Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma

Resultat från en nationell utvärdering

Anders Broberg, Linnéa Almqvist, Ulf Axberg & Karin Grip, Göteborgs universitet

Kjerstin Almqvist & Ulrika Sharifi, Karlstads universitet

Åsa K Cater & Anna Forssell, Örebro universitet

Maria Eriksson & Clara Iversen, Uppsala universitet

GÖTEBORGS UNIVERSITET

ÖREBRO UNIVERSITET

UPPSALA UNIVERSITET

© Författarna och Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet
Tryckt i Sverige
Psykologiska institutionen
Göteborgs universitet
Göteborg, 2011

ISBN 978-91-633-9122-4

Förord

Regeringen fattade 2007 beslut om 'Nationell handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor'(Skr 2007/08:39). I planen ingick bland annat ett uppdrag att utvärdera effekten av stödinsatser riktade till våldsutsatta kvinnor, och till barn som bevittnat våld. Uppdragets närmare utformning planerades under våren 2008 i ett samarbete mellan Socialstyrelsen och Göteborgs universitet. En kartläggning av vilka stödinsatser som erbjuds barn som bevittnat våld mellan föräldrar i Sverige (Eriksson m.fl.,2006) visade att dessa insatser så gott som uteslutande riktar sig till barn som bevittnat våld mot mamma. Utvärderingsuppdraget begränsades därmed till att gälla stödinsatser för barn som bevittnat våld mot mamma, och deras mammor.

Definitionen av "bevittnat våld" diskuterades ingående. Barns direkta upplevelser av våld mellan föräldrar består oftast av syn-, hörsel- och känselintryck (som när barnet tränger sig mellan föräldrarna för att skydda den ene från den andre). Det förekommer dock också att barn självmant stänger in sig på sitt rum när de vet att våldet är nära förestående, eller att den förälder som står i begrepp att utöva våld regelmässigt låser in barnen (i deras eget rum eller i exempelvis källaren). Barns omedelbara upplevelser av våldet är i dessa situationer minst lika skrämmande som de direkta syn- eller hörselintrycken. Mot bakgrund av de olika sinnesmodaliteter med vilka barn registrerar våldet mot föräldern kan man diskutera om inte begreppet 'upplevt våld mot mamma' är en bättre beskrivning av barnets sinneserfarenheter av det våld som riktats mot henne. Begreppet ”barn som bevittnat våld mot mamma” är dock så väl inarbetat att vi valt att behålla begreppet. När det gäller våld riktat direkt mot barnet använder vi begreppet 'direkt utsatt för våld'.

Uppdraget har genomförts av en projektgrupp under ledning av undertecknad, professor i klinisk psykologi vid Göteborgs universitet. I gruppen har ingått Kjerstin Almqvist, professor i medicinsk psykologi vid Karlstads universitet, Ulf Axberg, fil.dr. lektor i klinisk psykologi vid Göteborgs universitet, Maria Eriksson, fil.dr. docent i sociologi och lektor i barn- och ungdomsvetenskap vid Uppsala universitet samt Åsa K Cater, fil.dr. och lektor i socialt arbete vid Örebro universitet. I gruppen har också ingått som projektkoordinator pol. mag. Linnéa Almqvist, Göteborgs universitet, bitr. forskare leg. psykolog Ulrika Sharifi, Landstinget i Värmland, och doktoranderna socionom Anna Forssell, Örebro universitet, leg. psykolog, leg. psykoterapeut Karin Grip, Göteborgs universitet och fil. mag. Clara Iversen, Uppsala universitet.

Vi vill tacka Socialstyrelsen för att vi fått möjlighet att genomföra uppdraget, och hoppas att rapporten ska bidra till en förbättrad situation för barn som tvingas leva med våld i sin familj.

Göteborg 2011-06-30

För projektgruppen
Anders Broberg <Anders.Broberg@psy.gu.se>

Innehåll

Förord ... 3
Innehåll ... 5
Sammanfattning ... 7
1 Inledning ... 11
Bakgrund ... 12
Att som barn bevittna våld ... 12
Stöd och behandling internationellt för barn som bevittnat våld ... 14
Stöd och behandling i Sverige för barn som bevittnat våld ... 15
Projektets teoretiska utgångspunkter ... 17
Barns rätt till delaktighet, skydd och stödresurser ... 17
De utvärderade stödinsatserna som del i en insatskedja ... 18
Studiens syfte och frågeställningar ... 20
2 Metod ... 21
Procedur ... 21
Utvärderingens design ... 21
Rekrytering av verksamheter ... 22
Kort beskrivning av verksamheterna ... 22
Indelning i fem olika typer av verksamheter ... 25
Rekrytering av forskningsdeltagare ... 26
Etiska överväganden vid rekryteringen av forskningsdeltagare ... 28
Kontakt med mammor och barn ... 29
Bortfall ... 30
Instrument/mätmetoder ... 31
Databearbetning och statistiska analyser ... 34
3 Resultat ... 38
Barnens familjesituation vid förmätningen ... 38
Mammans situation ... 38
Barnens utsatthet ... 40
Barnens psykiska hälsa vid förmätningen ... 41
Symtom på psykisk ohälsa ... 41
Hälsa och välbefinnande ... 42
Sammanfattning av mammornas och barnens situation när de påbörjade stödinsatsen ... 44
Förändringar från förmätning till ettårsuppföljning ... 45
Psykisk ohälsa ... 45
Hälsa och välbefinnande ... 50
Jämförelser mellan verksamheter ... 52
Psykisk ohälsa ... 52
Hälsa och välbefinnande ... 53
Vad ansåg mammor och barn om insatserna för barnen? ... 54
Sammanfattning av resultaten ... 56
4 Diskussion ... 58
Verksamhetens betydelse för barnen ... 58
Omständigheter som påverkade barnens förändringar ... 60
Begränsningar i studien ... 61

Barns rätt till delaktighet, skydd och stöd 62
Barnens rätt att delta och påverka processer som berör dem 62
Barns rätt till skydd 63
Barns rätt till särskilda insatser och hälsovård 65
Behov av forskning 66
Slutsatser och rekommendationer 67
5 Referenser 69
6 Bilagor 77
Bilaga 1. Informanter till verksamhetsbeskrivningar och kontaktuppgifter till verksamheterna 77
Bilaga 2. Tabeller metod 78
Bilaga 3. Instrument 79
Bilaga 4. Tabeller resultat 83

Sammanfattning

Barn som bevittnar våld mot en förälder som de är beroende av för sitt välbefinnande utsätts för en form av våld. Barn behöver – i synnerhet under den tidiga barndomen – föräldrar som prioriterar barnets behov framför sina egna. När barnets ena förälder – eller någon annan som bor med familjen – slår eller förgriper sig på den andra föräldern blir barnet känslomässigt övergivet och skyddslöst.

Barn kan bevittna våld mot en primär omsorgsgivare under kortare eller längre perioder i sitt liv, men ofta innebär det ett liv begränsat av olika typer av makt, övergrepp och förtryck. Sådana upplevelser medför en ökad risk för att barnet utvecklar problem såsom posttraumatisk stress, depression, beteendeproblem och problem med sociala relationer – både inom familjen och med kamrater.

Sedan 2007 är socialtjänstens ansvar, för att barn som bevittnat våld får det stöd och den hjälp de behöver, förtydligat i Socialtjänstlagen.

Det viktigaste stödet för barn som bevittnat våld mot sin mamma är skydd från fortsatt utsatthet. Internationellt sett är den vanligaste formen av stöd till barn, utöver sådant skydd, samtal i grupp. Det finns dock stora skillnader mellan vilka mål programmen är tänkta att uppnå, vilket medför att utvärderingsstudier använder varierande mått för att bedöma vad som är ett ”lyckat utfall”. Detta försvårar i sin tur jämförelser av utvärderingar av dessa program. I Sverige är den vanligaste typen av insats fortfarande individuella samtal, även om gruppverksamheter för barn har blivit vanligare de senaste 10 åren. Kunskapen om effekterna av de metoder som utvecklats inom och utom socialtjänsten för att stödja barn som bevittnat våld mot mamma är fortfarande begränsad internationellt och i Sverige är den i stort sett obefintlig.

Göteborgs universitet fick 2008 i uppdrag av Socialstyrelsen att utvärdera effekten av insatser riktade till barn som bevittnat våld mot sin mamma. Syftet med utvärderingen var att studera förändringar i barns hälsa och välbefinnande efter stödinsatser, med utgångspunkt i mammors och barns beskrivningar. Detta syfte preciseras i följande frågeställningar:

1. Hur såg barnens familjesituation ut med avseende på vårdnad, boende och umgänge och utsatthet för våld, samt barnens hälsa och välbefinnande när insatsen påbörjades?
2. Förändrades barnens hälsa och välbefinnande från när insatsen påbörjades till ett år senare som en konsekvens av insatsen, och skiljde sig förändringen åt mellan olika typer av insatser?
3. Skiljde sig förändringarna åt gällande: barnens ålder och kön, våldsutsatthet eller problembelastning, mammans socioekonomiska status, omfattningen av insatsen, eller tiden för insatsen i barnens liv?
4. Hur stor andel av barnen hade problem på klinisk nivå gällande allmän psykisk ohälsa och trauma före och efter de olika insatserna?
5. Hur nöjda var mammorna och barnen med de insatser de hade fått? Skiljde sig deras nöjdhet mellan olika insatser?

Metod; Åtta exempel på ”lovande” och finansiellt och personellt stabila verksamheter som vi benämner *verksamheter inriktade på arbete med våld* (dvs. verksamheter med grupp- eller individuellt inriktat stöd riktat specifikt till barn som bevittnat våld mot mamma från hennes partner) jämfördes med; *barn- och ungdomspsykiatrin* (BUP), som bedömdes ha ett samhälleligt uppdrag att ge stödinsatser och professionell behandling till barn, *skyddade boenden* för kvinnor (SBo), som har ett uppdrag att ge skydd och stöd primärt till kvinnor men som ofta även erbjuder stöd till kvinnornas barn samt *social-tjänstverksamheter*, dels i form av Individ- och familjeomsorgen (IFO), som bedömdes ha ett samhälleligt uppdrag att ge skydd och stöd till barn i allmänhet, och dels i form av familjerätten (FamR), som bedömdes ha en primärt utredande funktion. Denna rapport baseras på mammornas skattningar av 295 barn mellan 3 och 13 år. Av dessa har 64 barn i åldern 9-13 år därutöver själva deltagit som informanter.

Studien genomfördes genom mätning vid tre tillfällen; före eller i samband med att stöd-insatsen påbörjades (förmätning), efter avslutad stödinsats 4-6 månader senare (efter-mätning) samt 11-13 månader efter att insatsen påbörjats (ettårsuppföljning). Datain-samlingen bestod av intervjuer genomförda av oberoende intervjuare, oftast i barnens hem. Mammorna, och de barn som var över 9 år, fick därutöver själva fylla i frågeformu-lär rörande psykisk hälsa och välbefinnande.

Resultat; Barn som hade haft kontakt med verksamheter med insatser direkt riktade till barn (verksamheter inriktade på arbete med våld & BUP), fick en minskad problembe-lastning från förmätning till ettårsuppföljning. Effekten var dock liten och även vid ettårsuppföljningen låg mammornas skattningar av barnens psykiska ohälsa klart högre jämfört med barn ’i allmänhet’. Symtomens inflytande över barnens vardagsliv mins-kade, framför allt för barnen som haft kontakt med BUP. Barn som hade haft kontakt med verksamheter som inte hade ett direkt stöd riktat till barnen själva (SBo/IFO & FamR), hade samma genomsnittliga höga grad av problembelastning vid ettårsuppföljningen som vid förmätningen, och funktionsinskränkningen (d.v.s. symtomens påverkan på barnens vardagsliv) ökade. Mammornas globala skattning av hur barnets psykiska ohälsa förändrats pekade i samma riktning; de som hade haft kontakt med verksamhet-er som hade insatser direkt riktade till barn, och i synnerhet mammorna vars barn haft kontakt med BUP, upplevde den största förbättringen.

När hänsyn togs till skillnader i bakgrundsvariabler, insatsens omfattning, förmätnings-värden och bortfall fanns en tendens till att verksamheterna med stöd direkt till barnen hade bättre effekt, och att längre insatser hade bättre effekt än kortare. Analysen visade också att barn vars mammor har varit utsatta för fysiskt våld under det senaste halvåret tenderade att ha en sämre utveckling av sin psykiska hälsa och att yngre barns psykiska hälsa tenderade att utvecklas bättre jämfört med äldre barns. Generellt gällde också att barn som hade en hög grad av psykisk ohälsa vid förmätningen förbättrades mer än barn som inte hade lika stora bekymmer.

Barn som hade haft kontakt med verksamheter med insatser direkt riktade till dem (verksamheter inriktade på arbete med våld & BUP), förbättrade tydligt sin förmåga att reglera känslor av ilska, ledsnad och rädsla. Någon motsvarande förändring sågs inte hos barn som haft kontakt med övriga verksamheter (SBo/IFO & FamR).

När hänsyn togs till skillnader i bakgrundsvariabler och förmätningsvärden fanns fortsatt statistiskt signifikanta skillnader. Dessa skillnader visade att barn som haft kontakt med verksamheter med insatser direkt riktade till dem (verksamheter inriktade på arbete med våld & BUP), förbättrades i sin förmåga till känslomässig reglering jämfört med barn i övriga verksamheter (SBo/IFO & FamR). Generellt förbättrades barn, som hade sämre regleringsförmåga vid förmätningen, i högre grad än barn som inte hade lika stora bekymmer.

Enligt de 9-13-åriga barnens egna skattningar minskade deras symtom på posttraumatisk stress och deras generella ångestsymtom minskade betydligt. Många barn fortsatte dock att ha höga symtomnivåer även vid ettårsuppföljningen. I övrigt kunde inga statistiska förändringar påvisas rörande barnens självskattningar.

Mammorna vars barn haft kontakt med verksamheter som erbjöd insatser direkt riktade till barnen var betydligt mer nöjda än övriga mammor. Mest nöjda var de mammor som haft kontakt med verksamheter inriktade på arbete i grupp med barn och mammor. Barnen i åldern 9-13 år, varav de allra flesta deltagit i grupp för barn som bevittnat våld, var själva generellt nöjda eller mycket nöjda med den kontakt de haft med verksamheten.

Slutsatser och rekommendationer; Barn som bevittnat våld mot mamma har i betydligt högre utsträckning än barn i allmänhet olika symtom på psykisk ohälsa. De utgör därmed en riskgrupp som behöver uppmärksammas och många har behov av stöd och behandling. Därför behöver samhället arbeta såväl preventivt som stödjande och behandlande för att lindra kortsiktiga och förhindra långsiktiga konsekvenser av våldet.

Baserat på undersökningens resultat rekommenderar vi följande:

- Barn som bevittnat våld mot mamma och utvecklat en egen problematik har nytta av insatser som riktas direkt till dem. De bör därför erbjudas sådana insatser. Insatserna bör utformas mot bakgrund av bästa aktuella kunskap på området och ha tillräcklig omfattning för att barnet ska förbättras.
- Verksamheter inriktade på att ge stöd till barn som bevittnat våld mot sin mamma, och till deras mammor, är uppskattade och bidrar på ett positivt sätt till barnens psykiska hälsa. Kunskapen om olika metoders värde är dock fortfarande bristfällig, och det finns därför anledning att stödja fortsatt metodutveckling i verksamheterna liksom fortsatt utvärdering av dem.
- Tillgången till effektiva behandlingsmetoder för barn som traumatiserats av att uppleva våld mot sin mamma, och därmed utvecklat en egen problematik, måste förbättras inom barn- och ungdomspsykiatrin. Det finns annars risk för att verksamheter med inriktning på barn som bevittnat våld mot mamma kommer att användas som ersättning för barnpsykiatrisk vård trots att de ofta saknar de resurser och den kompetens som detta förutsätter.
- Socialtjänsten, och barn- och ungdomspsykiatrin, måste utforma sitt arbetssätt så att föräldrar och barn ges möjlighet att berätta om förekomst av våld i familjen, genom att man vid åtminstone något tillfälle talar enskilt såväl med vardera föräldern som med barnen.

- Strukturerade riskbedömningar av barnets och mammans situation saknas ofta trots att regelbundet umgänge upprätthålls med en pappa som utsatt mamma, och ibland även barnet, för våld. Dessutom finns det i dessa fall ofta risk för att pappan har allvarliga alkoholproblem. Det är därmed svårt att bedöma vilka risker barnet utsätts för och om barnens rätt till skydd är tillgodosett. Metoder för strukturerade risk-/skyddsbedömningar för barn som har bevittnat våld i familjen behöver utvecklas och spridas till dem som arbetar i socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri.
- Barns rätt till nödvändig behandling måste stärkas, så att inte barnens svårigheter lämnas obehandlade på grund av föräldrars oenighet. De föreslagna förändringarna rörande socialtjänstens ansvar avsedda att underlätta för barn att få behandling inom t.ex. BUP, även om en vårdnadshavare motsätter sig detta, behöver följas noga med avseende på hur de fungerar i praktiken.
- Barn har rätt till skydd från våld. Om inte våldet mot mamma upphör kan inte barnen tillgodogöra sig andra insatser och deras hälsa äventyras. Åtgärder som bidrar till att våldet upphör behöver prioriteras.

1 Inledning

Barn som bevittnar våld mot en förälder som de är beroende av för sitt välbefinnande utsätts för en form av våld. Barn behöver – i synnerhet under den tidiga barndomen – föräldrar som prioriterar barnets behov framför sina egna. När barnets ena förälder – eller någon annan som bor med familjen – slår eller förgriper sig på den andra föräldern blir barnet känslomässigt övergivet och skyddslöst (jfr Hester m.fl., 2006). Just då förlorar barnet båda sina föräldrar – den ene i form av en hotfull angripare och den andre som ett utsatt offer.

Socialtjänstens ansvar för dessa barn finns sedan 2007 förtydligat i Socialtjänstlagen i vilken socialnämnden åläggs att: ”särskilt beakta att barn som bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående vuxna är offer för brott och kan vara i behov av stöd och hjälp.” (5 kap. 11 § SoL, Lag 2007:225) De närstående som avses är i första hand föräldrar, men också exempelvis syskon och föräldrars sambor. Lagen omfattar såväl manliga som kvinnliga förövare respektive offer i både olikkönade och samkönade relationer och innebär att de barn som behöver stöd eller hjälp måste uppmärksammas av socialtjänsten, att de har vissa rättigheter som brottsoffer samt att socialtjänsten har ansvar för att barn efter en individuell bedömning får det stöd och den hjälp de behöver.

Hösten 2007 fattade regeringen beslut om en nationell handlingsplan om våld mot kvinnor. Denna innehöll en rad initiativ i syfte att förbättra situationen för våldsutsatta kvinnor och deras barn. Dåvarande Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen fick bland annat i uppdrag att utvärdera effekten av insatser riktade till barn som bevittnat våld mot sin mamma. Detta uppdrag har genomförts av en projektgrupp under ledning av Anders Broberg, professor i klinisk psykologi vid Göteborgs universitet. I en studie med kvasiexperimentell design undersöktes barn som deltog i insatser särskilt inriktade på att ge stöd till barn som bevittnat våld i sin familj, och en jämförelsegrupp som inte fått sådana särskilt inriktade insatser. I studien utgjordes denna jämförelsegrupp av barn och mammor som fick insatser inom verksamheter dit barn som bevittnat våld i familjen kunde tänkas komma fastän verksamheten inte var inriktad på att ge stöd till just denna grupp barn (t.ex. familjerätten som utreder snarare än behandlar, skyddade boenden vars primära målgrupp är kvinnorna, och barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), som behandlar barn med symtom snarare än barn som bevittnat våld). Även om socialtjänsten har ansvar för barn som bevittnar våld av eller mot vilken närstående som helst, var studien begränsad till det problem som enligt forskningen är mest omfattande, nämligen när barnets mamma utsatts för våld från en nuvarande eller före detta manlig partner till henne. Projektet har omfattat perioden 2008-07-01 -- 2011-06-30.

Uppdraget från Socialstyrelsen gällde att (a) granska och beskriva insatserna, (b) jämföra effekterna av insatserna för barnen och mammorna, speciellt med avseende på om insatser utformade för barn som bevittnat våld ger ett bättre resultat än andra insatser inom andra verksamheter, samt (c) jämföra effekterna av olika våldsinriktade insatser för barn.

Denna rapport redovisar resultat från den ovan beskrivna utvärderingen av stödinsatser riktade till barn som bevittnat våld mot sin mamma. Resultatet gällande effekter på mammors välbefinnande kommer att presenteras i en självständig rapport. Till projektet finns också knutet en studie av de insatser barnen erhållit inom socialtjänsten, så som dessa dokumenterats i socialtjänstens register. Projektet ska dessutom generera tre doktorsavhandlingar i ämnena psykologi, socialt arbete och sociologi. Avhandlingen i psykologi kommer att röra anknytning, våld och trauma och effekter av behandling utvärderade på individnivå. Avhandlingarna i socialt arbete och sociologi kommer att innehålla analyser av ramvillkoren för insatserna vad gäller möjligheten för barnen att delta i och tillgodogöra sig behandlingen. Mer specifikt kommer avhandlingen i socialt arbete att fokusera pappa-barnrelationerna och under vilka förutsättningar ett umgänge med en (tidigare) våldsutövande pappa är gynnsamt för barnet. Avhandlingen i sociologi kommer att handla om hur utvärderingen skapar villkor för barns delaktighet som brukare av stödinsatser.

Bakgrund

I Sverige anmäldes år 2004 totalt 23 000 misshandelsbrott mot kvinnor. Av dessa handlade hälften om våld utfört av en man som kvinnan lever eller har levt tillsammans med (Brå, 2006). Antalet barn som berörs av våld mot kvinnor vet man idag inte, men olika uppskattningar anger att det handlar om 85 000 till 190 000 barn (Arnell & Ekbom, 1999; SOU 2001:72; Allmänna barnhuset, 2007; Annerbäck m.fl., 2010). Ensamstående småbarnsmammor framträder som en särskilt utsatt grupp; år 2003 uppgav ca 15 % av dessa kvinnor i hela landet att de utsatts för någon typ av våld eller hot i bostaden under en ettårsperiod (SCB, 2004). Dessa siffror är dock generella och kunskap saknas om hur många våldsutsatta kvinnor med barn det finns inom verksamheter dit mammor i utsatta livssituationer vänder sig, såsom socialtjänst eller BUP.

Förekomsten av psykisk ohälsa är hög bland kvinnor som utsatts för våld. Detta, och den situation som de lever i, påverkar deras förmåga att vara psykiskt och fysiskt tillgängliga i den grad som deras barn behöver (Almqvist & Broberg, 2004). Förnekande och skam hindrar ofta kvinnor som misshandlas att söka hjälp. Olika studier visar att 20 till 70 % av de kvinnor som misshandlas av sin partner aldrig har berättat för någon om vad de utsatts för. Trots detta lämnar många kvinnor så småningom den misshandlande mannen. En av de viktigaste anledningarna till att kvinnor bryter sig loss från en relation där de misshandlas är att de märker att situationen påverkar barnen negativt (Krug m.fl., 2002).

Att som barn bevittna våld

Begreppet våld omfattar ett flertal olika upplevelser. Det kan innebära användning av fysisk kraft eller makt. Det kan också innebära ett uttalat eller implicit hot som resulterar i eller har kapacitet att resultera i skada på barnets hälsa, överlevnad, utveckling eller värdighet (jfr WHO, 2002). Våld behöver dock inte innebära maktutövning i bemärkelsen hot, utan kan också vara sådana kränkande tillmälen som skadar barnens självkänsla eller begränsar barnens rättigheter att själva välja hur de ska handla, tänka eller känna. Att leva med våld mot en primär omsorgsgivare och det hot det utgör mot bar-

nets välbefinnande innebär alltså ofta en total erfarenhet av att leva ett liv begränsat av olika typer av makt, övergrepp och förtryck (jfr Jaffe m.fl., 1990).

Våldet som barnen bevittnar kan ha olika karaktär. Det kan bestå av alltifrån livshotande eller dödligt våld till mer vaga hot och handgripligheter som ligger på gränsen till det brottsliga – eller till och med är tillåtna enligt svensk rätt, men av barnet upplevs som skrämmande. Våldet kan också pågå under kortare eller längre perioder i barns liv. När kvinnan utsätts för våld under graviditeten (Edleson, 2008; Stenson, 2002), kan det innebära starten på många år av våldsupplevelser för barnet. I andra fall är våldshändelsen en engångsföreteelse som har etsat sig fast i barnets medvetande så att det påverkas allvarligt i sitt dagliga liv.

Barn är ofta närvarande när en mamma misshandlas av sin partner (Christensen, 1990; Krug m. fl., 2002; Eskonen, 2005; Mullender m.fl., 2002; Solberg, 2007). Flera svenska studier har visat att barnen är inblandade genom att befinna sig i samma hus, bevittna våldet i rummet där det pågår, eller till och med genom att försöka stoppa våldet (Hydén, 1995; Almqvist & Broberg, 2004). Om mamman i en familj utsätts för våld av sin partner är risken stor att också barnet själv utsätts för fysiskt och/eller sexuellt våld (Appel & Holden, 1998; Avery m.fl., 2002; Edleson, 1999; Cox m.fl., 2003; Hamby m.fl., 2010; Hester m.fl., 2006; Herrenkohl, 2008; Litrownik m.fl., 2003; Finkelhor m.fl., 2010). Uppgifterna om storleken på denna överlappning varierar mellan 40 och 60 % beroende på bland annat urval och definition av våld (Appel & Holden, 1998). Två svenska studier, en av mammor och barn på en kvinnojour i Göteborg (Almqvist & Broberg, 2004) och en studie där barn och ungdomar själva rapporterade om de bevittnat respektive själva varit direkt utsatta för våld (Annerbäck m.fl., 2010), visade att en majoritet av de barn som bevittnat våld mot mamma också själva utsatts för våld av samme man (62 % resp. 58 %). Utöver detta kan barnen vara poly-viktimiserade, dvs. utsättas för våld även i andra sammanhang, såsom i skolan eller grannskapet (Finkelhor m.fl., 2007; Turner m.fl., 2010).

Våldets konsekvenser för barn

Många studier har visat att barn löper en ökad risk att utveckla psykiska problem om det förekommer våld i familjen (Jaffe m.fl., 2002). Att bevittna våld i familjen kan innebära ett trauma med allvarliga konsekvenser för barnets anknytning (Levendovsky m.fl., 2003), och en flerfaldigt ökad risk för utveckling av allvarlig psykisk ohälsa (Davies & Cummings, 2006). Depression och andra emotionella problem, olika beteendeproblem, dåliga skolprestationer och psykosomatiska problem, är exempel på möjliga konsekvenser av att barn tvingas bevittna våld mot sin mamma (Silva m.fl., 2000; Wolfe m.fl., 2003). I en studie av barn på svenska kvinnojourer hade majoriteten problem med kamratrelationer och/eller så stora svårigheter i övrigt att de bedömdes behöva fortsatt utredning och behandling (Almqvist & Broberg, 2004). Vanliga symtom bland barnen var rädsla, aggressivitet och förhöjd spänningsnivå, och cirka 25 % bedömdes uppfylla samtliga kriterier för posttraumatiskt stressyndrom.

Barn som bevittnat våld kan påverkas negativt också i sina sociala relationer. Våldet riskerar exempelvis att skada relationen till mamman (Peled & Davies, 1995; Cohen m.fl., 2006; Lieberman, m.fl., 2005). Barnen kan också lära sig att våld är ett effektivt sätt att skaffa sig kontroll på. En del barn separerar tankemässigt våldshandlingarna från den handlande personen och kan därmed få svårt att tolka olika sociala situationer (Cater,

2004). Barnen tenderar även att använda sig av antingen passiva eller aggressiva strategier för att lösa konflikter (Jaffe m.fl., 1990). Man har också funnit att barn till misshandlade mammor har en tendens att vara särskilt omhändertagande, generösa och hjälpsamma (Almqvist & Broberg, 2004). Detta kan vara ett resultat av att barnen anpassar sig till en situation som kräver att de undertrycker sina egna behov till förmån för andras.

Men alla barn som bevittnar våld blir inte psykiskt traumatiserade eller utvecklar olika symtom och svårigheter. Det finns barn som tack vare goda individuella resurser och gott stöd kan bemästra mycket svåra och smärtsamma upplevelser utan att få bestående men i sin psykiska utveckling (Werner & Smith, 2003). Riskerna för att barnets psykiska hälsa och utveckling påverkas negativt ökar dock ju svårare och mer omfattande upplevelser barnet har utsatts för (Pynoos m.fl., 1995). Poly-viktimisering har t.ex. visat sig generera svårare symptom (Finkelhor m.fl., 2007; Turner m.fl., 2010). Barnets upplevelse och förståelse av våldet i familjen påverkar också graden av problem. Barn som känner sig mer hotade eller ansvariga för föräldrakonflikten uppvisar högre grad av svårigheter (Skopp m.fl., 2005).

De mått för våld som använts i föreliggande utvärderingsstudie ska fånga dessa olika dimensioner av våld och av våldets konsekvenser. De ligger också i linje med den våldsdefinition som används i regeringens handlingsplan (Skr. 2007/08:39), vilken i sin tur bygger på FN:s deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor (1993): ”Varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet.” Definitionen omfattar alltså såväl fysiskt som sexuellt och psykiskt våld.

Stöd och behandling internationellt för barn som bevittnat våld

Det viktigaste stödet för barn som bevittnat våld mot sin mamma är skydd från fortsatt utsatthet (jfr t.ex. Farmer, 2006; Steinsvåg, 2007). När barnens säkerhet är tryggad behöver deras situation, symtom och behov bedömas individuellt. Geffner m.fl. (2003) föreslår att ett flertal aspekter såsom trauma, depression, självförtroende, ilska, attityder, kommunikations- och sociala förmågor, specifika omständigheter samt styrkor och resurser bör inkluderas i bedömningen av vilket stöd varje enskilt barn behöver. Många barn vill och behöver tala om våldet (McGee, 2000). Att barn ges möjlighet att berätta om sina upplever har visat sig kunna minska och förebygga beteendeproblem (Jouriles m.fl., 2001) och posttraumatiskt stressyndrom (Graham-Bermann, 2001).

Internationellt sett är den vanligaste formen av stöd till barn samtal i grupp. Att tala om sina erfarenheter med andra som har liknande upplevelser kan hjälpa barn att känna sig mindre ensamma med sina problem (McAlister Groves, 1999). Gruppsamtal anses ofta vara bäst för äldre barn, som har en mer utvecklad förmåga att reflektera och kan behöva diskutera attityder till sexism, makt och kontroll. För förskolebarn rekommenderas i stället individuella samtal i kombination med insatser för föräldrarna (Jaffe m.fl., 1990; McAlister Groves, 1999). Som komplement till stödsamtal rekommenderar flera forskare (t.ex. Berkowitz & Marans, 2006) att man samlar de resurser och det sociala stöd som finns hos till exempel barnets föräldrar, släkt och skola för att stödja barnets återhämtning och framtida trygghet.

Stödsamtal för barn som bevittnat våld har många olika inriktningar: stresshantering och problemlösningsförmåga (Jaffe m.fl., 1990), traumabearbetning, reducering av beteendeproblem (Jouriles m.fl., 2001), stödjande av relationen mellan mamman och barnet, eller mer praktiskt stöd och hjälp till mammor och barn (Humphreys m.fl., 2001). Många program inkluderar flera av dessa syften. Spridningen avseende vilka mål programmen är tänkta att uppnå medför att utvärderingsstudier använder varierande mått på ”lyckat utfall”. Som exempel har Wagar och Rodways studie (1995) av London Ontario-programmet visat att barnens attityd till våld förändrades och att deras känsla av ansvar för våldet minskade medan Ragg och Webb (1992) visat att utagerande beteenden minskade bland barn som deltagit i ”The Child Witness Programme”. Denna variation försvårar jämförelser av utvärderingar av barnfokuserade program – det är svårt att säga vilket av programmen som är bäst för vilka barn.

Forskningen om effekter av kombinerade föräldra- och barninterventioner är även den otillräcklig. En studie av ”The Kids’ Club”, psyko-pedagogiskt stöd i grupp kombinerad med mammagrupp, visade att barnens symtom på psykisk ohälsa förbättrades även i kontrollgruppen som inte innefattat mammagrupp, men att de barn som erhållit både barn- och föräldrainsatser förbättrades mer, i form av minskad aggressivitet och beteendeproblem, mer förändrad syn på våld, minskning av självanklagelser, samt förbättrad förmåga till problemlösning och socialt fungerande (Graham-Bermann m.fl., 2007). Andra studier har dock inte visat att kombinerade insatser till både mamman och barnet ger ett bättre resultat (Pepler m.fl., 2000). Den forskning som gjorts på föräldrabaserade program beskrivs som mer tillförlitlig (Rivett m.fl., 2006). Föräldraprogrammet ”Success-based noncoercive treatment of oppositional behaviour in children from violent homes” med syfte att minska barns trotsbeteende har visat sig ha effekt i en studie med både kontrollgrupp och eftermätning (Ducharme m.fl., 2000).

Eftersom stödinsatsernas olika upplägg och utformning gör det svårt att jämföra och dra några säkra slutsatser behövs mer forskning om olika insatsers effektivitet. För att bättre utforma specifika insatser anpassade till olika målgruppers behov behöver vi också få ökad kunskap om de specifika förutsättningar som gör att vissa barn som bevittnat våld i familjen utvecklar svåra symtom eller problem, medan andra är mer motståndskraftiga (Rivett m.fl., 2006; Graham-Bermann & Hughes, 2003). I förhållande till specifika interventionsmodeller måste vi med andra ord ställa oss frågan: *Vilka* barn är det vi tänker oss att modellen egentligen kan vara bra för? Är det barn som lider av traumatisering, de som visar andra tecken på inåtvända eller utagerande svårigheter, de som har problematiska attityder eller otillräckliga strategier för konflikthantering eller även de barn som inte visar känslor eller beteenden som skiljer sig från barn i allmänhet (jfr Silvern m.fl., 1995)? Vidare är det ett bekymmer att utvärderingarna av de internationella programmen använder olika utfallsmått, då det är svårt att jämföra betydelsen av att barn efter en insats har mer kunskap om våld och efter en annan insats mår bättre. Dessa olikheter innebär att kunskapen om vilka insatser som hjälper barnen bäst präglas av varierande grader av, oftast låg, evidens och en avsaknad av meta-analyser.

Stöd och behandling i Sverige för barn som bevittnat våld

Även i Sverige har den kunskap som finns om hur barn påverkas av våld mot sin mamma fått konsekvenser i utformandet av olika insatser riktade till barn och/eller föräldrar

(Eriksson m.fl., 2006; Hydén, 2005). År 2010 erbjöd minst 147 av landets kommuner stöd till barn som bevittnat våld. I jämförelse med år 2006 är det också ett fält som konsoliderats, på så sätt att flera små aktörer (i första hand mindre kommuner) slagit sig samman och etablerat gemensamma verksamheter. Verksamheter som erbjuder *både* individuella insatser och grupper för barn har också blivit vanligare (minst 46, jämfört med 26 stycken år 2006) (Eriksson, 2010).

Sverige skiljer sig ut sig i en internationell jämförelse genom att den vanligaste typen av insats är individuella samtal, framförallt utifrån "Trappan-modellen" (för en beskrivning, se sid. 23). Andra sätt att arbeta med individuellt stöd till barn som bevittnat våld är exempelvis att man använder olika behandlingsmetoder för traumatiserade personer, som behandlingsteknik med ögonrörelser (Eye Movement Desensitization Reprocessing, EMDR), kognitiv beteendeterapi (KBT) eller familjeterapi inom barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar (Eriksson m.fl., 2006; Eriksson, 2010).

När det gäller gruppsamtal har en målgruppsanpassad version av *Children Are People Too* (CAP) (Hawthorn, 1990), initialt ett program för stöd till barn till missbrukare som introducerats av Ersta Vändpunkten i Stockholm (Lindstein, 1995; 2001), fått stort genomslag (Forinder & Hagborg, 2008). Andra modeller för barngrupper är den gruppbehandling för traumatiserade barn som bedrivs av BUP Grinden i Stockholm (tidigare BUP Bågen), med parallell mammagrupp (Ekbom & Landberg, 2002) och verksamheter med syfte att förbättra myndighetssamverkan, samtidigt som man erbjuder barn, mammor och pappor parallell behandling i grupp (exempelvis Frideborg i Norrköping och Utvägsverksamheterna) (för beskrivningar, se sid. 22).

Det går också att urskilja några nyheter på fältet, bland annat i form av nya modeller för barngrupper, och för terapi för barn och deras omsorgspersoner. Kristinehamns kommun har översatt manualen till och utbildats i det ovan nämnda grupprogrammet "Kids' club" och "PreSchool Kids' Club" (Graham-Bermann & Hughes, 2003). En annan nyhet är den modell för barngrupper som utvecklats vid *Alternativ til Vold* i Norge (ATV) (Aschjem & Tobiassen Sanna, Odat.). Flera BUP-mottagningar har även introducerat traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-CBT, se Cohen m.fl., 2006), en behandlingsmodell som visat god effekt på barn med olika typer av psykiska trauman.

En CAP-inspirerad verksamhet (Bojen) har utvärderats av Göteborgs universitet i form av en öppen studie utan jämförelsegrupp (Broberg m.fl., 2006; Georgsson, 2010; Georgsson m.fl., 2007; Grip, 2010). Trappan-verksamheten i Uppsala (Trappan) har utvärderats av Örebro universitet (Cater, 2009; Cater & Ekbom, kommande), också det i form av en öppen studie. I Sverige präglas med andra ord området ännu av avsaknad av kunskap om effekterna av de metoder som utvecklats inom och utom socialtjänsten för att stödja barn som bevittnat våld mot mamma (Eriksson m.fl., 2006).

TF-CBT för barn som bevittnat våld är för närvarande föremål för två pågående studier i Norden. Den svenska studien syftar till att jämföra effekten av denna manualbaserade behandling och effekten av anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT) med sedvanlig behandling (Hultmann, 2010). I Norge pågår en randomiserad kontrollerad studie av TF-CBT av en grupp forskare knutna till Nasjonalt Kunnskapssenter for Vold og Traumatisk Stress (NKVTS). Också i Danmark pågår ett par utvärderingar av insatser för barn som bevittnat våld vilka syftar till kunskap om behandlingseffekter.

Sammanfattningsvis befinner sig uppbyggnaden av både ”evidensbaserade metoder” och ”evidens om metoder” i starten i Sverige. För att på ett mer systematiskt sätt ge kunskap om vad som fungerar när det gäller stödet till dessa barn krävs studier av individuella kontra gruppbaserade insatser, och insatser med ett mer generellt fokus kontra insatser specifikt riktade mot att hjälpa barnen och mammorna att hantera det våld de varit utsatta för. Bristen på vetenskaplig, systematisk dokumentation är påtaglig när det gäller insatser inom verksamheter som traditionellt möter barn som bevittnat våld. Påfallande är också avsaknaden av longitudinella studier av långsiktiga effekter av att bevittna våld, liksom effekten över tid av olika insatta åtgärder (jfr Christensen, 2007). Effekterna av de modeller som används skulle behöva jämföras både med tidigare och i andra sammanhang utvärderade modeller såsom Kids’ Club, och med barn som inte får någon insats alls, för att kontrollera att eventuella positiva utvecklingstrender inte enbart är ett resultat av att barnen mognat eller att det gått längre tid sedan barnet bevittnat våld.

Samtidigt är evidensbasering en process (Gambrill, 2011). Detta innebär bl.a. att det inte nödvändigtvis är ett problem att socialtjänsten utvecklar arbetsmodeller baserat på sina professionella/kliniska erfarenheter i stället för att forskare utvecklar dem. Tvärtom kan det förstås som att kommuner har tagit sitt ansvar på allvar, i synnerhet med tanke på att kraven om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten är nya. Behandlings- och forskningsläget förordar dock en fortsatt utveckling där studier om implementering och barns egna uppfattningar om metoden är värdefulla i utvecklingen av ett tillräckligt bra insatsfält, samtidigt som randomiserade och kontrollerade utvärderingsstudier är särskilt eftersträvansvärda.

Projektets teoretiska utgångspunkter

Genom att forskargruppens medlemmar har olika bakgrund och inriktning såväl när det gäller discipliner (psykologi, socialpsykologi, socialt arbete och sociologi) som metodologisk och teoretisk inriktning har studien kommit att genomföras med en tvärdisciplinär ansats, och stödinsatser för barn som bevittnat våld analyseras utifrån flera teoretiska perspektiv och med hjälp av såväl kvantitativ som kvalitativ metodik.

Barns rätt till delaktighet, skydd och stödresurser

En viktig utgångspunkt för forskargruppen är barns rättigheter som de formuleras i FN:s barnkonvention. Detta innebär att ett övergripande perspektiv på stöd till den här gruppen barn i Sverige idag handlar om i vilken grad barn som bevittnar våld i sin familj erbjuds delaktighet, skydd och stödresurser.

Uttrycket delaktighet (participation, artikel 12) står för en grundläggande mänsklig rättighet som innebär barns rätt till inflytande och medbestämmande. Barnets rätt att komma till tals när det gäller beslut som berör barnet är förstås själva kärnan, men begreppet används också i samband med barns rätt att bli hörda i forskningssammanhang. Denna delaktighet handlar om att stödmodeller och teorier ska utvecklas med hänsyn till de individer som berörs. Ansvaret för barns rätt till skydd från fortsatta upplevelser av våld (protection, se t.ex. artikel 19, 20, 34 och 37) vilar i första hand på föräldrarna, men även på samhället i form av stat och kommun. Begreppet innefattar såväl det skydd som alla barn behöver för sin överlevnad och utveckling, som barns rätt att skyddas mot

övergrepp, misshandel, utnyttjande och vanvård. Barn har också rätt till tillgång till den typ av stöd eller hjälp de har behov av (provision, se t.ex. artikel 6.2).

Teoretiskt innebär utgångspunkten i FN:s barnkonvention att utvärderingen genomförs med hjälp av såväl ett *omsorgsperspektiv* som ett *delaktighetsperspektiv* på barn (se Eriksson & Näsman, 2009). Medan omsorgsperspektivet tar fasta på barns behov och det faktum att barn är beroende av vuxnas omsorg, skydd och ledning, utgår delaktighetsperspektivet i stället från barns kompetens och förmåga att handla.

Hittills har kunskapsproduktionen om barn som bevittnar våld i sin familj framförallt utgått från omsorgsperspektiv på barn och byggt på etablerade teorier om socialisation och/eller barns utveckling, anknytning, trauma och överlevnad. Dessa teorier utgör en bas även i den här utvärderingen. Idag är dock flera av de nordiska forskarna aktiva på fältet influerade av barndomsforskning med fokus på barns aktörskap och kompetens (t.ex. Cater, 2004; Eriksson m.fl., 2008; Eskonen, 2005; Forsberg, 2005; Solberg, 2007). Detta gäller även utvärderingens forskargrupp. Ambitionen är att i utvärderingen också behandla barn som sociala aktörer, både i sina egna liv och i forskningen.

I en effektstudie är villkoren för barns delaktighet i viss mån kringskurna eftersom det är nödvändigt med standardiserade mått som begränsar vilka upplysningar informanten kan lämna. Barnens delaktighet har dock eftersträvats i flera andra avseenden. När det handlar om hjälp- och stödinsatser kan barn dels bemötas som *intressenter* med insyn i och påverkan på arbetet i sina enskilda fall. Barn kan också vara delaktiga som brukare i kollektiv mening genom att fungera som *experter genom erfarenhet* och företrädare för gruppen barn som söker hjälp (Oranen, 2009). I föreliggande studie har dessa begrepp varit vägledande genom att barn själva deltagit som informanter om sin situation och om sitt välbefinnande. Vidare har barn betraktats som brukare av stödinsatser och de har lämnat information även i rollen som bedömare av insatsen.

I linje med de teoretiska utgångspunkterna gällande barns rätt till delaktighet, skydd och stödresurser har forskargruppen även formulerat en modell för en insatskedja för barn som bevittnat våld i förhållande till de stödinsatser som utvärderas.

De utvärderade stödinsatserna som del i en insatskedja

Med barnkonventionen som utgångspunkt blir en central fråga barns rättighet till behandling eller insats, och då rättighet till *rätt* behandling eller insats. De olika konsekvenserna för olika barn som bevittnat våld ställer krav på ett differentierat interventionssystem som möjliggör lyhördhet för enskilda barns behov. För att begreppsliggöra ett sådant differentierat interventionssystem med en kedja av mer och mer avancerade stödinsatser används följande modell med fyra nivåer av hjälp:

- Den första nivån av stödinsatser är synliggörande, bekräftande och giltiggörande av barnets upplevelser (jfr Leira, 1990). Insatsen ska erbjudas samtliga barn som bevittnar våld i sin familj och kommer i kontakt med någon av samhällets stödfunktioner, som socialtjänstens individ- och familjeomsorg, familjerättsbyråer och barn- och ungdomspsykiatrin. Synliggörande handlar även om information om problemet och tillgängligt stöd. Därför fyller även skolan samt mödra- och primärvård en viktig

funktion i att informera om och identifiera barn som bevittnat våld mot en förälder. Detta förutsätter kompetens för att bemöta barnen på ett adekvat sätt.

- Den andra nivån av stödinsatser är skyddsåtgärder. Många barn som bevittnat våld är i behov av skydd, men alla är det inte. Det kan exempelvis vara så att barnet inte längre har kontakt med förövaren av våldet, eller så kan våldsutövaren ha förändrat sitt beteende så mycket att risken för fortsatt våld bedöms som mycket liten. Barn kan också behöva olika grad av skydd, exempelvis beroende på graden av rädsla för fortsatt våld. Den här nivån kräver någon form av utredning och bedömning, både av våldsutövarens fortsatta farlighet och av barnets upplevelse av trygghet (jfr Eriksson & Dahlkild-Öhman, 2008).

- Den tredje nivån av stödinsatser är riktade just till gruppen barn som bevittnat våld, exempelvis i form av Trappan-samtal eller pedagogisk gruppverksamhet. Riktade insatser kan bestå av krisbearbetning och annat stöd i en svår och kaotisk livssituation. Vidare kan de handla om känslomässig bearbetning och rekonstruktion av potentiellt traumatiserande händelser, eller om jagstödjande insatser respektive hantering av känslor av skuld och skam. Alla barn som bevittnat våld kanske inte behöver eller vill ha den här typen av riktade stödinsatser. En viktig fråga för det fortsatta utvecklingsarbetet på området är metoder och rutiner för att bedöma vilka barn som inte har behov av olika typer av riktade insatser.

- På den fjärde nivån återfinns insatser för barn som har utvecklat en egen problematik eller barn med olika typer av funktionsinskränkningar. Den typ av specialiserat stöd som de här barnen behöver torde i de flesta fall vara en fråga för verksamheter med kompetens i klinisk barnpsykologi.

Denna modell för en insatskedja rör sig från rättigheter till symtom, och från universella till riktade, till indikerade insatser. Modellen följer Socialtjänstlagens åläggande till socialnämnden att utreda barns behov av stöd på kort och lång sikt, erbjuda barnet råd samt stöd- och behandlingsinsatser utformat utifrån den bästa tillgängliga kunskapen om barns behov och vad som ger bäst resultat, samt förmedla kontakt till andra aktörer (SOSFS 2009:22).

Modellen betonar differentiering i bemötandet av barn. Medan alla barn som bevittnar våld har rätt till synliggörande och ett giltiggörande bemötande (nivå ett), har många – men inte alla – behov av skydd och/eller riktade insatser (nivå två och tre) och en mindre grupp behov av specialisthjälp på grund av en utvecklad problematik (indikerade insatser, nivå fyra). Man kan också uttrycka det som att medan insatser på nivå ett, två och tre är sekundärpreventiva och syftar till att förhindra att barn får fortsatta problem på grund av sina upplevelser av våld, är insatserna på nivå fyra tertiärpreventiva och syftar till hjälp med redan utvecklade problem. Kartläggningar har visat avsevärda variationer mellan barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar runt om i landet avseende i vilken grad de erbjuder insatser till barn som lever med våld i sin familj (Eriksson m.fl., 2006; Eriksson, 2010). Även om personalen på verksamheter inriktade mot barn som bevittnat våld är särskilt kunnig på våldsområdet är de inte specialister i hälso- och

sjukvårdens bemärkelse. Detta pekar på behov av en utvecklad specialistkompetens när det gäller en fungerande insatskedja för barn som bevittnat våld.

Studiens syfte och frågeställningar

Syftet med föreliggande utvärdering var att studera förändringar i barns hälsa och välbefinnande efter stödinsatser för barn som bevittnat våld mot sin mamma, med utgångspunkt i mammors och barns beskrivningar. Detta syfte preciseras i följande frågeställningar:

1. Hur såg barnens familjesituation ut med avseende på vårdnad, boende och umgänge och utsatthet för våld, samt barnens hälsa och välbefinnande när insatsen påbörjades?
2. Förändrades barnens hälsa och välbefinnande från när insatsen påbörjades till ett år senare som en konsekvens av insatsen, och skiljde sig förändringen åt mellan olika typer av insatser?
3. Skiljde sig förändringarna åt gällande: barnens ålder och kön, våldsutsatthet eller problembelastning, mammans socioekonomiska status, omfattningen av insatsen, eller tiden för insatsen i barnens liv?
4. Hur stor andel av barnen hade problem på klinisk nivå gällande allmän psykisk ohälsa och posttraumatiska symtom före och efter de olika insatserna?
5. Hur nöjda var mammorna och barnen med de insatser de hade fått? Skiljde sig deras nöjdhet mellan olika insatser?

2 Metod

Procedur

Utvärderingens design

Studien genomfördes med upprepad mätning vid tre mättillfällen; före eller i samband med att stödinsatsen påbörjades gjordes en förmätning (T1), efter avslutad stödinsats (4 -6 månader senare) gjordes en eftermätning (T2) och ettårsuppföljning (T3) gjordes 11-13 månader efter förmätningen.

Att studera behandling av barn som bevittnat våld mot mamma och deras mammor i form av en randomiserad och kontrollerad studie (RCT) bedömdes inte möjligt. En sådan studie förutsätter att barn som blir aktuella för insats vid en viss verksamhet kan fördelas slumpmässigt till endera av minst två behandlingsalternativ. Ingen av de verksamheter som fanns i Sverige vid studiens start bedömdes ha tillräcklig omfattning och bredd i sitt behandlingsutbud för att möjliggöra en sådan studie, och av etiska skäl bedömdes det inte möjligt att jämföra aktiv behandling med ”ingen behandling” inom ramen för de existerande verksamheterna. Istället beslöt vi att välja ut några olika exempel på ”lovande” och finansiellt och personellt rimligt stabila verksamheter som vi benämner *verksamheter inriktade på arbete med våld*, dvs. verksamheter med stöd riktat specifikt till barn som bevittnat våld mot mamma från hennes partner. Resultatet av stödinsatserna inom ramen för dessa verksamheter skulle jämföras dels med varandra och dels med de i dagsläget realistiska alternativen, dvs. verksamheter som barn som bevittnat våld mot mamma och deras mammor kommer i kontakt med om de inte blir aktuella för någon av verksamheterna som är inriktade på arbete med våld i familjen. De jämförelseverksamheter som valdes var:

Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) som bedömdes ha ett samhälleligt uppdrag att ge stödinsatser och professionell behandling till barn.

Skyddade boenden för kvinnor (SBo), som har ett uppdrag att ge skydd och stöd primärt till kvinnor men som ofta erbjuder stöd även till kvinnornas barn.

Socialtjänstverksamheter, dels i form av Individ- och familjeomsorgen (IFO), som bedömdes ha ett samhälleligt uppdrag att ge skydd och stöd till barn, och dels i form av familjerätten (FamR) som bedömdes ha en primärt utredande funktion.

En metodologisk svaghet med den kvasiexperimentella design vi valde är att det kan finnas systematiska skillnader mellan barn och mammor som blir aktuella för olika verksamheter och att dessa skillnader, snarare än behandlingen i sig, kan svara för eventuella skillnader i behandlingsresultat. Vår avsikt var därför att rekrytera ett tillräckligt stort antal deltagare från de olika verksamheterna, och att dokumentera relevanta bakgrundsfaktorer (etnicitet, våldsutsatthet, socioekonomisk status m.m.) så att vi i efterhand, på statistisk väg, kunde kontrollera för skillnader mellan verksamheterna baserade på olikheter i deltagarnas bakgrund.

Rekrytering av verksamheter

Under våren 2008 togs kontakt med verksamheter inriktade på att ge stöd till barn som bevittnat våld mot mamma, vilka dels var tillräckligt väl etablerade för att ha en stabil rekrytering av barn och dels använde en metodik som personalen kunde beskriva muntligt och skriftligt. Fem av verksamheterna arbetar med en kombination av individuella samtal och gruppverksamhet: *Bojen* i Göteborg, *Grinden* i Gävle, *Utväg* i Göteborg, *Utväg Skaraborg* i Skövde, *BUP Grinden (f.d. BUP Bågen)*[1] vid BUP i Stockholm. Två är så kallade Trappan-verksamheter: *Trappan* i Uppsala, och *Frizon* i Södertälje som bland annat arbetar med individuella stödjande krissamtal för barn som bevittnat våld mot mamma.

Som jämförelse till de sju verksamheterna inriktade på arbete med våld valdes fem övriga verksamheter; två inom barn- och ungdomspsykiatrin, *BUP Skärholmen* i Stockholm och *BUP Värmland*, en individ- och familjeomsorg, *Familjeavdelningen* i Karlstad, ett skyddat boende, *Kvinnohuset* i Örebro och en familjerätt, *Familjerättsbyrån* i Göteborg.

För att så långt som möjligt säkra att datainsamlingen skulle gå till på samma sätt vid de olika verksamheterna kallades dessa, tack vare ekonomiskt stöd från Allmänna barnhuset, till ett internat på Sätra bruk i augusti 2008. Där gick vi igenom projektets förutsättningar och upplägg i detalj, och verksamheterna fick tid för att ställa frågor och komma med synpunkter. Avtal slöts sedan med de olika verksamheterna, vilka förband sig att före utgången av september månad 2009 ha "försett" forskningsprojektet med 30 barn i åldern 3 - 13 år, som bevittnat våld mot sin mamma och deras mammor. Redan tidigt under hösten 2008 stod det dock klart att flera av verksamheterna inte skulle kunna leva upp till avtalet. Vi beslöt då att förlänga tiden för inklusion med ett halvt år samt att utöka antalet verksamheter med ytterligare fem: Trappan-verksamheten samordnad av *Gruppverksamheten Fridlyst* i Huddinge och fyra jämförelseverksamheter, *Barn, ungdom och familjegruppen* vid Individ- och omvårdnadsförvaltningen i Kristinehamn, det två skyddade boendena *Ersta Fristad* och *Kvinnoboendet Siri* i Uppsala samt *BUP Gamlestaden* i Göteborg.

Kort beskrivning av verksamheterna

Beskrivningarna av verksamheterna nedan rör verksamheternas arbete med barn som bevittnat våld mot mamma, som det såg ut när materialinsamlingen skedde. Informationen samlades in under år 2009 med hjälp av enkäter till verksamheterna samt intervjuer med företrädare för verksamheterna (se bilaga 1). Eventuella förändringar av verksamheternas arbete eller organisation som skett efter år 2009 finns alltså inte redovisat nedan. För den som vill ha utförligare information om någon verksamhet och deras arbete, se kontaktuppgifter till verksamheterna i bilaga 1.

Verksamheter inriktade på arbete med våld och som ger gruppstöd

Bland våra fem verksamheter som arbetar med grupper för barn som bevittnat våld mot mamma, finns fyra verksamheter som arbetar utanför och en som arbetar inom sjukvårdens ram. Till de fyra första hör två pedagogiska verksamheter som arbetar med Children are people too (CAP) (Hawthorn, 1990) som utgångspunkt: Bojen i Göteborg och Grinden i Gävle. Till de fyra första hör även två Utvägsverksamheter: Utväg Barn i Göte-

[1] BUP Bågen gick hösten 2010 samman med BUP Vasa som arbetar med barn som utsatts för sexuella övergrepp. De tog då namnet BUP Grinden.

borg och Utväg Skaraborg (Barn och ungdom). Utväg är en myndighetssamverkan mellan polisen, åklagarmyndigheten, hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Den verksamhet som ligger inom ramen för sjukvården är BUP Grinden som arbetar med traumafokuserad korttidsterapi i grupp för barn och ungdomar som traumatiserats efter att ha bevittnat våld i familjen. Generellt kan konstateras att dessa fem verksamheter är relativt små. De har mellan två till nio heltidstjänster, mellan 23 och 79 nybesök/år som kan tillskrivas gruppen ”barn som bevittnat våld” och budgeten låg på mellan 2.5–4.5 miljoner kronor/år.

Gemensamt för verksamheterna är att alla har stora kontaktnät där de samverkar med olika myndigheter. Barn som börjar i barngrupp har i många fall gått i ett antal individuella samtal vid verksamheten innan de erbjuds grupp. Samtalens utformning är dock olika mellan verksamheterna. Alla verksamheterna har någon typ av föräldrastödsgrupp för mammorna som löper parallellt med barngruppen. I fyra av verksamheterna är deltagandet i en sådan grupp obligatoriskt, medan det är valfritt hos Grinden i Gävle.

För att inkluderas i barngrupperna ska barnen vid BUP Grinden uppvisa barnpsykiatriska symptom, något som inte är ett kriterium i de övriga fyra verksamheterna där det räcker att barnet har bevittnat våld mot mamman. Samtliga barngrupper är strukturerade med ett bestämt antal träffar (10-15 ggr), bestämda teman, bestämd tid och återkommande ritualer, t.ex. fika och lekar/övningar för att skapa trygghet och igenkännande för barnen. Barnen delas in i grupperna efter ålder och beroende på om det är förskolebarn, skolbarn eller tonåringar i gruppen skiljer sig arbetsmaterialet och arbetssättet i gruppen.

Målet med barngrupperna är bland annat att barnen ska kunna beskriva och förstå sina upplevelser och känslor, att de genom att se att det finns andra barn som varit med om ungefär samma sak minska känslan av utanförskap och skam. CAP- och Utvägsverksamheterna verkar för att våldet ska bli talbart och inte längre vara en familjehemlighet och att ge barnen redskap för att klara av framtida situationer. BUP Grinden som har ett barnpsykiatriskt uppdrag har även som mål att minska ångest, oro och barnets kognitiva och känslomässiga förvirring, samt symtomlindring och symtomreduktion.

Verksamheter inriktade på arbete med våld och som ger individuellt stöd

I projektet ingår tre verksamheter som erbjuder individuella samtal med barn, med hjälp av Trappan-modellen. Denna modell utvecklades av Ami Arnell och Inger Ekbom på Rädda barnen 1999, och är den i Sverige mesta spridda modellen när det gäller krissamtal med barn som bevittnat våld mot mamma. Samtalsmodellen bygger på tre steg: (1) etablera kontakt med barnet, (2) göra en rekonstruktion av det som hänt och (3) förmedla kunskap om krisreaktioner (Arnell & Ekbom, 1999). Verksamheterna som deltog i vår studie är Frizon i Södertälje, Trappan i Uppsala och Gruppverksamheten Fridlyst i Huddinge. De ingår alla i respektive kommuns socialtjänst, och de erbjuder insatser också till andra målgrupper än barn som bevittnat våld, t.ex. till barn som har föräldrar med missbruk eller psykisk sjukdom, men de insatserna utvärderas inte i denna studie. Även dessa verksamheter är relativt små. De har mellan 2-10 heltidstjänster, mellan 42 och 69 nybesök/år som kan tillskrivas gruppen ”barn som bevittnat våld” och budgeten låg på mellan 1–4.5 miljoner kronor/år. Frizon och Fridlyst fungerar både som samordnande verksamheter för kommunens Trappan-behandlare samt har egna behandlare. På Trappan i Uppsala utförs samtalen av den egna personalen. Gemensamt för de tre verk-

samheterna är att de kompletterat Trappan-modellen med annat arbetsmaterial. Antalet samtal rör sig mellan fyra och tio, beroende på barnets ålder, och längden på samtalen är mellan 30-60 minuter. Trappan-behandlaren och barnet fikar ihop varje gång och man har ett avslutande samtal där mamman är med och får återkoppling. Målet med Trappan-samtalen är bl.a. att avlasta barnen, befria dem från skuld- och skamkänslor, hjälpa barnen sortera bland sina känslor, låta dem förstå att de inte är ensamma samt att inge hopp i barnen och stärka dem.

Barn- och ungdomspsykiatrin

Tre barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter (BUP) ingår i studien: BUP Skärholmen, BUP Värmland och BUP Gamlestaden. Samtliga ingår i respektive landstings hälso- och sjukvård och styrs av samma lagar och förordningar som hälso- och sjukvården i övrigt. För att bli patient hos BUP krävs att barnet uppfyller kriterierna för minst en diagnos, oavsett om man varit med om våld i familjen eller ej. BUP-verksamheterna är avsevärt större än de verksamheter som tidigare beskrivits. Störst är BUP i Värmland med 115 heltidstjänster och över 1 000 nybesök/år. De andra BUP-verksamheterna hade 22 - 24 heltidstjänster och 470 - 570 nybesök/år.

När ett barn kommer till BUP börjar man oftast med ett bedömningssamtal, därefter beslutas om behandlingsinsats eller fortsatt utredning för att ställa rätt diagnos. De tre BUP-mottagningarna uppger sig arbeta lite olika med våld i familjen. Vid BUP Skärholmen ställs frågor om våld och missbruk i en telefonintervju med någon i mottagningsgruppen. Mottagningen kan efter bedömningssamtal erbjuda barnpsykiatrisk utredning eller behandlingsinsats, t.ex. med fokus på trauma. BUP Skärholmen har också möjlighet att remittera till eller inhämta konsultation från tidigare nämnda BUP Grinden i ärenden som rör våld i familjen.

Vid BUP i Värmland ingick inte hela BUP utan enbart fyra s.k. basteam samt tre av fyra resursteam. Sedan år 2003 finns en ”Kompetensgrupp familjevåld” vid BUP Värmland. Kompetensgruppens medlemmar finns fördelade på de olika teamen för att stödja övriga behandlare i ärenden med våld i familjen. Vanligaste insatsen för barn som bevittnat våld i familjen är krisbehandling i form av individuella samtal utifrån barnets nivå enligt den terapimodell som behandlaren känner sig mest bekväm med.

BUP Gamlestaden uppgav att man sedan deltagandet i ett forskningsprojekt 2006 har som rutin att alltid tillfråga barnets mamma om hon utsatts för våld. Medvetenheten om denna patientgrupp är hög på mottagningen. Efter att ha försäkrat sig om att familjesituationen runt patienten är någorlunda stabil har man ett flertal metoder att välja mellan för behandling. Är problematiken mer avgränsad kan t.ex. Trappan-modellen användas, annars finns olika specialiserade behandlingsinsatser att tillgå.

Skyddade boenden

De skyddade boendena för kvinnor, som ingick i studien, var Kvinnohuset i Örebro, Kvinnoboendet Siri i Uppsala och Ersta Fristad. Ersta Fristads deltagare föll dock bort av olika anledningar, bland annat en hög andel mammor som behövde tolk, så deras verksamhet presenteras inte närmare här nedan.

Gemensamt för Kvinnohuset i Örebro och Kvinnoboendet Siri i Uppsala är att kvinnor som upplevt våld i en nära relation kan söka skydd på verksamheterna och ta med sig sina barn dit. Kvinnorna som söker till verksamheterna måste kunna ta hand om sig

själva och sina barn och de får inte ha någon pågående missbruksproblematik. Kvinnorna bor i kollektiv med gemensamma regler och rutiner. De sköter själva matlagning och dygnsrutiner. Förutom olika sorters stöd till kvinnorna som bor där erbjuder både Kvinnohuset och Siri ett visst stöd till barnen. Man ser till att barnen blir synliggjorda och barnen kan vara med i barngrupper med andra barn på boendet. Siri i Uppsala har möjlighet att hänvisa till Trappan-samtal på annan verksamhet, och på Kvinnohuset i Örebro har personalen möjlighet att erbjuda Trappan-samtal. De skyddade boendena har mellan 7-12 heltidstjänster och mellan 65 och 75 barn boende med sina mammor/år.

Socialtjänstverksamheter

Individ- och familjeomsorgsenheterna i Karlstad (Familjeavdelningen) och i Kristinehamn (Barn, ungdom och familjegruppen) samt en familjerättsenhet (Familjerättsbyrån) i Göteborg är de socialtjänstverksamheter som deltar i studien. Socialtjänstverksamheterna är också de avsevärt större än de riktade verksamheterna och skyddade boendena vad gäller personal och årlig genomströmning. Minst är Kristinehamn, sedan följer Familjerättsbyrån och störst är IFO Karlstad med 129 heltidstjänster och en genomströmning på cirka 1300 nybesök med barn per år.

Rekryteringen av informanter i Karlstad har skett vid mottagningsenheten som bedömer ärenden och vid behov hänvisar vidare för utredning (vid utredningsenheten) och behandlande insatser (bland annat vid enheten ”Familjehuset”). I Kristinehamn har rekryteringen skett vid avdelningen Barn, ungdom och familj där man arbetar med familjestöd och utredningar. Vid båda enheterna görs utredningar enligt modellen BBIC (Barns behov i centrum). När det gäller våld i familjen så anger man att det framför allt gäller att trygga barnet i enlighet med Socialtjänstlagen. Därutöver kan man erbjuda hjälp till ett tryggt boende, en kontaktfamilj eller kontaktperson. Man kan också komma att placera barnet. Vid den behandlande enheten i Karlstad ”Familjehuset” finns behandlare utbildade i att hålla Trappan-samtal med barnen.

Till Familjerättsbyrån i Göteborg kommer ärenden om faderskapsbekräftelse, adoption, samarbetssamtal (både frivilliga och på remiss från domstol), samt utredningar till domstolen i ärenden där föräldrar inte är överens om vårdnad, boende och umgänge. Ärenden om faderskapsbekräftelse och adoption ingick inte föreliggande studie. Vid Familjerättsbyrån bedriver man inte behandling, däremot kan handläggarna fånga upp våldsutsatta föräldrar och hänvisa dem vidare till stödverksamheter.

Indelning i fem olika typer av verksamheter

Mot bakgrund av det begränsade antalet individer i flertalet verksamheter, har vi delat upp de totalt 16 verksamheterna i fem grupper: (1) verksamheter som arbetar med särskilt fokus på barn som bevittnat våld mot mamma *med gruppstöd* (Vå-Grupp) och (2) verksamheter som arbetar med särskilt fokus på barn som bevittnat våld mot mamma *med individuellt stöd* (Vå-Ind), (3) *Barn- och ungdomspsykiatrin* (BUP), (4) *Skyddade boenden och socialtjänstens individ- och familjeomsorg* (SBo/IFO) samt (5) *Familjerättsbyrån* (FamR). Grupp fyra (SBo/IFO) är en sammanslagning av tre skyddade boenden och två individ- och familjeomsorgsenheter. Anledningen till att dessa förts samman till en grupp är att antalet deltagare i studien från dessa verksamheter är så få. Eftersom verksamheterna skiljer sig åt både när det gäller uppdrag och organisation hade det varit

önskvärt att kunna redovisa respektive typ av verksamhet var för sig. De har dock alla det gemensamt att de inte har något riktat behandlingsuppdrag gällande barnen och samtliga är knutna till eller har sitt uppdrag från kommunernas socialtjänst.

Rekrytering av forskningsdeltagare

Förekomst av våld mot mamma och basdatablad

Rekryteringen av forskningsdeltagare gick till på olika sätt i de verksamheter som var särskilt inriktade på att arbeta med våld i familjen inklusive de skyddade boendena, jämfört med BUP och socialtjänsten. I de förra visste vi redan att mamman varit utsatt för våld av en manlig partner eftersom detta var ett kriterium för deltagande i verksamheten. I de senare behövde vi däremot först undersöka vilka av mammorna, som fick kontakt med verksamheten, som varit utsatta för våld av sin partner. Avtalet med företrädarna för dessa verksamheter innebar därför att de förband sig att under den aktuella perioden systematiskt fråga om det förekommit våld mot mamma från barnets pappa eller annan manlig partner till mamman. Frågorna skulle ställas med hjälp av ett av oss översatt frågeformulär (Partner Violence Screening, PVS, se bilaga 4) med tre frågor. Om mammans svar indikerade att hon varit utsatt för våld i en nära relation under de senaste tre åren skulle hon få skriftlig information om projektet samt tillfrågas om hennes namn och kontaktuppgifter kunde lämnas ut till forskningsprojektets kontaktperson.

Alla verksamheter ombads att för alla nybesök fylla i ett av oss framtaget basdatablad där ett fåtal bakgrundsuppgifter antecknades. På basdatabladen från BUP och socialtjänstverksamheterna kunde man även utläsa hur mamman besvarat PVS-formuläret, om behandlaren/handläggaren valt att inte be mamman fylla i PVS och anledningen till detta. Slutligen fanns uppgiften om mamman accepterade kontakt med forskningspersonal för att få mer information om studien.

Syftet med att verksamheterna fyllde i basfakta om alla nybesök var att vi på det sättet skulle kunna få en uppfattning om hur många mammor och barn i den aktuella ålderskategorin (3-13 år) som försvann redan i ett tidigt skede på grund av att: (1) familjen inte bedömdes passa på verksamheten, (2) mamman talade så dålig svenska att hon hade behövt tolk för att klara av att genomföra intervju och att fylla frågeformulär eller (3) mamman helt enkelt inte ville bli kontaktad av forskningsprojektet. I de verksamheter som systematiskt tillfrågade mammorna om de varit utsatta för våld var även intentionen att få en ungefärlig uppskattning av andelen nybesök där mamman uppgav att hon varit utsatt för våld.

I figuren med flödesschema (Figur 1) presenteras resultatet av basdatabladen för samtliga verksamheter samt information om hur mammorna vid BUP, IFO och familjerätten besvarat frågan om de varit utsatta för våld. Under insamlingsperioden fick vi in 1 048 korrekt ifyllda basdatablad gjorda med en mamma[2]. Mammorna hade sammanlagt 1 264 barn i åldern 3-13 år, av vilka 909 kom från verksamheter som under tiden för forskningsprojektet systematiskt tillfrågade mammorna om de varit utsatta för våld (IFO, FamR och BUP). Barnens medelålder var 8.1 år.

[2] Vi har ingen uppgift om hur stor andel av nybesöken vid BUP och Individ- och familjeomsorgen som det upprättades basdatablad för, men om vi jämför antalet basdatablad med verksamheternas egna uppgifter om antalet nybesök per år så torde det vara ett inte oväsentligt antal nybesök som det inte upprättades basdatablad för.

Av de mammor som enligt instruktionen skulle bli tillfrågade om de blivit utsatta för våld var det 84 % som, enligt basdatabladen, faktiskt fick frågan. Orsaken till att mamman inte tillfrågats om hon varit utsatt för våld kunde vara allt från att personalen på verksamheten glömt, inte haft tid eller att mamman inte velat svara på frågorna. Svaren från mammor till 304 barn indikerade att mamman utsatts för våld. Dessa mammor och deras barn var således möjliga forskningsdeltagare. På socialtjänstverksamheterna dvs. individ- och familjeomsorgen (IFO) och familjerätten (FamR) låg utslaget på 68 respektive 65 procent för barnen. Inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) låg motsvarande siffra på 23 procent, en siffra som stämmer väl överens med tidigare undersökningar av samma slag (Hedtjärn m.fl., 2009).

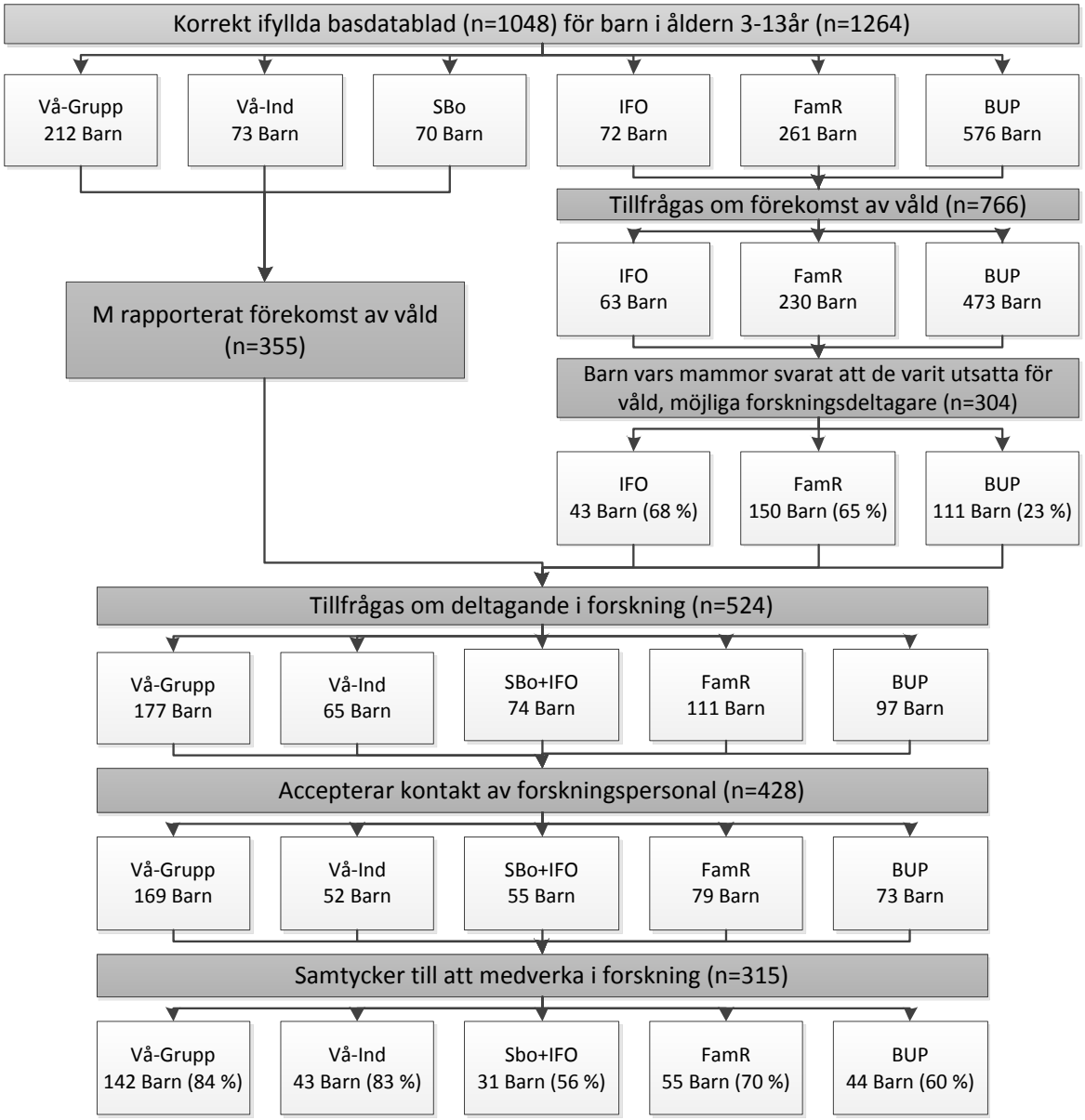
Då vi lägger ihop de möjliga forskningsdeltagarna som svarade ja på frågan om mamman varit utsatt för våld med basdatabladen från de skyddade boendena och från verksamheter särskilt inriktade på arbete med barn som bevittnat våld i familjen fanns mammor med 524 barn i åldern 3-13 år kvar. Innan mammorna tillfrågades om de ville ha mer information om studien sorterades ytterligare mammor och barn bort. Det var dels de mammor som talade för dålig svenska och hade behövt tolk (mammor till 69 barn) och dels de som föll bort av annan anledning, t.ex. att de inte fortsatte in i verksamheten (mammor till 66 barn).

Som framgår av flödesschemat var det totalt 428 barn i åldern 3-13 år vars mammor accepterade att kontaktas av vår forskningspersonal för att få mer information om studien.

I basdatabladet noterades om mamman tackade ja till mer information om studien och om mamman ensam hade vårdnaden, eller om denna var gemensam. Av de mammor som tackade ja till mer information om projektet hade 63 procent gemensam vårdnad, motsvarande andel för de som tackade nej var 72 procent. Någon övrig information samlades inte in, eftersom dessa mammor inte accepterat att delta i någon studie. Vi har därför inte underlag för att uttala oss om hur representativa de mammor och barn som accepterat kontakt med forskningsprojektet är för samtliga mammor till barn i åldern 3-13 år som upplevt våld och som kommer i kontakt med verksamheterna. Men i och med att grundläggande kunskaper i det svenska språket (så att mamman kunde genomföra intervjun utan tolk, och med stöd av forskningspersonalen besvara frågeformulären) var en förutsättning för att delta i studien, så vet vi att mammor med utländsk bakgrund är underrepresenterade i studien.

Av de mammor som tackade ja till att bli kontaktade av oss samtyckte 74 procent (219 mammor och åtta övriga vuxna med tillsammans 315 barn) till att delta i forskningsprojektet.

Rekryteringen av forskningsdeltagare påbörjades i augusti 2008 och avslutades i april 2010. Sista mars 2011 gjordes de sista ettårsuppföljningarna. Trots det utökade antalet verksamheter som vi samarbetat med har vi haft stora svårigheter att få ett tillräckligt antal deltagare. Verksamheterna som arbetar med inriktning på barn som bevittnat våld i familjen är generellt sett små, och flera av dem har inte kunnat rekrytera 30 barn på grund av att de haft för få barn i aktuella åldrar under perioden. Samma problem gäller de skyddade boendena, där även vårt exklusionskriterium gällande språk var särskilt utslagsgivande och gjorde att få deltagare kunde inkluderas.



Figur 1. Flödesschema över insamlade basdatablad vid nybesök, procedur för att fråga om våld och samtycken till medverkande i forskning.

När det gäller BUP och socialtjänstverksamheterna har problemen varit mer mångfacetterade. En viktig svårighet har handlat om att få verksamheterna att införa som rutin att systematiskt tillfråga mammor om de varit utsatta för våld, vilket var en förutsättning för att vi skulle kunna identifiera mammor som varit utsatta för våld och tillfråga dem om att delta i studien. Med tanke på att dessa verksamheter sammantaget sannolikt har haft ett par tusen nybesök under den aktuella perioden (i genomsnitt 1 ½ år) är både antalet basdatablad och antalet rekryterade barn anmärkningsvärt lågt.

Etiska överväganden vid rekryteringen av forskningsdeltagare

Projektet har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg (Dnr. 565-08). Den etiska frågeställning som var svårast att hantera gällde föräldrar med gemensam vårdnad. Efter samråd med familjerättslig expertis föreslog vi, och fick etikprövningsnämndens godkännande för, att hantera samtycke till deltagande enligt följande:

I de fall mamman hade ensam vårdnad gav hon ensam sitt samtycke till att delta. Mamman kunde dessutom med separata underskrifter ange om hon tillät dels att vi intervjuade den person som ansvarade för stödinsatsen, dels att vi tog del av eventuella uppgifter om barnet som fanns hos Socialtjänsten under projekttidens gång. Om barnet fyllt 9 år, och mamman gav sitt tillstånd, tillfrågades även barnet om att delta i studien.

I de fall mamman och pappan hade gemensam vårdnad, skickades en samtyckesblankett till pappan under förutsättning att a) mamman själv – och barnet ifall det var över 9 år – gett sitt samtycke till att delta, och b) mamman accepterade att vi tog kontakt med pappan. Därutöver krävdes att pappan redan var informerad om att barnet deltog i verksamhetens stödinsats. Pappan hade två val att göra: (1) att ge passivt samtycke till att barnet över 9 år själv fick delta i forskningen och att vi fick fråga personalen som ansvarade för stödinsatsen om hur de uppfattade barnet, vilket han gjorde genom att inte återsända blanketten, eller (2) att ge aktivt samtycke till att vi fick ta del av eventuella uppgifter om barnet hos Socialtjänsten. Pappor som så önskade hade också möjlighet att beskriva hur de själva mådde och hur de uppfattade att barnet mådde.

När vi träffade mammor och barn vid ettårsuppföljningen tillfrågades mamman återigen om hon hade ensam vårdnad om barnet, eller om vårdnaden var gemensam. Om vårdnadsförhållandet ändrats så att mamman nu hade ensam vårdnad kunde hon och barnet själva förfoga över beslutet om (1) barn som fyllt 9 år skulle delta i undersökningen och själv besvara våra frågor (2) vi fick lov att ta del av barnets eventuella akt i socialtjänsten. Om barnet inte tidigare deltagit i undersökningen kan vi visserligen inte göra någon effektutvärdering baserad på barnets uppgifter, men vi kunde ge barnet möjlighet att "ge sin berättelse" t.ex. beskriva hur det mådde vid ettårsuppföljningen och hur det upplevde sin sociala situation. Barnet gavs också möjlighet att beskriva hur det uppfattat att förövaren tänkt och pratat om det våld barnet upplevt.

Kontakt med mammor och barn

Om mamman accepterade att hennes namn och telefonnummer lämnades ut kontaktades hon av oss för information om projektet och fick frågan om hon kunde tänka sig ett besök (hemma, i aktuell verksamhets lokaler eller på annan plats) för att få ytterligare information och, efter informerat samtycke muntligt och skriftligt, intervjuas och fylla i frågeformulär. All datainsamling i projektet har alltså skett av oberoende intervjuare, som inte varit delaktiga i den stödinsats mammor och barn erhållit. Att en del mammor lever ett kaotiskt liv märktes inte minst på det stora antal telefonsamtal och kontaktförsök som genomfördes innan det gick att få till en intervju med mamman (trots att hon sagt sig vara villig, ja till och med angelägen om, att delta). I jämförelseverksamheterna visade sig snart svårigheter att få mammor som indikerat att de varit utsatta för våld att vilja bli kontaktade av oss eller att delta i studien. Vissa mammor angav att deras liv var så belastade av olika typer av kontakter att de inte orkade med fler. Ett fåtal uppgav att de av rädsla för den man som utsatt dem för våld inte vågade släppa in främmande människor i hemmet, och att de därför inte ville delta eller avbröt sitt deltagande. Relativt ofta bad mammorna oss att inte kontakta pappan om utvärderingen, oftast med hänvisning till risk för konflikt med barnets pappa. En högst oönskad konsekvens av oviljan/rädslan att låta oss kontakta pappor med gemensam vårdnad blev att antalet barn i åldern 9 - 13 år som deltog som egna informanter blev färre än förväntat.

Deltagare

Barn i ålder 3-13 år som beskrevs av mamman
Till studien rekryterades 315 barn mellan 3-13 år, av dessa var 47 % (N = 149) flickor och 53 % (N = 166) pojkar. Barnens medelålder var 8 år, men den var högre i de verksamheter som erbjöd insatser direkt riktade till barnen (Vå-Grupp, Vå-Ind & BUP; M = 8.3 år) jämfört med övriga verksamheter (SBo, IFO & FamR; M = 7.2 år). Det fanns även en skillnad mellan verksamheter som erbjöd insatser direkt riktade till barnen (Vå-Grupp, Vå-Ind & BUP); barnen som hade kontakt med BUP var äldre (M = 9.0 år) än barnen i Vå-Grupp och Vå-Ind (M = 8.1 år).

Det fanns ingen skillnad i andelen pojkar/flickor mellan de verksamheter som erbjöd insatser riktade direkt till barnen och de som inte gjorde det. Däremot var andelen pojkar högre inom BUP (68/32 % pojkar/flickor) än inom Vå-Grupp & Vå-Ind (51/49 % pojkar/flickor; $\chi^2 = 5.44$, $p < .05$).

Föräldrarna hade gemensam vårdnad för 57 % av de barn där det var barnets pappa som utsatt mamman för våld (n = 272), men andelen varierade från 45 % (Vå-Grupp) till 90 % (IFO/SBo). I grupperna med insatser riktade direkt till barnen (Vå-Grupp, Vå-Ind & BUP) hade 50 % av barnens föräldrar gemensam vårdnad, för övriga (IFO, SBo & FamR) var andelen 75 %.

Som framgår av Tabell 1 (se bilaga 2) träffade 57 % av de barn vars biologiska pappa var förövaren, och där föräldrarna hade gemensam vårdnad, honom minst varannan vecka. För barnen vars mamma hade ensam vårdnad var motsvarande andel 18 %.

Av de 315 barnen var det tjugo där mamman inte hade besvarat frågeformulären rörande barnet vid förmätningen, oftast på grund av att hon trots påminnelser inte skickade tillbaka formulären som hon skulle ha fyllt i hemma. De barn som saknade skattningar från förmätningen inkluderades inte vid beräkningar av effekter. Redovisningen under resultat (sid. 38 och framåt) baseras därmed på 295 barn mellan 3 och 13 år som mamman hade skattat vid förmätningen.

Barn i åldern 9-13 år som själva deltagit som informanter
Av de 315 barnen var 42 % (N = 133) i åldern 9 till 13 år. Hälften (52 %) av dessa barn (N = 69) deltog som egna informanter. För fem av de 69 barnen saknades självskattningar vid förmätningen och dessa barn inkluderades inte i beräkningar av effekter. Dessa barn inkluderades inte i beräkningar av effekter. Resultatredovisningen (sid. 37 och framåt) bygger därmed på 64 barn i åldern 9-13 år som själva deltagit som informanter.

Bortfall

Bortfallet för antalet barn som mammor informerat om var från för- till eftermätningen 28 % (87 barn) respektive 38 % (119 barn) från förmätning till ettårsuppföljning. Bortfallet var likartat för de flesta verksamheterna. Från förmätning till ettårsuppföljningen var bortfallet lägst för BUP-gruppen (19 %) och högst för IFO och skyddat boende (50 %). För barnen som deltog som egna informanter var bortfallet 32 % (22 barn) från förtill eftermätning samt 48 % (33 barn) från förmätning till ettårsuppföljning (Tabell II).

Tabell II: Bortfall i procent och antal vid förmätningen (T1), från för- till eftermätningen (T1-T2) samt från förmätningen till ettårsuppföljningen (T1-T3).

	Mamma (n=219)		Mamma om barn (n=315)		Barn om sig själva (n=69)	
	%	Frekvens	%	Frekvens	%	Frekvens
T1	2	5	6	20	7	5
T1-T2	21	46	28	87	32	22
T1-T3	37	80	38	119	48	33

Bortfallsanalys avseende mammor till barnen

Mammorna som deltog i studien vid samtliga tre mättillfällen skilde sig från de som föll bort i flera viktiga avseenden. De var äldre (p <.05), hade färre barn (p < .05), och både de själva och den som hade utövat våld mot dem hade högre socioekonomisk status (SES) (p < .05). De uppgav vidare att de hade bättre stöd från 'övrig släkt' (ej föräldrar) (p < .05) och 'grannar & vänner' (p < .05). Mammor som fullföljde studien mådde också bättre vid T1 än de mammor som inte fullföljde (SCL p < .05; IES-R p < .05 & KASAM p < .05). Färre mammor som fullföljde alla mättillfällen hade varit utsatta för fysiskt våld året innan förmätningen (40 %) jämfört med dem som inte fullföljde (62 %) (χ^2= 5.95, p < .05). Se Tabell 3, bilaga 2 för antal mammor som hade kompletta data från respektive verksamhetsgrupp.

Bortfallsanalys avseende barnen som deltog som egna informanter

Det fanns en skillnad mellan mammornas skattning av barnens våldsutsatthet enligt CTS-2 index (F = 11.49, p < .001) mellan den grupp mammor som fanns med vid samtliga mättillfällen (T1, T2 och T3) och de som inte fullföljde. Barnen till mammorna som fanns kvar i studien vid samtliga mättillfällen hade upplevt mindre våld än de barn till mammor som av olika skäl inte fullföljde alla mättillfällen. Jämförelsen mellan de barn som själva deltog som informanter vid alla tre mättillfällen (n = 32) och de som föll bortvisade inga skillnader vad gällde barnens ålder eller självskattade symtomnivåer vid förmätningen.

Slutsats: Det verkar alltså som att de mest utsatta mammorna och deras barn föll bort ur studien. Huruvida bortfallet betyder att mammor och barn enbart slutade delta i studien, eller om de också avbröt den stödinsats som de påbörjat kan vi i dagsläget inte uttala oss om. Bortfallet får dock bedömas som acceptabelt med tanke på vilken utsatt undersökningsgrupp det handlar om, och det ligger också väl i linje med andra studier (se Cohen m.fl., 2011; Rizo m.fl., 2011).

Instrument/mätmetoder

För samtliga instrument som använts finns en utförligare beskrivning i bilaga 3.

Intervju med mammorna

Intervjuerna var halvstrukturerade och informanterna intervjuades vid samtliga tre undersökningstillfällen. Intervjuernas längd varierade från en till tre timmar beroende på hur mycket mamman berättade om sin och barnets situation. Förmätningsintervjun var uppdelad i följande avsnitt: (1) bakgrundsinformation om mamman själv, (2) bakgrundsinformation om förövaren och barnets eventuellt fortsatta kontakt med denne,

(3) bakgrundsinformation om barnets pappa och barnets kontakt med sin pappa (om han inte var förövaren), (4) bakgrundsinformation om barnet/barnen och (5) uppgifter om mammans uppväxtförhållanden och aktuella sociala nätverk.

Intervju med barnen

Halvstrukturerade intervjuer genomfördes också med barnen (9-13 år) vid samtliga tre undersökningstillfällen. Dessa tog i genomsnitt 30 minuter. Barnen tillfrågades om sin familje- och skolsituation.

Instrument som mammorna fyllt i om barnen

Mammorna fyllde i ett antal formulär kring barnens hälsa och välbefinnande. Dessa var: *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1997), eller ”Styrkor och svårigheter hos barn” som instrumentet heter på svenska. Detta är ett av de internationellt mest använda instrumenten för att kartlägga allmän psykisk ohälsa hos barn i åldrarna 4 till 16 år. Instrumentet är översatt till svenska och utprövat i Sverige (Malmberg m.fl., 2003; Smedje m.fl., 1999). Ett mått på allmän psykisk ohälsa SDQ-symtom används, samt ´funktionsinskränkning’ (SDQ-funktion) som utgör ett mått på hur mycket föräldern upplever att barnets svårigheter besvärar barnet och stör dess sätt att fungera i hem- och skolmiljö.

Social kompetens (Soc-komp) (Rydell m.fl., 1997) är ett instrument som mäter främst 7 till 10-åringars sociala fungerande i tre avseenden: empati, socialt initiativ och prosocialt beteende. Instrumentet är en anpassning till svenska förhållanden av liknande instrument utvecklade i USA. I föreliggande utvärdering har enbart den prosociala delskalan använts. Delskalan avser att mäta barnets förmåga att bry sig om andras känslor, dela med sig av saker, och att vara hjälpsam.

Känslomässig reaktivitet och regleringsförmåga (EMO) (Rydell m.fl., 2003) är ett instrument som avser mäta (1) *känslomässig reaktivitet* d.v.s. hur snabbt och starkt barnet reagerar på olika känslomässiga stimuli, (2) hur bra barnet förmår *reglera sina känslor på egen hand* och (3) hur bra barnet förmår *reglera sina känslor med hjälp av en vuxen*.

The Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2) (Straus m.fl., 1996) är en utveckling av den ursprungliga CTS-skalan som konstruerades 1979. Instrumentet är det internationellt mest använda för att bedöma förekomsten av våld i nära relationer. Instrumentet är översatt till svenska och använt i en rad studier. I vår studie har vi använt en modifierad version där man tagit bort de item som frågar efter vad respondenten gjort mot sin partner, och i stället har lagt till följdfrågor så att respondenten kan ange om, och i så fall hur ofta, barnet sett, hört eller på annat sätt erfarit att respondenten utsatts för den aktuella formen av våld.

För vissa beräkningar har vi använt ett sammanslaget index baserat på alla summavariablerna i CTS-2. Indexet ger ett mått på den totala mängden våld (psykiskt, fysiskt, och sexuellt) som mamman varit utsatt för såväl längre tillbaka i tiden, som under det senaste året. På samma sätt har vi räknat fram ett index avseende mammans beskrivning av hur mycket av det våld hon själv varit utsatt för som barnet ”bevittnat” (sett, hört eller på annat sätt erfarit).

Instrument som barnen själva fyllt i

Barnen fyllde själva, eller med hjälp av forskningspersonal, i ett antal formulär om sina upplevelser av våld och sin hälsa och sitt välbefinnande. Hur mycket våld barnet bevittnat undersöktes med två delskalor av instrumentet *Child Exposure to Domestic Violence* (CEDV) (Edleson, 2008), eller *Våld Barnet Bevittnat* (VBB) som vi kallat det på svenska. Instrumentet delas upp i två delar som ger ett mått på grad av våldsexponering och grad av involvering i våldet samt antal typer av våld som barnet har någon erfarenhet av, oavsett hur många gånger barnet hade sådana erfarenheter eller hur indragen barnet hade varit i våldet.

En förkortad version av *Emotionell Reglering* (ER) användes (Rydell, 2007). ER ger ett mått på emotionell reaktivitet samt barnets förmåga att på egen hand och med hjälp av vuxen reglera känslor som ilska, ledsnad och rädsla.

Ett instrument som mäter *Social ängslighet* användes (Thorell m.fl., 2004).

Barnens traumasymtom mättes med *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC) (Briere & Nilsson, 2008). Frågorna delas upp på fem kliniska delskalor. Respektive delskala samt ett totalmedelvärde för samtliga skalor beräknades och användes vid analys av effekter.

Security scale (Kerns, 1996) eller *Jag och min Mamma* (JomM) respektive *Jag och min Pappa* (JomP) är ett instrument som mäter graden av upplevd känsla av trygghet i relation till mamma respektive pappa.

För att mäta *allmänt välbefinnande*, innefattande psykosomatiska besvär, relation till kamrater, upplevd mobbing och psykiska symtom, användes en förkortad version av *Hur Mår Du*, som är det instrument som utvecklats vid Epidemiologiskt Centrum (EpC) vid Socialstyrelsen och som använts vid mätning av psykisk hälsa hos samtliga barn i årskurs 6 och 9 i Sverige hösten 2009 (Socialstyrelsen, 2005, artikelnr: 2005-107-1).

Vid eftermätningen mättes vad barnen tyckte om den kontakt de hade haft med verksamheten med frågor konstruerade för studien. Frågorna rörde 1) Hur barnet tyckte det hade varit att komma till verksamheten, 2) Om barnet själv hade velat åka till verksamheten och 3) Om barnet tyckte att andra barn som upplevt liknande saker borde få kontakt med verksamheten.

Instrument som mammorna fyllt i om sin egen situation

Mammorna fyllde också i ett antal formulär om sig själva. Dessa redogörs primärt i en kommande rapport. De formulär som användes var:

Partner Violence Screening (PVS) (Feldhaus m.fl., 1997) som användes av personalen inom socialtjänstanknutna verksamheter och BUP för att tillfråga mammor om de varit utsatta för våld i en nära relation.

Symptom CheckList (SCL-90) (Fridell m.fl., 2002) för mammans symtom på allmän psykisk ohälsa.

Impact of Event Scale (IES-R) (Weiss & Marmar, 1996) för mammans symtom på posttraumatisk stress.

Känsla av Sammanhang (KASAM) (Antonovsky, 1993) för mammans upplevelse av livet som meningsfullt, begripligt och hanterbart.

Livsstegen (LoL) (Cantril, 1965) som mått på aktuell upplevd livskvalitet.

Databearbetning och statistiska analyser

Saknade data på enskilda frågor
Enskilda frågor som inte besvarats i ett formulär ersattes med medelvärdet för delskalan eller totalskalan beroende på formulär. Om antalet obesvarade frågor översteg 20 % användes inte skattningarna från formuläret.

Cronbach's alfa
För instrument som använts har alfavärdet beräknats och dessa återfinns i den utförligare beskrivningen av instrumenten i bilaga 3.

Signifikansnivå
Signifikansnivån sattes till < .05 trots att ett flertal analyser genomfördes, eftersom resultaten bör ses som hypotesgenererande och utgöra grund för fortsatta utvärderingar. Det är angeläget att undvika att på felaktiga grunder förkasta en hypotes om att skillnader föreligger (typ-II fel) när det faktiskt gör det, likväl som att undvika att påstå att det finns en skillnad som faktiskt inte föreligger (typ-1 fel).

Effektstorlek
För att på ett enkelt sätt få en uppfattning om huruvida förändringarna från förmätningen till ettårsuppföljningen inte bara var statistiskt säkerställda utan också förändringens storlek, räknades deltavärdet (Cohens *d*) ut. Effektstorleken anges enligt Cohens kriterier: liten (>.20), måttlig (>.50) och stor (>.80).

Kliniska gränsvärden
Med ett kliniskt gränsvärde menas att man i tidigare studier har visat att barn med poäng över ett visst värde ofta har så allvarliga psykiska svårigheter att de är i behov av barnpsykiatrisk behandling. För mammornas skattningar av barnens allmänna psykiska hälsa och välbefinnande (SDQ) samt barnens egna skattade traumasymtom (TSCC) finns gränsvärden. Det finns två föreslagna gränsvärden på SDQ totalpoäng, 11 respektive 14 poäng, och gränsvärdet för hur pass mycket problemen inverkar på barnet och i hem- och skolmiljö anges oftast till 1 poäng. För traumasymtomen (TSCC) har inte amerikanska normer använts utan barnen har jämförts med en normalgrupp svenska barn (Nilsson, 2008) och T-poäng 65 har använts som en gräns för symtom på klinisk nivå. För instrumenten Hur mår Du (HMD) och Emotionell reglering (ER) har gränsvärden beräknats utifrån data från grupper av svenska barn i allmänhet (BITA-projektet, Lundgren, personlig kommunikation, 2011-05-30 och Rydell, personlig kommunikation, 2011-05-30). Gränsvärdena har lagts 1.5 standardavvikelser under medelvärden för HMD och ER.

Index för barnets våldsutsatthet enligt mammorna
CTS-2-indexet räknades ut genom att de 8 (mammorna) respektive 4 (barnen) subskalorna z-transformerades och summerades. Cronbach's alfa för indexet blev .84 för mammornas totala våldsutsatthet och .70 för hur mycket av detta våld som barnet bevittnat.

Mängden behandling för barn och mammor
Vid eftermätningen (T2) intervjuades mammorna om vilken typ av insats de fått och hur många besök de hade haft på verksamheten. Besökstypen var uppdelat på (1) mamma ensam, (2) mamma och barn tillsammans och (3) barnet ensam. Mängden besök skattades enligt: 0; 1-2; 3-5; 6-10; >10. Vid summering av totala antalet besök användes klassmitt som skattning (0=0; 1-2=1,5; 3-5=4; 6-10=8 & >10 sattes till 15).

Analyser för de som fullföljt respektive inte fullföljt alla tre mättillfällen
Så kallade completer-analyser genomfördes baserat på de barn och mammor som hade data från alla tre mättillfällen, medan Intent-To-Treat-analyser (ITT) genomfördes för de som deltagit vid förmätningen men saknade data från eftermätning och/eller ettårsuppföljning. ITT-analys är ett försök att på statistisk väg kontrollera för bortfallet från förmätning till senare mätningar. För barn som saknade data från eftermätningen ersattes saknade data med skattningar från förmätningen, medan saknade data från ettårsuppföljningen ersattes med skattningar från eftermätningen om sådana fanns, annars med skattningar från förmätningen. Data analyserades sedan tillsammans med data för dem som hade skattningar från samtliga mättillfällen.

Statistiska analyser avseende mammorna om barnen
Dataanalysgrupper
Antalet barn per verksamhet var begränsad, som mest drygt 30 barn vid förmätningen och drygt 20 barn vid ettårsuppföljningen. När det gällde Individ- och Familjeomsorgen och de skyddade boendena var antalet deltagande mammor och barn ännu lägre. Det blev därför nödvändigt att slå samman deltagare från olika verksamheter vid analyser av effekter (kovariansanalyser, se nedan).

Den första analysen skedde utifrån om verksamheterna generellt sett erbjöd insatser riktade till barnet eller inte. I denna analys slogs deltagare från de verksamheter som arbetade med inriktning på barn som bevittnat våld mot mamma (Vå-Grupp respektive Vå-Ind) samman med de barn som hade kontakt med BUP. Mätningar av dessa barns psykiska hälsa och välbefinnande jämfördes med barn som hade kontakt med Socialtjänstanknutna verksamheter (IFO, Skyddade boenden (SBo) & familjerätten (FamR).

I den andra analysen inkluderades enbart verksamheter med insatser riktade direkt till barn. Där jämfördes de som 1) hade en uttalad inriktning på barn som bevittnat våld mot sin mamma och i första hand arbetade individuellt (Vå-Ind) och 2) de som i första hand arbetade med grupper (Vå-Grupp) och 3) de barn som hade haft kontakt med BUP.

Statistiska analysmetoder
Chi-två test (χ^2) användes vid jämförelser mellan analysgrupper avseende kategoriska variabler (t.ex. om barnets mamma hade varit utsatt för våld året innan förmätningen eller inte). Jämförelser mellan analysgrupper avseende kontinuerliga variabler (t.ex. ålder) genomfördes med envägs ANOVA med Tukey's post hoc-test. Jämförelser över tid inom verksamhetstyperna gjordes med hjälp av beroende t-test.

För att närmare undersöka behovet av kontrollvariabler vid jämförelse av effekter av insatser i de olika verksamheterna jämfördes mammorna i dessa med hjälp av envägs variansanalys med avseende på: ålder, antal barn som deltog i studien, socioekonomisk status (SES), antal år med våld, det sammanslagna indexet för våldsutsatthet (CTS-2-I), allmän psykisk ohälsa (SCL), posttraumatiska symtom (IES-R) och upplevd livskvalitet

(KASAM & LoL), samt förövarens ålder och SES. Vi fann två signifikanta skillnader: mammorna som hade kontakt med Skyddade boenden eller IFO (SBo/IFO) hade lägre SES och högre total våldsutsatthet jämfört med de mammor som hade kontakt med familjerätten (FamR). I övrigt fanns inga skillnader.

När det gällde barnen som deltog i de olika verksamheternas insatser så jämfördes de med avseende på ålder, kön och hur mycket av våldet mot mamman som de enligt henne hade bevittnat. Barnen som hade haft kontakt med BUP var äldre än barnen som hade haft kontakt med socialtjänsten (SBo/IFO eller FamR) och barnen som hade haft kontakt med familjerätten hade bevittnat mindre våld totalt sett jämfört med barnen som haft kontakt med Skyddade boenden eller IFO (SBo/IFO). När det gäller mammornas och barnens skattningar av barnens psykiska hälsa och välbefinnande så redovisas detta i resultatdelen.

Kovariansanalyser gjordes beträffande effekter vad gällde barnens allmänna psykiska hälsa och välbefinnande (formulären SDQ, emotionell reglering och social kompetens). Effekten av verksamhet (med de dataanalysgrupper som beskrevs ovan) undersöktes med vissa bakgrundsvariabler (ålder, barnens upplevelse av våldet mot mamma utifrån CTS-2-index, samt om mamman varit utsatt för fysiskt våld året innan ettårsuppföljningen) och förmätningsvärdet för respektive mått som kovariater.

Drygt hälften av mammorna hade bara ett barn som deltog i studien medan så gott som alla andra hade två barn, och en handfull hade tre barn. För att undersöka om beroendet mellan mammornas skattningar av sina olika barn var så högt att det kunde snedvrida jämförelserna av effekter i de olika verksamheterna beräknades Intra Class-korrelationer (ICC) på skattningen av de beroende variablerna. Den genomsnittliga korrelationen mellan mammans skattning av sina olika barn var .40 vilket, mot bakgrund av att det var färre än hälften av mammorna som hade mer än ett barn med i studien, inte ansågs kunna hota tillförlitligheten i skattningen av skillnader mellan verksamheterna.

Statistiska analyser avseende barnen om sig själva

Det totala antalet barn som deltog i förmätningen och även genomförde ettårsuppföljningen var 36, (25 från Vå-Grupp, 5 från Vå-Ind och 6 från övriga verksamheter (SBo/IFO/BUP/FamR)). Barn från Vå-Ind slogs ihop med barnen från Vå-Grupp när beräkning av förändring gjordes mellan förmätning och ettårsuppföljning, detta blev den enda gruppen där förändringar kunde beräknas.

Statistiska analysmetoder

Parametriska metoder användes för analyser av barnens egna skattningar, men eftersom antalet barn var relativt få kontrollerades analyserna med icke-parametriska metoder. För test av gruppskillnader vid förmätningen användes t-test för oberoende grupper, enkel envägs ANOVA samt chi-två (χ^2) och Mann-Whitney U-test. Vid jämförelser mellan förmätning och ettårsuppföljning användes beroende t-test och Wilcoxon signed rank test.

Individuellt säkerställda förändringar

För att få ett individuellt förändringsmått genomfördes beräkningar av ett reliabelt förändringsindex (RCI) (Jacobson & Truax, 1991). Detta gjordes för att se om barnets skattningar vad gällde den totala mängden traumasymtom samt posttraumatisk stress signifikant hade förändrats positivt, negativt eller kunde anses vara oförändrade från

förmätningen till ettårsuppföljningen. Skillnaden mellan förmätningsvärdet och värdet vid ettårsuppföljningen beräknades och dividerades därefter med standardfelet för differensen. Vid beräkningar togs hänsyn till instrumentets reliabilitet. Om z-värdet steg över ± 1.65, bedömdes förändringen som en statistiskt tillförlitlig förändring. Gränsen för statistisk signifikans sattes till $p < .10$, då metoden ibland har kritiserats för att vara en alltför konservativ bedömning av behandlingseffekter (Burgess m.fl., 2009).

3 Resultat

Barnens familjesituation vid förmätningen

Mammans situation

Som framgår av Tabell IV (bilaga 4) var knappt 75 procent av mammorna födda i Sverige. Drygt 60 procent hade sökt sig till verksamheten på eget initiativ eller på inrådan från någon, medan knappt 40 procent hade kommit på remiss eller på annat sätt blivit hänvisade till verksamheten. Nästan hälften av mammorna som hade kontakt med familjerätten uppgav att de själva initierat kontakten medan den andra hälften uppgav att någon annan (rimligen den andre föräldern) varit initiativtagare till kontakten.

Mammornas förankring på arbetsmarknaden var svagare än för kvinnor i allmänhet i aktuell ålder. Av mammorna uppgav 70 procent att de yrkesarbetade, studerade eller var föräldralediga. Högst var andelen bland dem som hade kontakt med Familjerätten (87 %) och lägst bland dem som hade kontakt med IFO eller Skyddade boenden (SBo) (52 %). Drygt en fjärdedel av mammorna stod utanför arbetsmarknaden på grund av arbetslöshet (8 %) eller långtidssjukskrivning (18 %) (definierat som sjukskrivning sedan mer än sex månader).

Sex av tio mammor uppgav att de var ensamstående medan 13 % uppgav att de var gifta med den man som utsatt dem för våld. Högst var denna andel bland de mammor som hade kontakt med SBo/IFO (35 %). Så gott som samtliga mammor (95 %) uppgav dock att relationen till den man som utsatt henne för våld var avslutad, och detta gällde även flertalet mammor som fortfarande var gifta med mannen i fråga.

Väldigt få mammor uppgav vid förmätningsintervjun att de hade en pågående vårdkontakt på grund av problem med alkohol eller droger, men knappt 10 % beskrev att de tidigare haft sådan kontakt av dessa skäl.

Mammornas medelålder var lika i de olika grupperna (36 år), och att de hade lika många barn i medeltal (drygt 2) (Tabell V, bilaga 4). På den 7-gradiga utbildningsskalan placerade sig mammorna på drygt 4 (motsvarande mellan avslutat gymnasium och 1-2 års universitets-/högskolestudier). Mammornas genomsnittliga poäng på indexet för social status (SES; en kombination av utbildningsnivå och yrkesstatus) var normalhög för mammorna som hade kontakt med familjerätten, men relativt låg för övriga mammor, till stor del beroende på att så många mammor var arbetslösa eller långtidssjukskrivna. På det frågeformulär där mammorna fick ange hur mycket socialt stöd (praktiskt och känslomässigt) de upplevde sig ha från (1) de egna föräldrarna, (2) övriga släktingar och (3) vänner och grannar fann vi inget samband med vilken verksamhet mamman hade kontakt med, däremot var det stor spridning i samtliga grupper, några upplevde sig ha mycket begränsat stöd medan andra upplevde ett stort stöd (Tabell V, bilaga 4).

Mammornas beredskap för att satsa på och säga sig vilja prioritera deltagande i den stödinsats de var i färd med att påbörja var likvärdigt hög för mammorna i alla grupper utom den grupp som hade kontakt med Familjerätten, där den var lägre.

Den man som förövat våld mot mamman

Knappt 60 % av de män som utsatt mammorna för våld var födda i Sverige (Tabell VI, bilaga 4). Majoriteten av mammorna som var födda i Sverige hade varit utsatta för våld av en man som också var född i Sverige, medan mammorna som var födda utomlands oftare varit utsatta av våld från en man som också var född utomlands.

Männen hade, enligt mammorna, i ännu högre grad än mammorna själva svag förankring i arbetslivet; knappt 60 % arbetade på den reguljära arbetsmarknaden eller studerade medan knappt 30 % var öppet arbetslösa, deltog i arbete inom Samhall eller ”Annat”.

Vid förmätningen tillfrågades mamman också om alkoholvanorna hos den man som utsatt henne för våld. Enligt mammornas bedömning var männens alkoholkonsumtion ett stort problem; en dryg femtedel beskrevs av mammorna som ”problemdrickande” medan en tredjedel av männen beskrevs som att de missbrukade alkohol (Tabell VI, bilaga 4).

Hälften av mammorna uppgav att den man som utsatt dem för våld var föremål för åtal eller rättegång på grund av misshandel och/eller att mamman hade någon juridisk tvist (vårdnad, bodelning eller annat) med mannen i fråga (Tabell VII, bilaga 4). Polisutredning, åtal och/eller rättegång rörande misshandel rapporterades av 15 % av mammorna och var vanligast bland dem som hade kontakt med Trappan-verksamheterna (Vå-Ind). Tvist rörande vårdnad var, som förväntat, vanligast bland mammor som hade kontakt med familjerätten (50 %). Mammorna som hade kontakt med BUP rapporterade lägst andel av både åtal/rättegång på grund av misshandel (9 %) och tvister (19 %).

Mammans våldsutsatthet och psykiska hälsa

Knappt 40 % av mammorna uppgav att de blivit utsatta för fysiskt våld av sin före detta partner under det senaste året, medan drygt 60 % uppgav att de utsatts för olika former av psykiskt våld det senaste året. Bland mammorna som hade kontakt med verksamheter inriktade på arbete med barn som bevittnat våld mot mamma (Vå-Grupp & Vå-Ind) var det något vanligare att våldet låg längre tillbaka i tiden. Hälften av mammorna uppgav vid förmätningen att mannens fysiska och/eller psykiska våld mot dem hade upphört. Mammorna som hade kontakt med familjerätten uppgav oftare än övriga mammor att våldet mot dem var pågående (76 %).

Hälften av mammorna hade haft kontakt med Kvinnojour eller skyddat boende minst en gång. Färre av mammorna som kommit till BUP uppgav att de hade haft en sådan kontakt (22 %).

Mammorna uppgav generellt att de mådde betydligt sämre jämfört med kvinnor i motsvarande ålder i allmänhet (Tabell VIII, bilaga 4). Måttet på allmän psykisk ohälsa låg väl i nivå med hur kvinnor som söker psykiatrisk öppenvård beskriver sig själva. Medelvärdet på skalan över posttraumatiska symtom låg över det kliniska gränsvärdet, alltså det värde där man kan misstänka att personen i fråga skulle uppfylla diagnoskriterierna för Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Värdena på de två ”positiva” skalorna (känsla av sammanhang respektive allmän livskvalitet) låg på motsvarande sätt lågt jämfört med kvinnor i allmänhet.

Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna beträffande mammornas självrapporterade psykiska hälsa vid förmätningen.

Andelen mammor som uppgav att de varit utsatta för våld, såväl psykiskt som fysiskt, minskade kraftigt under det år som studien pågick. Vid ettårsuppföljningen uppgav 10 procent av mammorna att de varit utsatta för fysiskt och/eller sexuellt våld sedan vi träffade dem förra gången (ett halvår tidigare) mot 39 procent ett år tidigare, och 35 procent uppgav att de varit utsatta för psykiskt våld mot 60 procent året innan. Siffrorna avser dock enbart det våld som mamman rapporterade att hon blivit utsatt för av den man vars våld mot henne var anledning till kontakten med forskningsprojektet. En del mammor uppgav nämligen i intervjuerna att de varit utsatta för våld även av andra män under det senaste året.

Barnens utsatthet

Samtliga barn i vår studie hade bevittnat våld riktat mot sin mamma. I 86 % av fallen var den man som mamman rapporterat hade utsatt henne för våld barnets biologiska pappa. Dock bör poängteras att barnen kan ha bevittnat våld mot mamma från mer än en man, då mammorna relativt ofta uppger att t.ex. även ett syskons pappa utövat våld.

En större andel av barnen (ca 70 %) hade levt med våld från den man som gjort att de var aktuella i studien från den dag de föddes och i många fall hade mamman varit utsatt för våld även under en lång tid innan barnet föddes. Barnen var i snitt 5 år gamla när våldet upphörde, men för många barn hade våldet inte upphört.

Åttio procent av barnen hade bevittnat fysiskt våld vid åtminstone något tillfälle, även om detta för en del av barnen låg längre tillbaka i tiden. Exempelvis hade nästan 28 % av barnen, enligt mammorna, erfarit att mannen hade försökt kväva eller strypa henne. Cirka en tredjedel av barnen hade sett sin mamma bli sparkad. Ungefär tolv procent av barnen hade bevittnat sexuella övergrepp mot mamman. Det enskilt vanligaste var dock att barnen upplevde det psykiska våldet, vilket gällde i princip samtliga barn (99 %), och då i form av glåpord (t.ex. att mamman blir kallad ”fet/ful”, 64 %) eller hot (att mannen hotat att slå eller slänga något på mamman, 56 %).

Förutom det våld som barnen upplevt mot sin mamma, hade 63 % av barnen, enligt mamman, själva, blivit utsatta för direkt våld från pappan (i 88 % av fallen) eller styvpappan (i 12 % av fallen). Andelen var något lägre bland barnen vars mammor hade kontakt med familjerätten (48 %).

I samband med eftermätningen (T2) tillfrågades mammorna mer specifikt om vilket våld barnen utsatts direkt för (n = 212 – 220). Här framkom att mer än hälften av barnen (54 %) hade blivit direkt utsatta för fysiskt våld från samma man som utsatt mamman för våld. Detta kunde exempelvis bestå i att bli sparkad (10 %) eller få en örfil (25 %). Sju procent av barnen hade blivit utsatta för sexuella övergrepp. Det enskilt vanligaste var dock att barnen utsatts för psykiska kränkningar, vilket gällde ungefär tre fjärdedelar av barnen. Det kunde till exempel röra sig om att barnet har blivit hotat med ord (”jag ska lämna bort dig”) (62 %) eller hotat med vapen (10 %).

För ett drygt trettiotal barn (ca 10 %) var utsattheten ännu högre och våldet förövades antingen av flera olika personer (mamma, pappa, styvpappa, styvsyskon, familjehems-

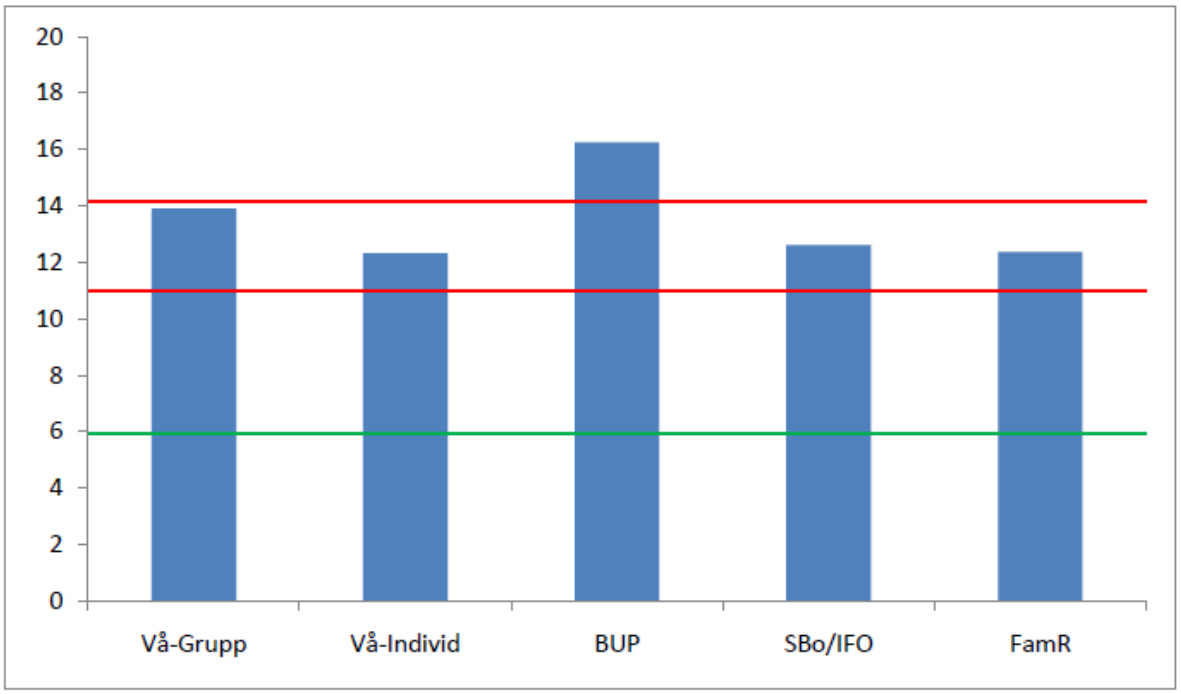
föräldrar, farmor) eller inkräktade på flera livssfärer (hemmet/hemmen, skolan). Ett mindre antal barn (n = 17) kan misstänkas ha varit utsatta för mobbning i skolan, varav minst tre barn så grovt att händelserna polisanmälts.

Barnens egen skattning av grad av våldsexponering och involvering i våldet
Barn skiljde sig inte i grad av exponering och involvering i våld, jämfört med den amerikanska grupp barn som instrumentet är utprövat på (65 barn i åldern 10-16 år med en medelålder på 12.5 år som bevittnat våld mot mamma) (Tabell IX, bilaga 4). Det fanns inte heller några skillnader, beträffande hur mycket våld barnet bevittnat eller hur "indraget" barnet varit i våldet mot mamman, mellan barnen i de olika verksamhetsgrupperna, eller mellan pojkar och flickor eller mellan yngre (9-11 år) och äldre (12-13 år) barn. En mer utförlig redovisning av barnens skattningar av vilket våld de bevittnat finns i Tabell X, bilaga 4.

Barnens psykiska hälsa vid förmätningen

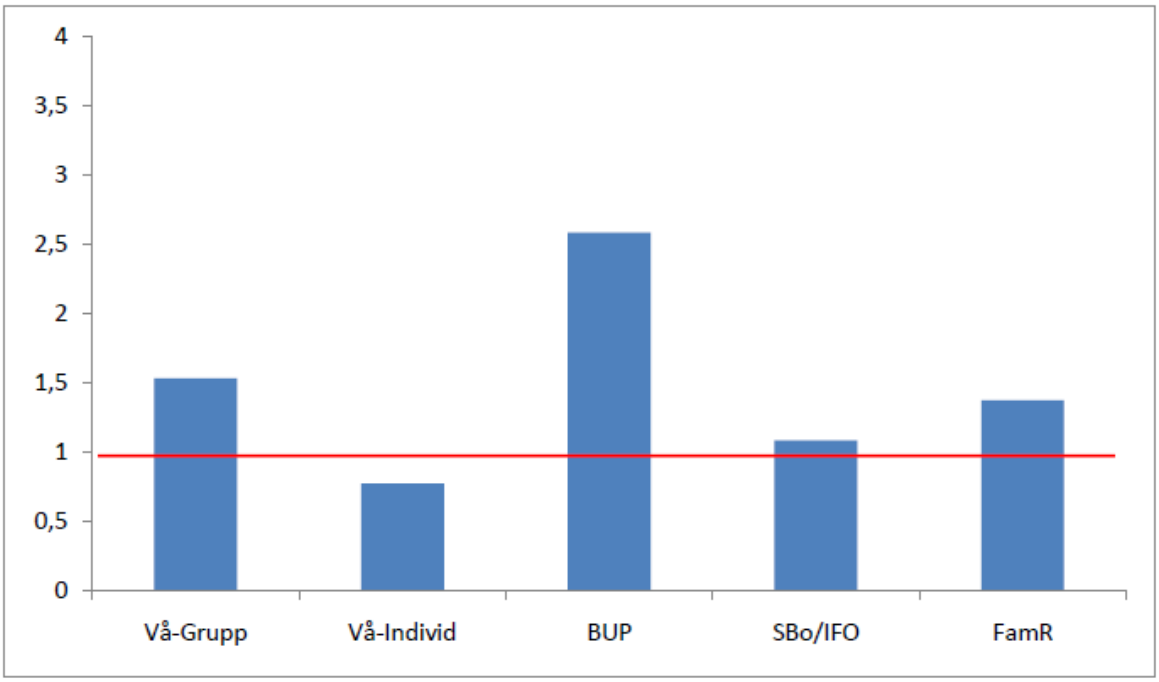
Symtom på psykisk ohälsa

Mammornas skattningar av barnen (3 – 13 år)
Sextiotre procent av barnen hade symtom på psykisk ohälsa, som låg över det kliniska gränsvärdet (SDQ totala problem 11 poäng) vid förmätningen. Med det högre kliniska gränsvärdet (SDQ totala problem 14 poäng) var det fortfarande nära hälften av barnen (47 %) som hade symtom på psykisk ohälsa på klinisk nivå. Medelvärdet låg för samtliga verksamheter över den lägre kliniska gränsen, och klart högre än medelvärdet för barn 'i allmänhet' (M = 6.0). Det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan barnen i de olika verksamheterna beträffande barnens symtombelastning (SDQ totala problem $F_{(4,290)} = 2.17$, p = n.s.) (Figur 2, Tabell XI, bilaga 4).



Figur 2. Psykisk ohälsa mätt med SDQ total problemskala vid förmätningen (n=295). Grön linje markerar medelvärdet för svenska 'barn i allmänhet'. Röda linjer visar två föreslagna kliniska gränsvärden.

Jämfört med 'barn i allmänhet' bedömde mammorna att barnens psykiska problem hade en större negativ inverkan på vardagslivet (funktionsinskränkning) (SDQ-funktion; M = 1.49, SD = 2.20), och 45 procent av barnen hade en funktionsinskränkning över det kliniska gränsvärdet (SDQ-funktion = 1). Det var dock en skillnad i omfattningen av funktionsinskränkning mellan barnen från de olika verksamheterna ($F_{(4,283)} = 3.75$, $p < .05$). Barnen som hade kontakt med verksamheter som gav individuellt stöd (Vå-Ind) hade mindre negativ inverkan på vardagslivet än vad barn som hade kontakt med BUP hade (post hoc $p = .002$). Barnen i samtliga verksamheter utom Vå-Ind skattades över det kliniska gränsvärdet med avseende på funktionsinskränkning (Figur 3, Tabell XI, bilaga 4).



Figur 3. Omfattning av funktionsinskränkning mätt med SDQ-funktion vid förmätningen (n=289). Röd linje markerar gränsvärde för funktionsinskränkning på klinisk nivå.

Barnens självskattningar (9 – 13 år)

Totalt var det knappt hälften av barnen, 43 procent (n = 26), som angav posttraumatiska stressymtom på klinisk nivå och fördelningen var likvärdig mellan verksamheterna (Tabell XII, bilaga 4). I jämförelse med en grupp 10 till 12-åriga 'barn i allmänhet' hade barnen betydligt högre nivåer av posttraumatisk stress, och de skiljde sig inte från barn inom Barn- och ungdomspsykiatrin som utsatts för sexuella övergrepp eller fysisk misshandel och gick i behandling (Tabell IX, bilaga 4).

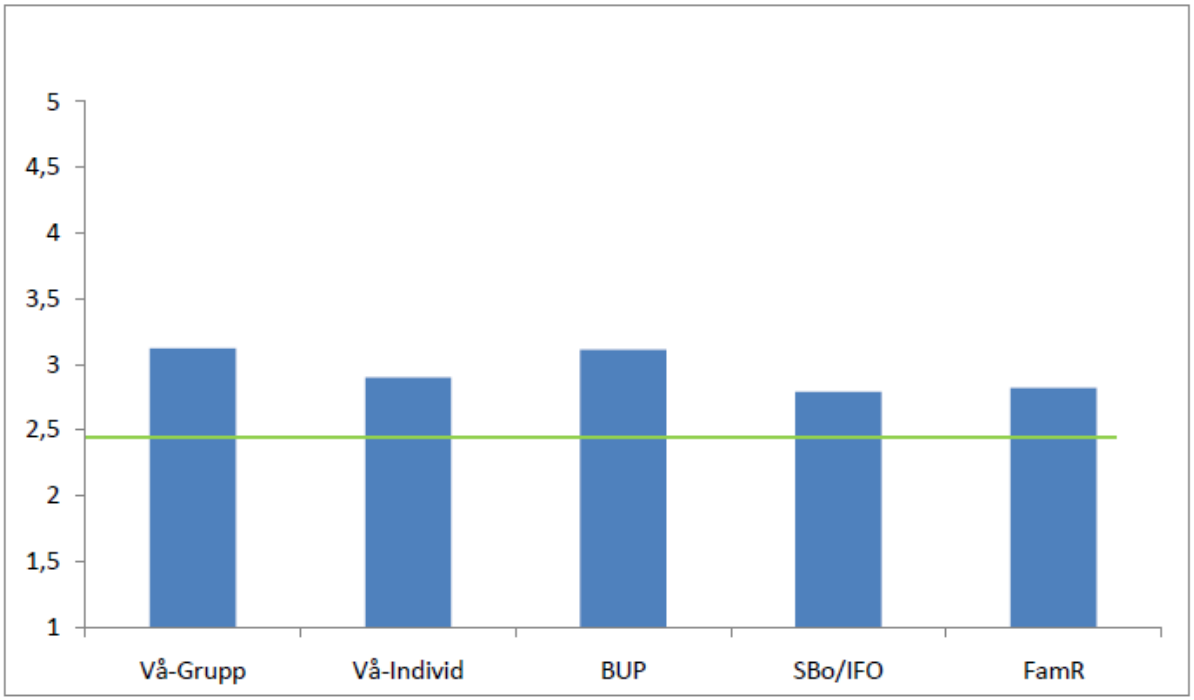
Hälsa och välbefinnande

Mammornas skattningar av barnen (3 – 13 år)

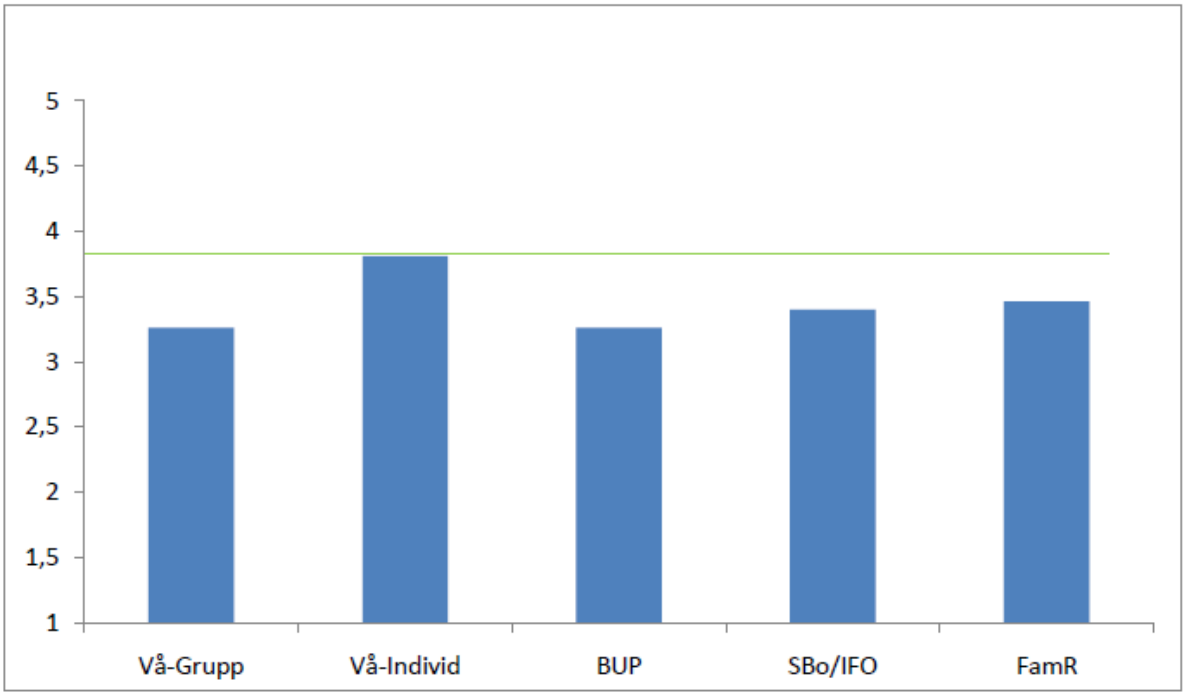
Jämfört med en grupp 6 till 8-åriga 'barn i allmänhet' låg barnens känslomässiga reaktivitet högre ($t_{(554)} = -6.96$, $p < .001$) (Figur 4), och deras förmåga att reglera känslor av ilska, rädsla och ledsnad på egen hand samt med hjälp av vuxen låg lägre ($t_{(554)} = 6.89$, $p < .001$) (Figur 5). Det fanns inga skillnader mellan verksamheterna vad gällde emotionell reaktivitet, däremot när det gällde reglering av negativa känslor som ilska, rädsla och

ledsnad ($F_{(4,282)} = 4.85$, $p < .05$). Barnen som hade kontakt med BUP hade en sämre regleringsförmåga än barnen från Vå-Ind (post hoc, $p = .010$).

Mammornas skattningar av barnens prosociala förmåga (att bry sig om andras känslor, dela med sig av saker, vara hjälpsam), skilde sig mellan barnen i de olika verksamhetsgrupperna ($F_{(4,279)} = 2.76$, $p < .05$). Barnen som hade kontakt med BUP hade en klart lägre prosocial förmåga jämfört med barnen inom Vå-Ind (post hoc $p = .021$).



Figur 4. Medelvärden för mammornas skattningar av känslomässig reaktivitet hos barnen (n=287), jämfört med 6-8-åriga 'barn i allmänhet' (grön linje) (M=2.49, SD=0.72).



Figur 5. Medelvärden för mammornas skattningar av barnens förmåga att reglera känslor (n=287), jämfört med 6 till 8-åriga 'barn i allmänhet' (grön linje) (M=3.81, SD=0.65).

Barnens självskattningar (9 – 13 år)

I jämförelse med en grupp svenska barn 'i allmänhet' låg barnens självskattade *Allmänna välbefinnande* (engelska well-being), *Relation till kompisar* och också förmågan att *Reglera känslor av ilska, ledsnad & rädsla* betydligt lägre, medan *Psykosomatiska besvär* och *Upplevd mobbning* låg betydligt högre (Tabell IX, bilaga 4). Även barnens skattning av sin upplevda trygghet i relation till mamman var lägre, och till pappan (oavsett om han var förövare eller inte) betydligt lägre jämfört med en grupp svenska barn 'i allmänhet'. För detaljerad information om barnens självskattningar se Tabell XIII, bilaga 4.

Sammanfattning av mammornas och barnens situation när de påbörjade stödinsatsen

De familjer som rekryterades till forskningsprojektet utgjorde, generellt sett, en socialt utsatt grupp. Många mammor och pappor hade en relativt svag förankring på arbetsmarknaden och mammorna rapporterade, genomsnittligt sett, en högre grad av psykisk ohälsa än kvinnor "i allmänhet". Många av dem hade också varit utsatta för våld under lång tid av en partner som dessutom, enligt mammorna, ofta hade allvarliga alkoholproblem. Vi fann inga statistiskt säkerställda skillnader mellan mammorna som kunde relateras till vilken verksamhet de hade kontakt med. Till en del kan detta bero på att rekryteringen av deltagare från de olika verksamheterna tyvärr var mycket ojämn. Sämst var rekryteringen från Socialtjänstens individ- och familjeomsorg (IFO) och de skyddade boendena för kvinnor (SBo).

Det är också viktigt att poängtera att den generella bilden av familjerna som en socialt utsatt grupp är en förenkling av verkligheten. I gruppen fanns också mammor med

mycket god förankring på arbetsmarknaden, mammor som mådde väl psykiskt och mammor som varit utsatta för våld av en man som inte också missbrukade alkohol.

Barnen i åldern 3 – 13 år enligt mammorna
Barnen hade en hög grad av psykisk ohälsa jämfört med svenska barn 'i allmänhet'. Drygt 60 % av barnen hade symtomnivåer som översteg kliniskt gränsvärde och medelvärdet för samtliga verksamheter låg över det kliniska gränsvärdet. Mammorna skattade också att barnens problem i hög grad inverkade på barnets förmåga att fungera på fritiden och i familje- och skolsituationen. Närmare hälften (45 %) av barnen hade enligt mammorna en mer omfattande funktionsinskränkning.

Barnen i åldern 9 – 13 år om sig själva
Jämfört med svenska barn 'i allmänhet' hade barnen som bevittnat våld mot sin mamma en klart sämre förmåga att reglera känslor och de uppfattade själva sitt allmänna välbefinnande som lägre. Det var dock en förhållandevis stor spridning i hur barnen mådde. När det gäller posttraumatiska symtom hade drygt 40 % symtom på klinisk nivå vilket pekar mot att vidare utredning och bedömning av eventuellt posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) skulle behöva genomföras för dessa barn. En ungefär lika stor andel av barnen skattade sitt allmänna välbefinnande så pass lågt att det indikerade en klinisk nivå av allmän psykisk ohälsa.

Hur mycket av våld mot sin mamma barnen bevittnat och hur "indragna" barnen upplevde sig i det våld som skett mot mamma låg i nivå med en amerikansk grupp barn utsatta för våld mot sin mamma.

Förändringar från förmätning till ettårsuppföljning

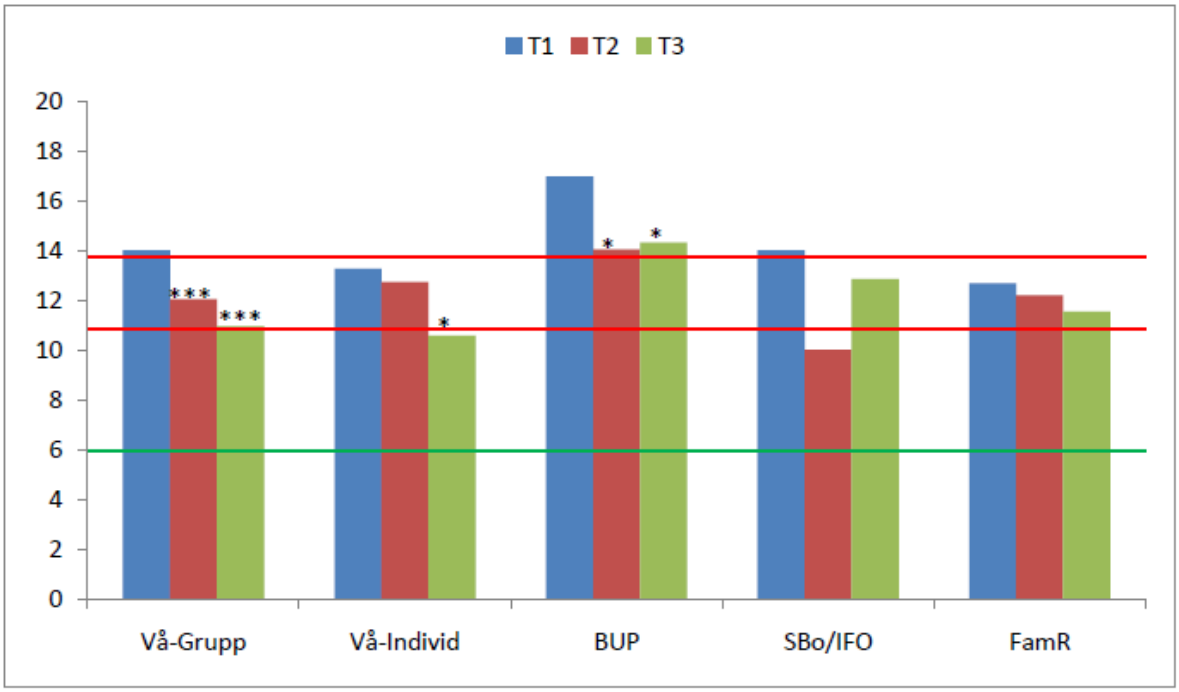
Psykisk ohälsa

Mammornas skattningar av barn i åldern 3 – 13 år

Utvecklingen av psykisk ohälsa i relation till mammans förändrade våldsutsatthet
Den psykiska ohälsan (SDQ totala problem) ökade för de barn vars mammor vid ettårsuppföljningen rapporterade att de varit utsatta för fysiskt, och nästan alltid också psykiskt, våld under det senaste halvåret (sedan eftermätningen). Däremot minskade den psykiska ohälsan för de barn vars mammor vid förmätningen uppgivit att de varit utsatta för fysiskt våld antingen under det senaste året eller tidigare men vid ettårsuppföljningen svarade att det fysiska våldet upphört. De barn vars mammor, vid ettårsuppföljningen, uppgav att de varit utsatta för psykiskt, men inte fysiskt, våld under det senaste halvåret utgjorde en mellangrupp avseende utvecklingen av psykisk ohälsa ($F = 15.43$, $p < .05$; Våld; $F = 2.65$, $p < .05$).

Utvecklingen av psykisk ohälsa i relation till vilken verksamhet som gett stödinsatsen
Den totala mängden symtom på psykisk ohälsa (SDQ totala problem, se Figur 6 & Tabell XIV, bilaga 4) minskade signifikant bland barnen som haft kontakt med verksamheter inriktade på arbete med barn som bevittnat våld mot mamma (Vå-Grupp & Vå-Ind) och för barnen som haft kontakt med BUP. Effektstorlekarna för förändringen var dock inte så stora (Vå-Grupp = 0.47, Vå-Ind = 0.32 och BUP = 0.35), vilket återspeglas i att även om det skett en förbättring så låg barnen vid ettårsuppföljningen fortfarande klart över medelvärdet för 'barn i allmänhet' vad gäller symtom på psykisk ohälsa.

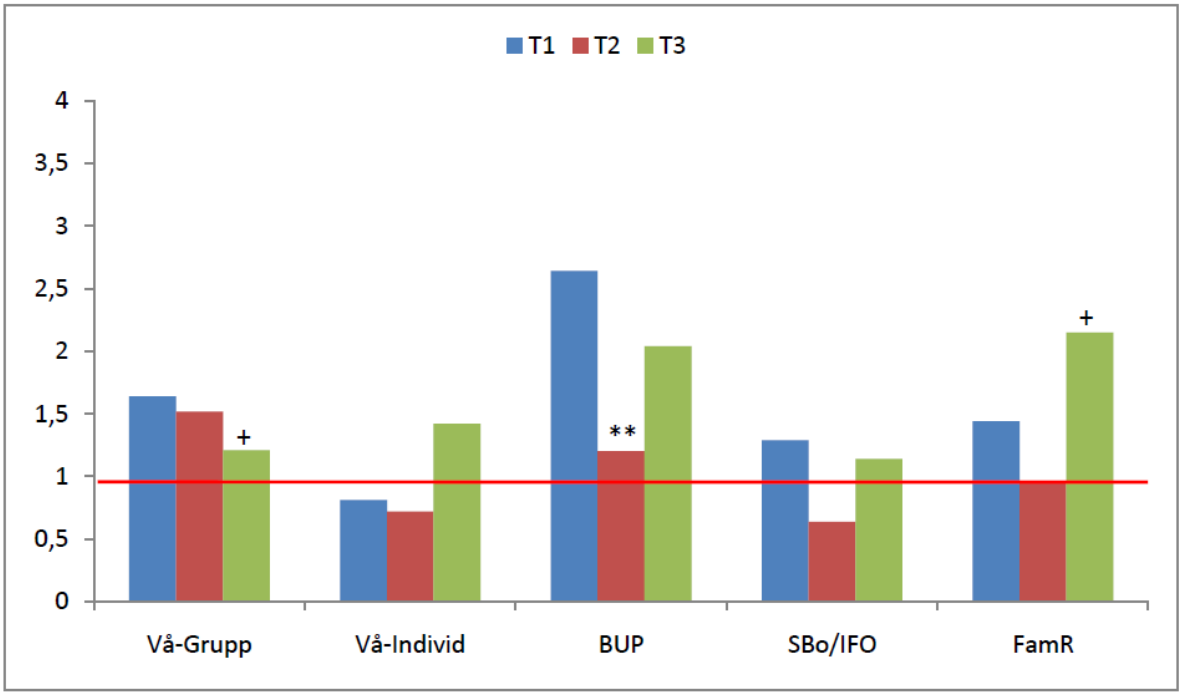
Andelen barn som låg över det kliniska gränsvärdet (SDQ total, 11 p) sjönk i verksamheter med insatser riktade direkt till barnen (enbart de som hade både förmätning och ettårsuppföljning) från 69 % vid förmätningen (Vå-Grupp = 72 % (n=60), Vå-Ind = 55 % (n=17), och BUP = 76 % (n=22)), till 50 % vid ettårsuppföljningen (Vå-Grupp = 52 % (n=43), Vå-Ind = 36 % (n=11), BUP = 59 % (n=17)). För de verksamheter som inte erbjöd insatser riktade direkt till barnen (SBo/IFO & FamR) fann vi ingen förändring från förmätning till ettårsuppföljning. Femtionio procent av barnen som hade både förmätning och ettårsuppföljning låg över det kliniska gränsvärdet vid förmätningen (SBo/IFO = 79 % (n=11) och FamR = 51 % (n=20) och lika många, 59 % vid ettårsuppföljningen (SBo/IFO = 57 % (n=8), och FamR = 59 % (n=23).



Figur 6. Mammors skattning av barnens psykiska ohälsa (SDQ Total problemskala), + p ≤ 0,10; * p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01; *** p ≤ 0,001

Mammornas skattning av hur barnens symtom påverkade deras möjligheter att fungera i vardagen (funktionsinskränkning; SDQ-funktion) förändrades i positiv riktning för barnen i Vå-Grupp och BUP. Förändringen mellan förmätningen och ettårsuppföljningen var marginellt statistiskt signifikant för Vå-Grupp (se Figur 7 & Tabell XIV, bilaga 4). Barnen i FamR uppvisade marginellt statistiskt säkerställda högre nivåer av funktionsinskränkning vid ettårsuppföljningen.

Andelen barn med funktionsinskränkning på klinisk nivå minskade något för dem som hade kontakt med verksamheter med insatser direkt riktade till barnen från (51 %) vid förmätningen (Vå-Grupp = 49 %, Vå-Ind = 39 %, BUP = 71 %), till 44 % vid ettårsuppföljningen (Vå-Grupp = 40 %, Vå-Ind = 42 % och BUP = 57 %). En tredjedel av barnen i verksamheterna som inte hade insatser riktade direkt till barnen (SBo/IFO och FamR) bedömdes vid förmätningen ha funktionsinskränkning på klinisk nivå (SBo/IFO = 43 %, FamR = 29 %) jämfört med knappt 38 % vid ettårsuppföljningen (SBo/IFO = 36 %, FamR = 38 %).

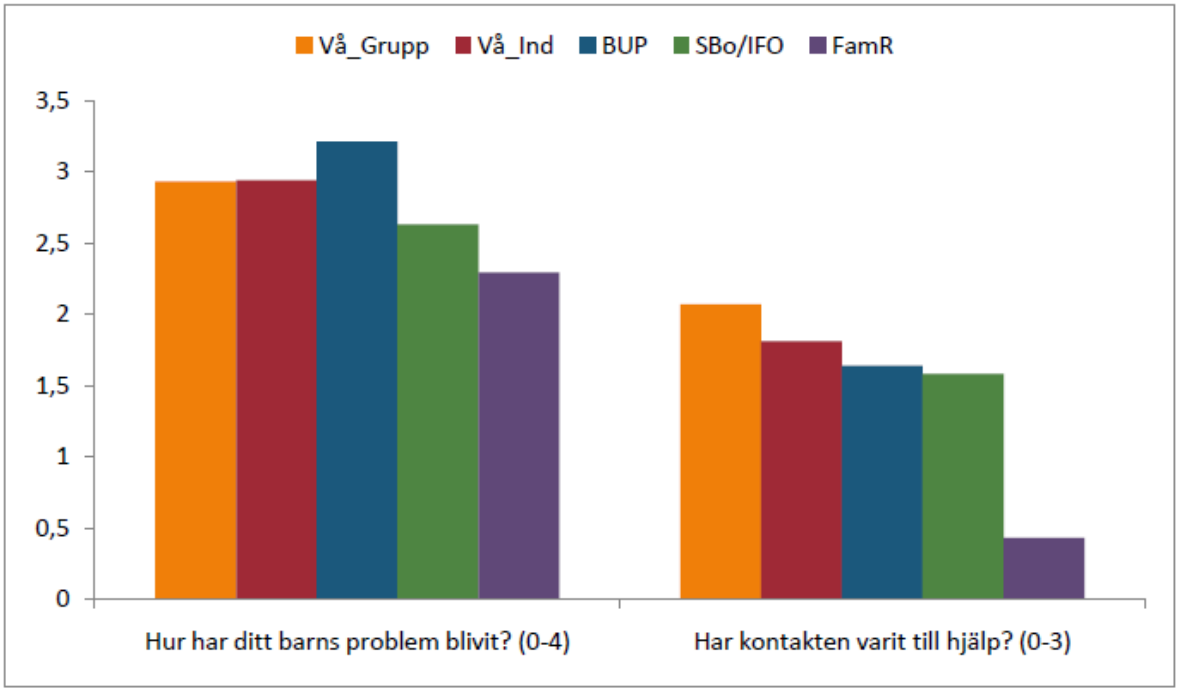


Figur 7. Mammors skattning av funktionsinskränkning hos barnen (SDQ-funktion), + p ≤ 0,10; * p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01; *** p ≤ 0,001.

Mammornas globala skattning av om barnets psykiska hälsa förbättrats

Det fanns en skillnad mellan verksamheterna i vilken utsträckning mammorna skattade att barnens problem blivit bättre på en skala från 0 (mycket sämre) till 4 (mycket bättre). Mammorna till barnen som haft kontakt med BUP skattade att barnens problem blivit bättre i högre utsträckning än mammorna i de övriga grupperna (F = 4.85, $p < .05$, effektstorlek = 0.70), och mammorna som haft kontakt med familjerätten skattade i lägre utsträckning att barnen förbättrats (effektstorlek = 0.44).

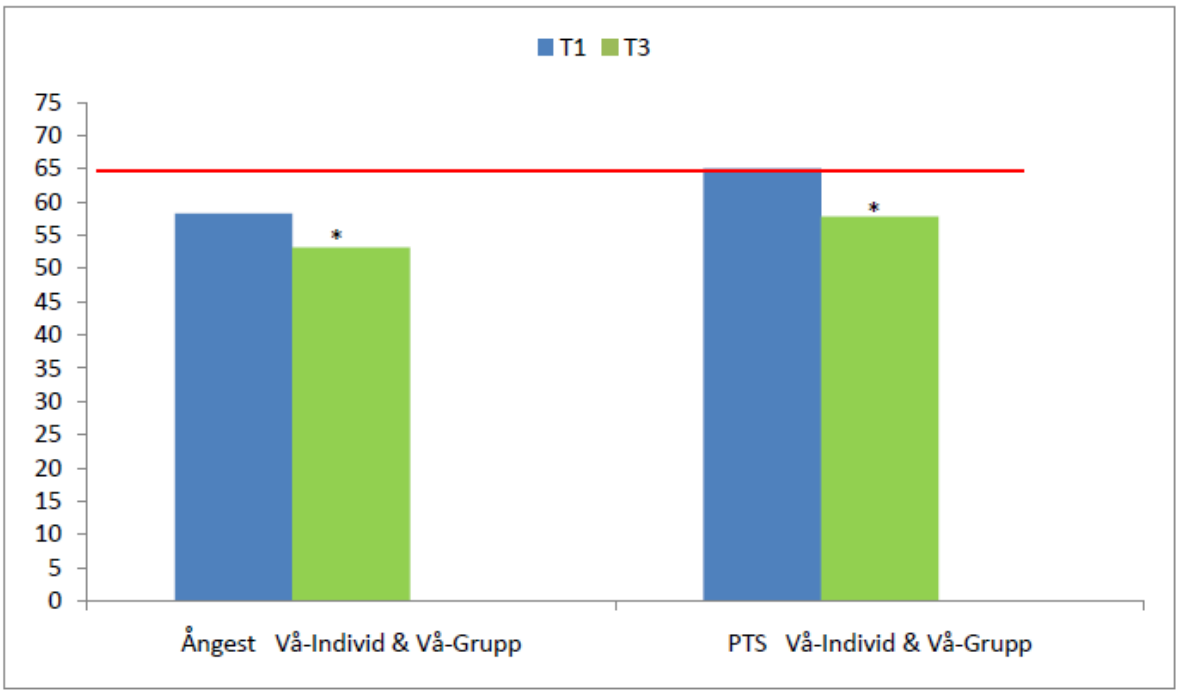
När det gäller frågan om mammorna ansåg att kontakten med verksamheten varit till hjälp (på en skala från 0 = inte alls till 3 = väldigt mycket) fanns också en skillnad mellan grupperna; mammorna på Familjerätten uppfattade att kontakten med verksamheten inte hade varit till lika god hjälp för barnen som mammor till barn i övriga verksamheter (F = 24.00, $p < .001$; effektstorlek = 1.74) (Figur 8).



Figur 8. Mammors skattning av barnens förändring samt hur kontakten varit (SDQ).

Barnen i åldern 9 – 13 år om sig själva

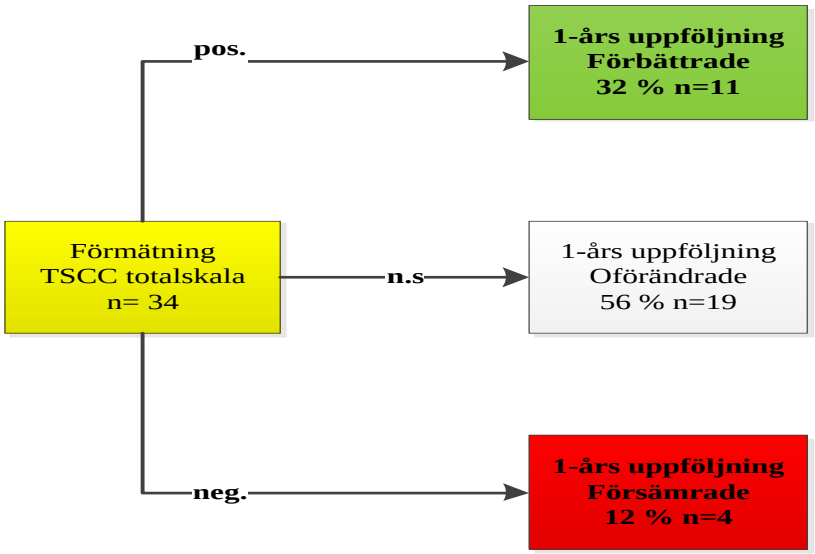
Barnen upplevde att såväl deras generella ångestsymtom som posttraumatiska stressymtom minskade signifikant (Figur 9). För barnen som deltog vid både förmätning och ettårsuppföljning sjönk andelen med posttraumatisk stress på klinisk nivå från 50 % vid ettårsuppföljningen till 29 % vid ettårsuppföljningen (Tabell XV, bilaga 4). Effektstyrkan Cohens d var liten både för ångestsymtom (0.34) och för posttraumatiska stressymtom (0.43). Förändringar stod sig även vid så kallade ITT-analyser. Effektstyrkan Cohens d vid ITT-analyserna var (0.29) respektive (0.31). För mer utförlig information om beräkningarna, se Tabell XVI, bilaga 4.



Figur 9. Ångestsymtom samt posttraumatiska stressymtom (PTSD) från före insats till ettårsuppföljning för verksamheterna Vå-Ind och Vå-Grupp. Röd linje markerar gräns för symtom på klinisk nivå ≥ 65 T-poäng (+ p ≤ 0,10; * p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01; *** p ≤ 0,001).

Individuella förändringar

Analys av enskilda barns förändrade symtombelastning, med reliabelt förändringsindex (RCI) visade en signifikant minskning av den totala mängden traumasymtom för cirka en tredjedel av de barn som hade skattningar från både förmätning och ettårsuppföljning (Figur 10), medan ungefär vart tionde barn fått en försämring.

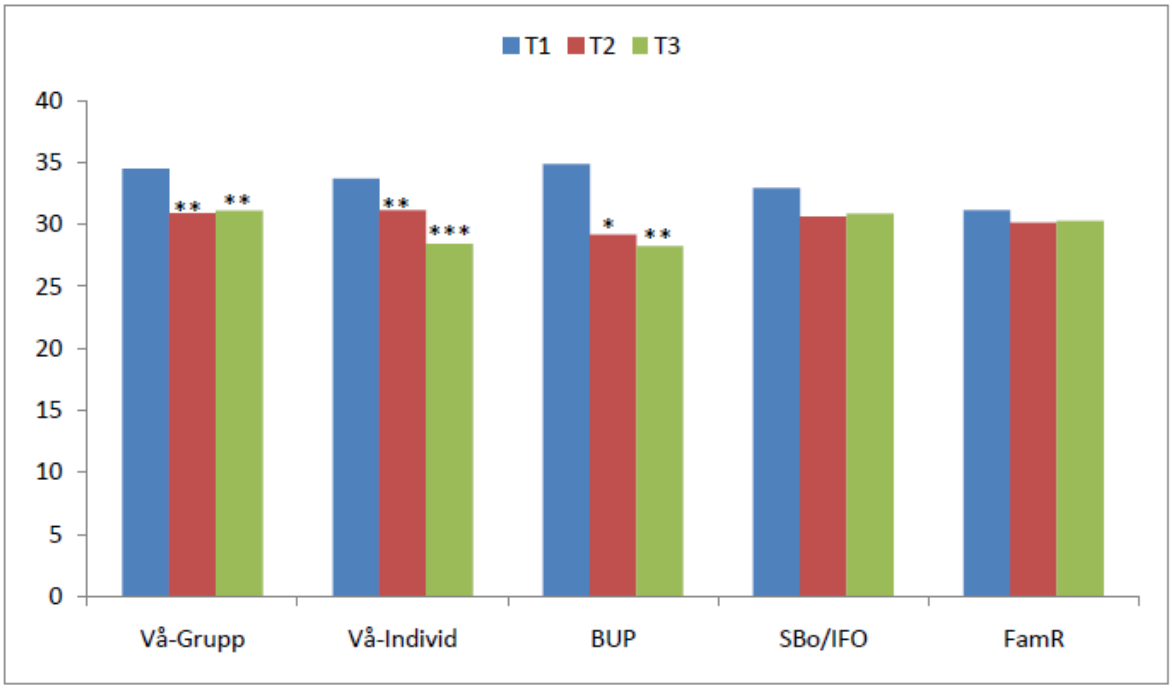


Figur 10. Individuella förändringar från före stödinsats till ettårsuppföljning.

Hälsa och välbefinnande

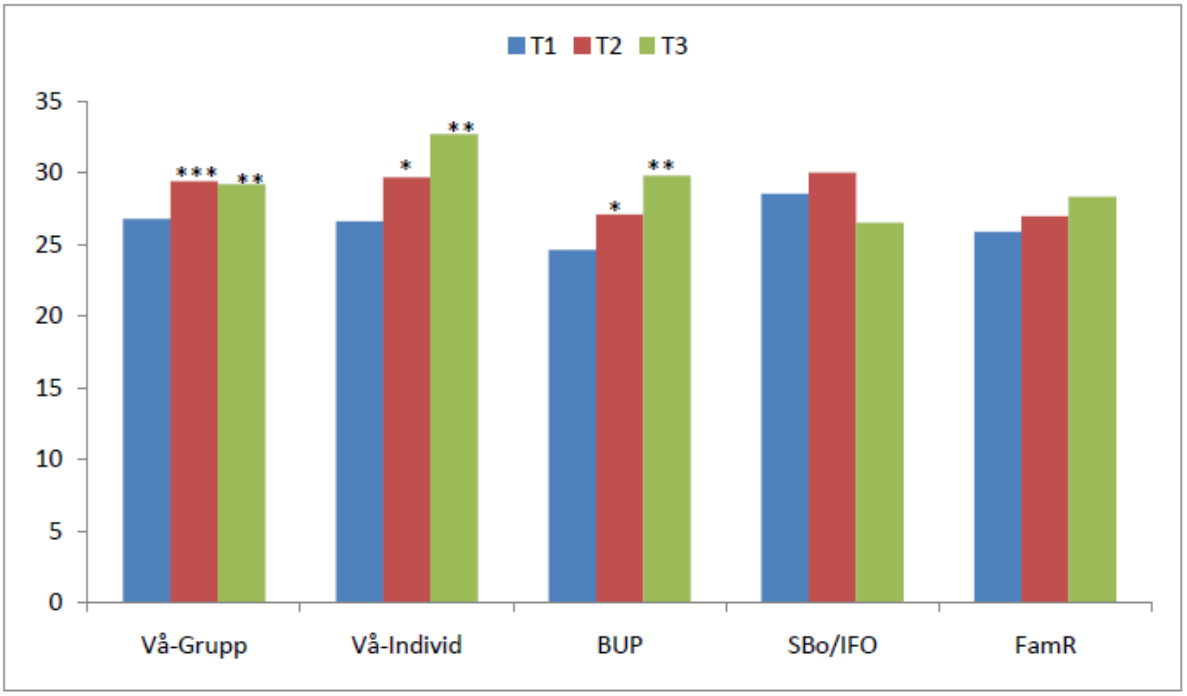
Mammornas skattningar av barnen i åldern 3 – 13 år

Barnens känslomässiga reaktivitet (ERP-Tot) förändrades i positiv riktning från förmätning till ettårsuppföljning bland de barn som hade haft kontakt med verksamheter som erbjöd insatser riktade direkt till barnen (Vå-Grupp effektstorlek 0.29; Vå-Ind effektstorlek 0.48; BUP effektstorlek 0.64). Motsvarande statistiskt säkerställd förändring fanns inte för SBo/IFO eller FamR (Figur 11, Tabell XVII, bilaga 4).



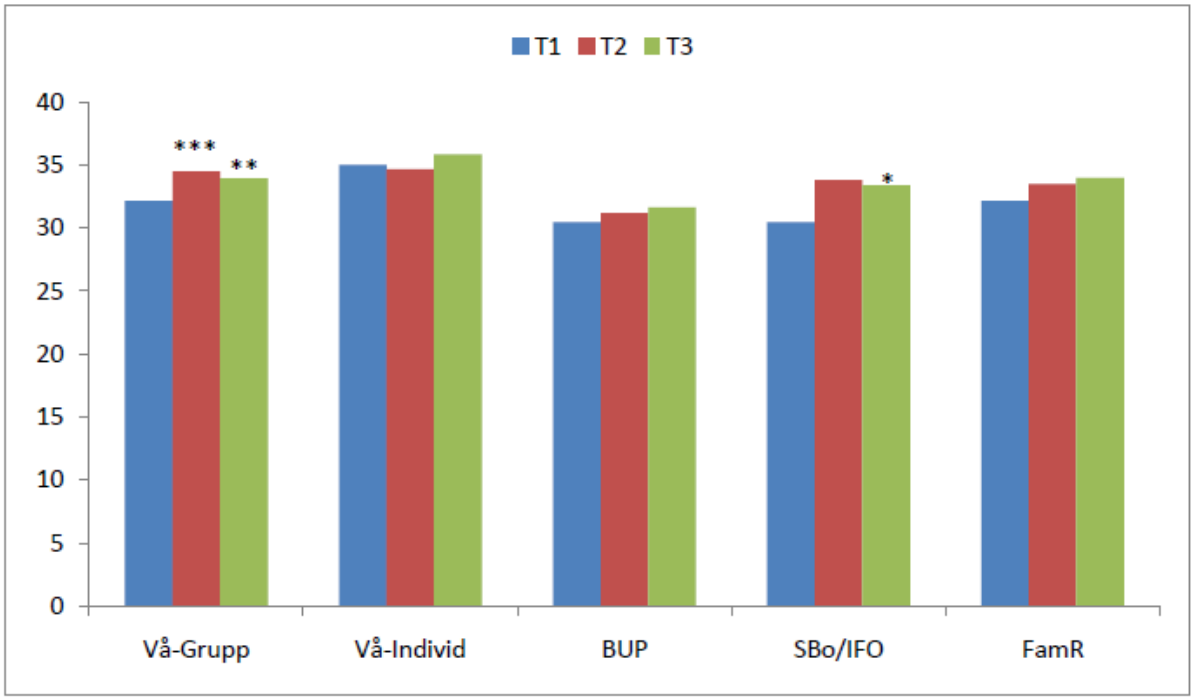
Figur 11. Mammors skattning av barnens känslomässiga reaktivitet (ERP-Total), + p ≤ 0,10; * p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01; *** p ≤ 0,001.

Även när det gällde barnens förmåga att själva reglera sina känslor fanns statistiskt säkerställda skillnader för verksamheterna som hade insatser direkt riktade till barnen (Effektstorlek Vå-Grupp 0.33; Vå-Ind 0.76; BUP 0.73), men inga statistiskt säkerställda skillnader för SBo/IFO eller FamR (Figur 12, Tabell XVII, bilaga 4).



Figur 12. Mammors skattning av barnens emotionella självregleringsförmåga (ERP-självreglering), + p ≤ 0,10; * p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01; *** p ≤ 0,001.

Det skedde en positiv utveckling av barnens prosociala förmåga (att bry sig om andras känslor, dela med sig av saker, vara hjälpsam, för barnen i samtliga grupper från förmätningen till ettårsuppföljningen som dock var statistiskt säkerställd enbart för Vå-Grupp (effektstorlek 0.28) och SBo/IFO (effektstorlek 0.65) (Figur 13, Tabell XVIII, bilaga 4).



Figur 13. Mammors skattning av barnens prosociala förmåga, + p ≤ 0,10; * p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01; *** p ≤ 0,001.

Självskattningar av barnen i åldern 9 – 13 år
Det skedde ingen förändring av barnens självskattade *Allmänna välbefinnande*, *Psykosomatiska besvär, Relation till kompisar*, *Upplevd mobbning*, förmåga att *Reglera känslor av ilska, ledsnad & rädsla*, eller *upplevda trygghet* i relation till mamman och pappan från förmätningen till ettårsuppföljningen.

Jämförelser mellan verksamheter

Analys I – Insatser riktade direkt till barnen *(Vå-Grupp + Vå-Ind + BUP)* **mot övriga** *(SBo/IFO + FamR)*
Jämförelsen har gjorts i tre steg. I det första (1) har en enkel jämförelse gjorts utifrån skillnaden mellan förmätning och ettårsuppföljning (ANOVA), i nästa steg (2) har resultaten kontrollerats med en ITT-analys. Avslutningsvis (3) har kontroll gjorts för påverkan av ingångsvärdena på respektive variabel, barnens ålder, hur mycket våld mot mamma som barnen upplevt enligt CTS-2 index, samt om mamma varit utsatt för fysiskt våld under det senaste halvåret före ettårsuppföljningen. Analyserna har gjorts i två kompletterande versioner. Först analyserades om det fanns skillnader mellan insatser från verksamheter riktade direkt till barnen (Vå-Grupp + Vå-Ind + BUP) jämfört med insatser från övriga verksamheter övriga (SBo/IFO + FamR). Därefter begränsades jämförelsen till verksamheter med insatser direkt till barnen (Vå-Grupp mot Vå-Ind mot BUP) för att se om någon av dessa verkade ge bättre effekt än de andra.

Analys II – Vå-Grup, Vå-Ind och BUP mot varandra (*SBo/IFO & FamR ej medtagna)*
Jämförelsen mellan verksamheterna med insatser direkt riktade till barnen har gjorts i motsvarande steg som jämförelsen vid Analys I ovan. Ett ytterligare steg har dock lagts till för att undersöka i vilken riktning eventuella skillnader mellan verksamheterna går. I analys II har även antal besök som mamma och barn gjort tillsammans, eller var för sig på aktuell verksamhet lagts in som kovariat, då det skiljer sig mellan verksamheterna.

Psykisk ohälsa

SDQ–Symptom

Analys I – *Insatser riktade direkt till barnen mot övriga*
Vi fann ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan verksamheter som erbjuder insatser riktade direkt till barnen och de som inte gjorde det (ANOVA). Vid ITT-analysen fanns en marginellt statistiskt signifikant skillnad som pekar på att om man tar hänsyn till bortfall finns en tendens att barnen i verksamheterna med direkt inriktat stöd får en större minskning av sin psykiska ohälsa ($F = 3.49$, $p < .10$). Kontroll för kovariaterna visar att ingångsvärdet vid förmätningen har störst betydelse för utfallet vid uppföljningen. Huruvida mamman har varit utsatt för fysiskt våld under det senaste halvåret innan ettårsuppföljningen har också en marginellt signifikant påverkan på barnets psykiska problem vid uppföljningsmätningen, enligt mammans skattning.

Analys II – *Vå-Grupp, Vå-Ind & BUP mot varandra*
Analysen kunde inte påvisa någon skillnad i effekt mellan de olika verksamheterna. Det är framförallt ingångsvärdet vid förmätningen som påverkar skattningen vid uppföljningen, men även antal besök som mamma och barn gjort i verksamheten ($F = 4.86$, $p < .05$), ju fler besök desto lägre problemskattning vid ettårsuppföljningen.

SDQ- funktion

Analys I – *Insatser riktade direkt till barnen mot övriga*
ANOVA-beräkningen visar på en marginellt signifikant skillnad mellan de verksamheter som erbjuder insatser riktade direkt till barnen och de som inte gör det (F = 3.04, $p < .10$), skillnaden bibehålls vid ITT-analysen. Kontroll för kovariaten visar att det framförallt är ingångsvärdet vid förmätningen som påverkar uppföljningsmätningen, men även ålder har en statistiskt signifikant betydelse (yngre barn förbättras i större utsträckning än äldre). Det finns också en tendens (marginellt statistiskt signifikant) att barnen visar högre grad av funktionsinskränkning vid uppföljningsmätningen om mamma har varit utsatt för fysiskt våld halvåret innan uppföljningsmätningen.

Analys II – *Vå-Grupp, Vå-Ind & BUP mot varandra*
Analysen visar att det för Vå-Ind skett en ökad funktionsinskränkning medan Vå-Grupp och BUP båda visar på en minskning. Skillnaden mellan Vå-Ind och de två övriga verksamheterna (Vå-Grupp och BUP) är statistiskt säkerställd (t = 2.23, $p < .05$, effektstorlek 0.45). Skillnaderna går i samma riktning vid ITT-analysen. Skillnaderna mellan verksamheterna försvinner dock efter kontroll för de olika kovariaten. Det som framförallt påverkar uppföljningsmätningen är ingångsvärdet vid förmätningen men även barnens ålder (F = 8.74, $p < .05$) samt antal besök (F = 5.80, $p < .05$). Fler besök gav lägre skattning vid uppföljningsmätningen.

Hälsa och välbefinnande

Känslomässig reaktivitet

Analys I – *Insatser riktade direkt till barnen mot övriga*
Barnen i verksamheterna med insatser direkt riktade till dem utvecklades i mer positiv riktning när det gällde känslomässig reaktivitet (ERP-Total) än övriga (F = 4.14, $p < .05$), och skillnaden behölls vid ITT-analysen (F = 4.12, $p < .05$). Kontroll för betydelsen av de olika kovariaten visar att det i huvudsak är skillnaderna i förmätningsvärdet som påverkar utfallet vid uppföljningsmätningen.

Analys II – *Vå-Grupp, Vå-Ind & BUP mot varandra*
Det förelåg ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan verksamheterna. Utfallet vid uppföljningsmätningen påverkades framförallt av ingångsvärdet vid förmätningen men även av hur mycket våld mot mamma barnet upplevt vid insatsens början (CTS-2 index; F = 4.26, $p < .05$).

Känslomässig regleringsförmåga

Analys I – *Insatser riktade direkt till barnen mot övriga*
Barnen i verksamheterna som erbjuder insatser direkt riktade till dem visade en tendens att utvecklas mest positivt vad gäller barnens förmåga till känslomässig självreglering (F = 3.11, $p < .10$), och i ITT-analysen blir denna skillnad statistiskt signifikant (F = 5.85, $p < .05$). Kontroll för kovariaten visar att förmätningsvärdet har en signifikant påverkan på värdet vid uppföljningsmätningen, men att även grupp har betydelse (F = 6.13, $p < .05$). Barnen i verksamheter som erbjuder insatser riktade direkt till dem ökade sin förmåga till självreglering mest.

Analys II – *Vå-Grupp, Vå-Ind & BUP mot varandra*
Det förelåg en marginell statistisk skillnad i utfall mellan verksamheterna när det gällde barnens förmåga till känslomässig reglering (F = 2.63, $p < .10$), som även fanns kvar vid ITT-analysen. Barnen i BUP och Vå-Ind förbättrades mer än barnen i Vå-Grupp (t = 2.26, $p < .05$, effektstorlek 0.39). Skillnaden mellan verksamheterna försvinner dock när kontroll för kovariaten görs. Det är till största delen ingångsvärdet vid förmätningen som styr utfallet.

Prosocial förmåga

Analys I – *Insatser riktade direkt till barnen mot övriga*
Det förelåg inga statistiskt säkerställda skillnader mellan de olika grupperna när det gällde utvecklingen av barnens prosociala förmåga. Kovariansanalysen visade att det i huvudsak var ingångsvärdet vid förmätningen som påverkade skattningen vid ettårsuppföljningen.

Analys II – *Vå-Grupp, Vå-Ind & BUP mot varandra*
Ej heller på denna analysnivå förelåg det några statistiskt säkerställda skillnader mellan de olika verksamheterna, och kovariansanalysen visade att det i huvudsak var ingångsvärdet vid förmätningen som påverkade skattningen vid ettårsuppföljningen.

Vad ansåg mammor och barn om insatserna för barnen?

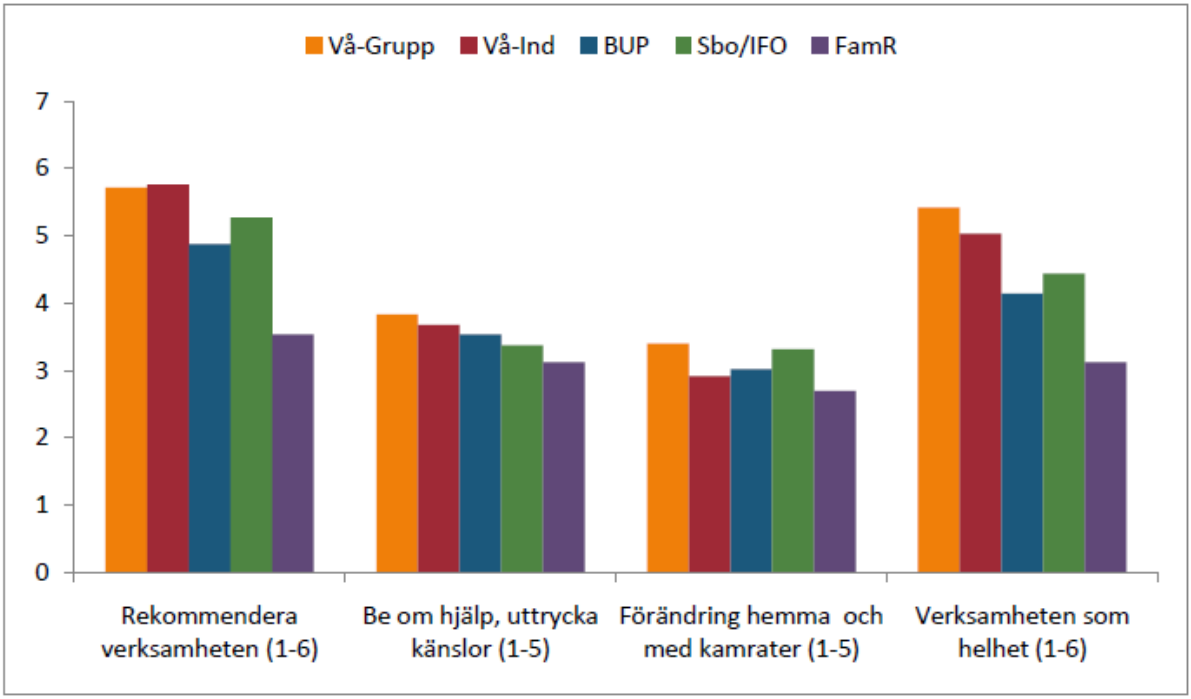
Mammorna om sina barn
Vid eftermätningen besvarade mammorna frågor om vad de ansåg om den stödinsats som barnet fått. När det gäller insatsen som helhet var mammorna i grupperna som erbjöd insatser direkt riktade till barnen (Vå-Grupp, Vå-Ind & BUP) mer nöjda (F = 58.53, $p < .001$) än övriga mammor (IFO/SBo & FamR). Effektstorleken för denna skillnad var 1.32 Det förelåg även en statistiskt säkerställd skillnad mellan de olika verksamheterna som erbjöd insatser riktade direkt till barnen (F = 20.79, $p <.001$, effektstorlek d = 0.77). Mammorna i Vå-Grupp var mer nöjda (M = 5.4 på en skala från 1 = ”Mycket dåligt” till 6 = ”Mycket bra”) än mammorna i Vå-Ind och BUP (F = 20.79, $p < .001$, effektstorlek d = 0.77), och mammorna vars barn hade kontakt med BUP (M = 4.2) var mindre nöjda än de som hade kontakt med Vå-Grupp och Vå-Ind (F= 28.19, $p < .001$, effektstorleken d = 0.82).

Mammorna i verksamheter med insatser riktade direkt till barnet upplevde större positiv förändring i barnens förmåga att ”be om hjälp och uttrycka känslor” (F = 27.15, $p < .001$, effektstorlek d = 0.95), än mammorna i de verksamheterna som inte erbjöd insatser direkt riktade till barnen. Mammorna inom Vå-Grupp upplevde större förändring jämfört med Vå-Ind och BUP (F = 5.74, $p < .05$, effektstorlek d = 0.41) och mammorna som hade kontakt med BUP mindre än både Vå-Grupp och Vå-Ind (F = 5.10, $p < .05$, effektstorlek d = 0.48).

När det gäller huruvida barnets beteende hemma och i relation till kamrater förbättrats upplevde mammorna i verksamheterna med insatser direkt riktade till barnen (Vå-Grupp, Vå-Ind & BUP) en större förändring (F = 3.95, $p < .05$, effektstorlek d = 0.35) än mammor som haft kontakt med övriga verksamheter (IFO/SBo & FamR). Det fanns även en statistisk signifikant skillnad mellan de olika barncentrerade verksamheterna, där mammorna i Vå-Grupp upplevde större förbättring än mammorna som hade kontakt

med Vå-Ind och BUP (F = 8.43, $p < .05$, effektstorlek d = 0.48) och mammorna i Vå-Ind mindre än i Vå-Grupp och BUP (F = 4.57, $p < .05$, effektstorlek d = 0.45).

På frågan om mammorna skulle rekommendera verksamheten till andra i samma situation så svarade mammorna i verksamheter med insatser direkt riktade till barnen i högre utsträckning (M = 5.58 på en skala från 1 - ”Nej, absolut inte” till 6 – ”Ja, absolut”) att de skulle rekommendera verksamheten än i de verksamheter som inte har insatser direkt riktade till barnen (M = 4.34; F = 47.79, $p < .001$, effektstorlek d = 1.37) (Figur 14). Det fanns även en skillnad mellan de olika verksamheterna med insatser riktade direkt till barnen, där mammorna i Vå-Grupp och Vå-Ind (M = 5.73) skulle rekommendera verksamheten i högre utsträckning än mammorna vars barn haft kontakt med BUP (M = 4.88; F= 25.41, $p < .001$, effektstorlek d = 1.18).



Figur 14. Mammornas skattning av stödinsatsernas effekter på barnet

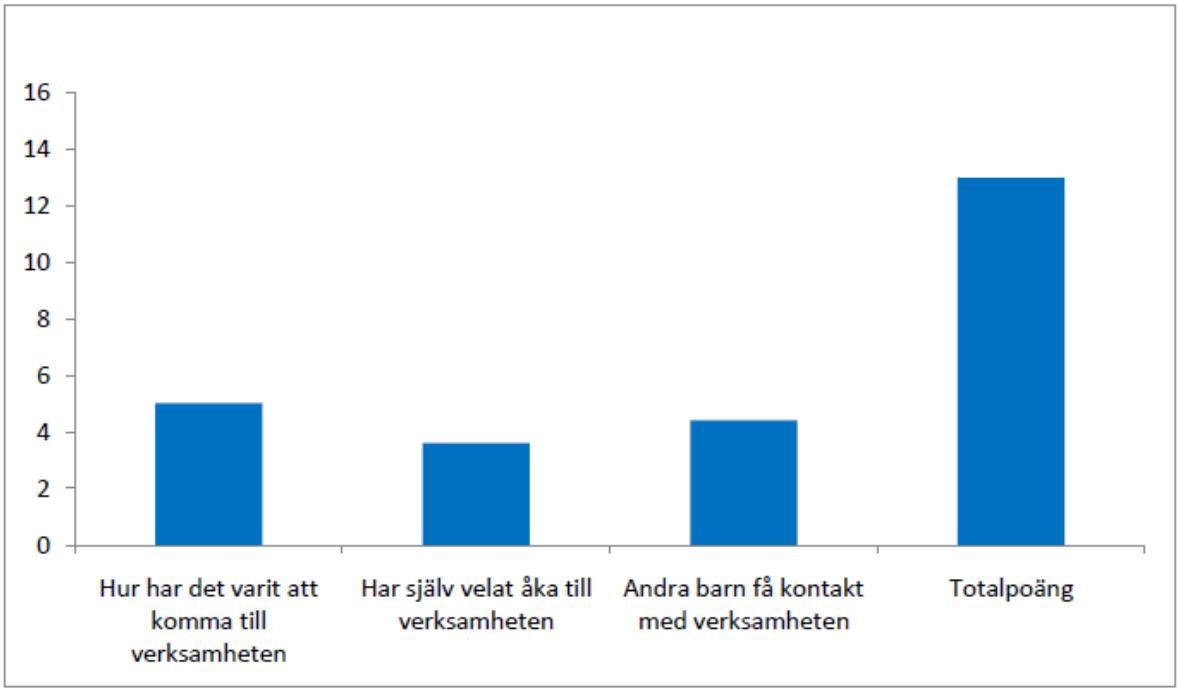
Barnen om sig själva

Barnen var generellt mycket nöjda med den kontakt de haft med verksamheterna (M = 12.98, SD = 2.53, variationsvidd 3-16) (Figur 15). Tre fjärdedelar av barnen (76 %) tyckte det var bra till mycket bra att komma till verksamheten. En mindre del av barnen (11 %) tyckte att det var dåligt eller varken bra eller dåligt och så fanns det en grupp barn som tyckte att det var både bra och dåligt (13 %).

Hälften av barnen (52 %) uppgav att de själva oftast eller alltid hade velat åka till verksamheten. Drygt en tredjedel (36 %) hade åkt till verksamheten för att både de själva och deras mamma hade velat det och sedan var den grupp på 12 % som uppgav att de åkt till verksamheten för att deras mamma tvingat dem eller för att mamman ville det.

Drygt hälften av barnen 58 % tyckte absolut att ett barn som upplevt liknande saker som de själva skulle få kontakt med verksamheten, drygt en fjärdedel (27 %) tyckte att

andra barn kanske skulle få kontakt och 15 % visste inte. Det var dock inga barn som tyckte att andra barn inte skulle få kontakt med verksamheten.



Figur 15. Barnets upplevelse av verksamheten i tre dimensioner. Fråga 1 varierar mellan 1 -6, de övriga två mellan 1-5, totalpoäng för fråga 1 till 3 kan variera mellan 3-16 poäng.

Sammanfattning av resultaten

Mammornas beskrivning av barnen (3 – 13-åringar)

Psykisk ohälsa

Barn som hade haft kontakt med verksamheter som hade insatser direkt riktade till barn (Vå-Grupp, Vå-Ind & BUP), fick en minskad problembelastning från förmätning till ettårsuppföljning, men effekten var liten och även vid ettårsuppföljningen låg mammornas skattningar av barnens psykiska ohälsa klart högre jämfört med barn 'i allmänhet'. Graden av barnets funktionsinskränkning förändrades i positiv riktning, framför allt för barnen som haft kontakt med BUP. Barn som hade haft kontakt med verksamheter som inte hade ett direkt stöd riktat till barnen själva (SBo/IFO & FamR), hade samma genomsnittliga höga grad av problembelastning vid ettårsuppföljningen som vid förmätningen och förändrades i negativ riktning vad gäller graden av funktionsinskränkning (hur mycket symtomen påverkade barnens vardagsliv). Mammornas globala skattning av hur barnets psykiska ohälsa förändrats pekade i samma riktning; de som hade haft kontakt med verksamheter som hade insatser direkt riktade till barn, och i synnerhet mammorna vars barn haft kontakt med BUP, upplevde den största förbättringen.

När hänsyn togs till skillnader i bakgrundsvariabler, förmätningsvärden och bortfall fanns en tendens till att verksamheterna med stöd direkt till barnen hade bättre effekt än övriga verksamheter. Analysen visade också att barn vars mammor har varit utsatta för fysiskt våld under det senaste halvåret, tenderade att ha en sämre utveckling av sin psykiska hälsa. Vidare tenderade yngre barns psykiska hälsa att utvecklas bättre jämfört med äldre barns och antalet besök som barn och mammor haft i verksamheten hade

betydelse (fler besök gav bättre resultat). Generellt gällde också att barn som hade en hög grad av psykisk ohälsa vid förmätningen förbättrades i större grad än barn som inte hade lika stora bekymmer.

Psykisk hälsa och välbefinnande
Barn som hade haft kontakt med verksamheter som hade insatser direkt riktade till dem (Vå-Grupp, Vå-Ind & BUP), förbättrade tydligt sin förmåga att reglera känslor av ilska, ledsnad och rädsla och deras känslomässiga reaktivitet minskade från förmätning till ettårsuppföljning. Någon motsvarande förändring sågs inte hos barn som haft kontakt med övriga verksamheter (SBo/IFO & FamR).

När hänsyn togs till skillnader i bakgrundsvariabler och förmätningsvärden fanns fortsatt statistiskt signifikanta skillnader som visade att barn som haft kontakt med verksamheter som hade insatser direkt riktade till dem (Vå-Grupp, Vå-Ind & BUP), förbättrades i sin förmåga till känslomässig reaktivitet och reglering jämfört med barn i övriga verksamheter (SBo/IFO & FamR). Generellt gällde också att barn som hade sämre reaktivitet och regleringsförmåga vid förmätningen förbättrades i större grad än barn som inte hade lika stora bekymmer.

Mammornas skattningar av barnens prosociala förmåga (att bry sig om andras känslor, dela med sig av saker, vara hjälpsam) utvecklades marginellt positivt för samtliga grupper från förmätning till ettårsuppföljning, och generellt gällde även här att barn som hade lägre prosocial förmåga vid förmätningen förbättrades i större grad än övriga.

Barnens självskattningar (9-13-åringar)
Barnens symtom på posttraumatisk stress och deras generella ångestsymtom minskade betydligt, men många barn fortsatte att ha höga symtomnivåer även vid ettårsuppföljningen. I övrigt kunde inga statistiska förändringar påvisas rörande barnens självskattningar.

Mammornas och barnens uppfattning om de insatser de fått
Mammorna vars barn haft kontakt med verksamheter som erbjöd insatser direkt riktade till barnen var betydligt mer nöjda än övriga mammor, och mest nöjda var de mammor som haft kontakt med verksamheter inriktade på arbete i grupp med barn och mammor. Barnen i åldern 9 till 13 år, varav de allra flesta var från verksamheter inriktade på arbete i grupp med barn som bevittnat våld, var själva generellt nöjda eller mycket nöjda med den kontakt de haft med verksamheten.

4 Diskussion

Barn som bevittnar våld mot mamma utgör en riskgrupp som behöver uppmärksammas och som ofta har behov av samhällets insatser. Det visar denna utvärdering, i likhet med tidigare internationella och svenska studier (Kitzmann m.fl., 2003; Davies & Cummings, 2006; Almqvist & Broberg, 2004). Barnen som bevittnat våld mot mamma hade i betydligt högre utsträckning än barn i allmänhet olika symtom på psykisk ohälsa, och en stor andel av dem hade behov av stöd och behandling. Utvärderingen visar också att barnen hade nytta av att få delta i olika insatser, både i verksamheter som särskilt fokuserar på barn som bevittnar våld mot mamma, och inom barn- och ungdomspsykiatrin. Trots att barnen som fick insatser generellt sett utvecklades positivt, hade många kvar stora svårigheter vid uppföljningen ett år senare, vilket visar att fortsatt arbete behövs för att utveckla adekvata insatser för denna målgrupp.

Barnens mammor hade i de flesta fall utsatts för någon form av våld året innan de kom till verksamheten som utvärderades. Under studiens gång minskade glädjande nog antalet mammor som utsattes för såväl psykiskt som fysiskt våld, men vid ettårsuppföljningen var många mammor fortfarande utsatta för psykiskt, och en mindre andel också för fysiskt, våld. Barnen till dessa mammor förbättrades inte i samma utsträckning som de barn vars mammor inte längre utsattes för våld. Det är viktigt att stoppa våldet, och att hjälpa mammor att skydda sig och sina barn från våld. Om inte våldet förhindras är det svårt att tillgodogöra sig behandlingsinsatser, och barnen befinner sig i en situation där deras hälsa äventyras.

Verksamhetens betydelse för barnen

Barnen som deltagit i verksamheter där de fick stöd eller behandling riktat till dem utvecklades i positiv riktning, med sänkta nivåer av symtom på psykisk ohälsa, och förbättrad förmåga att hantera känslor som ilska, sorg etc. (känslomässig regleringsförmåga). De barn i åldern 9 till 13 år som själva skattade sina symtom beskrev minskad ångest och minskade posttraumatiska symtom. Såväl barn som fick behandling i barn- och ungdomspsykiatrin som barn som deltog i verksamheter inriktade på barn som bevittnat våld mot sin mamma förbättrades i dessa avseenden, även om effekterna var små.

Det fanns inga signifikanta skillnader i hur barnen mådde när de började kontakten med de olika verksamheterna och förändringarna i barnens psykiska hälsa skiljde sig inte mellan barn- och ungdomspsykiatrin och verksamheter som var inriktade på att arbeta med barn som bevittnat våld mot mamma. Med tanke på att de senare verksamheterna (med undantag för BUP Grinden, f.d. BUP Bågen) är stödjande snarare än behandlande till sin karaktär (med målsättningar som till exempel ”att barn ska lära sig att sätta ord på känslor, få veta att det finns andra barn som varit med om samma saker, stärka barnens självkänsla, avlasta barnen och befria dem från skuldkänslor”) menar vi att de av mammorna beskrivna förändringarna hos barnen kan bedömas vara tillfredställande. Denna studie stödjer alltså att verksamheter som är särskilt inriktade på barn som bevittnat våld mot mamma bidrar med värdefullt stöd till barnen som utsatts, och kan utgöra ett viktigt komplement till socialtjänstens sedvanliga insatser.

Både individuella insatser och grupprogram gav således positiva effekter på hälsan hos barnen som bevittnat våld mot mamma. Internationella studier som utvärderat effekter av insatser för barn som bevittnat våld mot mamma har på motsvarande sätt visat att såväl individuella (McDonald m.fl., 2006; Liebermann m.fl., 2006) som gruppbaserade insatser (Graham-Bermann m.fl., 2007) kan ge goda effekter på barnens psykiska hälsa. Detta är viktigt eftersom det inte alltid är möjligt att erbjuda gruppinsatser. Det kan till exempel vara svårt på mindre orter att arbeta med grupper därför att för få barn i en viss åldersgrupp är intresserade av att delta. Då kan individuella insatser vara ett gott alternativ.

Mammorna var genomgående mer nöjda med den insats de och deras barn hade fått i de verksamheter som var särskilt inriktade på att arbeta med barn som bevittnat våld mot mamma. I synnerhet gällde detta de barn och mammor som haft kontakt med verksamheter som arbetade med barnen i grupp. En möjlig förklaring kan vara att dessa verksamheter motsvarade mammornas och barnens förväntningar genom att tydligt fokusera på deras utsatthet, och att gruppformatet gav dem möjlighet dela känslor av skam och ensamhet med andra i samma situation. Resultaten från internationella studier visar att parallella eller gemensamma insatser för mamma och barn ger bättre effekt än om enbart barnen får insatser (Graham-Bermann m.fl., 2007). Parallella insatser för mammor och barn fanns också i flera av de gruppbaserade program som utvärderades i denna studie.

Även barnen som fått insatser inom barn- och ungdomspsykiatrin hade enligt mammorna utvecklats positivt. Deras symtom på psykisk ohälsa hade reducerats och de hade också fått lite bättre känslomässig regleringsförmåga. Mammorna var nöjda med insatsen för barnen, även om de inte var lika nöjda som de mammor som deltagit tillsammans med sina barn i verksamheter särskilt inriktade på våldsutsatta mammor och barn. Det är dock bekymmersamt att barnen generellt sett inte hade förbättrats mer än vad de har gjort av kontakten med barn- och ungdomspsykiatrin. Effekterna vad gäller minskade symtom på psykisk ohälsa var generellt sett små, vilket tyvärr också gäller för flera av de metoder som presenterats i internationella studier (Liebermann m.fl., 2006; Graham-Bermann m.fl., 2007). Med tanke på barnens behov av vård, och att barn- och ungdomspsykiatrin är den verksamhet som bör kunna erbjuda den mest avancerade behandlingen för barn med allvarlig psykisk ohälsa, är detta otillfredsställande. Fortsatt utveckling för att förbättra effekterna av behandlingsinsatser som används för barn som bevittnat våld mot mamma och utvecklat en allvarlig egen problematik är därför angelägen.

Barnen vars mammor hade haft kontakt med socialtjänstens individ- och familjeomsorg eller varit i ett skyddat boende och de barn vars föräldrar haft kontakt med familjerätten utvecklades överlag inte positivt under tiden som studien följde dem. Barnens symtom och svårigheter som beskrevs när man fick kontakt med verksamheten kvarstod i stor utsträckning vid uppföljningen ett år senare. Detta belyser vikten av insatser för barn som bevittnat våld, och ofta också själva utsatts för direkt våld, och för deras mammor.

Familjerätten har inte uppdraget att erbjuda stödinsatser till barn vars föräldrar tvistar om umgänge och vårdnad, utan de deltog i studien som en jämförelseverksamhet. Det är därför inte förvånande att barnens psykiska hälsa snarare försämrades än förbättrades, under en period när deras föräldrar tvistade om vårdnad och umgänge. Samtidigt är det viktigt att lyfta fram dessa barns utsatta situation och behovet av stöd till dem. Familjer-

ätten är den myndighet som ser störst andel förskolebarn vars mamma utsätts för våld i sin nära relation. De övriga verksamheterna möter oftare barn i skolåldern. Vill man nå förskolebarn som upplevt våld mellan föräldrarna, för att tidigt sätta in stödjande åtgärder, kan därför familjerätten vara en arena. Den familjerättsenhet som deltog i denna studie kom på ett förtjänstfullt sätt att integrera barnens behov i sitt fortsatta arbete, men familjerättens ansvar, att uppmärksamma barn som upplevt våld mellan föräldrarna behöver betonas.

Omständigheter som påverkade barnens förändringar

Ett antal faktorer hade betydelse för hur barnen utvecklades under studiens gång, oavsett vilken verksamhet de fick stöd av. Det fanns till exempel ett samband mellan att barnen själva hade fått delta i fler sessioner och hur mycket de förbättrades. Störst var variationen mellan hur många sessioner barnet fått delta i bland barnen som fått individuella insatser. De individuella insatser som utvärderats internationellt med goda resultat, till exempel Parent-Child Psychotherapy (Liebermann m.fl., 2006) och Project Support (McDonald m.fl., 2006) är relativt omfattande; barnen själva deltar i fler än 20 sessioner totalt. Det kanske krävs en viss längd i en insats för att barnet (och mamman) ska kunna tillgodogöra sig och integrera den, så att förbättringen blir varaktig. Det saknas dock forskning om betydelsen av insatsens längd för effekten av olika interventioner.

Under tiden studien pågick skedde en positiv utveckling vad gällde mammornas våldsutsatthet. Det var klart färre mammor som utsattes för våld ett år efter att de tagit kontakt med en verksamhet. När mammornas våldsutsatthet minskade förbättrades barnens psykiska hälsa. I de fall mamman fortsatte att utsättas för våld av sin partner skedde däremot ingen förbättring av barnens hälsa, tvärtom. Åtgärder som uppmärksammar och stoppar våldet så att mammor och barn får skydd har med andra ord stor betydelse för om barnen kan tillgodogöra sig olika insatser. Det innebär att inte bara socialtjänsten, utan även barn- och ungdomspsykiatrin och verksamheter som arbetar med insatser för våldsutsatta mammor och barn behöver arbeta så att åtgärder som stöder att våldet upphör initieras.

Yngre barn förändrades mer positivt än vad de äldre barnen gjorde. Vi kan inte förklara detta resultat på något entydigt sätt, men generellt sett påverkas yngre barns psykiska hälsa och utveckling mer av förändringar i familjen än vad äldre barns gör. Förbättrade livsomständigheter, som att våldet upphört, kan därmed tänkas få större genomslag för de yngre barnen, liksom när mammorna engagerar sig tillsammans med barnen för att förbättra deras välbefinnande.

Oavsett verksamhet var det barnen som hade störst svårigheter innan de fick sin insats som förbättrades mest. Det fanns också en tendens att pojkar hade större nytta av gruppverksamheterna än vad flickorna hade. Genusaspekter saknas i princip helt i forskningen om olika insatsers effekt för barn som bevittnat våld mot mamma, vilket är anmärkningsvärt med tanke på problematiken.

Bortfallsanalysen visade att de mammor som var mest utsatta i större utsträckning föll bort ur studien. Vi vet inte om det också innebär att dessa mammor avslutade sin kontakt med verksamheten i större utsträckning, men det kan eventuellt finnas anledning att tro att så var fallet. Det finns en risk att många barn med stora behov aldrig får den

insats de behöver, då deras mammor inte kommer i kontakt med insatser som ger stöd till barn eller inte vidmakthåller en behandlingskontakt som initierats. Denna utvärdering visar därmed på vikten av anpassade och flexibla insatser för att nå de mest utsatta mammorna och deras barn. En intressant fråga är om de beräknade behandlingseffekterna hade blivit större eller mindre om fler av de mest utsatta barnen, och deras mammor, hade varit kvar i studien. Det faktum att de kvarvarande barn som hade störst svårigheter tenderade att förbättras mest talar för att effekten skulle ha blivit större om även de mest utsatta barnen varit kvar i studien, förutsatt förstås att deras hemsituation inte var alltför kaotisk.

Begränsningar i studien

Den viktigaste begränsningen i studien är att vi, trots stora ansträngningar att rekrytera mammor och barn, misslyckades med att få ett tillräckligt antal medverkande barn och mammor från flertalet verksamhetstyper. Verksamheter som är särskilt inriktade på arbete med barn som bevittnat våld är, som framgick av verksamhetsbeskrivningarna, små, vilket gör att en studie som den här skulle behöva löpa över längre tid för att kunna rekrytera ett tillräckligt antal deltagare. Detsamma gäller i hög grad de skyddade boendena, men där försvårades rekryteringen också av den stora andelen kvinnor som inte behärskade svenska tillräckligt bra för att kunna delta i studien på de villkor vi kunde erbjuda.

Även från socialtjänstens individ- och familjeomsorg och från barn- och ungdomspsykiatrin rekryterades dock relativt få mammor med barn, vilket sannolikt kan förklaras med att personalen inte tillfrågade mammor om förekomst av våld i den nära relationen i tillräcklig utsträckning. När vi jämför verksamheternas egen statistik över antal ärenden/år med antal registrerade ärenden som redovisats till projektet (så kallade basdatablad som skulle upprättas för varje nytt ärende i verksamheten) är skillnaden i antal avsevärd, särskilt för socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Det innebär att det fanns ett stort antal ärenden där man inte upprättade basdatablad, eller tillfrågade om våld, trots att man var engagerad i utvärderingen. Att införa nya rutiner kan ju ta tid, men i flera verksamheter saknades utveckling under tiden som studien pågick. Det var snarare så att enbart några av personalen tillfrågade sina klienter, medan de andra underlät att göra det eller att registrera att de hade nya klienter. Det är svårt att bedöma vad detta kan ha inneburit för urvalet av mammor och barn som rekryterades till studien. För studiens del innebär det begränsade antalet barn och mammor från flera verksamheter svårigheter att analysera eventuella skillnader mellan dessa. När till exempel resultat från de olika verksamheterna inriktade på att ge stöd till våldsutsatta barn slås ihop i de statistiska beräkningarna försvinner skillnader mellan verksamheterna som det vore värdefullt att veta mer om. Det begränsade antalet försvårar eller omöjliggör också användningen av vissa mer avancerade statistiska metoder som hade behövts för att analysera den komplexa väv av bakgrundsfaktorer som kan ha betydelse för vilken effekt en viss insats får. För klienternas del är dock det mest allvarliga att det i vissa samhälleliga verksamheter, där en stor andel av mammorna kan antas ha varit utsatta för våld i en nära relation, vilket våra resultat antyder, inte finns fungerande rutiner för att fråga om detta.

En ytterligare begränsning är att beskrivningen av barnens erfarenheter och hälsa i stor utsträckning vilar på mammornas rapportering. Det hade varit önskvärt att i större utsträckning kunna inkludera barnen själva som informanter, inte minst som man vet att det ofta finns skillnader mellan hur barn själva och deras mammor beskriver barnens reaktioner på potentiellt traumatiska erfarenheter och efterföljande symtom. Fortsatta studier behöver ta hänsyn till de stora svårigheterna att rekrytera forskningspersoner som finns på detta forskningsområde.

I den aktuella studien var urvalet begränsat till mammor som talade tillräckligt bra svenska för att kunna delta utan tolk. Att kommande studier har möjlighet att använda tolk torde vara centralt, då verksamheter vi talat med indikerat att mammor som inte talar svenska ofta är extra utsatta, med ett svagt socialt nätverk och liten kunskap om tillgängliga samhällsresurser.

Barns rätt till delaktighet, skydd och stöd

Som vi beskrev i inledningen tar vi vår utgångspunkt i Barnkonventionens "3 P'n" dvs. barns rätt: (1) att delta för att ha möjlighet att påverka de processer som berör dem (participation), (2) till skydd (protection) och (3) till den typ av hjälp de behöver (provision).

Barnens rätt att delta och påverka processer som berör dem

Barn ska ha rätt att ge sina synpunkter på saker som berör dem och deras livsvillkor. Detta är en del av de grundläggande mänskliga rättigheterna. Delaktighetsbegreppet används oftast när det gäller beslut som ska fattas och som berör barnet, t.ex. i vårdnads- och umgängestvister, men begreppet är också relevant när det gäller barns rätt att bli hörda i forskningssammanhang. Om vi ska få veta hur barn har påverkats av att mamma utsatts för våld av barnets pappa, och vilket stöd barnet behöver, är barnen viktiga informanter. Det var en av anledningarna till att vi inkluderade barnen själva som informanter när projektet planerades. Utvärderingen belyser flera hinder för barnens delaktighet, dels i verksamheterna och dels i lagstiftning och praxis på det familjerättsliga området.

Barnets biologiska pappa var den klart vanligaste förövaren av våldet i den nära relationen till mamman. I och med detta kom vårdnads- och umgängesfrågor att få stor betydelse för om barnet fick tillgång till insatser av olika slag, liksom vilka möjligheter barnet hade att delta som informant. När föräldrar har gemensam vårdnad, vilket var det vanligaste fallet för barnen i studien, har båda rätt att ta ställning till och avgöra frågor som inte rör barnets dagliga omvårdnad, särskilt frågor där det finns anledning att misstänka att den ene vårdnadshavaren inte skulle samtycka (Sjösten, 2009). Denna omständighet innebar att vi i denna studie informerade och tillfrågade papporna om samtycke för att barnet skulle kunna delta som informant om föräldrarna hade gemensam vårdnad.

Med hänvisning till barns rätt till delaktighet kan man tycka att barn som själva önskar delta och lämna uppgifter om sina erfarenheter borde få göra det i en studie som handlar om dem. Det går inte heller att blunda för att vår förståelse av hur barnen har det kan förändras beroende på om barnen själva deltar som informanter. Samtidigt måste barnets rätt till skydd och till behandlingsinsats komma i första hand, och det är barnens

vårdnadshavare som måste ta ställning till vad som är barnets bästa. Man kan beskriva det som att mammorna i denna studie vägde risken för att barnen och de själva skulle utsättas för ytterligare hot eller våld, och i vissa fall även risken att behandlingsinsatsen som tillstyrkts av barnets pappa skulle avbrytas, mot rätten och värdet för barnet att delta och yttra sig om sina egna erfarenheter i forskningsstudien. I denna situation beskrev flera mammor att de tillmätte risken för att mannen skulle bli irriterad, och att barnets behandling därmed riskerade att avbrytas, större betydelse än det värde som barnets delaktighet i studien skulle ha för barnet. Detta begränsade antalet mammor som accepterade att pappan tillfrågades så att barnen kunde delta som informanter. Det var dessutom så att en del av de tillfrågade papporna inte samtyckte, vilket begränsade antalet barn som kunde delta ytterligare. Ovanstående belyser den svåra situation barn kan hamna i när föräldrar har gemensam vårdnad och det föreligger en situation som inbegriper våld, eller hot om våld, från den ene föräldern mot den andra. I en sådan situation riskerar bland annat barnens rätt till delaktighet att begränsas.

Barns rätt till skydd

Barnen som deltagit i denna studie hade samtliga bevittnat att mamma utsatts för våld av sin manliga partner. Speciellt när det gällde mammor som deltagit i verksamheter inriktade på att arbeta med barn som bevittnat våld i familjen, men även i övrigt, handlade det om flera olika typer av våld, både psykiskt, fysiskt och sexuellt och ofta under lång tid. När mamma utsätts för våld kommer barnets behov av omsorg och tröst att åsidosättas av båda föräldrar, eftersom varken mamman, som själv är utsatt, eller den våldsförövande pappan har förmåga att i stunden se till barnets behov. Vi kunde också se att det hade stor betydelse för barnens hälsa om våldet upphörde.

Över 60 procent av barnen, hade själva utsatts för direkt våld av samme förövare som utsatt mamman för våld; för det mesta barnets egen pappa. Barnens rätt till skydd hade därmed kränkts på flera olika sätt; de hade utsatts för både psykiskt och fysiskt våld samt bristande omvårdnad. Fortfarande brister uppmärksamheten i samhället på barnens egen utsatthet för våld, trots en rad studier som visar på den stora överlappningen mellan förekomst av våld i den nära relationen mellan föräldrarna och misshandel av barnen (Annerbäck m.fl., 2010; Knickerbocker m.fl, 2007).

De flesta barnen i denna studie levde i familjer där föräldrarna hade gemensam vårdnad, och barnet hade regelbundet umgänge med pappan. Situationen innebar att föräldrarna, trots det våld som förekommit, hade fortsatt regelbunden kontakt med varandra. Det förekom även att barn, som enligt mamman hade utsatts för våld själva, hade umgänge med sin pappa. Trots det var riskbedömningar och barnens egen säkerhet dåligt uppmärksammade områden inom såväl socialtjänsten som barn- och ungdomspsykiatrin. För att säkra att barn får det skydd de har rätt till krävs att man noggrant kartlägger risker för våld i barnets aktuella livssituation. Det gäller både att utforska barnets rädsla och de bakomliggande omständigheterna. Det gäller att utreda om förövaren har kontakt med barnet och med mamman, och att bedöma risken för att han ska föröva ytterligare våld och kränkningar eller i vad mån han utövar hot och kontroll (SOSFS 2009:22). Detta understryks ytterligare av att över hälften av de aktuella papporna enligt mammorna hade stora alkoholproblem, och många en utsatt social situation. Något vi kunde

uppmärksamma i denna studie var dock en påfallande frånvaro av riskbedömningar ur barnets perspektiv.

Det finns anledning att fundera över vilken risk barn löper att utsättas för eller bevittna hot eller våld i samband med den kontakt som är nödvändig för att föräldrarna ska få umgänget att fungera. Vi saknar idag kunskap om vilken betydelse det har för barns hälsa och utveckling att ha regelbundet umgänge med en pappa som har utsatt barnet och barnets mamma för våld. Innebär umgänget en belastning för barnets fortsatta utveckling eller är det en tillgång? Vi kan ana att när det gäller dessa frågor har man svårt att hantera konflikten mellan dessa barns behov av skydd och de behov av samhörighet och nära kontakt med båda föräldrarna som barn i allmänhet har. Det föreligger en risk när det gäller barn till föräldrar där pappa utsatt mamma för våld att personal inom BUP, socialtjänst, familjerätt etc. väljer att se till vad som är bäst för barn i allmänhet (att ha tillgång till och umgänge med båda sina föräldrar) snarare än vad som är bäst för det enskilda barnet i de fall där en förälder är våldsbenägen. Motsvarande konflikter kring vad som är ”barnets bästa” när pappa har brukat våld mot mamma finns på andra håll i västvärlden och tydliggörs i samband med vårdnads- och umgängesfrågor (Shea Hart, 2010). Det är angeläget att poängtera att vad som är bäst för barn ”i allmänhet” inte kan användas som utgångspunkt för vad som är bäst för ett enskilt barn; där måste man på ett helt annat sätt kartlägga den aktuella situationen för just det barnet.

En av utmaningarna i denna studie var att rekrytera barn och mammor i socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrin som kunde utgöra en jämförelsegrupp till verksamheterna som var särskilt utformade för barn vars mammor utsatts för våld. Genom införandet av en systematisk kartläggning (PVS) i barn- och ungdomspsykiatrin upptäcktes att mer än 20 % av de mammor som sökte hjälp för sina barn beskrev att de utsattes för våld av sin partner, eller hade varit utsatta för detta under de senaste tre åren. Det är en påfallande hög siffra, och förekomsten av våld mot mammorna var mycket vanligare än vad som var känt. Siffran stämmer dock med andra nyligen genomförda undersökningar inom BUP (Hedtjärn m.fl., 2009) Inom Socialtjänstens Individ- och familjeomsorg och familjerätten var andelen ännu mycket högre (över 60 %). Inom familjerätten lyckades man, genom väl genomfört utvecklingsarbete förändra sina rutiner så att man faktiskt tillfrågade merparten av klienterna, och det pågår där en fördjupad analys av basdatablad och övrig information som man har tillgång till på enheten med anledning av den höga andelen mammorna som uppgett att de varit utsatta för våld. Inom övrig socialtjänst är den höga siffran mer svårbedömd. Den kan ha att göra med selektion, dvs. att man ”gjorde det enkelt för sig” och bara tillfrågade mammor där man hade grundad misstanke om att det förekommit våld. Under alla omständigheter borde den höga siffran vara en signal om att socialtjänstens rutiner behöver förändras, och att man behöver skaffa sig en säkrare uppfattning om hur stort problemet med våld i familjen är bland sina klienter.

Internationella studier har visat att föräldrar inte spontant rapporterar förekomst av våld i den nära relationen, utan att det krävs direkta frågor i enskilda intervjuer för att man ska få kännedom om våldet. Lättast är det att beskriva våldet om man använder ett enkelt formulär, vilket vi gjort i denna studie (Feldhaus m.fl., 1997). Trots kunskapen om svårigheten att berätta om våld i den nära relationen i gemensamma samtal är arbetssättet att träffa föräldrarna tillsammans en dominerande rutin, såväl inom socialtjänsten

som i barn- och ungdomspsykiatrin i Sverige. Det tillhör fortfarande ovanligheterna att man tillfrågar respektive förälder enskilt om utsatthet för våld.

Svårigheten att uppmärksamma våld i den nära relationen är djupt oroande, och utgör ett hinder för att den som utsätts för våld, oavsett om det en kvinna eller man, och deras barn ska få den hjälp de har behov av. Erfarenheterna i denna studie tyder på att det framförallt handlar om en etablerad sedvänja att alltid samtala med föräldrarna, eller hela familjen, tillsammans. Om man alltid träffar föräldrar tillsammans förhindrar man dock att frågor om våld i den nära relationen (i likhet med frågor om missbruk och psykisk sjukdom) kan ställas och besvaras öppet. Det bör vara praxis att man i samband med utredningar av barn i socialtjänsten och i barn- och ungdomspsykiatrin vid något tillfälle samtalar såväl med vardera förälder som med barnet enskilt, för att säkra att varje person ges möjlighet att beskriva förhållandena fritt. Det finns goda exempel på verksamheter som arbetar så att frågor om våld integreras i den inledande utredningen av varje ärende, till exempel Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen Gamlestaden i Göteborg (Hedtjärn m.fl., 2009).

Barns rätt till särskilda insatser och hälsovård

I inledningen beskrev vi en insatskedja med fyra nivåer, varav två olika nivåer av stödjande och behandlande insatser för barn som bevittnat våld mot mamma. Den första nivån utgörs av insatser avsedda för alla barn som bevittnat våld mot mamma, där barnen ges möjlighet att bearbeta det de varit med om. Fokus är då att ge barn möjlighet till kognitiv och känslomässig bearbetning i kombination med jagstödjande insatser. Man kan beskriva insatserna som pedagogiska eller psykoedukativa. Barnen får stöd att bearbeta genom att de ges en begreppsram som hjälper dem att hantera både det som hänt och frågor om skuld och ansvar. De verksamheter vars arbete var inriktat på barn som bevittnat våld mot mamma som utvärderats i denna studie kan (förutom BUP Bågen/Grinden i Stockholm) inordnas i denna kategori. Ansatsen i sådana verksamheter handlar framförallt om barnens rätt till synliggörande och giltiggörande. Genom att möta andra barn i samma situation och lära sig mer om hur man själv och andra reagerar när man utsätts för våld i familjen får barnen bättre möjligheter att hantera sina upplevelser. Vi kan inte utgå från att alla barn behöver eller vill delta i denna typ av insatser, men verksamheterna är utformade som ett generellt erbjudande om stöd för barn som bevittnat våld. Verksamheternas fokus ligger således inte på att behandla det enskilda barnets psykiska symtom eller beteendeproblem, utan man har en främjande och stärkande intention. Trots det ser vi att effekten från insatserna står sig väl jämfört med insatser från barn- och ungdomspsykiatrin.

Många barn som bevittnat våld mot mamma utvecklar dock psykisk ohälsa av den grad att de har behov av specialiserade barnpsykiatriska insatser för att få hjälp med sina svårigheter (Almqvist & Broberg, 2004; Georgsson, 2010; Grip, 2010; Zerk m.fl., 2009). Det kan handla om allt från posttraumatiskt stressyndrom till depression eller trotssyndrom. Dessa barn behöver tillgång till nästa nivå av insatser, behandling med särskilt anpassade metoder för den problematik de har. De verksamheter inriktade på arbete med våldsutsatta barn som vuxit fram runt om i Sverige det senaste åren (Eriksson, 2010) saknar i allt väsentligt specialiserad psykoterapeutisk kompetens inriktad på dessa barns behov, och det är inte rimligt att de ska utgöra ett behandlingsalternativ till

barn- och ungdomspsykiatrin. Det är emellertid få barn- och ungdomspsykiatriska kliniker i landet som idag arbetar systematiskt med utvecklade behandlingsalternativ för barn som traumatiserats psykiskt av att bevittna våld i föräldrarnas nära relation.

Idag saknas därmed i stor utsträckning tillgång till specialiserade insatser för de svårast drabbade barnen – de som utvecklat egna allvarliga störningar relaterade till sina upplevelser. Om man inom barn- och ungdomspsykiatrin utvecklade användningen av särskilt anpassade interventioner för barn och mammor som utsatts för våld ger det även verksamheterna med en mer allmänt stödjande inriktning större möjligheter att kartlägga, bedöma och hänvisa barnen till insatser som är mer anpassade för barn med allvarliga psykiska problem.

Det finns idag specifika evidensbaserade insatser som är anpassade för barn som traumatiserats psykiskt av att mamma utsatts för våld, och som utvecklat beteendestörningar eller andra symtom, till exempel traumafokuserad beteendeterapi (Cohen m.fl., 2006) som används bl.a. vid BUP Elefanten i Linköping och Parent-Child Psychotherapy (Liebermann m.fl., 2006) som är lämplig för lite yngre barn. Det finns dock fortfarande få studier av hur de evidensbaserade metoderna fungerar i reguljär klinisk praktik (Weisz & Gray, 2007), eller jämförelser av de evidensbaserade behandlingsmetoderna för barn som bevittnat våld med den sedvanliga vårdens resultat (Weisz m.fl., 2006). Det är därför för tidigt att ge tydliga rekommendationer om metodval i barn- och ungdomspsykiatrin, men angeläget att peka på utvecklingsbehovet, både av patientnära forskning och metodutveckling. Med hänsyn till den relativt höga förekomsten av barn som bevittnat våld mot mamma i barn- och ungdomspsykiatrin borde samtliga kliniker kunna erbjuda någon eller några lämpliga behandlingsmetoder och bidra till kompetensutvecklingen på området genom att också utvärdera effekten av dessa insatser.

En förutsättning är dock att barn som har behov av behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin får ta del av sådan vård. Idag innebär kravet på att båda vårdnadshavarna ska samtycka till att barnet får behandling, att många barn vars skilda föräldrar har gemensam vårdnad inte får vård. I situationer där det föreligger en konflikt mellan föräldrarna, och en förälder uppger sig ha utsatts för våld eller hot av den andre, är risken stor att barnets behov av vård omdefinieras, ses som en partsinlaga i en konflikt och att den ene vårdnadshavaren inte samtycker till att barnet får behandling. Barnens bästa måste i denna situation gå i första hand, och det borde vara tillräckligt om den ena vårdnadshavaren begär att barnet ska få vård för att barnet ska få det. Det återstår att se vilka praktiska effekter det nyligen framlagda förslaget rörande socialtjänstens ansvar för att tillsammans med den ene föräldern besluta om behandling inom BUP, som föreslås träda i kraft 2012-01-01, kommer att få.

Behov av forskning

Vi har i dagsläget god kunskap om de konsekvenser som bevittnande av våld mellan föräldrarna kan få för barn (Kitzmann m.fl., 2003; Margolin & Vickerman, 2007). Däremot är antalet studier som utvärderar effekten av olika insatser och stöd till barnen fortfarande bristfälligt, både nationellt och internationellt (Rizo m.fl., 2011; Sullivan, 2011). Det är angeläget att vårdutvecklingen på detta område stöds av mer forskning. Patientnära forskning behövs för att stödja införandet av olika behandlingsmetoder och utvärdera användbarheten i svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst. I Norge pågår nu en

utvärdering av traumafokuserad kognitiv beteendeterapi för målgruppen psykiskt traumatiserade barn, och ett pilotprojekt med avsikt att utveckla behandlingen inom barn- och ungdomspsykiatrin av traumatiserade barn som upplevt våld i sin familj har påbörjats vid BUP Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg (Hultmann, 2010). Betydligt mer patientnära forskning behövs dock för att stödja utvecklingen av mer effektiva behandlingsmetoder för barn som utvecklat egna symtom och beteendestörningar på grund av våldet i hemmet.

Framför allt finns stora kunskapsluckor kring mer långsiktiga effekter av särskilda stödinsatser. Nära förknippat med denna kunskapsbrist är bristen på longitudinella studier om hur barn som bevittnat våld mot mamma utvecklas på sikt. Vad händer i tonåren, när ungdomar börjar ha egna kärleksrelationer, kommer i kontakt med alkohol för egen del och när de så småningom själva blir föräldrar? Det finns åtskilliga retrospektiva studier som visar att utsatthet för våld eller att bevittna våld i barndomen är en belastning med ökad risk för psykisk ohälsa och våld i de egna nära relationerna som vuxen, men ytterst få studier som belyser utvecklingen dit. Vad befrämjar att man trots att man som barn bevittnat våld mellan föräldrarna kan etablera goda nära relationer under ungdomsår och vuxenliv och undgå att hamna i destruktiva nära relationer?

Vidare saknas i det närmaste forskning, både nationellt och internationellt, kring hur barn påverkas på kort och lång sikt av att ha umgänge med en våldsförövande pappa. En av avhandlingarna sprungen ur den aktuella studien kommer att ha detta fokus, men ytterligare studier behövs.

Flera tidigare studier visar att det inte är ”farligt” att fråga mammor och barn om svåra saker, såsom missbruk eller våld. Trots detta hyser personal i socialtjänsten och inom barn- och ungdomspsykiatrin stor villrådighet och ibland också tveksamhet kring att ställa frågor om våld i familjen, då det antas äventyra relationen till klienten. Studier kring personalens föreställningar om detta ämne, och hur personal i socialtjänst respektive hälso- och sjukvården arbetar i mötet med föräldrar, kan därför också vara av vikt.

Den aktuella studien har i stor utsträckning haft fokus på olika dimensioner av psykiskt välbefinnande och insatsernas effekter på detta. Det som däremot inte mätts är huruvida verksamheterna haft effekter på andra dimensioner, till exempel barnens attityder till våld som konfliktlösningsmetod och deras kunskap om våld i nära relationer. Områden som kan tänkas vara av större vikt när barnet blir äldre och får egna nära relationer utanför familjen.

Slutsatser och rekommendationer

Barn som bevittnat våld mot mamma utgör en riskgrupp med generellt hög symtombörda och inskränkningar i förmågan att fungera i vardagslivet hemma, i skolan och med kamrater jämfört med barn i allmänhet. Detta indikerar att samhället behöver arbeta såväl preventivt som stödjande och behandlande för att förhindra långsiktiga konsekvenser av våldet. Med utgångspunkt från resultaten i denna studie rekommenderar vi därför följande:

- Barn som bevittnat våld mot mamma och utvecklat en egen problematik har nytta av insatser som riktas direkt till dem. De bör därför erbjudas sådana insatser. Insat-

serna bör utformas mot bakgrund av bästa aktuella kunskap på området och ha tillräcklig omfattning för att barnet ska förbättras.

- Verksamheter inriktade på att ge stöd till barn som bevittnat våld mot sin mamma, och till deras mammor, är uppskattade och bidrar på ett positivt sätt till barnens psykiska hälsa. Kunskapen om olika metoders värde är dock fortfarande bristfällig, och det finns därför anledning att stödja fortsatt metodutveckling i verksamheterna liksom fortsatt utvärdering av dem.
- Tillgången till effektiva behandlingsmetoder för barn som traumatiserats av att uppleva våld mot mamma och utvecklat en egen problematik måste förbättras inom barn- och ungdomspsykiatrin. Det finns annars risk för att verksamheter med inriktning på barn som bevittnat våld mot mamma kommer att användas som ersättning för barnpsykiatrisk vård trots att de ofta saknar de resurser och den kompetens som detta förutsätter.
- Socialtjänsten, och barn- och ungdomspsykiatrin, måste utforma sitt arbetssätt så att föräldrar och barn ges möjlighet att berätta om förekomst av våld i familjen, genom att man vid åtminstone något tillfälle talar enskilt såväl med vardera föräldern som med barnen.
- Strukturerade riskbedömningar av barnets och mammans situation saknas ofta trots att regelbundet umgänge upprätthålls med en pappa som utsatt mamma, och ibland även barnet, för våld. Dessutom finns det i dessa fall ofta risk för att pappan har allvarliga alkoholproblem. Det är därmed svårt att bedöma vilka risker barnet utsätts för och om barnens rätt till skydd är tillgodosett. Metoder för strukturerade risk-/skyddsbedömningar för barn som har bevittnat våld i familjen behöver utvecklas och spridas till dem som arbetar i socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri.
- Barns rätt till nödvändig behandling måste stärkas, så att inte barnens svårigheter lämnas obehandlade på grund av föräldrars oenighet. De föreslagna förändringarna rörande socialtjänstens ansvar avsedda att underlätta för barn att få behandling inom t.ex. BUP, även om en vårdnadshavare motsätter sig detta, behöver följas noga med avseende på hur de fungerar i praktiken.
- Barn har rätt till skydd från våld. Om inte våldet mot mamma upphör kan inte barnen tillgodogöra sig andra insatser och deras hälsa äventyras. Åtgärder som bidrar till att våldet upphör behöver prioriteras.

5 Referenser

Allmänna Barnhuset (2007). *Våld mot barn 2006 - 2007 - En nationell kartläggning.* Stockholm: Allmänna Barnhuset.

Almqvist, K., & Broberg, A. (2004). *Barns som bevittnat våld mot mamma – en studie om kvinnor och barn som vistas på kvinnojourer i Göteborg*. Forskningsrapport: Göteborgs stad: Social resursförvaltning.

Annerbäck, E-M., Wingren, G., Svedin, C.G. & Gustafsson, P.A. (2010). Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden – findings from a population-based youth survey, *Acta Paediatrica*, 99(8): 1229-1236.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine, 36* (6): 725-733.

Appel, A. E. & Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse abuse and physical child abuse: A review and appraisal, *Journal of Family Psychology*, 12(4): 578-599.

Arnell, A. & Ekbom, I. (1999) *"och han sparkade mamma…" – möte med barn som bevittnat våld i sina familjer*. Stockholm: Rädda Barnen

Aschjem, Ø. & Tobiassen Sanna, W. (Odaterad). *Ikkelengeralene. Veileder i gruppebehandling av barn som lever med vold i familien*. Oslo: Alternativ til Vold, http://www.atv-stiftelsen.no/

Avery, L., Hutchinson, D., & Whitaker, K. (2002). Domestic violence and intergenerational rates of child sexual abuse: a case record analysis, *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(1): 77-90.

Berkowitz, S J. & Marans, S. (2006). Crisis Intervention: Secondary Prevention for Children Exposed to Violence. I: Feerick, M. M., & Silverman, G. B., (red.) *Children exposed to violence,* Baltimore, MD, US: Paul H Brookes Publishing

Briere, J. (1996). *Trauma symtom checklist for children (TSCC) Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Broberg, A., Almqvist, K. & Georgsson, A. (2006). *Utvärdering av BOJEN – barn som bevittnat våld i hemmet och deras mammor. Slutrapport från ett pilotprojekt.* Opublicerad rapport till Göteborgs Stad och Länsstyrelsen i Västra Götaland, juni 2006

Brå (2006, 08-26) *Tema: Våld mot kvinnor*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, www.bra.se/extra/news/?module_instance=2&id=3 Hämtad 2006-12-12,

Burgess, P., Pirkis, J., & Coombs, T. (2009). Modelling candidate effectiveness indicators for mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(6): 531-538.

Cantril, H. (1965). *The Pattern of Human Concerns*, New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Cater, Å & Ekbom, I. (kommande). Trappan-metoden för barn som upplevt våld – reflektioner från forskning och praktik (preliminär titel)

Cater, Å K. (2009). *Trappan-modellen för samtal med barn som upplevt våld i familjen - en utvärdering för metodutveckling.* FoU-rapport 2009/3 Uppsala: Regionförbundet Uppsala län

Cater, Å K. (2004). *Negotiating normality and deviation – father's violence against mother from children's perspectives*, Örebro: Örebro Universitet: Universitetsbiblioteket, Örebro studies in social work (avhandling)

Christensen, E. (2007). Barn i familjer där mamma misshandlas, I Eriksson, M. (red) *Barn som upplever våld. Nordisk forskning och praktik.* Stockholm: Gothia.

Christensen, E. (1990). Børnekår – En undersøgelse af omsorgssvigt i relation til børn og unge i familier med hustrumishandling, *Nordisk Psykologi* 31(42): 161-232.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Iyengar, S. (2011). Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 165*(1):16-21.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Murray, L. K. & Igelman, R. (2006). Psychosocial Interventions for Maltreated and Violence-Exposed Children, *Journal of Social Issues*, 62 (4): 737-766.

Cox, C., Kotch, J., & Everson, M. (2003). A longitudinal study of modifying influences in the relationship between domestic violence and child maltreatment, *Journal of Family Violence*, 18(1): 5-17

Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2006). Interparental discord, family process, and developmental psychopathology. I D. Cicchetti & D. J. Cohen (red.), Developmental Psychopathology: Vol. 3: Risk, Disorder, and Adaptation (2nd ed., pp. 86-128). New York: Wiley & Sons

Ducharme, J., Atkinson, L., & Poulton, L. (2000).Success-Based, Non coercive Treatment of Oppositional Behaviour in Children from Violent Homes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39* (8): 995-1004.

Edleson, J. (1999). The Overlap Between Child Maltreatment and Woman Battering, *Violence Against Women,* 5(2): 134-155.

Edleson, J. L., Shin, N., & Armendariz, K. K. J. (2008). Measuring children´s exposure to domestic violence: The development and testing of the Child Exposure to Domestic Violence (CEDV) Scale. [Mätinstrument CEDV]. *Children and Youth Services Review*, 30(5): 502-521.

Ekbom, I & Landberg, Å (2002) *Barn i skuggan av våldet*. Stockholm: Socialstyrelsen, Projektredovisning, artikel nr: 2002-124-18.

Eriksson, M. & Näsman, E. (2009). Utsatta barn i familjerättsprocesser: utredares bemötanden och barns strategier. *Socialvetenskaplig tidskrift,* 1: 20-37.

Eriksson, M. & Dahlkild-Öhman, G. (2008). Motstridiga förståelser av risk och riskbedömningar i familjerättssammanhang, I Eriksson, M., Cater, Å. K., Dahlkild-Öhman, G., & Näsman, E. (red.). *Barns röster om våld – att tolka och förstå*. Malmö: Gleerups.

Eriksson, M., Biller, H. & Balkmar, D. (2006). *Mäns våldsutövande – barns upplevelser. En kartläggning av interventioner, kunskap och utvecklingsbehov.* Stockholm: Fritzes.

Eriksson, M., Cater, Å. K., Dahlkild-Öhman, G., Näsman, E. (red) (2008). *Barns röster om våld – att tolka och förstå*. Malmö: Gleerups.

Eriksson, M., med Wychichowska, M. (2010) *Stöd till barn som upplevt våld*. *Utvecklingen på fältet 2006-2010.* Uppsala: Uppsala universitet, Sociologiska institutionen.

Eskonen, I. (2005). Violence in children's narration, *The International Journal of Child & Family Welfare*, *8* (1): 32-45.

Farmer, E. (2006). Using Research to Develop Practice in Child Protection and Child Care, I Humphreys, C. & Stanley, N. (Eds.). *Domestic Violence and Child Protection: Directions for Good Practice*, (pp. 124-136), London: Jessica Kingsley.

Feldhaus K.M., Koziol-McLain J., Amsbury H.L., Norton I.M., Lowenstein S.R. & Abbott J.T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*, *277*, 1357-1361.

FN (1993) Deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor

Finkelhor, D., Ormrod, R.K., & Turner, H.A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization, *Child Abuse and Neglect,* 31, 7-26

Finkelhor, D., Turner, H.A., Ormrod, R.K., & Hamby, S.L. (2010). Trends in Childhood Violence and Abuse Exposure. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine,* 164 (3): 238-242.

Forinder, U. & Hagborg, E. (2008). *Stödgrupper för barn och ungdomar.* Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, H. (2005). "Talking feels like you wouldn't love dad anymore": children's emotions, close relations and domestic violence. I Eriksson, M., Hester, M., Keskonen, S. & Pringle, K. (red.). *Tackling men's violence in families – Nordic issues and dilemmas.* Bristol: Policy Press.

Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Malling Thorsen, S. (2002). *Symptom Checklist 90, SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symptomskalan.* Statens institutionsstyrelse SiS 4/02.

Gambrill, E. (2011). "Evidence-based practice and the ethics of discretion" *Journal of Social Work*, 11: 26-48.

Geffner, R., Igelmann, R. S. & Zellner, J. (2003). *The effects of intimate partner violence on children*. Binghamton, NY: Haworth.

Georgsson, A. (2010). *Barns upplevelser av sin situation och sitt mående när mamma varit utsatt för våld av sin partner*. Göteborg: Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen. Licentiatavhandling.

Georgsson, A., Almqvist, K. & Broberg, A. (2007). Vad tycker barn som bevittnat våld i hemmet och deras mammor om att delta i en pedagogisk gruppverksamhet? *Aetolia, Skriftserie från verksamhetsområde barn- och ungdomspsykiatri vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus*, 9 (2).

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 581-586.

Graham-Bermann, S. (2001). Designing intervention evaluations for children exposed to domestic violence: applications of theory and research. I Graham-Bermann, S. & Edleson, J. L. (red.). *Domestic violence in the lives of children: the future of research, intervention, and social policy.* (1 uppl.), Washington, DC: American Psychological Association.

Graham-Bermann, S. A. & Hughes H. M. (2003). Intervention for Children Exposed to Interparental Violence (IPV): Assessment of Needs and Research Priorities. *Clinical Child and Family Review*, *6* (3): 189-203.

Graham-Bermann, S. A., Lynch, S., Banyard, V., DeVoe, E. R., & Halabu, H. (2007). Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence: Efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, (75),* 199-209.

Grip, K. (2010). *Våld och Trauma. Klientfokuserad utvärdering av behandling för våldsutsatta mammor och deras barn*. Göteborg: Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen. Licentiatavhandling.

Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H., & Ormrod, R. (2010). The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. Child Abuse & Neglect, 34(10):734-41.

Hawthorn, T. (1990). *Children Are People Inc. Chemical Abuse Prevention Programs*. Support Group Training manual. Minnesota.

Hedtjärn, G., Hultmann, O. & Broberg, A. (2009). Var femte mamma till barn i BUP-vård hade utsatts för våld. *Läkartidningen* nr 48, 3242-7.

Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Moylan, C. A. (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 9, 84–99.

Hester, M., Pearson, C. & Harwin, N. (2006). *Making an Impact. Children and domestic violence - a reader*2nded. London: Jessica Kingsley.

Hultmann, O. (2010). *En randomiserad och kontrollerad studie av två behandlingsmetoder för patienter inom Barn- och ungdomspsykiatrin som har upplevt våld mot mamma eller har posttraumatiska symtom av andra orsaker.* Projektbeskrivning, doktorandprojekt. Göteborg: Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen.

Humphreys, C., Mullender, A., Lowe, P., Hague, G., Abrahams, H. & Hester M. (2001). Domestic Violence and Child Abuse: Developing Sensitive Policies and Guidance. *Child Abuse Review*, *10*, 183-197.

Hydén, M. (1995). *Kvinnomisshandel inom äktenskapet. Mellan det omöjliga och det möjliga*. Falköping: Liber Utbildning.

Hydén, M. (2005) *När mamma blir slagen. Att hjälpa barn som levt med våld i familjen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical-significance - a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1): 12-19.

Jaffe, P. G., Wolfe, D. A., & Wilson, S. K. (1990). *Children of battered women.* Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.

Jaffe, S., Moffit, T., Caspi, A., Taylor, A. & Arsenault, L. (2002). Influence of adult domestic violence on children's internalizing and externalizing problems: an environmentally informative twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41* (9): 1095-1103.

Jouriles, E. N., McDonald, R., Spiller, L., Norwood, W. D., Swank, P. R., Stephens, N., Ware, H. & Buzy, W. M. (2001). Reducing Conduct Problems Among Children of Battered Woman. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69* (5): 774-785.

Kerns, K. A., Klepac, L., & Cole, A. K. (1996). Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship [Mätinstrument SS]. *Developmental Psychology 32*, 457–466.

Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R. & Kenny, E. D. (2003). Child Witness to Domestic Violence: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 71 (2): 339 – 352.

Knickerbocker, L., Heyman, R., Smith, A., Jouriles, E. & McDonald, R. (2007). Co-Occurence of Child and Partner Maltreatment. *European Psychology*, 12, 36-44.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health.* Geneva: World Health Organisation.

Leira, H. K. (1990). "Fra tabuisert trauma til anerkjennelse og erkjennelse" I och II, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 27: 16-22, 43-55.

Levendovsky, A., Huth-Bocks, A., Shapiro, D. & Semel, M. (2003). The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and pre-school-age children's functioning. *Journal of Family Psychology*, *17*, 275-288.

Lieberman, A. F., van Horn, P. & Ippen, C. G. (2005). Towards Evidence-Based Treatment: Child-Parent Psychotherapy with Preschoolers Exposed to Marital Violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (12): 1241-1248.

Lieberman, A. F., Ghosh Ippen, C. & van Horn, P. (2006). Child-Parent Psychotherapy: 6-Months Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (8): 913-918.

Lindstein, T. (1995). *Vändpunkten. Att arbeta med barn till alkoholister.* Stockholm: Gothia.

Lindstein, T. (2001). *Vändpunkten – ur barnens och ungdomarnas perspektiv*. Stockholm: Gothia.

Litrownik, A. J., Newton, R., Hunter, W. M., English, D., & Everson, M. D. (2003). Exposure to Family Violence in Young At-Risk Children: A Longitudinal Look at the Effects

of Victimization and Witnessed Physical and Psychological Aggression. *Journal of Family Violence*, 18(1): 59-73.

Malmberg, M., Rydell, A.-M. & Smedje, H. (2003). Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic Journal of Psychiatry*, *57*, 357–363.

Margolin, G. & Vickerman, K. A. (2007). Posttraumatic Stress in Children and Adolescents Exposed to Family Violence: I. Overview and Issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38 (6): 613-619.

McAlister Groves, B. (1999). Mental Health Services for Children Who Witness Domestic Violence. *The Future of Children*, 9 (3)

McDonald, R., Jouriles, E. N. & Skopp, N. A. (2006). Reducing Conduct Problems Among Children Brought to Women's Shelters: Intervention Effects 24 Months Following Termination of Services. *Journal of Family Psychology*, 20 (1): 127 – 136.

McGee, C. (2000). *Childhood experiences of domestic violence.*London: Jessica Kingsley.

Mullender, A., Hague, G., Imam, U., Kelly, L., Malos, E. & Regan, L. (2002). *Children's perspectives on domestic violence.* London; Thousand Oaks: Sage.

Nilsson, D., Wadsby, M., & Svedin, C. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symtom Checklist for children (TSCC) in a sample of Swedish children [Mätinstrument TSCC]. *Child Abuse & Neglect, 32*, 627-636.

Oranen, M. (2009). "Using the other hand – Children living with violence and the right to participate", Presentation vid nätverkskonferens i *Nordisk forskning om insatser för att skydda och stödja barn som exponeras för våld i sin familj*, Tammerfors 25-26 november 2009, http://www.soc.uu.se/forskarnatverk.php?g=1&s=2

Peled, E. och Davis, D. (1995). *Groupwork With Children of Battered Women: A Practitioner's Manual.* Interpersonal Violence: The Practice, vol 10. London: Sage.

Pepler, D. J., Catallo, R., & Moore T.M. (2000). Consider the Children: Research Informing Interventions for Children Exposed to Domestic Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 3* (1): 37-57.

Pynoos, R. S., Steinberg, A., & Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. I D. Cicchetti & D. Cohen, *Developmental Psychopathology*, Vol.2: Risk, Disorder and Adaptation. New York: John Wiley & Sons.

Ragg, M. D., & Webb, C. (1992). Group Treatment for the Preschool Child Witness of Spouse Abuse. *Journal of Child and Youth Care, 7* (1): 1-19.

Rivett, M., Howarth, E., & Harold, G. (2006). 'Watching from the Stairs': Towards an Evidence-based Practice in Work with Child Witnesses of Domestic Violence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *11* (1): 103-125.

Rizo, C.F., Macy, R.J., Ermentrout, D.M. & Johns, N.B. (2011). A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 144-166.

Rydell, A-M., Berlin, L., & Bohlin, G. (2003). Emotionality, emotion regulation and adaptation among 5-to 8-year-old children. *Emotion*, *3*, 30-47.

Rydell, A-M., Hagekull, B., & Bohlin, G. (1997). Measurement of two social competence aspects in middle childhood. *Developmental Psychology, 33*, 824-833.

Rydell, A. M., Thorell, L. B., & Bohlin, G. (2007). Emotion regulation in relation to social functioning: An investigation of child self-reports. *European Journal of Developmental Psychology, 4*(3): 293-313.

SCB (2004). Offer för våld och hotelser bland kvinnor och män 1980-2003. Seminarierapport Almedalen (Visby) http://www.scb.se/Grupp(Omscb/_Dokument/Vald_Valfardsdagen_2004.ppt

Shea Hart, A. (2010) Children's needs comprised in the construction of their "best interest". *Women studies International Forum*. 33, 196-205.

Silva, R. R., Alpert, M., Munzo, D.H., Singh, S., Matzner, F., & Dummit, S. (2000). Stress and Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry.157*, 1229-1235.

Silvern, L., Karyl, J. & Landis, T. (1995). Individual psychotherapy for the traumatized children of abused women. In E. Peled, P. G. Jaffe, J. L. Edleson, (Eds.), *Ending the Cycle of Violence: Community Responses to Children of Battered Women.* Newberry Park: Sage. (pp. 43-76).

Sjösten, M. (2009). *Vårdnad, boende och umgänge samt verkställigheten av sådana avgöranden och överenskommelser. 3:e uppl.* Stockholm: Norstedts Juridik.

Skopp, N. A., Manke, B., McDonald, R., & Jouriles, E. N. (2005). Siblings in Domestically violent Families: Experiences of Interparent Conflict and adjustment problems. *Journal of Family Psychology, 19* (2): 324-333.

Skr. 2007/08:39. *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer.* Regeringens skrivelse. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Smedje, H., Broman, J. E., Hetta, J. & von Knorring, A.-L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *European Child & Adolescent Psychiatry*, *8*(2): 63–70.

Socialstyrelsen, (2005). Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa – förslag till nationella och återkommande undersökningar. Artikelnummer 2005-107-1.

Solberg, A. (2007). Hur förhåller sig barn till våld i hemmet? I Eriksson, M. (red.) *Barn som upplever våld – Nordisk forskning och praktik*. Stockholm: Gothia.

SOSFS 2009:22. *Socialstyrelsens allmänna råd om socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor samt barn som bevittnat våld*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2001:72 *Barnmisshandel*: *att förebygga och åtgärda,* Slutbetänkande av Kommittén mot barnmisshandel, Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Steinsvåg, P. Ø. (2007). Få slut på våldet – Om säkerhetsarbete för barn i: Eriksson, M. (red). *Barn som upplever våld – Nordisk forskning och praktik,* Stockholm: Gothia.

Stenson, K. (2002). *Men's violence against women: a challenge in antenatal care*. Uppsala: Uppsala universitet.

Straus, M., Hamby, S., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues, 17*, 283-316.

Sullivan, C. M. (2011). Evaluating domestic violence support service programs: Waste of time, necessary evil, or opportunity for growth? *Aggression and Violent Behavior*, 16, 354-360.

Thorell, L. B., Bohlin, G., & Rydell, A-M. (2004). Two types of inhibitory control: Predictive relations to social functioning. *International Journal of Behavioural Development*, 28, 193-203.

Turner, H, A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a National Sample of Children and Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38 (3): 323-330

Wagar, J. M., & Rodway, M. R. (1995). An Evaluation of a Group Treatment Approach for Children Who have Witnessed Wife Abuse. *Journal of Family Violence, 10* (3): 295-306.

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford.

Weisz, J., Jenssen-Doss, A. & Hawley, K.M. (2006). Evidence-Based Youth Psychotherapies versus Usual Clinical Care. A Meta-analysis of Direct Comparisons. *American Psychologist,* 61, 671-689.

Weisz, J. & Gray, J. S. (2008). Evidence-Based Psychotherapy for Children and Adolescents: Data from the Present and a Model for the Future. *Child and Adolescent Mental Health, 13 (2):* 54-65.

Werner, E., & Smith, R. (2003). *Att växa mot alla odds. Från födelse till vuxenliv*. Svenska föreningen för psykisk hälsa. Stockholm: Norstedts.

WHO (2002) *World Report on Violence and Health,* Genève: World Health Organization.

Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6* (3): 171-186.

Zerk, D. M., Mertin, P. G., & Proeve, M. (2009). Domestic Violence and Maternal Reports of Young Children's Functioning. *Journal of Family Violence, 24* (7): 423-432.

6 Bilagor

Bilaga 1. Informanter till verksamhetsbeskrivningar och kontaktuppgifter till verksamheterna

Personerna nedan har svarat på enkäter respektive intervjuats för de presentationer av verksamheterna som ges i metodkapitlet. Materialet inhämtades mellan april och oktober år 2009. Frågor i enkäten handlade om föregående verksamhetsår (år 2008).

Kontaktuppgifter till vår kontaktperson vid verksamheten inom parentes.

Bojen i Göteborg: (enkät och intervju)Susanne Ericson och Ann Florberger (ann@bojengoteborg.se)

Grinden i Gävle: (enkät och intervju) Britt-Marie Holm och Eva Bladini-Amborn (eva.bladini-amborn@gavle.se)

Utväg Skaraborg: (enkät och intervju): Carina Eliason (carina.eliason@utvag.se)

Utväg Barn Göteborg: (enkät och intervju) Birgit Andrén och Lena Hogander (birgit.andren@socialresurs.goteborg.se)

BUP Bågen/Grinden: (enkät och intervju) Anna Norlén (anna.norlen@sll.se)

Frizon Södertälje: (enkät och intervju) Karin Mård och Lena Kallio (lena.kallio@sodertalje.se)

Trappan Uppsala: (enkät) Lillemor Brånn, Karin Hagerell, (intervju) Karin Hagerell och Marie Sörensen (karin.hagerell@uppsala.se)

Gruppverksamheten Fridlyst i Huddinge: (enkät och intervju): Britt-Inger Röcklinger, (kontaktperson: marie-louise.broth@huddinge.se)

Kvinnohuset i Örebro: (enkät och intervju) Verksamhetschef samt barnpedagog (ej tillåtelse att publicera namn) (barn@kvinnohusetorebro.se)

Kvinnoboendet Siri: (enkät) Inger Olsson, (intervju) två anställda socionomer (ej tillåtelse att publicera namn) (018-727 83 00)

BUP Skärholmen: (enkät och intervju) Gunilla Nirman, (intervju) Astrid Altschul (gunilla.nirman@sll.se)

BUP Värmland: (enkät) Eva-Lisa Olsson, Annika Lindell, Christina Sand, (intervju) Sylvia Hermansson, Solweig Johansson, Berit Ekbåge. (helen.karlsson@liv.se)

BUP Gamlestaden (enkät) Marie Hellsten, (intervju) Hanna Hjort och Tua Hassling (caroline.e.nilsson@vgregion.se)

Familjeavdelningen, Socialtjänsten i Karlstad: (enkät) Carina Henriksson, Maria Jörnmyr, (intervju) Lena Andrén, Sofia Engström, Gunilla Levander (maria.jornmyr@karlstad.se)

Barn, ungdom och familjegruppen i Kristinehamn: (enkät) Jessica Granbom (intervju) Agnes Nordlöv, Helena Jonasson Marina Collstam. (helena.jonasson@kristinehamn.se och sabina.gomez.jansson@kristinehamn.se)

Familjerättsbyrån i Göteborg: (enkät och intervju) Chris Börjesson, (intervju) Bernt Wahlsten (bernt.wahlsten@comhem.se)

Bilaga 2. Tabeller metod

Tabell I. Barnens kontakt förövare

	Alla		Vå-Grupp		Vå-Ind		SBo/IFO		BUP		FamR	
	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%
Aldrig/nästan aldrig	47	30.3	15	27.3	8	50	9	34.6	9	40.9	6	16.7
Enstaka	9	5.8	4	7.3	1	6.3	1	3.8	1	4.5	2	5.6
Minst varannan månad	11	7.1	4	7.3	0	0	4	15.4	1	4.5	2	5.6
Minst varannan vecka	72	46.5	29	52.7	7	43.8	9	34.6	7	31.8	20	55.6
Dagligen	16	10.3	3	5.5	0	0	3	11.5	4	18.2	6	16.7
N	155		55		16		26		22		36	

Tabell III. Mammor med data från alla tre mättillfällen utifrån verksamhetsgruppering

	Vå-Grupp		Vå-Ind		BUP		SBo/IFO		FamR		Total	
	Frekv	%	Frekv	%	Frekv	%	Frekv	%	Frekv	%	Frekv	%
Kompletta data	62	65	19	73	22	69	11	48	25	68	139	65
Total	n = 96		n = 26		n = 32		n = 23		n = 37		n = 214	

Bilaga 3. Instrument

Instrument mammor om barnen (3-13 år)

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman**,** 1997), eller Styrkor och svårigheter hos barn som instrumentet heter på svenska, är ett av de internationellt mest använda instrumenten för att kartlägga allmän psykisk ohälsa hos barn i åldrarna 4 till 16 år. Instrumentet är översatt till svenska och utprövat i Sverige (Malmberg m.fl., 2003; Smedje m.fl., 1999), och det används inom många barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter. Instrumentet ingår också i den nationella kartläggning av barns och ungdomars psykiska hälsa som genomfördes i Sverige hösten 2009. Instrumentet som har 25 frågor kan delas upp i fyra aspekter av psykisk ohälsa (5 frågor i varje): (1) *emotionella problem* (t.ex. huvudvärk ont i magen eller illamående (3); oroar sig mycket (8); ofta ledsen, nedstämd eller gråtfärdig (13)), (2) *uppförandeproblem* (t.ex. mycket arg, tappar lätt humöret (5); gör oftast inte som tillsagd (7); slåss eller bråkar mycket, kan tvinga andra att göra som han/hon vill (12)), (3) *hyperaktivitet* (t.ex. rastlös, kan inte vara still länge (2); svårt att sitta stilla, vill jämt röra och vrida på sig (10); svårt att koncentrera sig, är lättstörd 15)) och (4) *kamratproblem* (t.ex. ofta för sig själv, gör oftast saker ensam (6) har ingen kompis (11); jämnåriga verkar inte gilla honom/henne). Instrumentet innehåller också en positiv delskala 'prosocialt beteende' (t.ex. försöker vara vänlig mot andra bryr sig om deras känslor (1); delar ofta med sig till andra (t.ex. godis, spel, pennor) (4); hjälpsam om någon är ledsen, nedstämd eller gråtfärdig (9)). I föreliggande rapport användes förutom den sammanslagna totalpoängen för symtom på 'allmän psykisk ohälsa' ett mått på 'funktionsinskränkning'. Det räknas fram som totalpoängen för hur mycket föräldern anser att barnets svårigheter/symtom: (1) oroar/besvärar barnet själv respektive (2) stör barnets sätt att fungera (a) hemma, (b) i skolan, (c) med kamrater och (d) vid fritidsaktiviteter. Chronbach's alfa var .84 för totalpoängen på problemskalan.

Social kompetens (Soc-komp) (Rydell m.fl., 1997) är ett instrument bestående av 25 frågor som avser mäta främst 7 till 10-åringars sociala fungerande i tre avseenden: empati, socialt initiativ och prosocialt beteende. Instrumentet, som är en anpassning till svenska förhållanden av liknande instrument utvecklade i USA, har använts i flera utvecklingspsykologiska studier i Sverige.

Empati (8 items) (t.ex. Försöker trösta om ett annat barn är ledset, mår dåligt eller har gjort sig illa (1); Förstår (kan "läsa av") hur ett annat barn känner, om det är glatt, argt eller ledset (5); Upprörd om annat barn behandlas illa (13); Kan med ord beskriva känslor (21)). Cronbach's alfa var 0.79.

Socialt initiativ (8 items) (t.ex. Tittar hellre på när andra leker än deltar själv (6 omvänd); Föreslår ofta kompisar att träffas (9); Tar ofta ledningen i lekar (15); Många idéer om vad man ska leka (23)). Cronbach's alfa var 0.80.

Prosocialt beteende (9 items) (t.ex. Kan ge och ta i sociala situationer (3); Försöker stoppa gräl eller ovänskap mellan andra barn (8); Hittar ofta på lösningar och kompromisser i konflikter han/hon hamnar i (14); Kritiserar ofta andra barn (16 omvänd)). Cronbach's alfa var 0.83.

Känslomässig reaktivitet och regleringsförmåga (EMO) (Rydell m.fl., 2003) är ett instrument som avser mäta tre aspekter av främst 5 till 8-åringars temperament: (1) *känslomässig reaktivitet* dvs. hur snabbt och starkt barnet reagerar på olika känslomäss-

iga stimuli, (2) hur bra barnet förmår *reglera sina känslor på egen hand* och (3) hur bra barnet förmår *reglera sina känslor med hjälp av en vuxen*. Instrumentet är utvecklat av den utvecklingspsykologiska forskargruppen vid Psykologiska institutionen i Uppsala och det har använts i flera utvecklingspsykologiska studier i Sverige. Cronbach's alfa var för emotionell reaktivitet var .89, för emotionell självreglering .88 och .90 för reglering med vuxenhjälp.

Partner Violence Screening (PVS) (Feldhaus m.fl., 1997) utvecklades i USA för att ge en uppfattning om hur stor andel av kvinnor som sökte akutmedicinsk hjälp som varit utsatta för våld i en nära relation. Formuläret innehåller tre frågor: (1) Har Du blivit slagen, sparkad, knuffad eller skadad på något annat sätt under de senaste åren? (2) Känner du dig trygg i ditt nuvarande förhållande? (3) Finns det en person från ett tidigare förhållande som gör sådant som får dig att känna dig otrygg för närvarande?

Om kvinnan: (1) anger att hon under de senaste tre åren blivit fysiskt angripen av en person som hon har eller har haft ett förhållande med, eller (2) uppger att hon inte känner sig trygg i sitt nuvarande förhållande eller (3) uppger att en person från ett tidigare förhållande gör sådant som får henne att känna sig otrygg, anses screeningen "positiv". Formuläret som har validerats i USA har översatts till svenska av oss.

The Revised Conflict Tactics Scale (CTS2) (Straus m.fl., 1996) är en utveckling av den ursprungliga CTS som konstruerades 1979. Instrumentet är den internationellt mest använda skalan för att bedöma förekomsten av våld i nära relationer. Instrumentet är översatt till svenska och använt i en rad studier. I vår studie har vi använt en modifierad version av där man tagit bort de item som frågar efter vad respondenten gjort mot sin partner, och i stället har lagt till följdfrågor (enbart en del av frågorna) så att respondenten kan ange om, och i så fall hur ofta, barnet sett, hört eller på annat sätt erfarit när respondenten utsattes för den aktuella formen av våld. I föreliggande rapport används enbart CTS-data från förmätningen (T1). Varje påstående besvaras på en skala från 0 till 7, där 0 innebär att partnern aldrig använt våldet i fråga mot mamman, och 7 att partnern använt denna form av våld tidigare, men inte under det senaste året. Siffrorna 1 - 6 anger hur ofta under det senaste året som partnern använt den specifika formen av våld (1 = en gång; 6 = minst 25 ggr.). Av de 39 påståendena i CTS2 har vi i den här rapporten använt 20;

Psykologisk aggression (8 påståenden), t ex. Han förolämpade eller svor åt mig (3); Han kallade mig fet eller ful (13); Han förstörde något som tillhörde mig med flit (15); Han hotade att slå eller slänga något på mig (35).

Fysiska angrepp (12 påståenden), t ex. Han slängde något mot mig som kunde skada (4); Han knuffade eller skuffade undan mig (9); Han slängde mig emot en vägg (19); Han brände eller skållade mig med flit (31)

Vi har beräknat två variabler för psykologiskt resp. fysiskt våld. Med *total förekomst* avses det totala antalet kategorier av psykiskt resp. fysiskt våld som partnern någonsin riktat mot mamman. Med *intensitet senaste året* avses summan av antalet gånger under det senaste året som mamman utsatts för de olika kategorierna av psykiskt resp. fysiskt våld.

Instrument barnen om sig själva (9-13 år)

Grad av bevittnande och involvering i våldet mot mamman

Barnets grad av våldsexponering undersöktes vid den första intervjun (förmätningen) med två delskalor ur instrumentet *Våld barnet bevittnat* (VBB) (Edleson, 2008). Skalorna gav ett mått på grad av bevittnande av våld respektive grad av involvering i våldet. Frågorna rörande bevittnande skattas från ”0” (Aldrig) till ”2” (Nästan alltid). Barnets grad av involvering i våldet skattas med en skala från ”0” (Aldrig) till ”2” (Nästan alltid). Chronbach’s alfa för skalan som mäter grad av bevittnande var .79 och för involvering .73.

En förkortad version av ***Emotionell Reglering*** (ER) användes (Rydell, 2007). ER ger ett mått på barnets förmåga att på egen hand och med hjälp av vuxen reglera känslor som ilska, ledsnad och rädsla samt emotionell reaktivitet. Frågorna skattas på en fyrgradig skala från ”1” (stämmer inte alls) till ”4” (stämmer mycket bra). Ju högre värde desto bättre förmåga att reglera känslor. Chronbach’s alfa var .71.

Ett instrument som mäter ***Social ängslighet*** användes (Thorell m.fl., 2004). Frågorna skattas på en fyrgradig skala från ”0” (Inte alls) till ”3” (Mycket). Chronbach’s alfa var .75.

Som ett mått på traumasymtom användes ***Trauma Symptom Checklist*** (TSCC) innehållande 44 frågor (Briere & Nilsson, 2008). Frågorna skattas från ”0” (Aldrig) till ”3” (Nästan alltid) och delas upp på fem kliniska skalor som mäter graden av ångest, depression, ilska, posttraumatiska symtom och dissociation. Chronbach’s alfa för respektive skala var: Ångest (.74), Depression (.90), Ilska (.84), Posttraumatiska symtom (.85), Dissociation (.83) samt (.95) för totalskalan. Ett totalmedelvärde för samtliga skalor beräknades och användes vid analys av effekter.

Jag och min Mamma **och** ***Jag och min Pappa*** (JomM resp. JomP) är ett instrument som mäter graden av upplevd känsla av trygghet i relation till mamma respektive pappa (Kerns, 1996). Instrumentet innehåller 15 frågor med svarsalternativ som är utformade så att barnet ska ta ställning till vilka barn hon/han känner sig mest lik enligt tanken ”En del barn” – ”Andra barn”:

Stämmer precis	Stämmer ungefär				Stämmer ungefär	Stämmer precis
_____	_____	En del barn leker helst utomhus närde är lediga	MEN	andra barn tittar hellre på TV när de är lediga	_____	_____

Frågorna är graderade ”1” till ”4” och ju högre totalpoäng desto större grad av trygghet. Ett medelvärde ≥ 3 indikerar en upplevd trygghet i relationen. Chronbach’s alfa var .86 på *Jag och min Mamma* och .87 på *Jag och min Pappa*.

Som ett mått på allmänt välbefinnande, innefattande psykosomatiska besvär, relation till kompisar, upplevd mobbing och psykiska symtom användes en förkortad version av ***Hur Mår Du***, som är ett instrument utvecklat av Socialstyrelsen och som används för upprepade mätningar av hälsa hos 12 och 15-åringar i Sverige (Socialstyrelsen, 2005

artikelnr: 2005-107-1). Alla frågor utom en skattades på en femgradig skala från ”1” (Aldrig) till ”5” (Mycket ofta). En fråga skattades på en skala från ”Inte alls frisk”, ”Ganska frisk” till ”Helt frisk”. En högre totalpoäng avspeglar en högre grad av allmänt välbefinnande (totalpoängen hade ett alfavärde på .86). Utöver en totalpoäng beräknades mått på *Psykosomatiska besvär* (7 frågor, Chronbach’s alfa .81 *)*, *Relation till kompisar* (7 frågor och Chronbach’s alfa .78) samt *Mobbing* (3 frågor och Chronbach’s alfa .78).

Tillkommande instrument vid eftermätningen

Vid eftermätningen mättes vad barnen tyckte om den kontakt de hade haft med verksamheten med tre frågor konstruerade för studien. Alfavärdet för frågorna var .78. Frågorna rörde 1) Hur barnet tyckte det hade varit att komma till verksamheten, 2) Om barnet själv hade velat åka till verksamheten och 3) Om barnet tyckte att andra barn som upplevt liknande saker borde få kontakt med verksamheten. Frågorna summerades och varierade från 3 till 16 poäng, ju högre poäng desto mer nöjd var barnet med verksamheten.

Bilaga 4. Tabeller resultat

Tabell IV. Bakgrundsdata mammor vid förmätningen

	Vå-Grupp		Vå-Ind		BUP		SBo/IFO		FamR		Total	
Mammor	N = 96		N = 26		N = 32		N = 23		N = 37		N = 124	
	Fre	%	Fre		Fre		Fre	%	Fre	%	Fre	%
M född i Sverige	78	81	16	62	26	81	15	65	22	60	157	73
Kontakt ej initierad av M	34	35	11	42	9	28	10	44	18	49	82	38
Yrkesarbete/ studier	67	70	18	69	20	63	12	52	32	87	149	70
Arbetslös	4	4	3	12	5	16	5	22	1	3	18	8
Långtidssjukskriven	22	23	5	19	5	16	3	13	4	11	39	18
Civilstånd ensamstående	56	58	21	81	17	53	13	57	22	60	129	60
Alkohol/drog-problem förr	11	9	1	4	1	5	4	13	1	3	18	9

Tabell V. Mammans sociala situation

	Vå-Grupp		Vå-Ind		BUP		SBo/IFO		FamR			
Mammor	N = 96		N = 26		N = 32		N = 23		N = 37		Skillnad	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	Sig
Ålder	36	6.5	36	6.5	36	6.2	36	7.7	36	5.4	.08	n.s.
Antal barn	2.2	1.1	2.2	1.0	2.3	1.0	2.0	1.0	2.0	0.9	.80	n.s.
Utbildning (1-7)	4.3	1.6	4.3	1.5	4.0	1.4	3.9	1.4	4.7	1.7	1.13	n.s.
SES-gradering (8 -66)	30.5	14.7	28.1	12.7	28.3	13.8	24.7	12.4	35.2	15.2	2.27	.06
Stöd egna föräld-rar (0-35)	16.5	9.2	18.2	9.8	16.0	8.9	17.7	9.1	16.6	8.9	.29	n.s.
Stöd övrig släkt (2 – 14)	7.1	3.9	8.7	4.0	7.3	3.9	8.0	3.7	6.8	3.8	1.11	n.s.
Stöd vänner/ grannar (4-12)	8.7	2.3	9.2	2.1	8.7	2.5	8.3	3.0	9.4	2.4	.97	n.s.
Motivation för insats (NML) (1 – 40)	35.4	4.2	36	4.2	34.5	4.4	35.5	4.7	29.5	6.0	12.23	< .001

Tabell VI. Bakgrundsdata förövare vid förmätningen och våld mot mamma vid förmätningen

	Vå-Grupp		Vå-Ind		BUP		SBo/IFO		FamR		Total	
Förövare	N = 96		N = 26		N = 32		N = 23		N = 37		N = 214	
	Fre	%	Fre		Fre		Fre	%	Fre	%	Fre	%
Född i Sverige	56	58	10	39	21	66	14	61	21	57	122	57
Yrkesarbete/ studier	53	55	17	65	20	63	12	52	23	62	125	58
Arbetslös/ Annat	32	33	6	23	10	31	8	35	9	24	65	30
Civilstånd en-samstående	40	42	13	52	13	41	8	35	11	30	85	40
”Problem-drickande”	19	21	9	36	6	19	2	9	9	25	45	22
Alkoholmissbruk	25	28	5	20	15	47	9	41	13	36	67	33
Våld mot mamman												
Fysiskt våld senaste året	39	42	16	64	11	34	13	59	14	38	93	44
Har våldet upphört (Ja)	55	57	18	69	17	53	10	44	9	24	109	51
Varit på Kvinnojour	53	55	13	50	7	22	15	65	17	46	105	49

Tabell VII. Juridiska aspekter i relationen till mannen som utsatt mamman för våld

	Vå-Grupp		Vå-Ind		BUP		SBo/IFO		FamR		Total	
Mammor	N = 96		N = 26		N = 32		N = 23		N = 37		N = 124	
	Fre	%	Fre		Fre		Fre	%	Fre	%	Fre	%
Ingen ”juridik”	48	50	11	42	23	72	12	52	13	35	107	50
Misshandel	10	10	9	35	3	9	4	17	5	14	31	15
Tvist av något slag	38	40	6	23	6	19	7	30	19	51	76	36

Tabell VIII. Mammans självrapporterade psykiska ohälsa och upplevda livskvalitet vid förmätningen

	Vå-Grupp		Vå-Ind		BUP		SBo/IFO		FamR			
Mammor	N = 96		N = 26		N = 32		N = 23		N = 37		Skillnad	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	Sig
Psykisk ohälsa (0 – 4)	1.29	.77	1.44	.87	1.35	.81	1.60	.75	1.29	.67	.88	n.s.
Posttraumatiska symtom (0 – 88)	40.63	21.57	46.46	19.06	38.06	19.15	46.29	17.47	42.03	16.18	1.03	n.s.
KASAM (13 – 91)	54.95	12.89	55.23	15.17	55.40	14.03	54.91	10.52	57.54	12.23	.28	n.s.
Livsstegen(1 –10)	5.70	2.01	5.46	2.08	5.59	2.38	4.83	2.64	4.70	2.18	1.84	n.s.

Tabell IX. Jämförelser mellan barnen som var egna informanter och andra grupper av barn

Variabler	Barn i aktuell studie M (SD)	Jämförelsegrupp M(SD)	*df*	t-värde	*p*	Referens
Våld bevittnat VBB/CEDV - Amerikansk jämförelsegrupp	5.61 (3.08)	6.06 (3.45)	125	0.77	n.s.	(Edleson, 2008)
Våld involvering VBB/CEDV - Amerikansk jämförelsegrupp	3.43 (2.62)	4.32 (2.81)	125	1.84	n.s.	(Edleson, 2008)
Posttraumatisk stress - svensk jämförelsegrupp yngre (10-12 år) pojkar och flickor	11.12 (6.39)	5.05 (3.80)	273	-9.26	<.001	(Nilsson, 2008)
Posttraumatisk stress - svensk klinisk grupp yngre (10-12 år) pojkar och flickor	11.12 (6.39)	12.45 (5.95)	273	1.51	n.s.	(Nilsson, 2008)
Känslomässig reglering (ER) - svensk jämförelsegrupp	2.91 (0.61)	3.12 (0.55)	190	2.36	<.05	(Rydell, 2011)
Känslomässig reaktivitet (E-rea) - svensk jämförelsegrupp	2,13 (0.71)	1.96 (0.63)	190	-1.73	n.s.	(Rydell, 2011)
Jag och min mamma (JomM)	3,31 (0.51)	3.48 (0.47)	297	2.45	<.05	(Möller & Pilman, 2010)
Jag och min pappa (JomP)	2.48 (0.67)	3.23 (0.59)	283	8.30	<.001	(Möller & Pilman, 2010)
Hur mår Du totalpoäng 32 frågor - svensk jämförelsegrupp	122.13 (15.36)	132.74 (11.48)	424	6.45	<.001	(Bita)
Psykosomatik -svensk grupp barn -svensk jämförelsegrupp	25.95 (6.04)	28.94 (3.82)	465	5.30	<.001	(Bita)
Relation till kompisar -svensk jämförelsegrupp	26.87 (5.27)	29.87 (3.84)	518	5.56	<.001	(Bita)
Upplevd mobbing -svensk jämförelsegrupp	12.78 (2.67)	14.09 (1.71)	516	5.29	<.001	(Bita)

Tabell X. Barnens självskattade grad av våldsexponering och involvering.

	Aldrig (%)	Ibland (%)	Nästan alltid (%)
Grad av våld			
Vuxna i familjen bråkar	7 (11.3)	44 (71.0)	11 (15.9)
Mammas partner gjort henne ledsen	8 (12.9)	46 (74.2)	8 (12.9)
Mammas partner har hindrat henne från att göra saker hon ville göra	23 (37.1)	31 (50.0)	8 (12.9)
Mammas partner har hindrat henne att äta eller sova	47 (75.8)	13 (21.0)	2 (3.2)
Mamma och hennes partner bråkade om dig	29 (46.8)	30 (48.4)	3 (4.8)
Mammas partner gjorde illa eller skadade ett husdjur	49 (79.0)	13 (21.0)	-
Mammas partner hade sönder eller förstörde någonting	27 (43.5)	34 (54.8)	1 (1.6)
Mammas partner skadade hennes kropp	21 (33.9)	37 (59.7)	4 (6.5)
Mammas partner hotade med att använda vapen	46 (74.2)	15 (24.2)	1 (1.6)
Mammas partner skadade henne med kniv, vapen eller annat föremål	53 (85.5)	9 (14.5)	-
Involvering			
Skrek åt mamma och hennes partner när de bråkade	39 (62.9)	20 (32.3)	3 (4.8)
Skrek åt mamma och hennes partner när de bråkade (var i samma rum)	33 (54.1)	26 (42.6)	2 (3.3)
Hämtat, ringt efter hjälp	47 (75.8)	10 (16.1)	5 (8.1)
Försökt att stoppa bråket med egen kropp	41 (66.1)	15 (24.2)	6 (9.7)
Mammans partner gjort något mot dig för att göra illa mamman	43 (69.4)	15 (24.2)	4 (6.5)
Försökt att komma bort från bråket	13 (21.3)	40 (65.6)	8 (13.1)
Mammans partner sagt åt dig att berätta vad mamman gjort/sagt	36 (58.1)	24 (38.7)	2 (3.2)

Tabell XI. Mammornas skattningar av barnen vid förmätningen för de olika utfallsmåtten fördelat på verksamheterna.

	Vå-Grupp			Vå-Ind			SBo/IFO			BUP			FamR		
Mått	N	M	*SD*	N	M	*SD*	N	M	*SD*	N	M	*SD*	N	M	*SD*
SDQ-Tot	134	13.9	6.7	43	12.3	8.7	28	12.6	6.3	36	16.3	7.7	54	12.4	6.9
SDQ-Imp	131	1.53	2.20	43	0.77	1.39	24	1.13	1.70	36	2.58	0.42	54	1.37	0.33
ERP-Tot	132	34.3	11.0	43	31.9	11.0	27	30.7	11.4	36	34.2	10.7	49	31.0	9.2
ERP-Sj	132	26.1	7.2	43	28.8	9.3	27	29.7	8.2	36	24.6	8.7	49	26.2	7.1
ProSoc	131	-0.91	7.97	43	3.21	9.2	26	0.28	6.81	36	-2.40	8.6	48	-0.62	8.3

Tabell XII. Andel av barnen som hade traumasymtom på klinisk respektive icke-klinisk nivå vid förmätningen.

TSCC	Icke-klinisk nivå		Klinisk-nivå	
	n	%	*n*	%
Förmätning (T1)				
Ångest	46	75.4	15	24.6
Förmätning (T1)				
Depression	47	77.0	14	23.0
Förmätning (T1)				
Ilska	46	75.4	15	24.6
Förmätning (T1)				
Posttraumatisk stress	35	57.4	26	42.6
Förmätning (T1)				
Dissociation	43	70.5	18	29.5

Tabell XIII. Medelvärden och standardavvikelser för barn i respektive verksamhetsgrupp.

	SBo/IFO/BUP/FamR		Vå-Ind		Vå-Grupp	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Hälsa och Välbefinnande						
Emotionell reglering	2.74	0.53	3.16	0.41	2.91	0.66
Emotionell reaktivitet	2.03	0.83	2.15	0.50	2.16	0.72
Social ängslighet	1.04	0.55	1.22	0.62	0.98	0.49
Hur mår Du	122.23	15.43	122.22	15.66	122.08	15.65
Psykosomatik	26.23	7.07	24.22	6.22	26.24	5.75
Relation till kompisar	26.62	5.33	28.67	4.64	26.56	5.42
Upplevd Mobbing	12.54	3.48	12.11	3.30	13.00	2.26
Jag och min mamma	3.28	0.42	3.53	0.46	3.27	0.54
Jag och min pappa	2.73	0.65	2.76	0.80	2.33	0.62
Symtom på psykisk ohälsa						
Traumasymtom total	0.75	0.49	0.84	0.45	0.79	0.50
Ångest	6.54	5.35	7.13	4.16	6.85	4.00
Depression	5.77	5.34	7.88	5.22	6.31	5.60
Ilska	5.77	4.09	5.00	5.73	5.28	4.92
Posttraumatiska stressymptom	11.23	7.88	10.62	5.78	11.18	6.13
Dissociation	6.08	4.50	8.75	5.63	6.95	5.79
Bevittnat våld						
Exponering	5.50	3.01	5.78	4.27	5.62	2.88
Involvering	3.86	2.71	2.89	3.26	3.39	2.47

Tabell XIV. Mammors skattning av barnens psykiska ohälsa före och ett år efter insats.
+ $p \leq 0{,}10$; * $p \leq 0{,}05$; ** $p \leq 0{,}01$;*** $p \leq 0{,}001$

	Total problem								Funktion							
		Före		Ettårs-uppföljning			ITT			Före		Ettårs-uppföljning			ITT	
SDQ	*N*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*p*	*d*	*p*	*N*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*p*	*d*	*p*
Vå-Grupp	83	14.00	6.38	10.96	6.66	***	0.47	***	81	1.64	2.20	1.21	2.02	+	0.20	n.s.
Vå-Ind	31	13.26	8.79	10.58	7.78	*	0.32	*	31	0.81	1.25	1.42	2.06	*	-0.37	*
BUP	29	16.97	7.37	14.31	7.94	*	0.35	*	28	2.64	2.59	2.04	2.43	*	0.24	*
SBo/IFO	14	14.00	5.95	12.86	7.32	n.s.	0.17	n.s.	14	1.29	2.02	1.14	1.79	n.s.	0.08	n.s.
FamR	39	12.69	7.03	11.54	7.07	n.s.	0.16	n.s.	34	1.44	2.78	2.15	3.51	*	-0.23	n.s.
Direkta insatser barn	143	14.44	7.22	11.56	7.2	***	0.4	***	140	1.66	2.19	1.42	2.13	n.s.	0.11	n.s.
Ej direkta insatser barn	53	13.04	6.73	11.89	7.09	n.s.	0.17	n.s.	48	1.40	2.56	1.85	3.12	*	-0.16	+

Tabell XV. Completersamplet av barn som genomförde både förmätning och ettårsuppföljning och andelen som hade traumasymtom på klinisk respektive icke-klinisk nivå.

TSCC	Icke-klinisk nivå		Klinisk-nivå	
	n	*%*	*n*	*%*
Förmätning (T1)	34			
Ettårsuppföljning (T3)	34			
Ångest				
Förmätning (T1)	25	73.5	9	26.5
Ettårsuppföljning (T3)	26	76.5	8	23.5
Depression				
Förmätning (T1)	28	82.4	6	17.6
Ettårsuppföljning (T3)	28	82.4	6	17.6
Ilska				
Förmätning (T1)	27	79.4	7	20.6
Ettårsuppföljning (T3)	27	79.4	7	20.6
Posttraumatisk stress				
Förmätning (T1)	17	50.0	17	50.0
Ettårsuppföljning (T3)	24	70.6	10	29.4
Dissociation				
Förmätning (T1)	23	67.6	11	32.4
Ettårsuppföljning (T3)	23	67.6	11	32.4

Tabell XVI. Barnens självskattade ångestsymtom och posttraumatiska stress symtom före och ett år efter insats.

Variabler	Barn i aktuell studie förmätning M (SD)	Barn i aktuell studie ettårsupföljning M (SD)	*df*	t-värde	*p*
Ångestsymtom (Vå-Grupp & Vå-Ind)	7.07 (4.49)	5.17 (5.93)	28	2.60	<.05
Posttraumatiska symtom (PTS) (Vå-Grupp & Vå-Ind)	10.93 (6.35)	7.93 (6.20)	28	2.57	<.05

Tabell XVII. Mammors skattning av barnens känslomässiga reaktivitet och självregleringsförmåga före och ett år efter insats, + $p \leq 0{,}10$; * $p \leq 0{,}05$; ** $p \leq 0{,}01$;*** $p \leq 0{,}001$.

	Reaktivitet -Total								Självregleringsförmåga							
		Före		ettårsupp-följning			ITT			Före		ettårsupp-följning			ITT	
ERP	N	M	SD	M	SD	p	d	p	N	M	SD	M	SD	p	d	p
Vå-Grupp	83	34.49	11.01	31.1	11.9	**	0.29	*	83	26.77	7.43	29.17	7.7	**	0.33	***
Vå-Ind	31	33.68	10.83	28.42	11.13	***	0.48	***	31	26.58	9.16	32.68	6.94	**	0.76	**
BUP	29	34.87	10.26	28.24	10.36	**	0.64	***	29	24.59	7.8	29.79	6.38	**	0.73	**
SBo/IFO	14	32.93	9.65	30.86	8.79	n.s.	0.22	n.s.	14	28.5	7.96	26.5	6.95	n.s.	-0.27	n.s.
FamR	36	31.14	9.26	30.29	8.74	n.s.	0.09	n.s.	36	25.86	7.4	28.31	7.95	n.s.	0.32	n.s.
Direkta insatser barn	143	34.39	10.76	29.95	11.45	***	0.47	***	143	26.29	7.61	30.06	7.37	***	0.5	***
Ej direkta insatser barn	50	31.64	9.31	30.45	8.67	n.s.	0.13	n.s.	50	26.6	7.57	27.8	7.66	n.s.	0.16	n.s.

Tabell XVIII. Mammors skattning av barnens prosociala förmåga före och ett år efter insats,
+ $p \leq 0{,}10$; * $p \leq 0{,}05$; ** $p \leq 0{,}01$;*** $p \leq 0{,}001$.

	Prosocial förmåga							
		Före		ettårsupp-följning				ITT
Prosocial förmåga	N	M	SD	M	SD	p	d	p
Vå-Grupp	81	32.14	6.53	33.93	6.70	**	0.28	**
Vå-Ind	31	35	7.62	35.84	5.88	n.s.	0.12	n.s.
BUP	29	30.45	6.91	31.62	5.98	n.s.	0.18	n.s.
SBo/IFO	13	30.46	4.2	33.38	4.75	*	0.65	*
FamR	35	32.14	6.31	33.97	n.s.	n.s.	0.28	n.s.
Direkta insatser barn	141	32.42	6.98	33.87	6.25	**	0.22	**
Ej direkta insatser barn	48	31.69	5.82	33.81	6.31	*	0.35	*