT och Child Parent Psychotherapy (CPP) beroende på faktorer som bristande precision med breda konfidensintervall och heterogenitet i resultaten; vilket innebar att resultaten var behäftade med osäkerhet. Enhanced Group Behavioral Family Intervention (EBFI) och Family Behavior Therapy (FBT) som riktar sig till enbart föräldrar hade ett otillräckligt vetenskapligt underlag på grund av att de utvärderats i endast en studie.

Ett otillräckligt vetenskapligt underlag innebär att det saknas forskning eller att den forskning som finns inte håller den metodologiska kvalitet som SBU har satt upp. Vi kan alltså inte uttala oss om insatsen i fråga är bättre än, lika bra som eller sämre än sedvanlig insats.

Kostnader och kostnadseffektivitet

Litteraturgenomgången av ekonomiska studier identifierade inga studier med ekonomiska resultat av betydelse för svenska beslutsfattare. Ett skäl var den avgränsade populationen, som redan diskuterats ovan. Det finns välgjorda ekonomiska utvärderingar inom närbesläktade områden, till exempel stöd till familjer med förhöjd risk [32,164] eller ett känt missbruk [146] eller samma manualbaserade program givet till barn med annat trauma [147,165,166]. Men för beslut av insatser till familjer där man vet att barn har utsatts för våld eller försummelse behövs ju utvärderingar av hur insatserna fungerar för just sådana familjer.

Hur kan då beslutsfattare välja mellan de olika insatser som har berörts i denna rapport? Praxisundersökningen visar att Stödsamtal, Trappan, Marte Meo och TF-KBT är vanliga inom Socialtjänsten eller BUP. Denna rapport har visat att anknytningsbaserade insatser som ABC samt PCIT och Project Support har ett begränsat vetenskapligt underlag för positiva effekter på barnens situation. Kids Club och ABC är de billigaste insatserna, med behandlingarkostnader under 10 000 kronor. Project Support är något dyrare per familj än PCIT. Båda insatserna kan leda till minskad förekomst av våld i familjen jämfört med sedvanlig insats, men möjligen är Project Support något effektivare (19 barn av 100 jämfört med PCIT:s 15 barn av 100). Behandlingskostnaden per barn med minskat våld i familjen blir därför snarlik för de två programmen, cirka 75 000 kronor för Project Support och 85 000 kronor för PCIT. Beslutsfattare kan alltså välja insatser utefter olika grunder: den man har mest erfarenhet av, den man anser passar bäst i sin organisations kontext, den mest effektiva, den billigaste, eller den billigaste per effekt.

Beslut baserade på effektivitet eller kostnadseffektivitet försvåras av att effekter av insatser redovisas på olika sätt. Den ekonomiska analysen antog att effekterna av Project Support kunde jämföras med effekterna av PCIT. Men det ena programmet rapporterade utfallet som ”antal anmälningar till sociala myndigheter efter cirka 2,5 år” medan det andra rapporterade ”återaktualiserat våld mot barn eller mamma efter åtta månader”. Om forskare kunde enas om vilka utfallsmått som är lämpliga vid utvärderingar vore det enklare att jämföra insatser och tolka ekonomiska utvärderingar av dem.

Den enkla ekonomiska analys som jämförde Project Support och PCIT utgick ifrån att utfallsmåtten kan jämföras. Analysen utgick även ifrån att det fanns en skillnad mellan programmen på fyra barn (av 100) med minskad erfarenhet av våld, trots att den justerade indirekta jämförelsen inte visade en statistiskt signifikant skillnad. Om man kan acceptera de två antagandena då ger den beräknade ICER:n på 40 000 kronor per barn intressant information till beslutsfattare. Är det en rimlig kostnad för att ett barn ska undvika ytterligare erfarenheter av våld i familjen? Om det anses för dyrt bör PCIT väljas istället för Project Support. Om det anses vara en rimlig kostnad bör Project Support väljas. SBU har inte kunnat hitta någon studie som diskuterar befolkningens eller beslutsfattarens betalningsvilja för minskat våld mot barn. Det är därför okänt vad betalningsviljan är bland svenska beslutsfattare för att ett barn ska undvika ytterligare erfarenheter av våld och försummelse. Det är därför inte möjligt att säga om Project Support är kostnadseffektivt i jämförelse med PCIT. Beslutsfattare får själva avgöra om de är beredda att betala de extra kostnaderna på 40 000 kronor för att få ett extra barn utan våld i familjen, om de väljer Project Support istället för PCIT. Betalningsviljan kan kanske studeras i framtida forskningsprojekt, tillsammans med andra frågeställningar om värdefulla effekter på befolkningens välfärd som skapas inom socialtjänstens verksamheter.

Beräkningar av PCIT finns även i den amerikanska databasen WSIPP [34] och den engelska Dartington [167]. Baserat på en minskning på $-0,71$ av misshandel och vanvård av barn (mätt i SMD) visar båda databaserna att intäkterna av PCIT i form av främst minskad kriminalitet, minskade kostnader direkt relaterade till misshandel och vanvård och framtida ökade förvärvsinkomster blir högre än kostnaderna för programmet.

Erfarenheter av våld och försummelse kan påverka barnens framtida vuxna liv och relaterade samhällskostnader. Sådana framtida konsekvenser kunde tyvärr inte beräknas i projektets kostnadseffektsanalys. Detta är en vanlig begränsning för utvärderingar inom området [166]. För att de långsiktiga samhällskostnaderna ska kunna skattas behövs information om troliga sammanhang mellan barnens erfarenheter i barndomen och framtida fysiska, psykiska och psykosociala problem. Sådan information har nyligen sammanställts för Storbritannien i den systematiska översikten IMPROVE [9], men riskskattningarna är mycket osäkra. Det finns inga svenska beräkningar av samhällsekonomiska konsekvenser för barnen, men en australiensisk ekonomisk utvärdering antog att varje minskat fall av våld och försummelse skulle ge minskade samhällskostnader på motsvarande 721 000 svenska kronor [32]. Potentiellt kan det alltså finnas stora mänskliga och samhällsekonomiska vinster med föräldrainsatser mot våld och försummelse som har god effekt.

Föräldrars upplevelser av att delta i öppenvårdsinsatser

Analysen av studier med kvalitativ metodik (Kapitel 5) visar att föräldrar upplever att de lär sig en del värdefulla strategier och färdigheter genom att delta i öppenvårdsinsatser, bland annat en bättre kommunikationsförmåga och att interagera med barnen på ett annat sätt. Detta är komponenter som ingår i flera av de insatser som utvärderats i denna rapport, men det är inte möjligt att systematiskt koppla upplevelserna som framkommer i de kvalitativa studierna till specifika insatser. Hemuppgifter nämns som en positiv aspekt av föräldrarna på så sätt att de underlättade att nya färdigheter användes hemma. I behandlingslitteraturen generellt och i synnerhet den som bygger på social inlärningsteori och kognitiv teori har hemuppgifter en central roll. Studier visar att när hemuppgifter ingår i en intervention kan detta hjälpa klienter att må bättre [168].

En viktig aspekt som framkommer i studierna är att det finns en tydlig anpassning av de terapeutiska insatserna till föräldrars ofta starkt varierande behov. Specifika föräldrastrategier som lärdes ut i vissa insatser upplevdes inte som användbara av alla föräldrar. Vissa uppskattade programkomponenter som gruppbehandling, medan andra fann formatet svårt och utmanande. Det verkar alltså som att föräldrar upplever det som viktigt att insatserna matchas till deras specifika behov. En annan viktig aspekt som framkommer i studierna är att faktorer utöver programmets kärnkomponenter värderas som minst lika viktiga av föräldrarna. En sådan aspekt var behandlarens förmåga att förmedla värme, tillit, respekt för integritet samt att inta ett icke-fördömande förhållningssätt. Sådana relationella aspekter kan ses som särskilt utmanande i detta sammanhang, eftersom studierna även påvisar att föräldrarna kan uppleva att de befinner sig en tydligt underordnad maktposition som kan vara präglad av negativa erfarenheter av tidigare myndighetskontakter. Betydelsen av relationella aspekter går i linje med resultaten från omfattande litteratur som har understrukt betydelsen och vikten av allians i en behandlingskontakt. Alliansen kan ses som ett känslomässigt band och samarbetsklimat mellan terapeut och klient [169,170].

Vidare upplevdes miljön och sammanhanget i vilken insatsen gavs som viktig och man värderade en varm och välkomnande miljö högt. Föräldrarna uttryckte även ett behov av råd och stöd kring exempelvis ekonomi och rättsliga frågor, samt praktiskt stöd som hjälp med transport eller barnpassning i samband med behandling. Sammanfattningsvis visar denna systematiska översikt att även om föräldrarna upplevde att insatserna gett dem nya användbara strategier till exempel när det gällde förhållningssätt och förståelse gentemot barnen, så upplever föräldrarna att enbart specifika insatser inte räcker samt att livet efter insatsen innebär fortsatta svåra utmaningar för många familjer.

Barn och unga berättar

SBU har gjort en narrativ sammanställning av upplevelser hos barn och ungdomar utifrån två svenska rapporter från brukarföreningar. Där berättar barnen att de saknar stöd av vuxna professionella med att hantera svåra upplevelser, att insatser som de har tagit del av sällan fyller deras behov av stöd. Barnen och ungdomarna berättar även att insatser ges för sent i deras liv, att de inte får göra sin röst hörd under familjebehandling, att de inte känner sig respekterade av familjebehandlaren och att skuld och ansvar läggs på barnen. Barnen berättar vidare att de vill veta syftet med behandling och vara delaktiga i beslut och planering.

Dessa resultat stöds av en svensk studie av barn mellan 8 och 19 år som deltagit i Trappan som ger individuellt stöd till barn som bevittnat våld inom familjen [171]. Det upplevdes som viktigt för barnen själva att de fick vara med och bestämma hur insatsen skulle läggas upp och i vilken takt, och viktigt för barnen att berätta om sina upplevelser av våld. Barnen upplevde att det underlättade att prata om våldet om det fanns en förtroendefull relation till terapeuten samt om denna var flexibel inför barnets behov att prata om våld och när det skulle ske. I en annan svensk studie av små barn (4–6 år) som bevittnat våld i hemmet och deltog i en gruppbaserad insats berättar barnen att de upplevt glädje, känt sig trygga, känt tillhörighet, fått verktyg för att prata om våldet samt nya kunskaper och förmågor [172]. Att detta resultat skiljer sig från beskrivningen ovan kan bero på att det handlar om små barn som berättar hur de upplevt en specifik och avgränsad insats.

Berättelser från barn och unga i brukarrapporter lyfter fram förhållanden som strider mot barnets rättigheter enligt barnkonventionen: *Provision* – barns rätt till hjälp, stöd och behandling; *Protection* – insatserna ska komma i tillräckligt tid; och *Participation* – barn har rätt till delaktighet i beslut och planering.

Metodologiska aspekter av effektutvärderingar

Samtliga studier som inkluderas i denna rapport är randomiserade och kontrollerade studier (RCT) och den absoluta majoriteten av studierna har använt en kontrollgrupp som fått antingen sedvanlig insats eller en annan aktiv behandling. I få av studierna har kontrollgruppen stått på väntelista. Om kontrollgruppen får en aktiv insats är det svårare att få en effekt till fördel för den insats man utvärderar, jämfört med om kontrollgruppen inte får någon insats (väntelista). Resultaten i denna rapport baseras alltså framför allt på så kallade mellangruppsjämförelser, det vill säga att effekten av ett program över tid har jämförts med effekten i en kontrollgrupp över tid. Det betyder att när det inte finns en skillnad mellan grupperna kan det bero på a) att ingen av dem visar på någon större förändring mellan de olika mätpunkterna eller b) att det har skett en stor förändring men att den varit lika stor i båda grupperna. Ett närliggande exempel på detta är en studie där man jämförde Multisystemisk terapi (MST) med

sedvanlig insats i Sverige [173] hos barn och ungdomar med utagerande beteende. I studien fann man, i motsats till flera andra internationella MST-studier, ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Samtidigt var effekterna för MST lika stora i studien som andra norska och amerikanska studier påvisat. Dessa resultat visar tydligt skillnaden i såväl innehåll som kontext mellan kontrollgrupperna i olika studier och länder, samt hur detta påverkar utfallet. Om sedvanlig insats i till exempel USA är sämre än sedvanlig insats i Sverige så innebär det att det är lättare att påvisa positiva effekter för en insats som jämförs med sedvanlig insats i USA än vad det är i Sverige.

De flesta av studierna som kommit med i rapporten är gjorda i USA där den kulturella och juridiska kontexten liksom det sammanhang inom vilket insatserna erbjuds, på många sätt skiljer sig från de svenska. Insatserna som är evidensbaserade i till exempel USA är alltså inte självklart evidensbaserade också i Sverige. Detta belyser behovet av svenska studier för att få en uppfattning om vilka insatser som har positiva effekter i svensk kontext. Överförbarhetsproblem behöver dock inte per automatik handla om utländska insatsers överförbarhet till svenska förhållanden. Inte heller inom Sverige kan man tala om en enhetlig kontext eller sammanhang. Man behöver alltid fundera på om det kan finnas eventuella överförbarhetsproblem från ett sammanhang till ett annat.

Valet av utfallsmått är centralt när man genomför utvärderingar av insatser. För alla insatser som riktas till barn behöver det yttersta målet inkludera barnets välbefinnande. När det gäller insatser som ges för att minska eller förebygga våld och försummelse mot barn behöver centrala utfallsmått handla om huruvida våldet eller försummelsen mot barnet faktiskt har minskat efter insatsen. Detta kan vara svårt att mäta, men ett sätt är att använda anmälningar till socialtjänst eller polis. Nackdelen med detta tillvägagångssätt är att man kan underskatta våldsutsattheten då man inte känner till mörkertalet. Fördelen med tillvägagångssättet är att resultatet inte låter sig påverkas av bedömarens (jmf föräldraskattningar av till exempel våldsutövande eller attityder där risk för svarsbias föreligger). Betydelsen av vissa utfallsmått är mer oklar och svårtolkad, till exempel minskad andel barn med desorganiserad anknytning eller minskat utagerande beteende hos barnen. När man funderar över lämpliga utfallsmått för att mäta effekterna av en insats bör man väga in vilka utfallsmått som anses viktiga hos barn och föräldrar – den faktiska målgruppen för insatserna. Medan forskarna på området tenderar att fokusera på barns symtom på psykiska ohälsa, så finns det forskning som visar att målgruppen för insatserna efterfrågar ett utvidgat synsätt för vad som är ”goda utfall” som bör omfatta hur barnet fungerar i vardagen och barnets välmående (t.ex. skolframgång, självkänsla, livskvalitet, fungerande relationer samt förmågan att hantera svårigheter och reglera affekter) [174]. Förutom en trygg barndom är ju det yttersta målet med föräldrainsatser att barnet i sitt framtida vuxna liv ska uppleva välbefinnande och god livskvalitet.

Ett annat metodologiskt problem är att det finns många olika skalor att välja mellan när man ska mäta utfall som exempelvis psykisk ohälsa, barns beteendeproblem eller föräldrastress. Att man i olika studier använder olika skalor medför en osäkerhet kring om de olika skalorna verkligen mäter samma fenomen samt försvårar även jämförelser mellan studier. Utifrån detta perspektiv vore det

önskvärt om framtida svenska studier i större utsträckning genomförs med ett begränsat antal internationellt erkända tillförlitliga mätmetoder. Det underlättar inte bara tolkning av resultat från studier och kostnadseffektivitetsanalyser utan även sammanslagning av studier i metaanalyser för att ge mer tyngd åt enskilda resultat.

Ytterligare en metodologisk aspekt är att avgränsningen mellan våld direkt mot barnet, bevittnande av våld i familjen och försummelse är oklar, eftersom överlappningen mellan de tre aspekterna är så stor som 40–60 procent [175,176]. Det innebär att även om kriteriet för att inkluderas i en studie är bevittnande av våld mellan föräldrar, så är sannolikheten stor för att många av barnen också utsatts för barnmisshandel och kanske även försummelse. Framtida studier bör tydligare redovisa barnets totala våldsutsatthet i synnerhet som det finns belegg för att utsatthet för flera olika typer av våld, så kallad polyviktisering är förknippat med allvarliga negativa konsekvenser [26].

Ännu ett bekymmer är att flertalet studier i rapporten har förhållandevis få studiedeltagare (< 100 inkluderade och < 80 vid uppföljning 6–12 månader senare). Detta, i kombination med utfallsmått med begränsad reliabilitet (sällan över .80), medför låg statistisk styrka och därmed ökad risk för att en skillnad som faktiskt finns mellan grupperna inte framkommer då antalet studiedeltagare är för få. Vi vill därför betona vikten av att man i framtida studier eftersträvar hög statistisk styrka, vilket sannolikt innebär att studierna i större utsträckning behöver designas som multicenterstudier eller åtminstone använda design och mätmetoder som gör det möjligt att jämföra, i bästa fall slå samman, resultaten från flera olika studier. Det finns också ett behov av oberoende upprepning av studier. Flera insatser har bara studerats i en RCT och denna har påfallande ofta genomförts av interventionens upphovspersoner vilket ökar risken för överskattning av insatsens effekt (eng. allegiance [177]).

Flera av studierna i den systematiska översikten genomför också effektmätningen direkt efter insatsen avslutats eller med en relativt kort uppföljningstid (mindre än tre månader). Det går då inte att uttala sig om värdefulla effekter på lång sikt.

Andra systematiska översikter om barn och unga

"IMPROVE" en internationell systematisk översikt

National institute for health research (NHS) i Storbritannien släppte år 2016 en systematisk översikt "IMPROVE" där man sammanställer forskning om effekter, kostnadseffektivitet och användbarhet av insatser till barn som bevittnat våld mellan sina föräldrar [9]. I rapporten identifierade man 13 kvantitativa effektstudier varav 9 var randomiserade studier. Endast två studier bedömdes ha låg eller oklar risk för systematiska fel. Insatserna i rapporten var framför allt psykoterapeutiska (för att öka förståelsen för sig själv, sina relationer och sitt

beteende) och psykopedagogiska (för att öka kunskap och förståelse om våld och dess konsekvenser) riktade till den icke-förövande föräldern och barnet. Av de 13 inkluderade effektstudierna i rapporten har 10 studier inkluderats i föreliggande SBU-rapport, de övriga studierna exkluderades på grund av bristande metodologisk kvalitet (1 studie), att insatsen endast vänder sig till barn (1 studie) samt att studien var genomförd före 1996 (1 studie). SBU-rapporten har på grund av en bredare litteratursökning fångat fler studier. Till skillnad från rapporten från SBU presenterar man i rapporten från IMPROVE resultat även att man bedömer den metodologiska kvaliteten som låg i majoriteten av studierna. Resultaten man presenterar är att gruppbaseade psykopedagogiska insatser samt föräldraträning i kombination med rådgivning verkar vara de mest effektiva metoderna. Kostnadseffektiviteten i rapporten från IMPROVE undersöktes genom att beräkna insatsernas behandlingkostnader och ställa dessa i relation till insatsernas effekter mätta i Standard mean difference (SMD). SBU anser att måttet SMD inte bör användas i ekonomiska utvärderingar, då det inte avspeglar hur insatserna påverkar barnens situation. Beslutsfattare kan inte heller avgöra vad som är en rimlig relation mellan kostnader och effekter, eftersom betalningsviljan för en SMD inte är möjlig att uttrycka.

Författarna uttrycker att detta är ett underutvecklat område och att mer forskning behövs, både avseende insatserns effekter, hur de upplevs av målgruppen och kostnadseffektiviteten. Författarna till IMPROVE rekommenderar att man pausar utvecklingen av nya insatser och fokuserar på att utvärdera insatser som redan finns. För Storbritanniens räkning anser man att tre typer av insatser behöver utvärderas; psykopedagogiska insatser till barn och icke-förövande förälder, eller till barnet själv, föräldraträningsprogram i kombination med rådgivning samt insatser till den förövande föräldern. IMPROVE-översikten visar att det finns få studier som utvärderar insatser till barn endast, detta är en frågeställning som inte ingår i denna rapport från SBU.

Svenska systematiska översikter

Resultaten från denna rapport går i linje med flera andra av SBU:s rapporter om barn- och unga. Till exempel visade *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturoversikt* [178], att det fanns hundratals olika program som användes runt om i Sverige, medan litteraturgenomgången enbart identifierade 33 bedömda standardiserade och strukturerade insatser (program) i den internationella litteraturen vilka syftade till att förebygga psykisk ohälsa hos barn och av dessa hade enbart sju ett begränsat vetenskapligt stöd. Ett fåtal av de senare programmen var prövade i ett svenskt sammanhang och osäkerheten kring överförbarheten, det vill säga om de skulle ha bibehållen effekt även i Sverige, var stor. I SBU-rapporten *Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplicerade barn* framkommer att ingen av de insatser till familjehemsplicerade barn och familjehemsföräldrar som används i Sverige har utvärderats vetenskapligt, och att olikheter mellan insatserna och utformningen av de studier som gjorts medförde att det inte gick att avgöra vilka insatser eller vilka delar av insatserna som är verksamma, även om det fanns indikationer på att insatserna kunde förbättra barnens psykiska och fysiska hälsa, sociala situation, livskvalitet samt placeringarnas stabilitet [40]. Exempel på hur metoder utvecklade och prövade för en målgrupp används i andra sam-

manhang ser man i rapporten *Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård*, som konstaterar att ytterst få av de program som används har anpassats till den aktuella målgruppen [179].

Svenska genomförbarhetsstudier

Svenska genomförbarhetsstudier av insatserna Project Support [150], Kognitiv integrerad behandling vid barnmisshandel (KIBB) [149,180], Child Parent Psychotherapy (CPP), Traumafokuserad KBT (TF-KBT) och Kids Club [181,182] visade bland annat att både behandlare och föräldrar generellt var nöjda med insatserna och att insatserna inte hade krävt några större anpassningar till svenska förhållanden förutom om insatserna hade inslag av att använda en hård eller straffande föräldrastil (till exempel Time-out). Problem som behandlarna uppgav var att det kan vara svårt att motivera föräldrarna (som ofta har multiproblematik i form av till exempel psykiska ohälsa och ekonomiska problem) att delta i insatser samt att arbeta aktivt med insatsens ibland krävande delar. Behandlarna uppgav även att föräldrarna ofta var i behov av ytterligare insatser och av fortsatt kontinuerligt stöd även efter behandlingen. Behandlarna upplevde viss osäkerhet inför inslag som rollspel med föräldrar och att bedöma olika aspekter av föräldraförmåga, man kände sig obekvämt med att inta en expertroll och bedöma föräldrars beteenden. Behandlare som arbetade med insatser som genomförs i grupp upplevde att det var svårt att få ihop en grupp, särskilt över tid. Att få till en bra grupp sammansättning fick nedprioriteras för att man överhuvudtaget skulle få till en grupp. Behandlare uppgav vikten av att de själva fick kontinuerlig handledning, stöd och utbildning för att kunna arbeta med insatserna. Behandlare uttryckte även att de behöver stöd från ledningen för att få tillräckligt tjänstetrymme för att kunna arbeta med en insats samt erbjuda tider då föräldrar har möjlighet att delta. Det fanns svårigheter i form av dålig matchning mellan personalens arbetstider och när föräldrar hade möjlighet att medverka i insatsen (ofta eftermiddags- eller kvällstid). Socialtjänstens insatser förutsätter enligt behandlarna i alltför hög grad att föräldrar är hemma dagtid med arbetslöshetsersättning, försörjningsstöd eller sjukpenning. Behandlarna uppgav även att säkerheten för barnen måste belysas och lämpligheten att genomföra behandling med barnen om barnen fortfarande har umgänge med en våldsam förälder.

Implikationer för praktiken

Förutsättningar för att använda insatser

En kunskapsöversikt från 2017 tar upp ett antal viktiga faktorer som behöver vara uppfyllda när man planerar en insats; barnet ska vara skyddat, alla som ska delta i behandlingen behöver vara motiverade att ta emot hjälp och att det ska finnas resurser, rutiner och arbetsmodeller för både skydd, information och motivation [183]. I svenska genomförbarhetsstudier tar behandlare upp svårigheten att motivera framför allt föräldrar att delta i en insats. Det behöver även finnas goda förutsättningar för kontinuerlig handledning, stöd och utbildning för den personal som ska arbeta med insatserna.

Olika kommuner och landsting har beroende på storlek olika förutsättningar för sitt arbete. Vissa kommuner kan ha begränsade förutsättningar att arbeta med många olika insatser samtidigt, man kan därför behöva satsa på en bred insats som visat sig fungera för flera olika målgrupper (t.ex. barn med trauma eller anknytningsproblem). Därmed får också den enskilde behandlaren större erfarenhet av att använda metoden och blir skickligare. Samtidigt blir det också enklare att organisera handledning och vidareutbildning i metoden.

I denna rapport har vi inte gått på djupet i frågor som rör copyright för användning av olika metoder. Det är viktigt att man i kommunen/landstinget undersöker om det föreligger kostnader, utöver grundläggande utbildning i metoden, förenat med användande av metoden.

Att välja insats

Insatser ska väljas utefter barnets och familjens erfarenheter, behov och förutsättningar så kallad "Tailor made therapy" [183]. I familjer där det förekommer multipel problematik eller där barn och ungdomar upplevt multipel viktigmisering, behöver detta noggrant utredas och ingå i bedömningen av vilken eller vilka insatser som är lämpliga [26,184]. Faktorer man behöver fundera över vid val av insats är typ av utsatthet eller trauma och barnens ålder. Insatserna i denna rapport handlar dels om att minska våld och försummelse och dels om att minska de negativa effekterna av att ha utsatts för våld och försummelse. Insatserna i denna rapport som har ett visst vetenskapligt stöd för den specifika målgruppen, vänder sig till de allra minsta barnen och handlar i stor utsträckning om att arbeta med samspelet mellan förälder och barn. Projekt Support innehåller även praktiskt och emotionellt stöd och information. Några av insatserna i rapporten med otillräcklig evidens, har bättre evidens om man breddar indikationen. Om indikationen är trauma och barnet är i skolåldern har till exempel TF-KBT visat på goda effekter på barns posttraumatiska symptom [185,186]. Även den anknytningsbaserade insatsen ABC har visat lovande resultat för familjehemsföräldrar [40].

Att utvärdera och implementera en insats

En förutsättning för evidensbaserad praktik är samarbete mellan forskarvärlden och de verksamheter som möter barn. Vägen till en fungerande evidensbaserad verksamhet handlar om att forskare och praktiker med hjälp av varandra utformar, testar och sprider kunskapen vidare. Prövningen av en ny insats behöver ske i flera steg. Först bör man analysera och testa hur använd- och genomförbar insatsen är under svenska förhållanden. Innehåller insatsen ingredienser som är svåra att använda, eller till och med kan uppfattas som stötande i Sverige? Ställer insatsen krav på utövarna som är svåra att uppnå eller upprätthålla i Sverige? Hur uppfattar barn och föräldrar insatsen och hur ”bekväma” är behandlare med att lära sig och utföra insatsen? Utvärderingen av en insats användbarhet i en given kulturell kontext sker i så kallade genomförbarhetsstudier [187]. Efter genomförandet av en sådan studie blir det ofta aktuellt med någon form av revidering eller anpassning av metoden och tillhörande manual. Med tanke på hur kostsamt och hur komplicerat det är att genomföra randomiserade och kontrollerade studier med god kvalitet, behöver man göra minst en genomförbarhetsstudie med revidering eller anpassning innan insatsen utvärderas i kontrollerade effektstudier med tillräcklig statistisk styrka. Kommunerna kan behöva samarbeta behöver man minst en genomförbarhetsstudie med revidering eller anpassning göra innan insatsen utvärderas i kontrollerade effektstudier med tillräcklig statistisk styrka. Kommunerna kan behöva samarbeta sinsemellan när det gäller att tillhandahålla evidensbaserade insatser av olika slag. Enskilda små kommuner kan inte förutsättas själva hantera och hänga med i den metodutveckling och professionalisering av det sociala arbetet som nu sker internationellt och i någon utsträckning också i Sverige. Samarbete kommuner emellan blir då en förutsättning för en välfungerande verksamhet. Statliga aktörer kan ge stöd till fortsatt utveckling mot en mer vetenskapligt baserad praktik inom det sociala området. En viktig del i detta stöd utgör de nationella satsningarna på lokala projekt som samdrivs av en praktisk och en vetenskaplig part [188].

Hur väl en metod som har visat effekter i forskningsstudier faktiskt fungerar i praktiken är beroende på hur väl den implementeras i verksamheten [189]. Ett exempel på betydelsen finns till exempel i en metaanalys av 249 program för skolbaserade interventioner för att minska aggressivt och störande beteende i skolan [190]. Författarna till denna studie kom fram till att det bästa rådet är att använda den metod med evidensstöd som har bäst förutsättningar att lyckosamt implementeras i verksamheten. I en systematisk översikt [191] där man utvärderade hembesöksprogram för riskfamiljer fann man att handledning vid införandet av en insats var en nyckelkomponent när det gällde att få positiva effekter. Vidare fann man att endast rådgivande handledning inte räcker, handledningen behöver vara reflekterande det vill säga utforska tankar, upplevelser och känslor. Det är även viktigt att de kärnkomponenter som är effektiva i en insats implementeras enligt ursprungsmanualen (så kallad metodtrogenhet), brister i följsamheten av en insats kärnkomponenter kan bidra till minskad effektivitet [191]. Andra viktiga faktorer för en lyckad implementering är hur man väljer ut personalgruppen, hur utbildningen i insatsen ser ut samt att det finns ett ledarskap som stödjer arbetet med insatsen [192].

Diskussionen i punkter

- Barnets behov av skydd ska först tillgodoses och det ska finnas rutiner för riskbedömningar och säkerhetsarbete.
- Val av insats behöver göras utifrån de förutsättningar och behov barnet eller familjen har, till exempel barnets ålder, vad barnet varit utsatt för och hur detta har påverkat barnets psykiska hälsa och sociala relationer.
- En specifik avgränsad metod är sällan tillräcklig för en målgrupp där multi-problematik ofta förekommer, tillgång till fortsatt kontinuerligt råd och stöd och olika typer av hjälp är viktigt.
- Barn ska enligt barnkonventionen ha rätt till hjälp, stöd och behandling (Provision), att insatserna inte ska komma försent i deras liv (Protection) och att få information om och vara delaktiga i beslut och planering av behandlingen (Participation).
- Behandlarna behöver kontinuerlig handledning, stöd och utbildning för att kunna arbeta med, samt implementera insatserna. Svåra inslag i insatserna, som till exempel att genomföra rollspel kan behöva särskild träning och stöd för behandlarna.
- En viktig urvalsgrund när nya metoder introduceras är vilket vetenskapligt stöd en viss metod har. Om metoden inte tidigare prövats vetenskapligt i Sverige behöver första prioritet vara att få till stånd en sådan prövning i samarbete med universitet och högskola eller annan verksamhet med vetenskaplig kompetens.
- Även metoder som använts under lång tid i verksamheten behöver utvärderas systematiskt om det saknas vetenskapligt underlag för metodens effektivitet och kostnadseffektivitet. Om en insats positiva resultat enbart grundar sig på internationella studier behöver den prövas vad gäller användbarhet och effektivitet i ett svenskt sammanhang och för den specifika målgruppen.
- Det finns ett behov av att man inom forskningen utvärderar de öppenvårdsinsatser som används med relevanta utfallsmått och tillförlitliga skalor, med många deltagare och lång uppföljningstid. Utvärderingarna bör även samla uppgifter om insatsers resursåtgång och kostnader, för att underlätta ekonomiska utvärderingar som är relevanta för nutida svenska förhållanden.

11 Kunskapsluckor

De insatser för vilka det finns ett visst vetenskapligt stöd; Project Support, Parent Child Interaction Therapy (PCIT) och Anknätningsbaserade insatser som ABC behöver studeras i oberoende studier som gärna är svenska. För manualbaserade insatser till barn och föräldrar där det vetenskapliga stödet enligt rapporten är otillräckligt (Child Parent Psychotherapy (CPP), Kids Club och Moms Empowerment Program (MEP), Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB), Multisystemisk Terapi vid våld och försummelse mot barn (MST-CAN), Traumafokuserad Kognitiv Beteendeterapi (TF-KBT), Family Behavior Therapy (FBT), samt Enhanced Group Behavioral Family Intervention (EBFI) behöver oberoende utvärderingar av god kvalitet genomföras.

Insatser som utvecklats i andra länder behöver testas avseende användbarhet och genomförbarhet (feasibility-studier) i Sverige, det räcker inte med enbart replikering. Frågan om användbarhet i Sverige är särskilt viktig om insatsen innehåller moment som kan kännas främmande för svenska behandlare (som t.ex. time-out eller aktiv styrning av terapeuten under pågående insats).

I studierna som redovisas i denna rapport har författarna använt sig av ett stort antal olika skattningsskalor och bedömningsinstrument för att exempelvis mäta barns eller föräldrars psykiska ohälsa, barns sociala förmåga, eller samspelet mellan barn och förälder. Vid framtida forskning vore det önskvärt om skandinaviska forskare kunde enas om vilka utfallsmått och vilka mätmetoder som är lämpliga att använda. Detta underlättar tolkning av resultaten samt av ekonomiska utvärderingar och möjliggör att slå samman studier för att få mer styrka i resultaten. Vid val av utfallsmått behöver man ta ställning till att instrumentet är validerat. För framtida forskning är det även viktigt att undersöka eventuella skadliga eller oönskade effekter av insatserna.

Andra metodologiska aspekter som man behöver ta hänsyn till i framtida studier är att det behövs större studier med fler deltagare för att minska risken för såväl typ-1 som typ-2 fel, gärna multi-center studier. Det behövs även en jämförelsegrupp för att kunna avgöra om en insats är effektiv eller inte, samt att man följer individerna över tid, gärna flera år. Man behöver dokumentera de insatser som utvärderas avseende innehåll och hur väl man följer eventuell manual. Man bör även samla in uppgifter om insatsernas resursåtgång och kostnader. Det gäller både den utvärderade insatsen och kontrollalternativet. Det är även av intresse för framtida forskning att undersöka vilka delar i en insats som är av avgörande betydelse – alltså de aktiva ingredienserna i en insats.

För att få en helhetsbild över insatser och hur de upplevs och påverkar dem som deltar behöver man vid sidan av kvantitativa studier även genomföra studier med kvalitativ metodologi. Vi har endast identifierat ett fåtal studier som undersöker barns upplevelser av att delta i insatser från socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri. Man behöver även undersöka om faktorer som barns kön, ålder, typ av våldsutsatthet, traumasymtom, eventuell funktionsnedsättning eller andra individuella faktorer påverkar upplevelser av insatser. Att använda mixed methods design (att kombinera kvantitativ och kvalitativ forskningsansats) kan vara en väg att gå.

Förövarna av partnervåld, ofta papporna, är påfallande frånvarande i de genomförda studierna. Framtida studier behöver lyfta fram den förövande förälderns roll både som en riskfaktor som kan förhindra behandlingsframgång även när man använder effektiva metoder och som en positiv förändringsfaktor som kan öka effekten av en insats.

Barnens egna röster och ett aktivt barnrättsperspektiv är påfallande frånvarande i nästan samtliga av de identifierande studierna. Mot bakgrund av olikheter i kulturell kontext och synen på till exempel barns rätt till delaktighet behöver nya insatser också analyseras och värderas utifrån etiska aspekter. Framtida studier behöver ta detta på allvar och föra diskussioner utifrån barnkonventionen och de tre P:na - behov (provision), skydd (protection) och delaktighet (participation).

12 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd

Projektgrupp

Sakkunniga

ULF AXBERG
docent i klinisk psykologi,
Göteborgs universitet

STAFFAN JANSON
professor i barn- och ungdoms-
medicin, Uppsala universitet

ANDERS BROBERG
professor emeritus i klinisk psykologi
vid Göteborgs universitet

STEFAN WIKLUND
docent i socialt arbete,
Stockholms universitet

PIA ENEBRINK
docent i psykologi,
Karolinska Institutet

SBU

LINA LEANDER
projektledare

CHRISTEL HELLBERG
biträdande projektledare

AGNETA BROLUND
informationsspecialist

PIA JOHANSSON
hälsoekonom

NAAMA KENAN MODÉN
biträdande projektledare

ANNETH SYVERSSON
projektadministratör

AGNETA PETERSSON
biträdande projektledare

Externa granskare

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. Dessa har kommit med värdefulla kommentarer, som i hög grad bidragit till att förbättra rapporten. I slutversionen av rapporten är det möjligt att SBU inte kunnat tillgodose alla ändrings- eller tilläggsförslag från de externa granskarna, bland annat därför att de inte alltid varit samstämmiga. De externa granskarna står därför inte nödvändigtvis bakom samtliga slutsatser eller andra texter i rapporten.

Externa granskare har varit:

INNA FELDMAN
docent, Institutionen för
folkhälsa- och vårdvetenskap (IFV),
Uppsala universitet

MARGARETA HYDÉN
professor emerita, Institutionen
för samhälls- och välfärdsstudier
(ISV), Linköpings universitet,
gästprofessor i kriminologi vid
Stockholms universitet

PERNILLA LEVINER
docent i offentlig rätt,
Barnrättscentrum, Juridiska
institutionen, Stockholms universitet

WILLY TORE MØRCH
professor emeritus, Det helseviten-
skapelig fakultet. Regionalt kunn-
skapssenter for barn og unge –
Nord (RKBUNord). Norges
arktiske universitet – UiT

GISELA PRIEBE
docent i psykologi, Lunds universitet,
och gästlektor hos Barnafriid,
Linköpings universitet

Referensgrupp

TOVE CORNELIUSSON
utvecklingsledare, IFO Trollhättan

KERSTIN NEANDER
fil dr, universitetssjukvårdens
forskningscentrum,
Region Örebro län

ANNA NORLÉN
verksamhetschef, rektor,
Ericastiftelsen

MARIA SCHOLLIN
enhetschef, IFO barn och ungdom
Solna

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

SBU:s vetenskapliga råd – Brage

SBU:s vetenskapliga råd har granskat det vetenskapliga underlaget i rapporten.

LARS HANSSON

ordförande, professor,
vårdvetenskap, Lunds universitet

LENNART ISELIUS

docent, Hälso- och sjukvårdsdirektör,
Landstinget Västmanland

CHRISTEL BAHTSEVANI

leg sjuksköterska, med dr,
vårdvetenskap, Malmö Högskola

MUSSIE MSGHINA

docent, överläkare, psykiatri,
Karolinska Universitetssjukhuset

PER CARLSSON

professor, hälsoekonomi,
Linköpings universitet

LARS SANDMAN

professor, vårdetik, Högskolan i Borås

BJÖRN-ERIK ERLANDSSON

professor, medicinteknik, KTH,
Stockholm

BRITT-MARIE STÅLNACKE

professor/överläkare, rehabiliterings-
medicin, Umeå Universitet

ARNE GERNER

professor, socialt arbete,
Hälsöhögskolan i Jönköping

SVANTE TWETMAN

professor, tandvård, Halmstad samt
Köpenhamns Universitet

SBU:s nämnd

SBU:s nämnd har fattat beslut om slutsatserna i rapporten.

KERSTIN NILSSON

ordförande, professor,
Örebro universitet

HEIKI ERKERS

förbundsordförande,
Akademikerförbundet SSR

PETER ALLEBECK

huvudsekreterare, Forte

EVA FRANZÉN

forsknings- och utvecklingschef,
Statens Institutionsstyrelse

SUSANNA AXELSSON

generaldirektör, SBU

VESNA JOVIC

verkställande direktör,
Sveriges Kommuner och Landsting

JAN-INGVAR JÖNSSON
huvudsekreterare för ämnesrådet
för medicin, Vetenskapsrådet

LARS-TORSTEN LARSSON
avdelningschef, Socialstyrelsen

LARS OHLY
tidigare ordförande,
Funktionsrätt Sverige

LARS OSCARSSON
professor, Ersta Sköndal högskola

JENNY REHNMAN
avdelningschef, Socialstyrelsen

SINEVA RIBEIRO
förbundsordförande, Vårdförbundet

HEIDI STENSMYREN
ordförande, Sveriges läkarförbund

ANDERS SYLVAN
landstingsdirektör,
Västerbottens Läns Landsting

MAGNUS WALLINDER
förvaltningschef, Ljungby kommun

13 Ordförklaringar och förkortningar

Bias	Systematiska fel i en undersökning som innebär att undersökningens resultat blir otillförlitligt.
Blindad	Maskering, åtgärder för att hemlighålla vissa centrala omständigheter i en undersökning tills den är avslutad och resultaten ska bearbetas. Viktigaste exemplet: i en blindad studie är det okänt vilka deltagare som får den ena eller den andra av de prövade behandlingsformerna.
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
CERQual	Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research. Metod för att bedöma säkerheten i det vetenskapliga underlaget när underlaget bygger på studier med kvalitativ metodik.
Desorganiserad anknytning (D)	Sannolikheten för att barn utvecklar Desorganiserad (D) anknytning ökar om omvårdnaden av barnet under det första levnadsåret varit inkonsekvent och innehållit för barnet alltför stora inslag av omvårdnadsbeteenden som barnet uppfattat som skrämmande. Genom att hjälpa föräldrar förändra sina omvårdnadsbeteenden under barnets första och andra levnadsår, har anknytningsbaserade interventionerna kunnat minska andelen barn som utvecklar D-anknytning respektive få en ökad andel barn att förändra sin anknytning från D till en organiserad form av anknytning (A, B eller C). Tidig D-anknytning är den form av anknytning som är starkast förknippad med senare utveckling av psykisk ohälsa och kamratsvårigheter.

Evidensstyrka	Evidensstyrkan är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från förekomsten av försvagande eller förstärkande faktorer (påverkansfaktorer), det vill säga studiekvalitet, samstämmighet, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, till exempel dos-responssamband.
GRADE	The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. Evidensgradering i syfte att bedöma det vetenskapliga underlagets styrka.
ICER	Inkrementell kostnadseffektivitetskvot (incremental cost-effectiveness ratio) är resultatet av en kostnadseffektivitetsanalys. I kvoten beräknas först skillnaden i kostnader mellan den utvärderade åtgärden och en alternativ åtgärd, vilket blir den inkrementella kostnaden. Denna divideras sedan med skillnaden i effekt mellan de två åtgärderna, det vill säga den inkrementella effekten. Resultatet av kvoten blir den inkrementella kostnaden per effekt för den utvärderade åtgärden jämfört med ett specifikt alternativ, vilket kan tolkas som kostnaden för att uppnå ytterligare en effekt när man byter från den ena åtgärden till den andra.
Insats	Aktivitet som är inriktad på visst resultat.
Kondensering	Ett textavsnitt förkortas och görs mer lätthanterligt, samtidigt som det centrala innehållet bevaras och inget väsentligt försvinner.
Konfidensintervall (KI)	Ett talintervall som med viss angiven sannolikhet innefattar det sanna värdet av t.ex. ett medeltal eller en oddskvot. Konfidensintervallet innehåller alla tänkbara värden som inte kan förkastas på grundval av föreliggande data. Vanligen anges övre och nedre gränsen för ett konfidensintervall som har 95 procents sannolikhet.
Kontrollgrupp	den deltagargrupp i en undersökning som endera får överksam behandling/insats eller en för närvarande ordinär behandling/insats. Gruppens resultat jämförs med dem i en grupp som får en ny behandling/insats.
Kostnadseffektanalys	Cost-effectiveness analysis, hälsoekonomisk analys som beräknar kostnaden per uppnådd effekt för en viss åtgärd, till exempel kostnad per vunnet levnadsår. Möjliggör jämförelser mellan åtgärder.
Metaanalys	Statistisk sammanvägning av resultat från flera studier. En metod att göra en samlad bedömning av ett antal jämförande undersökningar genom att statistiskt sammanföra deras resultat. Metaanalysen redovisar samtliga delresultat i form av ett resultatmått (t. ex. SDM) med tillhörande konfidensintervall. De summerade resultatmått ger en uppfattning om huruvida publikationerna visat att en insats är bättre än en annan.
Metasyntes	Syntes och analys av kvalitativa fynd
Multicenterstudie	Klinisk undersökning som utförs vid ett flertal centra (kliniker, sjukhus, verksamheter) för att man inom rimlig tid ska kunna studera tillräckligt antal patienter.
QALY	Quality-adjusted life years, kvalitetsjusterade levnadsår, ett mått på sjuklighet i en befolkning eller en grupp som anger den återstående livslängden i friska år. Olika sjukdomar/skador ges olika vikter beroende på svårighetsgrad (1=full hälsa, 0=död). Utifrån sjukdomen/skadans förekomst (prevalens) summeras de viktade levnadsåren för att beräkna antalet återstående friska år. QALYs används oftast som ett mått på effekten av medicinska åtgärder i hälsoekonomiska analyser.

Randomiserad och kontrollerad studie (RCT)	Experimentell studie med slumpvis fördelning av individer mellan försöks- och kontrollgrupper och aktiv behandling. Genom randomiseringen minskar risken att studiegrupperna skiljer sig åt före studiens start. Randomiseringen fördelar okända störfaktorer (confounders) lika mellan grupperna.
Ratificera	Att ratificera ett internationellt avtal betyder att ett land binder sig till att följa avtalet.
Riskskillnad (RD)	Resultatskillnad mellan två grupper, beräknas som differensen mellan det högre och det lägre risktalet. Risktalet innebär antalet personer som drabbas av händelsen dividerat med totala antalet personer i gruppen.
Standardiserad medelvärdesskillnad (SMD)	Effektstorlek som räknas ut genom att man subtraherar en grupps medelvärde från en annan grupps medelvärde och dividerar med gruppernas genomsnittliga standardavvikelse. Vanligtvis motsvarar $d = 0,20$ en liten effekt, $d = 0,50$ en medelstor effekt, och $d = 0,80$ en stor effekt av insatsen.
Statistiskt signifikant	Statistiskt säkerställt, ett uttryck för att det är liten sannolikhet (oftast högst 5%) att slumpen skulle ha orsakat de observerade skillnaderna.
Studie med kvalitativ metodologi	Studie som inte i första hand besvarar frågor genom siffermässiga resultat utan som tolkar händelser och utvecklar begreppsmässiga strukturer. Det vanligaste arbetssättet är omfattande intervjuer.
Styrka (power)	Statistiskt begrepp som anger den beräknade sannolikheten för att en undersökning med viss statistisk signifikansnivå ska kunna påvisa en skillnad mellan grupperna, om en sådan skillnad verkligen existerar. Styrkan anger alltså sannolikheten för att man ska kunna undgå att begå ett »fel av typ II, och styrkevärdet är 1 minus »beta-värdet. Om beta-värdet är 0,10 är alltså styrkan 0,90; man har 90 procents sannolikhet för att kunna påvisa en eventuellt befintlig skillnad.
Systematisk översikt	En översikt som avser en tydligt formulerad fråga och som använder systematiska och explicita metoder för att identifiera, välja ut och kritiskt bedöma relevanta studier samt för att samla in och analysera uppgifter från dessa. Statistiska metoder (metaanalys) används ibland för att analysera och sammanfatta resultaten av de inkluderade studierna.

14 Referenser

1. Kloppen K, Mæhle M, Kvello Ø, Haugland S, Breivik K. Prevalence of Intrafamilial Child Maltreatment in the Nordic countries: A Review. *Child Abuse Rev* 2015;24:51-66.
2. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci* 2016;17:652-66.
3. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl* 2008;32:607-19.
4. Leiter J. School performance trajectories after the advent of reported maltreatment. *CYSR Child Youth Serv Rev* 2007;29:363-82.
5. Thornberry TP, Ireland TO, Smith CA. The importance of timing: the varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Dev Psychopathol* 2001;13:957-79.
6. Grip K. The damage done : children exposed to intimate partner violence and their mothers - towards empirically based interventions in order to reduce negative health effects in children. Göteborgs, universitet Psykologiska, institutionen 2012.
7. Koenen KC, Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Purcell S. Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Dev Psychopathol* 2003;15:297-311.
8. Kuhlman KR, Howell KH, Graham-Bermann SA. Physical Health in Pre-school Children Exposed to Intimate Partner Violence. *J Fam Viol* 2012;27: 499-510.
9. Howarth E, Moore THM, Welton NJ, Lewis N, Stanley N, MacMillan H, et al. IMPROving Outcomes for children exposed to domestic Violence (IMPROVE): an evidence synthesis. *Public Health Res* 2016;4.
10. Graham-Bermann SA, Howell KH, Miller LE, Lilly MM, Lilly MM. Traumatic Events and Maternal Education as Predictors of Verbal Ability for Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence (IPV). *J Fam Viol* 2010;25:383-92.
11. Gustafsson HC, Coffman JL, Harris LS, Langley HA, Ornstein PA, Cox MJ.

- Intimate partner violence and children's memory. *J Fam Psychol* 2013;27:937-44.
12. Hungerford A, Wait SK, Fritz AM, Clements CM. Exposure to intimate partner violence and children's psychological adjustment, cognitive functioning, and social competence: A review. *Aggress Violent Behav* 2012;17:373-82.
 13. Hamby S, Finkelhor D, Turner H. Teen dating violence: Co-occurrence with other victimizations in the National Survey of Children's Exposure to Violence (NatSCEV). *Psychol Violence* 2012;2:111-24.
 14. Boy A, Salihu HM. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *Int J Fertil Womens Med* 2004;49.
 15. Donovan BM, Spracklen CN, Schweizer ML, Ryckman KK, Saftlas AF. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2016;123:1289-99.
 16. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynaecol Obstet* 2016;133:269-76.
 17. Socialstyrelsen. Socialtjänstens behov av kunskapsunderlag. En kartläggning. 2015; Artikelnummer: 2015-2-49. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/>.
 18. UNICEF. Handbok om Barnkonventionen Stockholm: UNICEF Sverige. ISBN 978-91-633-1689-0. 2008.
 19. Rikshandboken Barnhälsovård - webbaserad hand- och metodbok för barnhälsovården. Available from: <http://www.rikshandboken-bhv.se/>.
 20. Finkelhor D. Childhood victimization: violence, crime and abuse in the lives of young people. New York, Oxford University Press; 2008.
 21. Gilbert R, Fluke J, O'Donnell M, Gonzalez-Izquierdo A, Brownell M, Gulliver P, et al. Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet* 2012;379:758-72.
 22. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373:68-81.
 23. Janson S, Jernbro C, Långberg B, Allmänna b. Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige : en nationell kartläggning 2011. Stockholm, Stiftelsen Allmänna barnhuset; 2011.
 24. Lucas S, Jernbro C. Försummelse av barn – ett försummat problem. [Neglect of Children--a neglected problem]. *Lakartidningen* 2014;111:2102-4.
 25. Campbell JA, Walker RJ, Egede LE. Associations Between Adverse Childhood Experiences, High-Risk Behaviors, and Morbidity in Adulthood. *Am J Prev Med* 2016;50:344-52.
 26. Cater AK, Andershed AK, Andershed H. Youth victimization in Sweden: prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. *Child Abuse Negl* 2014;38:1290-302.
 27. Krug EG, WHO. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization; 2002.
 28. WHO. Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020. In. World Health Organisation, Copenhagen; 2014.
 29. Jernbro C, Janson S. Våld mot barn 2016 – En nationell kartläggning. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset. 2017.
 30. Durrant JE, Ensom R. Twenty-Five Years of Physical Punishment Research: What Have We Learned? *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;28:20-24.
 31. Berger LR, Waldfogel J. Economic Determinants and Consequences of Child Maltreatment. OECD Social Employment and Migration Working Papers, No. 111, OECD Publishing, Paris 2011.

32. Dalziel K, Segal L. Home visiting programmes for the prevention of child maltreatment: cost-effectiveness of 33 programmes. *Arch Dis Child* 2012;97:787-98.
33. Cohen MA, Piquero AR, Jennings WG. Estimating the costs of bad outcomes for at-risk youth and the benefits of early childhood interventions to reduce them. *Crim Justice Policy Rev* 2010;21:391-434.
34. WSIPP, Washington State Institute for Public Policy. Available from: <http://www.wsipp.wa.gov>.
35. Currie J, Widom CS. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreat* 2010;15:111-20.
36. Corso PS, Edwards VJ, Fang X, Mercy JA. Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *Am J Public Health* 2008;98:1094-100.
37. Socialstyrelsen. Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga – En undersökning om omfattning och regionala skillnader. Stockholm, Socialstyrelsen; 2012.
38. Socialstyrelsen. Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2014. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-33> 2015.
39. Gypen L, Vanderfaeillie J, De Maeyer S, Belenger L, Van Holen F. Outcomes of children who grew up in foster care: Systematic-review. *Child Youth Serv Rev* 2017;76:74-83.
40. SBU. Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2017. ISBN 978-91-88437-07-5.
41. Wiklund S, Sjöblom Y. När samhället träder in: barn, föräldrar och social barnavård. Lund: Studentlitteratur; 2012.
42. Forkby T, Institutionen för socialt a. Ungdomsvård på hemmaplan idéerna, framväxten, praktiken. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet; 2005.
43. Zubrick SR, Ward KA, Silburn SR, Lawrence D, Williams AA, Blair E, et al. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prev Sci* 2005;6:287-304.
44. Farmer ERG. Using Research to Develop Practice in Child Protection and Child Care. In: *Domestic Violence and Child Protection: Directions for Good Practice*: Jessica Kingsley; 2006. p 124-36.
45. Steinsvåg PØ. Få slut på våldet – Om säkerhetsarbete för barn. In: *Barn som upplever våld: nordisk forskning och praktik*. Stockholm: Gothia; 2007.
46. Wathen CN, MacMillan HL. Children's exposure to intimate partner violence: Impacts and interventions. *Paediatr Child Health* 2013;18:419-22.
47. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.
48. Higgins J, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Cochrane Book Series 2008.
49. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
50. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gulmezoglu M, et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med* 2015;12:e1001895.
51. Barnrättsbyrån. Barnens röster – En utvärdering av Barnrättsbyråns arbete med barn och unga. 2016.
52. Maskrosbarn. Jag är bara en påse med pengar: en rapport av Maskrosbarn om ungdomars upplevelse av insatser från socialtjänsten. In: *Maskrosbarn*, Stockholm; 2016.
53. Hughes JR, Gotfrieb LN. The effects of the Webster-Stratton parenting program on maltreating families:

- fostering strengths. *Child Abuse Negl* 2004;28:1081-97.
54. Jacobsen SL, McKinney CH, Holck U. Effects of a dyadic music therapy intervention on parent-child interaction, parent stress, and parent-child relationship in families with emotionally neglected children: a randomized controlled trial. *J Music Ther* 2014;51:310-32.
 55. Dozier M, Dozier D, Manni M. Recognizing the special needs of infants' and toddlers' foster parents: Development of a relational intervention. *Zero Three Bulletin* 2002;22:7-13.
 56. Dozier M, Lindhiem O, Ackerman J. Attachment and biobehavioral catch-up. In: L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments*. New York: Guilford; 2005. p 178-94.
 57. Lieberman AF, Compton NC, Van Horn P, Ghosh Ippen C. *Losing a parent to death in the early years: Guidelines for the treatment of traumatic bereavement in infancy*. Washington D.C.: Zero Three Press. 2003.
 58. Lieberman AF, Van Horn P. *Don't hit my mommy: A manual for child parent psychotherapy with young witnesses of family violence*. Zero Three Press: Washington, D.C. 2004.
 59. Lieberman AF, Van Horn P. *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: The Guilford Press. 2008.
 60. Graham-Bermann SA. Evaluating interventions for children exposed to family violence. *J Aggress Maltreat Trauma* 2000;4:191-216.
 61. Graham-Bermann SA, Follett C. *Fostering resilience in young children exposed to violence*. Department of Psychology, University of Michigan. 2001.
 62. Graham-Bermann SA, Halabu H. *Fostering resilient coping in children exposed to violence: Cultural considerations*, in P. G. Jaffe, L. L. Baker, & A. Cunningham (Eds.) *Protecting children from domestic violence*. (pp. 71-88). New York: Guilford Press. 2004.
 63. Runyon MK, Deblinger E, Ryan EE, Thakkar-Kolar R. An overview of child physical abuse: developing an integrated parent-child cognitive-behavioral treatment approach. *Trauma Violence Abuse* 2004;5:65-85.
 64. Runyon MK, Deblinger E, Schroeder CM. Pilot Evaluation of Outcomes of Combined Parent-Child Cognitive-Behavioral Group Therapy for Families at Risk for Child Physical Abuse. *Cogn Behav Pract* 2009;16:101-18.
 65. Swenson CC, Penman JE, Henggeler SW, Rowland MD. *Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect*, revised edition. Charleston, SC: Family Services Research Center, National Institute of Mental Health, and Connecticut Department of Children and Families. 2011.
 66. Swenson CC, Schaeffer CM. *Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect*. In A. Rubin & D. Springer (Eds.), *Programs and Interventions for Maltreated Children and Families at Risk* (pp. 31-42). Hoboken, NJ: Wiley. 2011.
 67. Swenson CC, Schaeffer CM, Tuerk EH, Henggeler SW, Tuten M, Panzarella P, et al. Adapting Multisystemic Therapy for co-occurring child maltreatment and parental substance abuse: The building stronger families project. *J Emot Behav Disord Youth, W*, 2009;3-8.
 68. Eyberg S. *Parent-Child Interaction Therapy: Integration of Traditional and Behavioral Concerns*. *Child Fam Behav Therapy* 1988;10:33-46.
 69. Jouriles EN. *Reducing Conduct Problems Among Children of Battered Women*. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69:774-85.
 70. Deblinger E, Cohen J, Mannarino A. *Child and Parent Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Treatment Manual*. Pittsburgh, Pa: Allegheny

- General Hospital Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents. 2003.
71. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. New York, The Guilford; 2006.
 72. Saunders DG. Procedures for adjusting self-reports of violence for social desirability bias. *J Interpers Violence* 1991;6:336-44.
 73. Azrin NH, Donohoe B, Basalel BA, Kogan ES, Acierno R. Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *J Child Adolesc Subst Abuse* 1994;3:1-14.
 74. Briere J, Par. Trauma symptom checklist for children (TSCC). Odessa, FL: PAR.; 1996.
 75. Briere J, Johnson K, Bissada A, Damon L, Crouch J, Gil E, et al. Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and Association With Abuse Exposure in a Multi-Site Study. *Child Abuse Negl* 2001;25:1001-14.
 76. Achenbach TM. Manual for the ASEBA preschool forms & profiles: an integrated system of multi-informant assessment. Burlington, Vt., ASEBA; 2000.
 77. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiat* 1997; 38:581-6.
 78. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:980-8.
 79. Reynolds CR, Kamphaus RW. BASC : Behavior Assessment System for Children: manual. Circle Pines, MN, American Guidance Service, Inc.; 1992.
 80. Eyberg SM, Pincus D. ECBI & SESBI-R: Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised : professional manual. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources; 1999.
 81. Briggs-Gowan MJ, Carter ASC, Psychological C. BITSEA : brief infant-toddler social and emotional assessment. San Antonio, TX, PsychCorp; 2006.
 82. Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:561-70.
 83. Bimler D, Kirkland J. Unifying Versions and Criterion Sorts of the AQS with a Spatial Model. *Canadian Journal of Infancy and Early Childhood* 2002;9:2-18.
 84. Abidin RR. Parenting Stress Index : manual (PSI). Charlottesville, Va., Pediatric Psychology Press; 1983.
 85. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress Journal of Traumatic Stress* 1995;8:75-90.
 86. Lovibond SH, Lovibond PF, Psychology Foundation of A. Manual for the depression anxiety stress scales. Sydney, N.S.W., Psychology Foundation of Australia; 1995.
 87. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973;9:13-28.
 88. Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identification of Child Maltreatment With the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and Psychometric Data for a National Sample of American Parents. *Child Abuse Negl* 1998;22:249-70.
 89. Milner JS. The child abuse potential inventory: manual. Dekalb, Psytec; 1987.
 90. Shelton KK, Frick PJ, Wootton J. Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *J Clin Child Adolesc Psychol* 1996;25:317-29.

91. Campis LK, Lyman RD, Prentice-Dunn S. The Parental Locus of Control Scale: Development and Validation. *J Clin Child Psychol* 1986;15:260-67.
92. Sharp ME. A multiple rater validation of the parenting dimensions inventory (PDI); 1988.
93. Eyberg SM, Robinson EA. Dyadic parent-child interaction coding system : a manual. [Washington, D.C.], American Psychological Association; 1981.
94. Pederson DR, Moran G. A Categorical Description of Infant-Mother Relationships in the Home and Its Relation to Q-Sort Measures of Infant-Mother Interaction. *Monogr Soc Res Child Dev* 1995;60.
95. Matas L, Arend RA, Sroufe LA. Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Dev* 1978;49:547-56.
96. Ainsworth MDS, Bell SM. Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of one-year olds in a strange situation. *Child Dev* 1970;41:49-67.
97. NICHD Early Child Care Research Network. Child-care and family predictors of preschool attachment and stability from infancy. *Dev Psychol* 2001;37:847-62.
98. Moss E, Dubois-Comtois K, Cyr C, Tarabulsy GM, St-Laurent D, Bernier A. Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. *Dev Psychopathol* 2011;23:195-210.
99. Dubois-Comtois K, Cyr C, Tarabulsy GM, St-Laurent D, Bernier A, Moss E. Testing the limits: Extending attachment-based intervention effects to infant cognitive outcome and parental stress. *Dev Psychopathol* 2017;29:565-74.
100. Bernard K, Dozier M, Bick J, Lewis-Morrarty E, Lindhiem O, Carlson E. Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a Randomized Clinical Trial. *Child Dev* 2012;83:623-36.
101. Lind T, Bernard K, Ross E, Dozier M. Intervention effects on negative affect of CPS-referred children: results of a randomized clinical trial. *Child Abuse Negl* 2014;38:1459-67.
102. Oxford ML, Spieker SJ, Lohr MJ, Fleming CB. Promoting First Relationships®. *Child Maltreat* 2016;21:267-77.
103. Lieberman AF, Ghosh Ippen C, Van Horn P. Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:913-8.
104. Lieberman AF, Van Horn P, Ippen CG. Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:1241-8.
105. Stronach EP, Toth SL, Rogosch F, Cicchetti D. Preventive interventions and sustained attachment security in maltreated children. *Dev Psychopathol* 2013;25:919-30.
106. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Dev Psychopathol* 2006;18:623-49.
107. Toth SL, Sturge-Apple ML, Rogosch FA, Cicchetti D. Mechanisms of change: Testing how preventative interventions impact psychological and physiological stress functioning in mothers in neglectful families. *Dev Psychopathol* 2015;27:1661-74.
108. Graham-Bermann SA, Lynch S, Banyard V, DeVoe ER, Halabu H. Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence: An efficacy trial. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:199-209.
109. Graham-Bermann SA, Miller LE. Intervention to reduce traumatic stress following intimate partner violence: An efficacy trial of the Moms' Empowerment Program (MEP). *Psychodyn Psychiatry* 2013;41:329-49.

110. Graham-Bermann SA, Miller-Graff L. Community-based intervention for women exposed to intimate partner violence: A randomized control trial. *J Fam Psychol* 2015;29:537-47.
111. Overbeek MM, de Schipper JC, Lamers-Winkelmann F, Schuengel C. Effectiveness of specific factors in community-based intervention for child-witnesses of interparental violence: a randomized trial. *Child Abuse Negl* 2013;37:1202-14.
112. Grogan-Kaylor A, Galano MM, Howell KH, Miller-Graff L, Graham-Bermann SA. Reductions in Parental Use of Corporal Punishment on Pre-School Children Following Participation in the Moms' Empowerment Program. *J Interpers Violence* 2016;9:9.
113. Runyon MK, Deblinger E, Steer RA. Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: An initial study. *Child Fam Behav Therapy* 2010;32:196-218.
114. Swenson CC, Schaeffer CM, Henggeler SW, Faldowski R, Mayhew AM. Multi-systemic Therapy for Child Abuse and Neglect: a randomized effectiveness trial. *J Fam Psychol* 2010;24:497-507.
115. Chaffin M, Funderburk B, Bard D, Valle LA, Gurwitsch R. A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79:84-95.
116. Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, Valle LA, Brestan EV, Balachova T, et al. Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:500-10.
117. Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ. Parent-child interaction therapy: an evidence-based treatment for child maltreatment. *Child Maltreat* 2012; 17:253-66.
118. Terao SY. Treatment Effectiveness of Parent Child Interaction Therapy with Physically abusive Parent-Child Dyads. 1999.
119. McDonald R, Jouriles EN, Skopp NA. Reducing conduct problems among children brought to women's shelters: Intervention effects 24 months following termination of services. *J Fam Psychol* 2006;20:127-36.
120. Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D, Stephens N, Corbitt-Shindler D, Miller PC. Reducing conduct problems among children exposed to intimate partner violence: a randomized clinical trial examining effects of Project Support. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:705-17.
121. Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D, Norwood WD, Spiller L, Stephens N, et al. Improving parenting in families referred for child maltreatment: a randomized controlled trial examining effects of Project Support. *J Fam Psychol* 2010;24:328-38.
122. Broberg A, Hultmann O, Axberg U. Förekomst, bedömning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) av patienter som utsatts för våld i familjen. Bilaga till slutrapport till FORTE avseende FAS-projekt nr 2011-0350. Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen; 2016.
123. Cohen JA, Mannarino AP, Iyengar S. Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165:16-21.
124. Donohue B, Azrin NH, Bradshaw K, Van Hasselt VB, Cross CL, Urgelles J, et al. A controlled evaluation of family behavior therapy in concurrent child neglect and drug abuse. *J Consult Clin Psychol* 2014;82:706-20.
125. Sanders MR, Pidgeon AM, Gravestock F, Connors MD, Brown S, Young RW. Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the Triple P-Positive Parenting Program with parents at risk of child maltreatment? *Behav Therapy* 2004; 35:513-35.
126. Guterman NB, Tabone JK, Bryan GM, Taylor CA, Napoleon-Hanger C, Banman A. Examining the effectiveness of home-based parent aide services to

- reduce risk for physical child abuse and neglect: six-month findings from a randomized clinical trial. *Child Abuse Negl* 2013;37:566-77.
127. MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle MH, Shannon HS, et al. Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial *Lancet* 2005;365:1786-93.
128. McFarlane JM, Groff JY, O'Brien JA, Watson K. Behaviors of children following a randomized controlled treatment program for their abused mothers. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2005;28:195-211 17p.
129. Cossar J, Brandon M, Jordan P. 'You've got to trust her and she's got to trust you': children's views on participation in the child protection system. *Child Fam Soc Work* 2014;21:103-12.
130. McManus E, Belton E, Barnard M, Cotmore R, Taylor J. Recovering from domestic abuse, strengthening the mother-child relationship: Mothers' and children's perspectives of a new intervention. *Child Care Pract* 2013;19:291-310.
131. Cossar J, Brandon M, Jordan P. 'Don't make assumptions': Children's and young people's views of the child protection system and messages for change, Office of the Children's Commissioner; 2011.
132. Petra M, Kohl P. Pathways Triple P and the child welfare system: A promising fit. *Child Youth Serv Rev* 2010;32:611-8.
133. Bolen MG, McWey LM, Schlee BM. Are at-risk parents getting what they need? Perspectives of parents involved with child protective services. *Clin Soc Work J* 2008;36:341-54.
134. Kelleher L, Cleary M, Jackson D. Compulsory participation in a child protection and family enhancement program: mothers' experiences. *Contemp Nurse* 2012;41:101-10.
135. Kinsworthy S, Garza Y. Filial therapy with victims of family violence: A phenomenological study. *J Fam Violence* 2010;25:423-29.
136. Källström Cater Å, Grip K. Kids Club i Sverige. Resultat från en förstudie av en metod för att stödja barn som upplevt våld mot mamma. Working Papers and Repots Social work, Örebro universitet 2014;4.
137. Rizo CF, Reynolds A, Macy RJ, Ermentrout DM. Parenting and Safety Program for System-Involved Female Survivors of Intimate Partner Violence: A Qualitative Follow-up Study. *J Fam Violence* 2016;31:833-48.
138. Lewis EM, Feely M, Seay KD, Fedoravicius N, Kohl PL. Child Welfare Involved Parents and Pathways Triple P: Perceptions of Program Acceptability and Appropriateness. *J Child Fam Stud* 2016;25:3760-70.
139. Gockel A, Russell M, Harris B. Recreating Family: Parents Identify Worker-Client Relationships as Paramount in Family Preservation Programs. *Child Welfare* 2008;87:91-113.
140. Bundy-Fazioli K, DeLong Hamilton TA. A Qualitative Study Exploring Mothers' Perceptions of Child Neglect. *Child Youth Serv* 2013;34:250-266 17p.
141. Fuller TL, Pacey MS, Schreiber JC. Differential Response family assessments: listening to what parents say about service helpfulness. *Child Abuse Negl* 2015;39:7-17.
142. Reimer EC. Relationship-based practice with families where child neglect is an issue: Putting relationship development under the microscope. *Australian Social Work* 2013;66:455-70.
143. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evid Based Child Health Cochrane Review Journal* 2012;2:318-692.
144. Sampaio F, Enebrink P, Mihalopoulos C, Feldman I. Cost-effectiveness of four parenting programs and bibliotherapy for parents of children with conduct problems. *J Ment Health Policy Econ* 2016;19:201-12.

145. Sloan S, Winter K, Lynn F, Gildea A, Connolly P. The impact and cost effectiveness of Nuture Groups in Primary Schools in Northern Ireland. Belfast: Centre for Effective Education, Queens University Belfast. 2016.
146. Dalziel K, Dawe S, Harnett PH, Segal L. Cost-effectiveness analysis of the Parents under Pressure programme for methadone-maintained parents. *Child Abuse Rev* 2015;24:317-31.
147. Mihalopoulos C, Magnus A, Lal A, Dell L, Forbes D, Phelps A. Is implementation of the 2013 Australian treatment guidelines for posttraumatic stress disorder cost-effective compared to current practice? A cost-utility analysis using QALYs and DALYs. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49:360-76.
148. The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC), [cited 2018 Feb 22]. Available from: <http://www.cebc4cw.org/>.
149. Svedin CG, Nilsson D, Kjellgren C, Thulin J. Slutrapport KIBB-projektet Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel 2013-2015; 2015.
150. Almqvist K, Draxler H. Project support: En genomförbarhetsstudie av ett individuellt föräldrastöd i socialtjänsten för våldsutsatta föräldrar. Karlstad University studies, Karlstad; 2016. Forskningsrapport 2016:26.
151. Broberg A, Hultmann O, Axberg U. Förekomst, bedömning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) av patienter som utsatts för våld i familjen. Bilaga till slutrapport till FORTE avseende FAS-projekt nr. 2011-0350. Psykologiska institutionen Göteborgs universitet 2016.
152. Ungar WJ. Economic evaluation in child health. Oxford; Oxford University Press; 2010.
153. Ericastiftelsen. [cited 2017 Nov 11]. Available from: <http://www.ericastiftelsen.se/>.
154. Stiftelsen Allmänna Barnhuset, [cited July 13 2017]. Available from: <http://www.allmannabarnhuset.se/>.
155. Bucher HC, Guyatt GH, Griffith LE, Walter SD. The results of direct and indirect treatment comparisons in meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Epidemiol* 1997;50:683-91.
156. Kiefer C, Sturtz S, Bender R. Indirect comparisons and network meta-analyses. *Dtsch Arztebl Int* 2015;112:803-8.
157. Wertheim EH, Donnoli M. Do offender and victim typical conflict styles affect forgiveness? *International Journal of conflict management* 2012;23:4-23.
158. Janson S. Kapitel 14: Att bevaka barns rätt till en god hälsa. In: Cederborh A-C, Warnling-Nerep W, editors. In: Barnrätt - en antologi. Stockholm: Norstedts Juridik AB; 2014.
159. Taket A. Health equity, social justice and human rights. Routledge/Taylor and Francis Group, London and New York; 2012.
160. Groh AM, Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Steele RD, Roisman GI. The significance of attachment security for children's social competence with peers: a meta-analytic study. *Attach Hum Dev* 2014; 16:103-36.
161. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Dev* 2010;81:435-56.
162. Groh AM, Roisman GI, van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon RP. The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Dev* 2012;83:591-610.
163. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol* 2008;36:567-89.
164. McIntosh E, Barlow J, Davis H, Stewart-Brown S. Economic evaluation of an intensive home visiting programme for vulnerable families: a cost-effectiveness

- analysis of a public health intervention. *J Public Health (Oxf)* 2009;31:423-33.
165. Gospodarevskaya E, Segal L. Cost-utility analysis of different treatments for post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012;6:15.
166. Macdonald G, Livingstone N, Hanratty J, McCartan C, Cotmore R, Cary M, et al. The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. *Health Technol Assess* 2016;20:1-508.
167. Dartington Social Research Unit, Investing in children. [Cited 2018 Feb] Available from: <http://investinginchildren.eu/>
168. Kazantzis N, Whittington C, Dattilo F. Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: a replication and extension. *Clin Psychol Sci Prac* 2010;17:144-56.
169. Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chic)* 2011;48:98-102.
170. Shirk SR, Karver M. Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:452-64.
171. Cater AK. Children's Descriptions of Participation Processes in Interventions for Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Child Adolesc Social Work J* 2014;31:455-73.
172. Pernebo K, Almqvist K. Young children's experiences of participating in group treatment for children exposed to intimate partner violence: A qualitative study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2016;21:119-32.
173. Löfholm CA, Olsson T, Sundell K, Hansson K. Multisystemic therapy with conduct-disordered young people: stability of treatment outcomes two years after intake. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice Evid Policy: A Journal of Research, Debate and Practice* 2009;5:373-97.
174. Howarth E, Moore TH, Shaw AR, Welton NJ, Feder GS, Hester M, et al. The Effectiveness of Targeted Interventions for Children Exposed to Domestic Violence: Measuring Success in Ways that Matter to Children, Parents and Professionals. *Child abuse rev* 2015;24:297-310.
175. Annerbäck EM, Wingren G, Svedin CG, Gustafsson PA. Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatr* 2010;99:1229-36.
176. Jernbro C, Tindberg Y, Lucas S, Janson S. Quality of life among Swedish school children who experienced multitype child maltreatment. *Acta Paediatr* 2015;104:320-5.
177. Luborsky L, Diguier L, Seligman DA, Rosenthal R, Krause ED, Johnson S, et al. The Researcher's Own Therapy Allegiances: A Wild Card in Comparisons of Treatment Efficacy. *CPSP Clinical Psychology: Science and Practice* 1999;6:95-106.
178. SBU. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport 202. ISBN 978-91-85413-38-6.
179. SBU. Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) 2016; SBU-rapport nr 252. ISBN 978-91-85413-00-0.
180. Kjellgren C, Nilsson D, J. T. Implementering av en strukturerad behandlingsmodell vid barnmisshandel – ett tioårsperspektiv *Socialmedicinsk tidskrift* 4/2017 2017.

181. Broberg A, Almqvist K, Appell P, Axberg U, Cater As, Draxler H, et al. Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn. 2015.
182. Källström Cater Å, Grip K. KIDS CLUB I SVERIGE. Resultat från en förstudie av en metod för att stödja barn som upplevt våld mot mamma. In: Örebro Universitet.
183. Nilsson D, Svedin CG. KUNSKAPSÖVERSIKT om stöd och behandling för barn som utsatts för sexuella övergrepp och fysisk miss-handel. In: Barnafriid Linköpings universitet, Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Stockholm 2017; 2017.
184. Cicchetti D, Valentino K. An ecological transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence upon child development. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2 ed., Vol. 3, pp. 129-201). New York, NY: Wiley. 2006.
185. Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM, Egeland K, Granly L, Hoaas LC, et al. A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2014;43:356-69.
186. Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C, Burns BJ, Kolko DJ, Putnam FW, et al. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37:156-83.
187. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How we design feasibility studies. *Am J Prev Med* 2009;36:452-7.
188. Statens, Folkhälsoinstitut. Socialtjänstens insatser för barn och ungdomar i risk-situationer: kartläggning av selektiv prevention i 25 kommuner. In; 2012.
189. Dean F, Karen B, Allison M, Melissa Van D. Statewide Implementation of Evidence-Based Programs. *Except Child* 2013;79:213-30.
190. Wilson SJ, Lipsey MW. School-Based Interventions for Aggressive and Disruptive Behavior: Update of a Meta-Analysis. *AMEPRE Am J Prev Med: Supplement* 2007;33:S130-S143.
191. Casillas KL, Fauchier A, Derkash BT, Garrido EF. Implementation of evidence-based home visiting programs aimed at reducing child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl* 2016; 53:64-80.
192. Fixsen DL, Blase KA, Naoom SF, Wallace F. Core Implementation Components. *Research On Social Work Practice* 2009;19: 531-40.
193. Beck AT, Steer RA, Brown GK (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

webbplats: www.sbu.se • twitter: @SBU_se • telefon: 08-412 32 00