

Implementering av en strukturerad behandlingsmodell vid barnmisshandel – ett tioårsperspektiv

Cecilia Kjellgren, Doris Nilsson, Johanna Thulin

Cecilia Kjellgren, universitetslektor, Institutionen för socialt arbete, Linnéuniversitetet.

E-post: cecilia.kjellgren@lnu.se

Doris Nilsson, biträdande professor, Avdelningen för psykologi, Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköpings universitet. E-post: doris.nilsson@liu.se

Johanna Thulin, doktorand, Institutionen för socialt arbete, Linnéuniversitetet.

E-post: johanna.thulin@lnu.se

För tio år sedan introducerades en evidensbaserad behandlingsmodell vid barnmisshandel i Sverige och en omfattande implementeringsprocess inleddes. Behandlingsmodellen KIBB (CPC-CBT, Combined Parent Child-Cognitive Behavioral Therapy) introducerades som ett bottom-up initiativ från socialt arbete. Implementeringen kan beskrivas utifrån faserna behovsinventering, installation av metoden, metoden börjar användas och vidmakthållande av metoden. Fyra team utbildades inledningsvis och lovande resultat av behandlingen identifierades i en pilotstudie. Fortsatt implementering pågår och ytterligare ett hundratal behandlare har utbildats i metoden. Mer än tusen familjer har hittills fått del av behandlingen. I pågående studier undersöks behandlingseffekter och barns upplevelser av behandlingsinterventionen. Erfarenheter från implementeringsprocessen liksom remitterande socialsekreterares uppfattningar om behandlingsprogrammet presenteras i artikeln. Erfarenheterna från tio års implementering diskuteras, där såväl hinder som framgångsfaktorer i implementeringsprocessen identifierats.

Ten years ago an evidence based treatment model for families where physical abuse had occurred (CPC-CBT, Combined Parent Child-Cognitive Behavioral Therapy) was introduced in Sweden. The project was a bottom-up project initiated by social workers. Four teams were initially trained and promising results by treatment follow-up were identified in a pilot study. Further implementation started and so far additional hundred therapists has been trained in the model. More than thousand families have completed treatment. Ongoing research examines treatment effects as well as experiences among children who have received treatment. Experiences of referring social workers as well as the process of implementation are reported in this paper. Findings are discussed, obstacles as well as supportive factors during the implementation process.

Introduktion

Barn utsatta för våld

Barn utsatta för olika former av misshandel (fysiskt, psykiskt våld, sexuella övergrepp och försummelse) står i fokus för professionella inom flera kunskapsområden, som socialt arbete, barnmedicin och barn- och ungdomspsykiatri. Fysisk barnmisshandel är en av de vanligaste formerna av skadlig behandling mot barn, 14-15% av elever på högstadiet uppger att de blivit slagna av vuxna omsorgspersoner (Annerbäck et al., 2010; Janson et al., 2011). Antalet polisanmälningar som rör fysisk misshandel har ökat drastiskt sedan 90-talet (BRÅ, 2011). Sannolikt inte pga ökad förekomst av våldet utan som konsekvens av en ökad anmälningsbenägenhet hos professioner (Janson et al., 2011).

Trots ökad uppmärksamhet i samhället kring våld mot barn har inte behovet av insatser för barn som blivit slagna eller föräldrar som utövar våld uppmärksammas. Tidigare forskning visar att de flesta barn som blivit slagna bor kvar hos sina föräldrar efter avslöjande och socialtjänstens utredning (Lindell & Svedin, 2006). Ansvaret för att erbjuda behandlingsinsatser för barn som varit utsatta för våld eller övergrepp vilar ytterst på socialtjänsten. Specialiserade interventioner för barn utsatta för fysisk barnmisshandel har saknats i Sverige. Kommittén mot barnmisshandel (SOU, 2001) konstaterade att behandlingsinsatser vid misshandel kan vara inriktade på stöd och insatser till barnet, till föräldrarna och behandling fokuserad på trauma. Kommittén

konstaterade vidare att socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin har ett ansvar för att erbjuda barn och föräldrar behandling och stöd och att det finns uppgifter som pekar på att barn- och ungdomspsykiatrin tenderar att nedprioritera psykosocial problematik som barnmisshandel. Några existerande behandlingsmodeller med fokus på fysisk misshandel identifierades inte av utredningen.

Skadlig behandling av barn upprepas ofta, i synnerhet då föräldrar och barn inte får adekvata interventioner. Internationell såväl som svensk forskning (t.ex. Jonson-Reid et al., 2003; Lindell & Svedin, 2006) identifierade att minst 40% av barn som varit aktuella hos sociala myndigheter p.g.a. fysisk misshandel, åter var aktualiserade hos myndigheter för ny utsatthet, som upprepat våld eller annan skadlig behandling, fyra år senare.

Ett fåtal behandlingsmodeller med fokus på fysisk misshandel av barn finns beskrivna i internationell vetenskaplig litteratur. Det är avsevärt färre program som har fokus på barn utsatta för fysisk misshandel än de program som har utformats för barn som utsatts för andra former av skadlig behandling: exempelvis barn som upplevt våld i hemmet eller som utsatts för sexuella övergrepp. Den behandlingsmodell som implementerats i Sverige är CPC-CBT (Combined Parent Child-Cognitive Behavioral Therapy for families at risk for physical abuse, Runyon & Deblinger, 2014). I en rad studier har behandlingsmodellen visat sig ha god effekt (Kjellgren et al., 2013; Runyon et al., 2009; Runyon et al., 2010) bl a med

avseende på minskat våld, förbättrade föräldrastراتيجier och minskade traumasymptom hos barn. Behandlingsmodellen är i USA klassificerad som en evidensbaserad metod (National Registry of Evidence-based Programs and Practices). Den manualbaserade behandlingen innehåller parallella interventioner för barn respektive föräldrar och varje session avslutas med gemensam familjesession. Behandlingen, som bedrivs i öppenvård, pågår under 16 veckor och barn i åldrarna 3-17 år kan delta tillsammans med föräldrar (föräldrar som utövat såväl som den som inte utövat våld). Behandlingen har fyra faser; engagemang, coping strategier och färdigheter, familjens säkerhetsplanering och klargörandefas (Runyon & Deblinger, 2014; Svedin et al., 2015).

Implementering av behandlingsmodeller

Olika modeller har använts för att beskriva implementeringens olika faser. Fixsen och kollegor (2011; Socialstyrelsen, 2012,a) har beskrivit faserna behovsinventering, installation av metoden, metoden börjar användas och vidmakthållande av metoden. I den första fasen inventeras behov av nya behandlingsinterventioner. Att implementera en ny metod som intresserar verksamheten eller att man söker metod för behov som inte tidigare kunnat mötas i organisationen. I fas två installerar man metoden och fattar beslut, utvecklar stödet och möjligheterna för att införa metoden. Frågor som rör tid, personal och utbildning uppmärksammas. I den tredje fasen,

den initiala implementeringsfasen, börjar själva behandlingsmetoden att användas. En viktig del, i denna fas, är att använda modellens kärnkomponenter i enlighet med den beskrivna metoden, att vara metodtrogen. I den fjärde fasen av implementering är vidmakthållande av metoden i fokus. Att som professionell bli erfaren och rutinerad i behandlingsmodellen och att effekterna av behandlingen blir utvärderingsbara.

Fixsen och kollegor (2009) beskriver en rad nyckelkomponenter i implementering i de olika faserna. Framgångsfaktorer (implementation drivers) kan vara: hur man väljer ut en viss personalgrupp för att arbeta med en ny modell (utifrån formell kompetens och erfarenheter), utifrån förkunskaper inom området (exempelvis barnmisshandel, och erfarenhet från att arbeta med manualbaserad behandling), utbildning i metoden (teoretisk grund för modellen, behandlingsfilosofi, komponenter och teknik) samt handledning och konsultation (kunskap, reflektion och vägledning i förhållande till metod).

Andra faktorer som har avgörande betydelse för framgång i implementering av nya behandlingsmetoder är organisatoriska förutsättningar som stödjer implementeringsprocessen. Aarons och kollegor (2014) betonar att organisationer måste ha ett ledarskap som stödjer implementering och vidmakthållande om nya arbetsmodeller ska överleva.

Kunskaps spridning inom socialt arbete kan ta tre vägar enligt Roselius och Sundell (2008). Den kan ske 1) oplanerat, informellt, decentra-

liserat och horisontellt via kollegor (bottom-up), 2) genom förhandlingar mellan mer eller mindre jämlika partners 3) planerat, formellt, centraliserat och ofta toppstyrt (top-down). Den senare vägen är den vanligaste i samband med implementering. En debatt har förts om top-down perspektivet där forskare inom socialt arbete uttryckt kritik mot ett centraliserat förhållningssätt till kunskapsstyrning (Denvall & Johansson, 2012). Gustle och kollegor (2008) konstaterar i en studie av en top-down initierad implementering av en evidensbaserad behandlingsmetod (MST) att socialsekreterare i flera avseende var positiva till behandlingsmetoden men att majoriteten inte känt sig delaktiga i beslut om modellens implementering.

Behovet av att få tillgång till en behandlingsintervention för en viss problematik bland praktiker leder ibland till att projekt startar genom enskilda initiativ (bottom-up) och inte genom centrala påbud (top-down). Projekt som startar från gräsrotsnivå kan leda till mer engagemang och större hållbarhet eftersom det är praktiker som måste operationalisera och leverera interventionen. Cabassa (2016) beskriver att ju mer komplexa interventioner som är aktuella för implementering desto mer sociala interaktioner och inkluderande av nyckelpersoner krävs för att nå framgång. Det aktuella projektet kunde inledas 2007 med stöd från Stiftelsen Allmänna Barnhuset (SAB) och den fortsatta implementeringen påbörjades 2013 med projektmedel från Folkhälsomyndigheten.

Metod

Vi beskriver inledningsvis, utifrån våra observationer, hur CPC-CBT (på svenska: KIBB, Kognitiv Integrerad Behandling vid risk för Barnmisshandel) implementerats i Sverige i förhållande till implementeringsprocessens fyra faser.

Med utgångspunkt i begreppen för evidensbaserad praktik, vetenskaplig kunskap, berördas erfarenheter och professionellas expertis (Socialstyrelsen, 2012, b) önskade vi ta del av hur s.k. professionell expertis ser på behandlingsmodellen, efter att Folkhälsomyndighetens projekt avslutats 2015. Socialsekreterare som remitterat familjer till behandling, i områden där behandlingen tillhandahölls ($n=20$), inbjöds via KIBB-behandlare i kommunen att besvara en webbenkät. Enkäten, som tidigare använts i implementeringsstudie av MST (Gustle et al., 2007), har delvis modifierats. Den aktuella versionen innehöll 14 frågor om erfarenhet av arbete med barnärenden, av arbete med barnmisshandel, tillgängliga interventioner inom verksamheten när barnmisshandel förekommit och frågor om användbarhet av behandlingsmodellen. Enkäten var tillgänglig för svar under en vecka i februari 2017. Sexton socialsekreterare har anonymt besvarat enkäten.

Resultat

Fas 1 behovsinventering - CPC-CBT introduceras i Sverige

Socialsekreterare och metodutvecklare i två kommuner i södra Sverige skapade metoder i arbetet med familjer

där fysisk barnmisshandel förekom. Man hade erfarenhet av ärenden där samma barn åter anmälts till socialtjänsten pga. upprepad misshandel trots socialtjänstens tidigare öppenvårdsinsatser. Socialsekreterarna uppmärksammade 2006 en vetenskaplig artikel där CPC-CBT presenterades som en lovande behandlingsmodell (Runyon et al., 2004). Modellen som använts i USA framstod som möjlig att använda även i Sverige. I båda kommunerna blev närmaste chefer informerade om önskan att pröva metoden. Potentiella behandlare (3-4 per verksamhet) från de två kommunerna träffades vid ett antal tillfällen för att utifrån artikeln få en bild av behandlingsmodellen och för att diskutera strategier för att kunna få utbildning i metoden. Ytterligare två verksamheter involverades (inom socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri) med medarbetare intresserade och motiverade för att pröva behandlingsmodellen. Efter en tids ansträngningar och kontakter med olika centrala myndigheter kring finansiering fick projektet finansiellt stöd av Stiftelsen Allmänna Barnhuset. Manualerna kunde översättas och en första utbildning med programkonstruktören kunde planeras.

Fas 2 – fortsatt implementering – Pilotprojektet

De fyra teamen fick under tre dagar, 2007, en inledande utbildning i modellen av programkonstruktör Runyon. Teamen, som började praktisera behandlingsmodellen, träffades för ytterligare fem 2-dagars sessioner un-

der de kommande två åren. Videolänkad handledning/konsultation med programkonstruktören genomfördes i samband med de gemensamma sessionerna. Teammedlemmarna kunde ta hjälp av varandra kring oklarheter i behandlingsstrukturen och manualen och även kring frågeställningar/bedömningar utifrån det konkreta klientarbetet. Därutöver hade deltagarna mailkontakt med programkonstruktören i olika konkreta frågor. En uppföljande utbildningsomgång med programkonstruktören genomfördes efter två år. Forskarna följde projektet från inledningen genom att delta vid utbildningstillfällen och i merparten av de gemensamma sessionerna.

Genom samtal med programkonstruktören under utbildningspassen och i mailkontakter gjordes inledningsvis smärre revideringar av manualen för kulturell anpassning till svenska förhållanden utan att de centrala behandlingskomponenterna påverkades.

Flera av teamen upplevde inledningsvis en brist på remitterade familjer. Trots stor förekomst av ärenden som rörde misshandel i de aktuella kommunerna, fanns inledningsvis ett motstånd från handläggare att remittera klienter till behandlingen. Motståndet bearbetades bl.a. genom att konferenser om behandlingsmodellen arrangerades på de aktuella orterna, där forskare och behandlare i projektet medverkade.

En pilotstudie förbereddes, genom val av design, frågeformulär och etik-tillstånd. När de fyra teamen hade uppnått en trygghet i metoden påbörjades 2010 datainsamlingen med

före- och eftermätning av familjer som erhållit behandling vid någon av de fyra enheterna. Pilotstudien visade lovande resultat (Kjellgren, Svedin & Nilsson, 2013) med signifikant minskade traumasymptom hos barn, signifikant minskad förekomst av våld enligt både barn och föräldrar, signifikant minskad internalisering såväl som externalisering hos barn enligt föräldrar och signifikant minskade symptom på depression hos barn och föräldrar. Med de resultaten var det möjligt att planera för en fortsatt implementering.

Fas 3 – metoden börjar användas och spridas

Genom projektmedel från Folkhälsomyndigheten blev en fortsatt och utökad implementering möjlig. Detta skedde i tre steg: utbildning av utbildare, utbildning av nya team och fortsatt forskning om effekter av behandlingen.

Sju behandlare, som arbetat med modellen sedan pilotprojektet, blev 2013 upplärda till utbildare i behandlingsmodellen av programkonstruktören. En plan utformades för kommande utbildning innehållande fyra lärandeseminarier, totalt elva utbildningsdagar och tolv handledningstillfällen (se vidare Svedin et al., 2015). En första utbildningsomgång med svenska utbildare startades 2013, med fem deltagande team. Vid första utbildningsomgången var personal vid Barnahus en prioriterad målgrupp. Därefter har ytterligare drygt tjugo team inom socialtjänst, Barnahus och barn- och ungdomspsykiatri utbildats

eller är under utbildning (totalt är 34 team utbildade). Några privata vårdbolag med uppdrag som utförare av socialtjänstens öppenvård har också deltagit i utbildning. Efter utbildning examineras behandlare, efter att ha genomfört KIBB-behandling med en familj under handledning, genom en skriftlig examinationsuppgift och certifieras som behandlare vid godkänt resultat. Vissa förkunskapskrav preciserades från andra utbildningsomgången, som anställning som möjliggör behandlingsarbete med barn och familjer, god kännedom om manualbaserad behandlingsmetod och erfarenhet från kbt behandling.

Behovet av att organisationen och ledningen stödjer implementeringen har blivit allt tydligare i projektet. För att bättre förankra arbetet i organisationen och hos ledning har arbetsledare för teamen/mellanchefer inbjudits att delta vid det sista lärandeseminarier, där ett separat seminarium för arbetsledare hållits under del av dagen, med fokus på hur stöd i implementeringen kan utformas.

Fas 4 – vidmakthållande av metoden

I denna fas är fortsatt spridning av en verksam behandlingsmodell, vidmakthållande av metoden och fortsatt forskning om behandlingens effekter centrala frågor.

Behandlingsteamerna är spridda på ett 30-tal orter i landet. Det är avgörande att någon person/organisation har ansvaret för att hålla samman ett växande projekt som detta. Stiftelsen Allmänna Barnhuset (SAB)

har sedan projektstart tagit ett sådant ansvar. Det finns olika fokus i projektet som planering av kommande utbildningar, att administrera utbildning och att upprätthålla kontakt med de som tidigare har utbildats. SAB har också medverkat till att ett nära samarbete mellan forskare och utbildare upprätthållits.

För att underlätta kommunikation har alla certifierade behandlare tillgång till en intern webbplats för projektet. Uppdateringar kring nytt material, resurser att använda i behandlingsarbete och nyheter från forskning kommuniceras där. Ett behandlarnätverk har bildats för att organisera en återkommande mötesplats för ett växande antal behandlare inom projektet. Nätverket har årliga möten där såväl ny kunskap som metodnära frågor tas upp.

Evidensbaserad praktik – fortsatt forskning

I en pågående effektstudie med kvasi-experimentell design, undersöks effekter hos barn och föräldrar genom datainsamling vid tre tillfällen: före behandling, efter behandling och vid sex månaders uppföljning. Målsättningen för studien är att insamla data, i form av självsvarsformulär, för 50 barn och deras föräldrar som erhållit KIBB-behandling och för en jämförelsegrupp med 20 barn och föräldrar som fått ”behandling som vanligt” vid tre tillfällen. De preliminära resultaten är lovande. Som signifikant minskning av våld i familjerna, enligt barn och föräldrar och en signifikant minskning av traumasymptom hos barn, utifrån barns självsvaret och

föräldrars skattning av barns traumasymptom (Svedin et al., 2015). I en intervjustudie med 20 barn som erhållit behandling (Thulin, Kjellgren & Nilsson, manuskript) uttrycker barn som brukare en mycket positiv bild av behandlingen. För att komplettera studierna med fokus på vetenskapliga effekter och berörda erfarenheter genomfördes en enkätstudie för att inhämta synpunkter från professionell expertis.

Resultat enkät – professionell expertis

Enkäten besvarades av 16 socialsekreterare. En majoritet (n=14) uppgav att de arbetat mellan ett och fem år med barnärenden inom socialt arbete. Majoriteten, (n=12), möter barn som varit utsatta för fysisk misshandel en eller flera gånger per månad. Informanterna gav exempel på andra insatser som var tillgängliga i deras verksamhet för familjer där barnmisshandel förekommit, som Kids Club, Trappan, FFT (Funktionell Familjeterapi) och ATV. Därutöver reguljära öppenvårdsinsatser inom socialt arbete. Majoriteten av socialsekreterarna (n=14) ansåg att resultatet för KIBB är bättre eller mycket bättre jämfört med resultatet av andra insatser för familjer där barnmisshandel förekommit (se tabell 1). Samtliga uppgav att majoriteten av barn och föräldrar tyckte bra eller mycket bra om KIBB som behandlingsmetod. Samtliga socialsekreterare ansåg att KIBB är en bra eller mycket bra behandlingsmetod och att det är sannolikt eller mycket sannolikt att de skulle föreslå KIBB som insats för en familj där barnmisshandel förekommit.

Tabell 1: Remitterande socialsekreterares värderingar om KIBB.

Variabel	M (SD)
1. Vad tror du resultatet för KIBB är jämfört med andra insatser för familjer där fysisk barnmisshandel har förekommit ¹	4.20 (.77)
2. Vad tror du att barn tycker om KIBB som behandlingsmetod ²	4.38 (.50)
3. Vad tror du att föräldrar tycker om KIBB som behandlingsmetod ²	4.31 (.48)
4. Vad tror du socialsekreterare generellt tycker om KIBB som behandlingsmetod ²	4.44 (.51)
5. Hur sannolikt är det att du skulle föreslå KIBB som insats om du arbetar med en familj där det förekommit fysiskt våld mot barnet ³	4.69 (.48)

1. Svartalernativ 1-5 (mycket sämre, sämre, ingen skillnad, bättre och mycket bättre).
2. Svartalernativen 1-5 (mycket dålig, dåligt, varken bra eller dålig, bra och mycket bra).
3. Svartalernativ 1-5 (1=inte alls sannolikt och 5= mycket sannolikt).

Framgångsfaktorer och hinder

Projektet har sitt ursprung i ett behov av en behandlingsmodell för familjer där fysisk misshandel förekommit, uttryckt av socialsekreterare/behandlare. Idén behövde förankras i organisationer och hos ledningsgrupper. Blivande projektmedlemmar fick arbeta lokalt med att få acceptans och medel för att gå in i projektet. Ett projekt som inte initierats centralt men som drivits av engagerade medarbetare på olika arbetsplatser måste hållas samman, särskilt när projektet växer. Stiftelsen Allmänna Barnhusets roll som samordnare har varit och är central och av stor betydelse.

Initiala hinder i projektet var socio-kulturella skillnader mellan Sverige och USA, hur man juridiskt ser på

våld mot barn, på barns ställning respektive på föräldrarätt och kring behandlingspraktik. Skillnader blev tidigt uppmärksammade och projektmedlemmarna involverades i att identifiera moment och uttryck i manualerna som behövde anpassas och modifieras. Utöver de 34 team som hittills utbildats/är under utbildning har ytterligare ett par team påbörjat utbildning men avbrutit. Avbrott kan ha olika orsaker som att man inte känt sig bekväm i metoden, känt sig låst av en manualbaserad behandling eller förändrade anställningsförhållande. Vid några tillfällen har det blivit synligt att arbetsledare/chefer visat stort intresse för behandlingsmodellen och önskat utbildning för ett team, men att teamet som skickats på utbildning inte varit motiverat att arbeta med

modellen och avbrutit utbildningen.

Diskussion

Den initiala implementeringen av KIBB i Sverige var ett bottom-up projekt som drevs utifrån behov hos praktiker av att få tillgång till interventioner för familjer där fysisk misshandel förekommit. I det aktuella exemplet startades projektet ”nerifrån” med att initiera installerandet av en metod som inte var del av någon central planering. Projektet blev mer än ett oplanerat och kortlivat infall, beroende på den grupp av socialsekreterare/behandlare som inledningsvis deltog och som fortsatt delta över tid. Projektet har blivit en verksamhet som nått stabilitet och etablering.

Det engagemang och tålmod gruppen visade under den första tiden genom att vänta på att den initiala fasen skulle övergå i att utbildning i behandlingsmodellen blev tillgänglig, var kopplad till ett starkt engagemang och motivation hos deltagarna. Engagemanget har haft stor betydelse under hela implementeringen som lett till att socialarbetare/behandlare upplevt att det är ”deras projekt”. Det har i sin tur skapat hög trovärdighet för behandlingsmodellens användbarhet och kvalitet i förhållande till kollegor på fältet.

Implementeringen förutsätter att organisation och ledare blir involverade och stödjande. Man kan konstatera att projektet inledningsvis var ”ledarlöst”, att de berörda teamen, forskarna och projektsamordnare diskuterade och fattade gemensamma beslut om strategier. I ett senare skede av projek-

tet har arbetsledare i högre grad blivit involverade och deltar i utbildning av behandlarteamen för att kunna verka för att organisation och ledning stödjer implementeringen.

Utifrån begreppen för evidensbaserad praktik undersökte vi hur den professionella expertisen ser på behandlingsmodellen. De socialsekreterare som besvarade enkäten uttryckte starkt stöd för behandlingsmodellen, förtroende för modellens användbarhet och stor nöjdhet bland barn och föräldrar. Enkäten besvarades av en alltför liten grupp för att det ska gå att dra några säkra slutsatser och resultatet får därför betraktas som en pilotstudie som bör följas av en större studie.

När enskilda socialarbetare/behandlare tar initiativ till att pröva en behandlingsmodell kan det vara en intervention som utsatta barn och föräldrar verkligen behöver. Stödsystemen hos centrala myndigheter för lokalt utvecklingsarbete har inte varit utformade att stödja projekt som detta. Ansökningar har gjorts och kontakter tagits i olika stadier för att få stöd för fortsatt implementering utan resultat. Det är en brist att det saknas centrala resurser att stödja initiativ från gräsrotsinitiativ, som visar sig ha potential. Projektet har likväl fått ekonomiskt stöd, något som delvis berott på tillfälligheter. Utan stödet från Stiftelsen Allmänna Barnhuset och senare Folkhälsomyndigheten hade behandlingsprogrammet sannolikt inte varit tillgängligt i vårt land.

Implementering av en ny behandlingsmodell tar tid, enligt Fixen och kollegor (2009) upp till fyra år. Ef-

ter tio år kan man konstatera att behandlingsmodellen blivit etablerad, fått spridning runt om i Sverige och att fortsatt implementering pågår. Det innebär att verksamheter idag kan erbjuda barn och föräldrar en effektiv behandling vid barnmisshandel. En behandlingsmodell som dels hjälper barn med traumabearbetning och dels hjälper föräldrar att finna adekvata, icke-våldsstrategier i sitt föräldraskap.

Referenser

- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R., & Sklar, M. (2014). Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annual Review Of Public Health, 35*, 255-274.
- Annerbäck, E., Wingren, G., Svedin, C. G., & Gustafsson, P. A. (2010). Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatrica, 99*(8), 1229-1236.
- Brottsförebyggande Rådet (2011). Den polisanmälda barnmisshandeln. Utvecklingen fram till 2009. Rapport 2011:16.
- Cabassa L. J. (2016). Implementation Science: Why It Matters for the Future of Social Work, *Journal of Social Work Education, 52*:sup1, S38-S50
- Denvall, V. & Johansson, K. (2012). Kejsarens nya kläder: implementering av evidensbaserad praktik i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift, 1*(1), 26-45.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Doda, M., Naoom, S., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research On Social Work Practice, 19*(5), 531-540.
- Fixsen, D. L. Blase, K. A. & Van Dyke, M. K. (2011). Mobilizing communities for implementing evidence-based youth violence prevention programming: A commentary. *American Journal Community Psychology, 48*, 133-137.
- Gustle, L., Hansson, K., Sundell, K., & Andrée-Löfholm, C. (2007). Multisystemic therapy project in Sweden: what factors affect the tendency of social workers to refer subjects to the research project? *International Journal Of Social Welfare, 16*(4), 358-366.
- Gustle, L., Hansson, K., Sundell, K., & Andrée-Löfholm, C. (2008). Implementation of Evidence-Based Models in Social Work Practice: Practitioners' Perspectives on an MST Trial in Sweden. *Journal Of Child & Adolescent Substance Abuse, 17*(3), 111-125.
- Janson, S., Jernbro, C., & Långberg, B. (2011). Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige : en nationell kartläggning 2011. Stockholm: Stiftelsen Allmänna barnhuset.
- Jonson-Reid, M., Drake, B., Chung, S., & Way, I. (2003). Cross-type recidivism among child maltreatment victims and perpetrators. *Child Abuse & Neglect, 27*(8), 899-917.
- Kjellgren, C., Svedin, C. G. & Nilsson, D. (2013). Child physical abuse— Experiences of combined treatment for children and their parents: A pilot study. *Child Care in Practice, 19*(3), 275-290.
- Lindell, C., & Svedin, C. (2006). Social Services Provided for Physically Abused Children: A Four-Year Follow-Up Study in Sweden. *Child & Adolescent Social Work Journal, 23*(5/6), 597-616.
- National Registry of Evidence-based Programs and Practices. (u.å). The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). Hämtad 170409 från <http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=213>
- Roselius, M., & Sundell, K. (2008). Att förändra socialt arbete: forskare och praktiker om implementering. Stockholm : Gothia, 2008 (Mölnlycke; Elander Sverige).
- Runyon, M. & Deblinger, E. (2014). Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy. An Approach to Empower Families At-Risk for Child Physical Abuse. Oxford University Press. New York.

Fortsättning på s. 476

- Sinadinovic K, Wennberg P & Berman AH. (2014). Internet-based screening and brief intervention for illicit drug users: a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *J Stud Alcohol Drugs* 75(2):313-318.
- Tönnesen H, Ståhlbrandt H & Pedersen B. (2013) Web-based brief interventions for young adolescent alcohol and drug abusers – a systematic review. *CLINHP*, 3(3):75-82.
- Wannberg H. (2016) *Upptäck i tid! Om kommunernas stöd till barn som växer upp i familjer med missbruk*. Junis kommunrapport 2016.
- Werner EE. (1986). Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. *J Stud Alcohol*, 47:34-40.
- Zetterlind U, Hansson H, Åberg-Örbeck K & Berglund M. (2001) Effects of coping skills training, group support, and information for spouses of alcoholics: A controlled randomized study. *Nord J Psychiatry*, 55:257-262.
- Fortsättning från s 466.*
- Runyon, M. K., Deblinger, E., Ryan, E. E., & Thakkar-Kolar, R. (2004). An overview of child physical abuse. *Trauma, Violence & Abuse*, 5(1), 65-85.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., & Schroeder, C. M. (2009). Pilot evaluation of outcomes of Combined Parent Child Cognitive Behavioral Group Therapy for families at risk for child physical abuse. *Cognitive And Behavioral Practice*, 16, 101-118.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., & Steer, R. (2010). Comparison of combined parent-child and parent- only cognitive-behavioral treatments for offending parents and children in cases of child physical abuse. *Child & Family Behavior Therapy*, 32, 196-218
- Socialstyrelsen (2012,a). Om implementering, Artikelnr 2012-6-12.
- Socialstyrelsen (2012,b). Om evidensbaserad praktik. Artikelnr 2012-12-20.
- SOU 2001:72. (2001). Barnmisshandel–att förebygga och åtgärda. Slutbetänkande av kommittén mot barnmisshandel .
- Svedin, C. G., Nilsson, D., Kjellgren, C., Thulin, J., Lindgren, L., & Söderlind Göthner, Y. (2015). Slutrapport: KIBB projektet Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel 2013 – 2015. Stiftelsen Allmänna Barnhuset