



LUND UNIVERSITY

Stöd till strukturerad uppföljning av stödgruppsverksamhet för barn i familjer med missbruk

Söderlind, Marie

2012

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Söderlind, M. (2012). *Stöd till strukturerad uppföljning av stödgruppsverksamhet för barn i familjer med missbruk*. (Working paper-serien; Vol. 2012, Nr. 3). Socialhögskolan, Lunds universitet.

Total number of authors:
1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Stöd till strukturerad uppföljning av stödgruppsverksamhet för barn i familjer med missbruk

MARIE SÖDERLIND

Nr 3 • 2012
ISSN 1650-8971

Uppdraget

Denna rapport har sammanställts på uppdrag av Socialstyrelsen i syfte att verka som stöd för de stödgrupper som redan påbörjat eller står i begrepp att börja med strukturerad utvärdering med för- och eftermätningar. Uppdraget för rapporten har varit kort vilket begränsar innehållet. Rapporten syftar till att övergripande resonera om lämpliga metoder och tillvägagångssätt för utvärdering samt till att vara ett stöd i sammanställning och tolkning av resultat.

Bakgrund

I Sverige startades stödgrupper för barn av Ersta Vändpunkten redan 1989 och syftet var då att erbjuda barn till alkoholmissbrukande föräldrar motsvarande stöd som vuxna anhöriga fick. Stödgruppsverksamhet för barn har sedan dess spridit sig över landet. Det är svårt att ge en exakt siffra på hur många barn i Sverige som lever i familjer med alkoholmissbruk. Beroende på hur missbruk definieras, rör det sig uppskattningsvis om 200,000 till 350,000 som är under 18 år (2008:28). Mellan tummen och pekfingret brukar man säga att vart femte barn växer upp i familjer med ett riskbruk av alkohol. Hur många av dessa som erhåller stöd av samhället är oklart men stödgrupper finns i flertalet av landets kommuner (Junisrapport, 2011).

Stödgruppsverksamhet tycks ha en relativt fast förankrad position i samhället, men avsaknaden av forskning inom området är stor, så väl i Sverige som internationellt. Ytterst lite kunskap om stödgruppsbarnens mående finns publicerad och det saknas kunskap om vilka eventuella effekter stödgrupper har på de barn som deltar. Det finns inte heller några studier på att stödgruppsverksamheten inte har någon negativ effekt på barnen. Då barn i familjer med missbruk lever i en utsatt situation med risk för psykosocial ohälsa har vi en såväl moralisk som etisk skyldighet att säkerställa att stödet de får är av god kvalitet och lämpar sig för deras problematik.

Metod

En enkät har skickats ut till kända stödgrupper i landet samt till Sveriges 290 kommuner. Enkätundersökningen presenteras inte här i sin helhet utan har legat till grund för att försöka definiera stödgrupperna och vilken problematik som barnen kan förväntas ha. För att fånga upp vilka behov stödgrupperna har och vad som efterfrågas har informationen även kompletterats med telefonintervjuer och studiebesök.

Totalt har 107 enkäter inkommit och av dessa är det 85 verksamheter som för närvarande bedriver 180 stödgrupper. Svaren omfattar såväl landsorter, minder städer och storstadsregioner och har en spridning från Jokkmokk i norr till Ystad i söder. De som inte har stödgrupper är vanligen små kommuner som anger att de samarbetar med närliggande kommun och i något enstaka fall har stödgrupperna lagts ned på grund av neddragningar i organisationen. Denna sammanställning är inte per definition representativ för landets alla stödgrupper, men efter det att ungefär hälften av enkäterna

inkommit tillfördes ingen ny information utan den redan befintliga bilden stärktes. Detta gör det rimligt att anta att ytterligare information från fler stödgrupper inte skulle påverka materialet radikalt i annan riktning varför resultatet ändå får ses som karakteristiskt för svenska stödgrupper.

Resultat

Stödgruppens struktur

Stödgrupper för barn är en preventiv insats och genomgången av enkäterna visar att det i huvudsak är kommunerna (83%) som i egen regi bedriver stödgrupper, men att det ibland sker i samverkan (14%) med såväl kyrka, landsting eller frivilligorganisation och i enstaka fall (3%) är det dessa som bedriver stödgrupper på egen hand. I endast ett fall bedrivs det av privat aktör. Vissa har bedrivit stödgrupper sedan början av 90-talet medan andra startat under det senaste året. Genomsnittet för hur länge verksamheterna har haft grupper är 9,5 år. Vissa av verksamheterna är små och arbetar med enbart några få barn per år, medan andra är väldigt stora, med ett par hundra barn i sin verksamhet. Stödgruppen har oftast två ledare och majoriteten av dessa är högskoleutbildade med vidareutbildning i en eller flera stödgruppsledarutbildningar. De två vanligaste professionerna är socionomer och socialpedagoger. Andra yrkeskategorier som är representerade i materialet är personal från kyrkan (diakoner, församlingspedagoger, präster), skolpersonal (förskolelärare, lärare, barnpedagoger), vårdpersonal (sjuksköterskor, undersköterskor, psykologer) samt behandlingsassistenter och beteendevetare. Alla stödgrupper har inskrivningssamtal och rutiner kring detta. Majoriteten har någon typ av avslutningssamtal med utvärdering med eget material som görs av den egna personalen.

Arton av enheterna använder sig av standardiserade instrument och några av dem ingår i pågående utvärderingsprojekt. Det allra vanligaste är att Livets steg används som enskilt mätinstrument men även Kasam och SDQ återfinns antingen som enskilt instrument eller i kombination tillsammans med Livets steg. Ungefär hälften av enheterna är nöjda med instrumenten och hälften är inte nöjda. Anledningen till att Livets steg används anges vara att det är kort och hanterbart medan längre formulär upplevs som tidskrävande och svåra att använda. Generellt finns det tre ställningstaganden när det kommer till användandet av mätinstrument. En grupp är positiva och önskar mer kunskap inom området. En annan grupp är positiv till att mäta men vill ha enklare formulär som inte är probleminriktade och den tredje gruppen vill inte mäta alls. Denna sista grupp anger bl.a. att de inte vill ställa frågor om psykisk ohälsa då frågorna i sig kan vara stigmatiserande och att det är föräldrarna som har problem och inte barnen.

För dem som vill utvärdera med mätinstrument uppges att det upplevs som tidskrävande. Då många stödgrupper drivs av personal som har sin huvudsakliga tjänst någon annanstans är det svårt att avsätta tid. Även tolkningen och förståelsen av resultatet av det som mäts upplevs som svårt och att det kan kännas som man mäter för mätandes skull.

De vanligaste grupperna som förekommer är stödgrupper för barn till föräldrar med missbruk, men inom många verksamheter bedrivs även grupper för barn till psykiskt sjuka föräldrar, barn som upp-

levt våld i familjen eller för de barn som befinner sig i en slitsam skilsmässa. I ungefär hälften av stödgrupperna arbetar man med specifika grupper utifrån problematik och i andra hälften blandas barn med olika typer av familjesituationer i samma grupp. Även här finns det olika ideologier, då vissa anser att barnen har samma typ av problem att bearbeta och att det fungerar väl med gemensam grupp, medan andra anser att problematiken är så pass olika att barnen inte bör blandas. Vissa blandgrupper finns av praktiska skäl, då antalet barn är för få för att dela upp i ämnesspecifika grupper.

Stödgrupper erbjuds vanligen för barn mellan 7-18 år, indelat i olika ålderskategorier, men det finns grupper som tar emot barn från 4 års ålder och de som låter de unga vara med i grupperna fram tills de är 21 år. Storleken på grupperna varierar mellan 2-10 barn, med ett genomsnitt på 6 barn per grupp. Stödgrupper bedrivs vanligen under en skoltermin med träff en gång i veckan under 1,5 -2 timmar. En tredjedel av stödgrupperna erbjuder barnen att gå i ytterligare en stödgrupp. Då det inte finns "påbyggnadsgrupper" önskar man att det ska ha gått en tid, alternativt att barnet väntar tills det tillhör nästa ålderskategori.

Stödgruppens arbetssätt

Det är ca 60 % av stödgrupperna som säger sig arbeta utifrån en specifik teori. Det finns dock ingen större samstämmighet i teoretisk utgångspunkt och valet av teori är mycket varierande. I vissa fall även tveksamt om det finns en teoretisk grund eller om det inte istället handlar om enskilda teoretiska komponenter. De allra flesta arbetar manualbaserat med material från Rädda Barnen, Hela Människan, Ersta och CAP, Junis och Bris. Några stödgrupper har skapat ett helt eget material eller plockat ihop olika komponenter ur befintliga manualer då man anser att manualerna är lite föråldrade eller att viktiga komponenter saknas.

Grundfunktionen i stödgruppen beskrivs vara själva gruppen, och att gruppen i sig har en stor del av funktionen. Den ger barnen en möjlighet att träffa andra, jämnåriga, i samma situation och de får en möjlighet att dela med sig av egna tankar samt ta del av andras tankar och känslor. Mycket fokus läggs på att våga sätta ord på det man normalt inte pratar om, och på så vis lära sig att uttrycka, bearbeta och hantera sina känslor. Vidare finns två betydelsefulla beståndsdelar. Det ena är att skapa en trygg och tillåtande atmosfär där barnen kan få må bra, skratta, ha roligt och att bara få vara barn. Det andra handlar om att förse barnen med fakta och kunskap kring problematiken. Utöver det är det tre komponenter som de allra flesta stödgrupper arbetar med; 1, Att avlasta barnen från skuld och skam och lära barnet att det inte är dess fel att den vuxna mår dåligt. 2, Att stärka barnet som individ genom att stärka självkänslan så att barnet ska få tillit till sig själv. 3, Att arbeta salutogent med skyddsfaktorer och att öka barnets känsla av förståelse och sammanhang. Vilka skyddsfaktorerna är dock outtalat.

Barn i dysfunktionella familjer

Vi vet väldigt lite om vilka barn det är som kommer till stödgrupperna och om hur de mår. Det vi vet är att barn som växer upp i familjer med missbruk riskerar att få stora emotionella skador redan i unga år samt att det är en stark riskfaktor för att utveckla psykosociala problem (Hall & Webster, 2007). Det är även känt att dessa barn lever sitt liv med familjens olika oskrivna regler

om tystnad, vilket gör att barn begränsar sin kommunikation med andra och har en stark press att låtsas att allt är som det ska. Barnen kan även leva i en värld av ytterligheter där saker antingen är bra eller dåliga och där barnet måste upprätthålla en fasad och göra allt rätt för att inte avslöja de brister som finns eller för att undvika konflikt (Ruben, 2001).

I en studie gjord i Uppsala län (Skerfving, 2012) påvisades att många av de barn som kom till stödgrupperna hade betydande problem och var mer problembelastade än barnpopulationer i våra nordiska grannländer. Problemen omfattade emotionella problem, (företrädevis flickorna) samt uppförandeproblem, hyperaktivitet och uppmärksamhetsproblem (företrädevis pojkarna). I en studie i Dalarna (Pettersson et al, 2011) användes en jämförelsegrupp med skolbarn i samma åldrar och även här indikerade resultatet att stödgruppens barnen mår sämre än jämförelsegruppen. Båda studierna presenterar dock lite data, så det är svårt att som utomstående värdera resultaten och dra vidare slutsatser.

När personal som arbetar med stödgrupper har beskrivit barnens symtom i enkäten, är det i första hand externaliserings- och internaliseringsproblematik som framträder. En grupp beskrivs ha koncentrationssvårigheter, är utagerande, uppvisar aggressivitet och ilska, är självdestruktiva och har ett antisocialt beteende. En annan grupp är mer introvert och uppvisar symtom som oro, ledsamhet, tillbakadragenhet och ensamhet. Vidare är det vanligt förekommande att barnen beskrivs ha ett lågt självförtroende och har ett stort ansvarstagande för andra, men inte för sig själv. Samtidigt som de uppfattas vara tyngda av skamkänslor över situationen, känner de skuld och tar på sig ansvaret för familjesituationen. Slutligen beskrivs barnen ha vissa psykosomatiska problem så som huvudvärk, ont i magen, svårt att sova och att de är stressade.

Vad är mätbart?

Stödgrupperna arbetar holistiskt och fokuserar på att förmedla kunskap, skapa relationer och att skapa, för barnet, en känsla av sammanhang. Mycket fokus ligger på att uttrycka och bearbeta känslor och att stärka barnens självkänsla.

Utifrån genomgången av materialet är det rimligt att anta att de barn som kommer till stödgrupperna inte mår bra och är belastade med en viss grad av psykisk ohälsa. Problematik som är möjlig att mäta för att utreda om barnen mår bättre efter insatsen är i första hand externaliserings- och internaliseringsproblematik, men även låg självkänsla, psykosomatiska symtom, en bristande kontroll över sina liv och en avsaknad av att förstå och hantera situationen.

I syfte att utvärdera en stödgrupp är följande tänkbara mätområden;

- Internaliseringsproblematik
- Externaliseringsproblematik
- Självkänsla/Självbild
- Psykosomatiska problem
- Locus of control
- Känsla av sammanhang
- Relationer
- Kunskapstest

Tänkbara mätinstrument för stödgrupper

När man väl har identifierat vad det är man vill mäta ska man ta ställning till vilken typ av mätinstrument man vill använda och vem som är respondent. Respondenten är rimligen barnet själv men det förutsätter att instrumenten är åldersadekvata och att barnet har uppnått en ålder då de kan läsa och förstå frågorna. De allra minsta barnen bör inte besvara självskattningsformulär och i denna typ av verksamhet är 10 år en lämplig nedre gräns (Skerfving, 2012). Föräldrarna kan däremot med fördel skatta de mindre barnen och de är generellt intressanta respondenter då de besitter värdefull kunskap om sina barn, kunskap som inte alltid är synlig utanför familjen. Det ger även en möjlighet att jämföra samstämmigheten mellan barnet och föräldrarnas svar. Ju fler som gör samma bedömning desto tillförlitligare blir resultatet. Föräldrarnas skattningar är även värdefulla då de kan besvara frågor kring familjesituationen. Familjen är en viktig faktor då skälet för att barnet är i stödgrupp de facto beror på att någon av föräldrarna har svårigheter. Ett ytterligare alternativ är att låta stödgruppspersonalen skatta barnet vilket kan vara intressant då personalen möjligen kan se barnet ur ett annat perspektiv. Jag har däremot inte funnit något mätinstrument som lämpar sig för denna grupp.

Ett viktigt krav att ställa på ett mätinstrument är att dess psykometriska egenskaper är goda, dvs. att det mäter vad det säger sig mäta och att det mäter samma sak varje gång. Därtill ska instrumentet vara så pass känsligt att det kan mäta förändringar hos respondenten. Slutligen bör mätinstrumentet ge en benämning av ett tillstånd men inte för den skull vara diagnostiserande. Det är önskvärt att det finns svenska normvärden att jämföra med eller att det åtminstone finns värden från svenska barngrupper i samma ålder. Instrumenten ska vara lätthanterliga och resultaten ska vara enkla för personalen att tolka.

Individskalor

Beck ungdomsskalor - BUS

BUS riktar sig till barn i åldern 7-18 år och mäter emotionell och social förmåga i de fem delskalorna; Ångest, Depression, Ilska, Normbrytande beteende och Självbild. Testet består av 100 frågor och tar ca 30 minuter att fylla i. Det har goda psykometriska egenskaper, svenska normvärden och är licensierat och medför en kostnad.

Referens: Beck, Beck & Jolly, 2001; Svenska rättigheter; www.pearsonassessment.se

Youth Self Report – YSR

YSR riktar sig till barn i åldern 11-18 år och mäter psykosocial anpassning, problembild och socialkompetens. Testet tar ca 20 min att besvara och består av 120 frågor. Testet ger 9 symtomskalor; Oro/Depression, Tillbakadragen/Depression, Somatiska besvär, Social osäkerhet, Tankemässiga problem, Uppmärksamhetsproblem, Kriminalitet, Aggressivitet samt Övriga problem. Dessa skalor slås ihop till Internalisering- och Externaliseringsskala samt en skala för Total problembelastning.

Instrumentet har goda psykometriska egenskaper, har svenska normvärden och är licensierat och medför en kostnad. Det finns även en föräldraversion, CBCL, för 6-18 år Referens: Achenbach & Rescorla, 2001. Svenska rättigheter; Bruno Hägglöf Umeå universitet.

Strengths & Difficulties Questionnaires - SDQ

SDQ mäter beteendestörningar och övergripande psykisk hälsa hos barn i åldern 11-17 år. Testet består av 25 frågor med delskalorna; Emotionella symtom, Uppförandeproblem, Hyperaktivitet/Uppmärksamhetsproblem, Kamratrelationen, Prosocialt beteende och även en skala för Total problembelastning.

Instrumentet har goda psykometriska egenskaper, enbart nordiska normvärden och är fritt att använda kostnadsfritt. Det finns även en föräldraversion, SDQ-F, för 4-16 år. Referens: www.sdqinfo.com

Känsla av sammanhang – Kasam, Kasam13 & BarnKasam

Kasam består ursprungligen av 29 frågor men finns även i en kortversion med 13 frågor. BarnKasam består av 19 frågor. De mäter alla livshållning utifrån begriplighet, hanterbarhet och förutsägbarhet. Begreppen är inte självständiga utan står i relation till varandra och avläses i en totalskala. Testet säger något om individens förmåga att bemöta och hantera livet. BarnKasam används i åldrarna 10-13 och de andra två från 13 års ålder. Det har goda psykometriska egenskaper, svenska normvärden finns och testet är fritt att använda.

Referens: Antonovsky, 1991; Hansson & Olsson, 2001; Nagy, 2004

Livets stegen -- Stegen

Stegen är ett mått på psykiskt välbefinnande och mäter övergripande livstillfredsställelse i tre frågor; dåtid, nutid och framtidstro. Testet används från 10 år och uppåt då yngre barn kan ha svårt att relatera till tidsperspektiv. Det finns inga normvärden men testet mäter förutom nuvarande livskvalitet även hoppfullhet och framtidstro. Framtidssyn är ett viktigt mått på psykiskt välbefinnande, och värderar barnet framtiden högre än nu- och dåtid innebär det att barnet har en optimistisk framtidstro. Om däremot framtiden förväntas bli sämre än nu- och dåtid har barnet en pessimistisk framtidstro och låga förväntningar på att det ska bli bra.

Referens: Wiklund et al, 1992

Familjerelationsskalor

Familjeklimat - FK

FK är riktat till alla familjemedlemmar över 11 år och mäter relationerna inom familjen genom delskalorna Närhet, Distans, Spontanitet och Kaos. Testet omfattar 85 adjektiv där respondenten ska ringa in minst 15 ord som beskriver klimatet i familjen. Instrumentet har goda psykometriska egenskaper, svenska normvärden finns och testet är fritt att använda.

Referens; Hansson, 1989, Söderlind, 2005; 2006

Frågor om Familjemedlemmar – FoF

FoF mäter interaktioner inom en familj genom fyra delskalor; Upplevd kritik, Upplevd emotionell Involvering, Kritiska kommentarer, Emotionell överinvolvering. Testet omfattar 30 frågor och tar ca 5 minuter att fylla i. Instrumentet har goda psykometriska egenskaper, svenska normvärden finns och testet är fritt att använda.

Referens: Hansson & Jarbin, 1997, Ekroth, 2012

Sammanfattning av mätinstrumenten

För att sätta samman ett batteri av mätinstrument måste man å ena sidan ta ställning till hur lång tid det får ta och vad som är praktiskt möjligt. Å andra sidan behöver man ta hänsyn till syftet med mätningen och vad det är för information man vill få fram. Ett första steg är att identifiera gruppen och då är det motiverat att använda flera instrument som både fångar upp ett bredare spektrum av problematik men även sådana som mäter viktiga områden som kan tänkas beröra målgruppen. Att använda sig av ett enstaka instrument när man gör för- och eftermätningar är sällan effektivt, då det ger ett ofullständigt svar och ingen helhetsbild.

De tre allmänna mätinstrumenten, BUS, YSR och SDQ identifierar tankar och beteenden som förknippas med känslomässig och psykisk problematik. De kan alla användas som såväl screeningverktyg för att identifiera eventuella problemområden som för att bedöma problembelastningen hos ett enskilt barn. De är även så pass känsliga att de kan användas vid för- och eftermätningar. Övergripande mäter de samma typ av problematik, men skiljer sig lite vad gäller de olika delskalor och på hur mycket information som framkommer. Vilket instrument som är bäst lämpat för de barn som kommer till stödgrupperna vet vi inte idag, men de kan alla vara lämpliga.

BUS kan distribueras av stödgruppens personal men för tolkning och återkoppling krävs en legitimerad psykolog. YSR och SDQ kan tolkas av personer med klinisk erfarenhet. YSR och SDQ har båda en föräldraversion som gör att även föräldrarnas kunskap kan tas tillvara. SDQ är det enda instrument som är gratis att använda men är det instrument som ger minst information och det saknar normvärden för svenska barn.

Både Kasam och Stegen är relevanta mätinstrument då de speglar aspekter som ingår i stödgruppens verksamhet. Kasam och Stegen har ett positivt samband då ett barns känsla av sammanhang speglar sig i hur man ser på framtiden (Hansson & Cederblad, 1995). Ett barn med ett högt Kasam skattar framtiden högre på Stegen och ett barns känsla av sammanhang förefaller hänga ihop med dess förväntan om en positiv framtid. Om tillvaron är mer begriplig, hanterbar och meningsfull kommer barnet även att kunna bemöta stressmoment på ett bättre sätt och minskar stressen kommer barnet generellt att må bättre.

Familjen är oerhört viktig i ett barns liv och då man arbetar med barn involverar man många gånger hela familjen för att optimera utgången av en insats. Familjeskalorna mäter på olika sätt relationerna inom en familj och tanken är att alla familjemedlemmar besvarar samma frågor. Med FK mäts om familjen har ett nära eller distanserat förhållningssätt och om hemsituationen upplevs som kaotisk. Även FoF mäter närheten i relationerna mellan förälder och barn, men fångar även upp tonläget i

familjen. I synnerhet är dessa instrument intressanta för de stödgrupper som parallellt arbetar med föräldrarna.

För- och eftermätning

Det vore önskvärt att göra randomiserade effektutvärderingar för att undersöka på vilket sätt stödgruppsverksamheten påverkar barnen och om barnen blir hjälpa av att gå i dessa grupper. Att genomföra en randomiserad effektstudie kräver specialkunskap och är såväl kostnads- som tidskrävande och ofta någonting som sker inom ramen av ett forskningsprojekt. Vi måste dock börja någonstans och det är både möjligt och görligt att i den kliniska verksamheten lägga grunden till kommande forskning på ett relativt enkelt sätt genom att göra för- och eftermätningar.

Genom att låta barnen och eventuellt andra respondenter besvara formulär vid uppstart av en insats får vi en bild av hur barnets situation ser ut innan insatsen påbörjats. Mätningarna som görs kan vara observationer, intervjuer eller skattningar men det är viktigt att det är strukturerat och samma var gång och vid varje mätning.

På individnivå kan dessa mätvärden användas på olika sätt;

- De kan ligga till grund planering av vad insatsen ska fokusera på för den enskilda individen.
- De kan ligga till grund för individuella mål.
- De kan ligga till grund för att avgöra om insatsen är lämplig som enda insats.
- De ger en utgångspunkt att förhålla sig till vid eftermätning. På gruppnivå görs en sammanställning av gruppens medelvärde och det används i stort sett på samma sätt som vid en individuell bedömning. Skillnaden är att resultatet är generellt och avvikelser kommer att finnas inom gruppen. Fördelen med att titta på gruppen som helhet är att eventuella problemområden hos dessa barn identifieras och på så vis kan man stämma av om komponenterna i insatsen matchar barnens behov.

Eftermätningen, som måste innehålla samma frågor som vid förmätningen, visar hur barnets situation ser ut efter det att insatsen är avslutad. Man kan titta på enbart eftermätningen för att se om värdet befinner sig inom normalvärdet, men det som är intressant vid effektutvärdering är huruvida det har skett en förändring under den tid barnet har medverkat i stödgruppen. Den framkomna skillnaden mellan för- och eftermätningen ger indikationer på vad som har förändrats. Vad som går att utläsa beror dock på vad syftet var från start och vilka frågor som har ställts.

Single-System Design

Ett enklare sätt att undersöka resultatet av en insats är att göra en tidseriestudie som inte är beroende av randomisering. En modell är Single-System Design, SSD som kan användas på lite olika sätt (Shadish, Cook & Campbell, 2002). Här beskrivs en version som troligen lämpar sig för stödgrupps-

verksamhet, då strukturen enkelt kan implementeras i det praktiska arbetet och på den grupp man arbetar med.

Mätningarna görs på individnivå och metoden handlar om att systematiskt följa utvecklingen hos nämnda individ, för att undersöka om man når uppsatta mål med en insats. Schematiskt handlar det om att initialt identifiera ett eller flera problemområden som är relevanta att arbeta med och utifrån det skapa individuella mål. Målen sätts förslagsvis tillsammans med individen och gemensamt bestäms vad som ska ha förändrats för att målet ska ha uppnåtts. Individen får själv skatta t.ex. på en tiogradig skala var hon eller han ligger före insats. Detta följs sedan upp med en ny skattning av samma sak under pågående insats för att se om målen är på väg att nås, om de redan har nåtts eller om de behöver omformuleras. Vid avslut gör individen en ny skattning på skalan. Skattningarna kan sedan presenteras i ett diagram, som tydligt visar eventuell förändring.

Hur problemidentifieringen görs kan variera. Det kan exempelvis vara med standardiserade skattningssinstrument, egenhändigt skapade formulär, samtal, observationer eller strukturerade intervjuer. Det viktiga är att samma sak görs vid de olika mättillfällena.

Fördelen i detta sammanhang är att alla stödgruppsverksamheter redan har någon form av bedömningsamtal både vid uppstart och vid avslut varav det är enkelt att införa. Möjliga mål måste dock tydligt definieras så att de blir mätbara vilket kräver en diskussion kring vilka mål som är rimliga att uppnå inom verksamhetens ramar. För att veta vad som är rimligt att uppnå måste verksamheten teoretiskt definieras för att undvika allmänna och övergripande beskrivningar. För den enskilda individen skapas även en delaktighet och förståelse för syftet med verksamheten.

Nackdelen är att det inte kommer att ge några tydliga svar på vad det är som orsakar en eventuell förändring. Det kommer inte heller att ge svar på om förändringen hade skett även om barnet inte medverkat i stödgruppsverksamheten.

Trots metodens begränsningar är den användbar. Om målen står i proportion till vad stödgruppen kan åstadkomma och om barnen uppnår sina mål eller inte är det möjligt att analysera och dra vissa slutsatser kring såväl stödgruppens styrkor och svagheter som eventuella förändringar hos barnen.

Eleonoragruppens arbetssätt

En verksamhet som arbetar med tidseriestudier är Eleonorgruppen i Linköping. De arbetar med stödgruppsverksamhet för barn från fyra års ålder och uppåt, fördelat på olika åldersgrupper. De har också olika insatser för föräldrar. För uppföljning av verksamheten har de skapat fyra olika formulär till de olika åldrarna. Frågor rör anledningen till att man kommit till Eleonorgruppen, hur man känner inför att komma dit, om man som barn tänker att det är mitt fel när jobbiga saker händer i familjen, olika symtom samt frågor om mående här och nu, bakåt i tiden och vad man tror om framtiden. Formen på frågorna växlar mellan att vara frågor med öppna svar, frågor med fasta svarsalternativ (såsom ja, nej, kanske) samt frågor där svaren fylls i på en 10- gradig skattningsskala. Formulärens besvaras vid uppstart, under pågående insats samt vid avslut. När det gäller barn och ungdomar besvarar även deras föräldrar var sitt föräldraformulär utifrån det aktuella barnet.

Arbetet i barngrupperna bedrivs processinriktat och omfattar även individuella samtal med barnen vid sidan om gruppverksamheten. Genom detta upplägg får varje barn ett mer anpassat stöd. I och med att utvärdering av måluppfyllelse sker under den tid gruppverksamheten pågår ökar chanserna för att barnen ska få den specifika hjälp de behöver. Det ger även personalen en direkt återkoppling

till det arbete de bedriver, vilket är användbart i verksamhetens utvärdering. Detta arbetssätt ligger möjligen till grund för att Eleonorgruppen i enkäten kunde presentera en klar och tydlig bild av såväl teoretisk ansats, programmoment och beskrivning av hur barnen mår.

Insamling av data

När det kommer till insamling av data är det två saker som är fundamentala för att det ska fungera; struktur och ansvar. Det är oerhört viktigt att tillvägagångssättet är noga planerat innan man börjar. Vilka instrument ska användas, hur ska de kodas, vem ska besvara formulären och när ska de besvaras. Tillika måste en i personalen ha det övergripande ansvaret, annars är det lätt att saker glöms bort. Barn och föräldrar ska informeras om syftet och om data ska användas vidare ska respondenten och förälder lämna informerat samtycke.

För vissa mätinstrument finns datastöd, där man matar in siffrorna i ett program som beräknar resultatet. Finns det inte, får man göra beräkningen med hjälp av rättningsmallar. När resultatet har beräknats är det rekommenderat att lägga in det som en matris i Excel (fig. 1). Excel är användbart på många sätt och det är möjligt, om man så önskar, göra vissa enklare beräkningar och det är även möjligt att kopiera över det i ett statistikprogram. Det gör det även användbart om flera stödgrupper ska sammanställas i ett större sammanhang.

Figur 1. Förslag på datamatrix i Excel

I figur 1 visas exempel på hur en matris kan läggas upp. Var individ har en rad och det man mäter återfinns i kolumnerna. Här är det även intressant att lägga in de bakgrundsvariabler man önskar ha med.

Kod	Födelseår	Kön	Datum T1	T1. Barn-Kasam	T1. Stegen1	T1. Stegen2	T1. Stegen2
A01	2002	Pojke	2012-02-14	56	7	7	9
A02	2001	Pojke	2012-02-14	37	2	5	5
A03	2000	Flicka	2012-02-14	41	4	6	10

En annan möjlighet är att anlita en extern resurs som tillhandahåller beräkning och sammanställning av olika skattningsformulär via en databas. Detta förenklar för personalen genom att vara tidsbesparande och enkelt då det beräknade materialet presenteras såväl på individ- som gruppnivå. Dessa företag brukar även göra det möjligt att titta på resultatet utifrån kön och åldersgrupper. Dock görs ingen tolkning av resultatet. I vissa större kommuner brukar det även vara möjligt att statistikenheten kan tillhandahålla samma typ av databassystem utifrån de instrument man önskar använda. Oavsett vad

som väljs är det viktigt att tänka på är att de tillhandahåller en matris med var individs skattningsvärden, samt på gruppnivå ett resultat med medelvärde och standardavvikelse.

Tolkning av data

Tolkning av testresultat kan göras på antingen individ- eller gruppnivå och resultaten tolkas lite olika. I en klinisk verksamhet är det i första hand två saker som är intressanta att ta reda på utifrån individnivå. Det första är om värdet ligger inom det så kallade normvärdet för "vanliga" barn. Är värdet normalt indikerar det att det åtminstone inte finns allvarliga problem vad gäller det som mätts. Om värdet däremot ligger långt utanför normvärdet är det skäl att gå vidare och göra en utökad bedömning av barnets mående. Detta får göras tillsammans med en klinisk bedömning och genom att ta ställning till vad övriga testvärden visar. Om man efter det anser eller misstänker att barnet mår väldigt dåligt måste man göra ett ställningstagande om en stödgrupp är lämplig som enda insats eller om barnet ska remitteras vidare till adekvat instans. Finns det en oro kring om barnet riskerar att fara illa måste en anmälan göras till socialtjänstens barn- och ungdomsvård för vidare utredning. Det andra är att undersöka om det har skett en förändring mellan två mättillfällen, vanligen före och efter en insats. Är ingångsvärdet bra är det inte säkert att någonting kan förändras, utan det man då vill se är att värdet inte försämras under insatsen.

På gruppnivå tas ingen hänsyn till de enskilda individerna, utan en första mätning används till att exempelvis identifiera problematiken hos en viss grupp före en insats. Gruppens medelvärde gör det möjligt att identifiera problembilden för att på så vis kunna forma insatsen utifrån gruppens specifika behov. Standardavvikelsen visar hur spridningen ser ut inom gruppen. Genom att titta på eventuella förändringar mellan för- och eftermätningar är det möjligt att se om en insats påverkar gruppens problematik. Tolkningen på gruppnivå är svårare och det går inte att dra långtgående slutsatser utan att göra en mer omfattande studie. Även på gruppnivå önskar man att ett dåligt testvärde ska ha förbättrats efter en insats, men det är en vanlig och felaktig föreställning att om bara testvärdena förbättras så har insatsen avsedd effekt. Att resultaten förbättras är positivt på så vis att det visar att de åtminstone inte har blivit sämre. Resultaten kan dock ge vissa indikationer. Om man exempelvis med en insats vill minska ensamhet och om gruppen efter insats är mindre ensam är resultatet förvisso gott, men vi kan inte med säkerhet säga att det beror på de komponenter som finns i insatsen. Lika lite kan vi säga att insatsen inte har haft effekt för att resultaten inte har förändrats alls. Det kan vara så att insatsen har haft en effekt, och att resultaten hade förändrats än mer om ingen insats hade genomförts, dvs. insatsen har då brutit en negativ utveckling. För att inte dra felaktiga slutsatser är det viktigt att känna till dessa begränsningar

Figur 2. Möjliga tolkningar av resultat vid för- och eftermätning

Vid förbättrat resultat

- Det är bra och visar att måendet åtminstone inte har försämrats
- Det kan visa på att insatsen har gett avsedd effekt

- Det kan vara så att effekten skulle komma ändå på grund av andra faktorer

Vid oförändrat resultat

- Resultatet kan peka på att insatsen inte påverkar det vi mäter eller trots att vi påverkar
- Resultatet kan innebära att insatsen brutit en negativ trend och att utan insats hade värdet försämrats
- Resultatet kan uppvisa att insatsen inte har haft någon effekt

Vid försämrat resultat

- Insatsen kan ha haft en negativ påverkan som försämrat måendet
- Insatsen har inte tillräckligt stor kompensatorisk effekt för att vända en negativ utveckling, varav problematiken ökar

Ytterligare en aspekt som man måste beakta är storleken på förändringen. En förändring måste vara tillräckligt stor för att man ska kunna säga att en förändring har skett. Det man vanligen gör vid för- och eftermätningar är en statistisk beräkning på om skillnaderna mellan testvärdena är statistiskt signifikanta. Att en förändring är statistiskt signifikant innebär att den skillnad som finns med största sannolikhet inte beror på slumpen, dvs. att den skillnad som testresultatet visar troligen stämmer. Hur viktig en signifikant förändring är, måste dock värderas tillsammans med en klinisk bedömning. Om ett resultat däremot inte är signifikant kan man inte dra slutsatsen att en förändring har skett, då skillnaden lika gärna kan bero på slumpen och måste värderas som att ingen förändring skett. Ett enklare sätt, som ofta används i kliniska sammanhang, är att göra bedömningen om en förändring är kliniskt signifikant. Tumregeln är att om skillnaden är minst 30 % så har en förändring skett (Webster-Stratton, Hollinsworth & Kolpacoff, 1989). Detta tillvägagångssätt är mer praktiskt och användbart i kliniska sammanhang då man vill kunna göra enklare tolkningar i det praktiska arbetet.

Sammanfattningsvis

Denna sammanställning är endast en preliminär rapport och får ses som en utgångspunkt för fortsatt forskning och utveckling av stödgrupper. Den ger begränsad data då endast en del av de stödgrupper som finns har besvarat enkäten och mer ingående intervjuer hade behövt göras för att undersöka komponenterna i verksamheten. Enkätsvaren och svårigheten för många att beskriva verksamhetens teoretiska grund kan tyda på att stödgruppsverksamheterna tycks bedrivas utifrån ett mer filantropiskt perspektiv än utifrån en teoretisk ansats med utgångspunkt i barnens situation. Detta kan grunda sig i stödgruppens ursprung och att man först i efterhand har professionaliserat verksamheten. Detta dilemma bör uppmärksammas då stödgruppens funktion inte är tydligt definierad och verksamheterna bör förtydliga och konkretisera vad syftet med stödgrupperna är. Syftet kan exempelvis vara att ge barnen en stund där de kan få prata av sig och må bra eller att minska psykisk ohälsa. Det går inte att säga vilket som är det bästa alternativet, det är avhängigt vad man önskar uppnå i förhållande till barnens behov.

Det finns dock anledning att anta att dessa barn är i behov av anpassad hjälp och att denna hjälp bland annat skulle kunna ges i form av stödgruppsverksamhet. I och med att vi inte riktigt känner till problematiken som barnen i stödgrupperna eventuellt har och inte heller i detalj definierat vad stödgrupperna gör, är min rekommendation att man börjar i den änden. Detta görs genom att identifiera gruppen via mätningarna i anslutning till gruppstart samt identifierar innehållet i insatsen på detaljnivå. På så vis kan en första analys genomföras för att undersöka om stödgrupperna har en möjlighet att möta barnens behov eller om verksamheten behöver anpassas.

För att kunna göra en initial mätning krävs adekvata mätmetoder. Den initiala mätningen bör göras så brett som möjligt, både för att utreda problembilden och för att se vilka instrument som fångar upp dem. Resultaten kommer endast att ha begränsade tolkningsmöjligheter men det ger ändå viktig information till den enskilda verksamheten. Och om flera verksamheter samlar in empiriska data öppnar det upp för än mer möjligheter.

Först därefter blir det angeläget att göra uppföljande mätningar. Antingen som tidseriestudier eller effektutvärderingar. Då barnen är i verksamhet under en hel termin finns det förutsättningar att det ska kunna ge mätbara effekter hos dem.

Många stödgrupper är små och det kan vara svårt att komma igång på egen hand. Ett förslag är att man går samman inom kommunen, mellan kommuner eller även inom länen och tillsammans söker pengar för utveckling och utvärdering av verksamheten. Ett konkret förslag är att inom ramen för Stödgruppledarnas Förening Sverige arbeta fram ett kompendium med det material en stödgrupp behöver för att komma igång. Har man aldrig gjort för- och eftermätningar, med allt vad det innebär, så är det till en början svårt. Det finns även en fördel med att samla in jämförbara data då det möjliggör större studier.

När det kommer till mätinstrument finns det inte lämpliga instrument för alla de områden som önskas mätas, dvs. inte som är psykometriskt prövade på svenska barn, och därför finns det inga att rekommendera. Däremot borde det finnas ett intresse att översätta utländska instrument eller att göra egna som mäter de faktorer som är aktuella i detta sammanhang. Eleonorgruppen har kommit en god bit på väg och det vore intressant att vidare undersöka effekterna av deras arbete.

Det hade även varit intressant att fördjupa sig i risk- och skyddsfaktorer utifrån allmän forskning och se vilka faktorer som är särdeles viktiga för denna grupp, och om det är möjligt att påverka dem i denna typ av verksamhet. För att i förlängningen skapa ett mätinstrument som mäter just detta och som är anpassat till denna grupp. Det kan dock vara ett problem att närma sig området och göra effektutvärderingar på stödgrupper utifrån att det finns ett visst motstånd till att mäta barn. Det är möjligt att genom intervju och observation komma fram till samma resultat som med standardiserade mätinstrument, men vi behöver likväl ställa samma frågor till samma mängd barn för att identifiera problematiken. Men processen kommer att ta längre tid än med standardiserade mätinstrument. Därmed är vi tillbaka i resonemanget om det är etiskt och moraliskt försvarbart att bedriva verksamhet för utsatta barn under en längre tid än nödvändigt, utan att ta reda på vad det innebär för barnen.

Referenser

- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001) *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT; University of Vermonte, research Center for Children, Youth & Families
- Antonovsky, A.(1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm; Natur och Kultur
- Beck, J., Beck, A., & Jolly, B. (2001) *Beck ungdomsskalor*. Manual. Pearsson; Stockholm
- Ekroth, C. (2012) *Frågor om Familjemedlemmar- ett instrument för att undersöka Expressed Emotions i dyader*. Psykoterapeutexamensarbete. Lunds universitet; Inst. för psykologi
- Hall, C. & Webster, R. (2007) Risk Factors Among Adult Children of Alcoholocs. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. Vol 3, No 4
- Hansson, K. (1989) *Familjediagnostik*. Akademisk avhandling. Lunds universitet; Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri
- Hansson, H. & Cederblad, M. (1995). Känsla av sammanhang. Studier från ett salutogent perspektiv. *Forskning om barn och familj*. Nr 6. Lund: Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds Universitet
- Hansson, K., & Jarbin, H. (1997). A new self-rating questionnaire in Swedish for measuring expressed emotion. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51(4), 287-297.
- Hansson, K. & Olsson, M. (2001) Känsla av sammanhang – en mänsklig strävan. *nordisk psykologi*, vol 53, Nr. 3, 238-255
- Junisrapport (2011) *Fokusera på barnen! Om kommunernas stöd till barn som växer upp i familjer med missbruk*. IOGT-NTO's Juniorförbund
- Nagy, E. (2004) *Barns känsla av sammanhang. En valideringsstudie av BarnKasam i årskurserna 1-6 (ålder 7-12)*. Magisteruppsats. Socialhögskolan, Lunds universitet
- Pettersson, L., Alexanderson, A., & Kostela, J. (2011) *Modeller för utveckling av gruppverksamheter för barn och ungdomar*. Resultatet av ett FoU-projekt i Dalarna. Arbetsrapport, Dalarnas forskningsråd
- Ruben, D. (2001) *Treating Adult Children of Alcoholics: A behavioral approach*. San Diego, CA: Academic Press
- Shadish, W., Cook, T., Campbell, D. (2002) *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Boston; Houghton Mifflin Company
- Skerfving, A. (2012) *Hur vet vi att det hjälper? Om effektutvärdering av stödgrupper för barn och ungdom*. FOU-rapport 2012:1. Forum forskningscentrum för psykosocial hälsa. Karolinska institutet för socialt arbete, Stockholms universitet
- Söderlind, M. (2006) *Vad är Familjeklimat. En begreppsundersökning av skattningsinstrumentet Familjeklimat*. D-uppsats. Lunds universitet; Socialhögskolan
- Söderlind, M., & Johnsson, B. (2005) *Familjeklimat. Ett självvarsformulär i tiden?* C-uppsats. Lunds universitet; Socialhögskolan

Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., Kolpacoff, M. (1989) The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programmes for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 56; 550-3

Wiklund, I., Gorkin, L., Pawitan, Y., Schron, E., Schoenberger, J., Jared, L. L., & Shumaker, S. (1992).

Methods for assessing quality of life in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). *Quality of Life Research* 1, 187-201

Länkar

www.pearsonassessment.se – Beck ungdomsskalor

www.sdqinfo.com – Strengths & Difficulties Questionnaires

www.clinsci.umu.se/enheter/psychchild/forskning/aseba – Youth Self Report