



Namn

Behandlare

Datum

Självskattningsformulär för föräldrar

Introduktion

Välkommen till DOORS. Syftet med det här screeningformuläret är att samla in information om ditt och dina barns välbefinnande och trygghet. Separationer, konflikter och vårdnadstvister är slitsamma och för med sig en ökad risk för både föräldrar och barn.

På samma sätt som en läkare ställer en rad frågor för att fastställa vilken behandling som är bäst för dig, ställs i formuläret ett antal frågor för att hjälpa oss att bättre förstå hur vi bäst kan hjälpa er. Vissa frågor kan kännas oviktiga, men försök ändå att besvara alla frågor.

Formuläret tar upp till 20 minuter att fylla i. Behandlare kommer att ha era svar som utgångspunkt för fortsatta samtal.

Om dig

I förhållande till barnen, är du:

Mor

Styvförälder

Far

Övrigt

1. Din kulturella och religiösa bakgrund

1. Är det något vi behöver veta om din kultur eller religion för att kunna hjälpa dig?

Ja

Nej

2. Om separationen

1. För hur länge sedan separerade du från den andra föräldern?

..... år

..... månader

Aldrig bott ihop

2. Som du uppfattat det; vem avslutade förhållandet?

Jag

Den andra föräldern

Båda

Aldrig haft ett förhållande

3. Markera de ord nedan som beskriver hur du idag känner kring att vara separerad/skild från den andra föräldern:

bra/nöjd

accepterat/gett upp

ledsen/nedstämd

olycklig/upprörd

frustrerad/irriterad

orolig/bekymrad

uppgiven/hopplöst

rädd/skrämd

generad/förödmjukad

svartsjuk/bitter

arg/förbannad

chockad/förkrossad

4. Har du träffat ditt/dina barn regelbundet under det senaste halvåret?

Ja

Nej

5. Anser du att de nuvarande umgängesformerna fungerar bra för barnet/barnen?

Ja

Nej

Om inte, anser du att:

a. Barnet/barnen skulle ha glädje av mer umgänge med den andra föräldern?

Ja

Nej

b. Barnet/barnen skulle må bättre av minskat umgänge med den andra föräldern?

Ja

Nej

c. Du har rätt till utökad umgänge med ditt/dina barn?

Ja

Nej

6. Hur bestämdes det nuvarande umgänget?

Gemensamt

Jag bestämde

Den andra föräldern
bestämde

Barnet/barnen fick välja

Vid familjerätten

Via advokater

I rätten

Annat sätt

7. Hur många gånger har du och den andra föräldern vänt er till tingsrätten till en rättslig förhandling?

Ingen gång

En gång

Två gånger

Tre eller fler

Vet ej



3. Hantera konflikter med barnets/barnens förälder

1. Känner du dig arg eller fientligt inställd gentemot den andra föräldern, idag?

Om du inte haft kontakt med den andra föräldern under det senaste halvåret hoppar du över följdfrågorna och går direkt till nästa avsnitt.

Ofta Ibland Nej

Under det senaste halvåret, hur ofta har du och den andra föräldern:

2. Diskuterat och varit överens kring beslut angående ert/era barn?

Ofta Ibland Sällan eller aldrig

3. Haft ilska samtal där ni inte kunnat enas?

Ofta Ibland Sällan eller aldrig

4. Hur mår du?

1. Har du under det senaste halvåret varit *allvarligt* oroad över ditt mående?

Ja Nej

2. Har du under det senaste halvåret

a. känt dig mycket orolig eller rädd?

Ja Nej

b. känt dig mycket arg eller irriterad?

Ja Nej

c. känt dig mycket ledsen/tom/nedstämd?

Ja Nej

d. gjort eller känt på sätt som upplevts som främmande eller olik dig?

Ja Nej

3. Under det senaste året:

a. Har du druckit mer alkohol eller tagit mer droger än du tänkt dig?

Ja Nej

b. har du tänkt att du vill eller borde minska din konsumtion av alkohol och/eller droger?

Ja Nej

c. är någon annan orolig över hur du använder alkohol/droger?

Ja Nej

4. Har du någon gång under de senaste två åren sökt hjälp av exempelvis en läkare, psykolog eller psykiater för problem med psykisk ohälsa eller drog/alkoholproblem?

Ja Nej

5. Får du idag tillräckligt känslomässigt stöd (t.ex. från vänner, familj eller professionella)?

Ja Nej

5. Hur verkar barnets/barnens andra förälder klara sig

Om du inte haft kontakt med den andra föräldern under det senaste halvåret hoppar du över frågorna och går direkt till nästa avsnitt.

1. Under det senaste halvåret, har du varit *allvarligt* oroad över hur den andra föräldern mått eller betett sig?

Ja Nej

2. Under det senaste halvåret, har den andra föräldern betett sig på ett sätt som verkade:

a. *väldigt* ångestfylld/orolig?

Ja Nej

b. *väldigt* arg/irriterad?

Ja Nej

c. *väldigt* ledsen/deprimerad?

Ja Nej

d. inte likt denna eller ovanligt för denna?

Ja Nej

3. Under det senaste året, har du oroat dig för den andre förälderns alkohol- eller drogkonsumtion?

Ja Nej

4. Har, såvitt du vet, den andra föräldern någon gång under de senaste två åren sökt hjälp av exempelvis en läkare, psykolog eller psykiater för problem med psykisk ohälsa eller drog/alkoholproblem?

Ja Nej

Notice of Terms of Use

The DOORS tools ("DOORS") are intended for professional use, for the express purpose of assisting with preliminary screening. The DOORS, in whole or in part, do not provide any formal diagnosis, finding, conclusion or recommendation, and are not intended to be used as a substitute for assessment. The authors and publishers of the DOORS disclaim any legal liability or responsibility for the accuracy or completeness of information gathered in screening processes that employ DOORS, or for decisions that are made or services that are received in conjunction with this tool. The full Terms of Use can be found on the Family Law DOORS website. Use of DOORS in any form is subject to and conditional upon these Terms of Use. All users of DOORS in any form are deemed, by virtue of such use, to have read, understood, accepted and agreed to these Terms of Use.



6 a. Om barn 0–5 år

Hoppa över dessa frågor om du inte har ett barn under fem år ELLER inte har tillbringat tid med ditt/dina små barn under det senaste halvåret. *Dessa frågor handlar om små barn och förskolebarn under fem års ålder. Om du har mer än ett barn under 5 år, svara "ja" om någon fråga stämmer för NÅGOT av barnen.*

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Har ditt/dina yngre barn (under fem år) några <i>allvarliga</i> hälso- eller utvecklingsproblem? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 2. Under det senaste halvåret, har någon professionell (lärare, läkare etc.) uttryckt oro för hur ditt/dina barn (under fem år) mår eller fungerar? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 3. Under det senaste halvåret, har ditt/dina barn (under fem år) verkat: | | |
| a. mer stressad vid avsked än vanligt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| b. mer kinkig/aggressiv än vanligt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| c. stressad/arg/tillbakadragen vid överlämning mellan er föräldrar? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 4. Har ditt/dina barn någon gång hört eller sett allvarliga gräl eller våld i hemmet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

6 b. Om barn i skolåldern

Hoppa över dessa frågor om du inte har ett barn över fem år ELLER inte har tillbringat tid med ditt/dina barn i skolåldern under det senaste halvåret. *Dessa frågor handlar om dina barn i skolålder, i åldrarna 6–17 år. Om du har mer än ett barn över sex år, svara "ja" ifall någon fråga stämmer för NÅGOT av dessa barn.*

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Har ditt/dina barn några <i>allvarliga</i> hälso- eller utvecklingsproblem? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 2. Under det senaste halvåret, har någon professionell (lärare, läkare etc.) uttryckt oro för hur ditt/dina barn (i skolåldern) mår eller fungerar? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 3. Under det senaste halvåret, har något av dina barn, jämfört med hur de brukar vara: | | |
| a. varit mer ångestfylld/orolig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| b. varit mer aggressiv/arg? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| c. varit mer ledsen/tillbakadragen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| d. varit mer trotsig/olydig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| e. uppvisat oroande beteenden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 4. Har något av barnen under det senaste halvåret protesterat mot att träffa den andra föräldern? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 5. Har ditt/dina barn någon gång hört eller sett allvarliga gräl eller våld i hemmet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 6. Under det senaste halvåret, har något av dina barn varit frånvarande från skolan mer än fyra dagar? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

7. Att vara förälder

Om du inte haft kontakt med dina barn under det senaste halvåret hoppar du över frågorna och går direkt till nästa avsnitt. Med tanke på allt som händer för dig nu kan det vara svårt att också var på topp som förälder.

Under det senaste halvåret:

- | | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 1. Har det varit svårt att veta hur ditt/dina barn mådde? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ibland | <input type="checkbox"/> Ofta |
| 2. Har det varit svårt att trösta och vara varm och inkännande med vart och ett av barnen? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ibland | <input type="checkbox"/> Ofta |
| 3. Har det varit svårt att sätta gränser och hantera problembeteenden? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ibland | <input type="checkbox"/> Ofta |
| 4. Har det varit svårt att stötta barnen i deras aktiviteter och intressen? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ibland | <input type="checkbox"/> Ofta |
| 5. Har du varit mer sträng än du tänkt och velat? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ibland | <input type="checkbox"/> Ofta |



De följande frågorna handlar om ditt/dina barns säkerhet, din trygghet och den andra förälderns säkerhet. Det kan vara påfrestande att reda ut saker efter en separation, och många behöver extra stöd under denna period.

Vissa människor behöver extra hjälp och stöd för att känna sig, och vara, trygga. Din behandlare kommer att prata mer om detta med dig. Om du behöver ytterligare tid för att fundera på dessa frågor, eller om du behöver hjälp att besvara dem, kan din behandlare hjälpa till.

8. Ditt/dina barns säkerhet

Tänk på alla dina barn och svara "ja" om någon av frågorna stämmer för NÅGOT av barnen.

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Under det senaste halvåret, har du varit orolig för ditt/dina barns säkerhet: | | |
| a) när de var med den andra föräldern? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| b) när de var med dig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| c) när någon annan (t.ex. styvförälder eller släkting) haft ansvaret? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 2. Har <i>någon annan</i> uttryckt oro för barnens säkerhet när de är tillsammans? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 3. Har någon anmälan till socialtjänsten angående ditt/dina barn gjorts någon gång? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| d) Pågår socialtjänstutredning angående ditt/dina barn? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 4. Efter separationen: | | |
| a) Har den andra föräldern hotat att ta, eller tagit barnen, eller utan tillstånd haft dem längre tid än överenskommet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| b) Har du hotat att ta, tagit barnen, eller haft dem utan tillstånd längre tid än överenskommet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

9 a. Din trygghet

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Under det senaste året, har du på något sätt varit rädd eller oroad för din egen säkerhet på grund av den andra föräldern? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 2. Är du nu på något sätt orolig för din egen säkerhet, på grund av den andra föräldern eller någon annan? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 3. Under det senaste året, har någon annan uttryckt oro för din säkerhet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 4. Om den andra föräldern blir besviken med sin situation, är du orolig att han/hon skulle kunna försöka skada någon annan eller skada sig själv? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 5. Har polis någon gång tillkallats, eller en polisanmälan gjorts, med anledning av den andra förälderns beteende, eller har han/hon någon gång fått besöksförbud? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| a) Finns det ett aktuellt besöksförbud? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 6. Under det senaste året, har den andra föräldern: | | |
| a) Följt efter dig eller övervakat dig på ett sätt som känns oroande (t.ex. kört förbi ditt hem, befunnit sig på samma plats utan att ha något egentligt ärende där)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| b) Försökt att kontrollera dig eller agerat svartsjukt (t.ex. kontrollerat din ekonomi, vart du gick eller vem du träffade)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| c) Hotat dig eller på annat sätt gjort dig otrygg? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| d) Skadat dig på ett sätt som inte var en olyckshändelse, eller pressat dig till att göra något du inte ville? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 1. Har den andra föräldern <i>någonsin</i> hotat att ta livet av sig, eller gjort självmordsförsök? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 2. Har den andra föräldern tillgång till skjutvapen eller andra vapen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 3. Om ja till något av ovanstående: Har dessa eller liknande beteenden från den andra förälderns sida förvärrats eller blivit mer frekventa den senaste tiden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |



9 b. Säkert beteende

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Har någon, såvitt du vet, uttryckt oro för ditt beteende gentemot den andra föräldern eller mot ditt/dina barn? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 2. Om du är/blir besviken med hur din nuvarande situation utvecklas, skulle du kunna överväga att skada dig själv eller någon annan? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 3. Har polis någon gång tillkallats, en polisanmälan gjorts eller besöksförbud utfärdats, med anledning av ditt beteende? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| a) Finns det ett aktuellt besöksförbud? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 4. Är det troligt att den andra föräldern skulle säga att du gjort något av följande under det senaste året: | | |
| a) Du följde efter eller övervakade hans/hennes rörelser på ett sätt som oroade honom/henne (t.ex. köra förbi hans/hennes bostad eller vara på samma plats som honom/henne utan att ha något ärende där)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| b) Försökte kontrollera honom/henne eller agerade svartsjukt (kontrollerade hans/hennes pengar, vart han/hon gick och vilka han/hon träffade)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| c) Du hotade hans/hennes säkerhet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| d) Skadat honom/henne på ett sätt som inte var en olyckshändelse eller pressat honom/henne till att göra något han/hon inte ville? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 5. Tror du att antingen den andra föräldern eller ditt/dina barn är rädda för dig på något sätt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 6. Har det någonsin känts så illa att du haft tankar på att skada dig eller ta livet av dig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 7. Har du tillgång till skjutvapen eller andra vapen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

10. Övriga stressfaktorer

Är du utsatt för *stark* stress just nu, på grund av något av följande?

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Arbetslös eller delvis arbetslös | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 2. Ekonomiska svårigheter | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 3. Bodelning (fastigheter och övriga tillgångar) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 4. Underhållsbetalning | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 5. Behov av juridisk hjälp | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 6. Bostadsproblem | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 7. Problem med transporter/kommunikationsmedel (t.ex. tidskrävande eller besvärliga resvägar) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 8. Känsla av isolering/ensamhet | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 9. Upplevelse av att vara trakasserad av den andra föräldrarnas släkt/nya partner/andra | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 10. Mått dåligt/sjukdom/fysiskt handikapp | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 11. Otrygghet i närområdet (säkerhet, droger, kriminalitet o.s.v.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 12. Finns det andra stressfaktorer som är ett <i>allvarligt</i> problem för dig just nu?
Om ja, beskriv vad dessa faktorer är. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

.....
.....
.....