

Stöd till barn som upplevt våld mot mamma

Preliminära resultat från en nationell
utvärdering

Anders Broberg, Linnéa Almqvist, Ulf Axberg, Göteborgs universitet

Kjerstin Almqvist, Karlstads universitet

Åsa K Cater, Örebro universitet

Maria Eriksson, Uppsala universitet

i samarbete med

Anna Forssell, Örebro universitet

Karin Grip, Göteborgs universitet

Clara Iversen, Uppsala universitet

Ulrika Sharifi, Landstinget i Värmland

© Författarna och Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet
Tryckt i Sverige
Psykologiska Institutionen
Göteborgs Universitet
Göteborg, 2010

ISBN 978-91-633-8050-1

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 har vi i rapporten genomgående valt begreppet 'upplevt våld mot mamma' när det rör sig om våld riktat mot mamman som barnet erfar genom sina sinnen. 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 2010-12-03

För projektgruppen

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

Innehåll

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Förord</i> | 3 |
| <i>Sammanfattning</i> | 6 |
| <i>1 Inledning</i> | 9 |
| Syfte och frågeställningar i den aktuella studien | 10 |
| Bakgrund | 11 |
| Våldets konsekvenser för barnen | 12 |
| Olika former av stöd och behandling | 13 |
| Utvärderingar | 17 |
| Sverige och övriga Norden | 18 |
| Projektets utgångspunkter | 19 |
| Barns rätt till skydd, stödresurser och delaktighet | 19 |
| De utvärderade stödinsatserna som del i en insatskedja | 20 |
| Sammanfattning | 22 |
| <i>2 Metod</i> | 23 |
| Procedur | 23 |
| Utvärderingens design | 23 |
| Rekrytering av verksamheter | 24 |
| Analysgrupper | 25 |
| Screening i ordinarie verksamheter | 26 |
| Etiska överväganden-- enskilda forskningsdeltagare | 26 |
| Kontakt med mammor och barn | 27 |
| Deltagare | 28 |
| Bortfall | 28 |
| Instrument/mätmetoder | 29 |
| Metod för beskrivning av verksamheterna | 29 |
| Instrument för datainsamling från mammorna | 29 |
| Dataanalys och statistiska metoder | 33 |
| Dataanalytisk strategi | 33 |
| Statistiska metoder | 34 |
| <i>3 Resultat</i> | 35 |
| Verksamhetsbeskrivningar – sammanfattning | 35 |
| Särskilda gruppverksamheter utanför sjukvården (SäV) | 35 |
| Särskild gruppverksamhet inom ramen för sjukvården (SäV) | 36 |
| Särskilda verksamheter med individuella samtal (SäV) | 37 |
| Kvinnjour/kvinnoboende (SäV och OVS) | 38 |
| Ordinarie verksamheter med stöd till barn, Barn och ungdomspsykiatriska verksamheter (OVS) | 38 |
| Ordinarie verksamheten inom Socialtjänsten (OVS och OVuS) | 40 |
| Enskilda mammor och barn - bakgrundsdata | 41 |
| Mammorna | 41 |
| Barnens situation | 44 |
| Våldet mot mammorna | 45 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Effekter av stödinsatserna | 45 |
| Mammor själva | 45 |
| Mammorna om sina barn | 47 |
| Tabell VIII. Barnens psykiska ohälsa över respektive under kliniskt gränsvärde | 49 |
| Vad ansåg mammorna om insatserna? | 52 |
| Mammorna om de insatser de tagit del av | 52 |
| Mammorna om sina barn | 53 |
| Hur säkra är resultaten? | 53 |
| Tabell IX. Linjär regression avseende mammornas psykiska ohälsa (BSI & IES) och upplevda livskvalitet (LoL) | 54 |
| Tabell X. Linjär regression avseende barnens psykiska ohälsa (SDQ), regleringsförmåga (ER-P) och sociala förmåga (Soc-K) | 55 |
| 4 Diskussion | 56 |
| Verksamhetens betydelse för barnen | 56 |
| Verksamhetens betydelse för mammorna | 58 |
| Barns rätt till delaktighet, skydd och stöd. | 59 |
| Barnens rätt att delta och påverka processer som berör dem | 59 |
| Barns rätt till skydd | 62 |
| Barns rätt till särskilda insatser och hälsovård | 63 |
| Slutsatser och rekommendationer | 65 |
| 5 Referenser | 67 |
| 6 Bilagor | 75 |
| Verksamhetsbeskrivningar | 75 |
| Särskilda gruppverksamheter utanför sjukvården (SäV) | 75 |
| Särskild verksamhet – Grupper inom ramen för sjukvården (SäV) | 81 |
| Särskilda verksamheter med individuella samtal enligt Trappan-modellen (SäV) | 83 |
| Kvinnjour/Kvinnoboende (SäV och OVS) | 87 |
| Ordinarie verksamhet med stöd till barn, Barn och ungdomspsykiatriska verksamheter (OVS) | 89 |
| Ordinarie verksamhet inom Socialtjänsten (OVS och OVuS) | 93 |
| Informanter till verksamhetsbeskrivningar | 96 |
| Tabeller | 97 |

Sammanfattning

Att misshandla eller på annat sätt förgripa sig på sitt barns andra förälder innebär ett svek, inte bara mot den vuxne som misshandlas utan också mot det gemensamma barnet. I flertalet fall av allvarligt och systematiskt våld i familjen handlar det om att pappa, eller någon annan man som mamma bor ihop med, slår eller på annat sätt förgriper sig på mamma. Det finns idag omfattande kunskap om hur detta våld påverkar barn, och att redan bevittnandet av våld kan innebära ett trauma i sig självt, med allvarliga konsekvenser för barnets anknytning, och en flerfaldigt ökad risk för utveckling av allvarlig psykiska ohälsa. Insikten om de risker barn löper när mamma utsätts för våld har lett till en rad initiativ, bland annat har socialnämndens ansvar förstärkts.

Göteborgs Universitet fick 2008 i uppdrag av Socialstyrelsen att utvärdera effekten av stödinsatser riktade till våldsutsatta kvinnor, och till barn som bevittnat våld. De stödinsatser som erbjuds barn som bevittnat våld mellan föräldrar i Sverige riktar sig så gott som uteslutande riktade till barn som bevittnat våld mot mamma, varför utvärderingen kom att inriktas på denna grupp.

Internationellt har kunskapen om barns utsatthet i samband med våld mot mamman fått praktiska konsekvenser i utformandet av olika insatser riktade till föräldrar och/eller barn utifrån olika perspektiv: (a) fokus på att bearbeta trauman, (b) att minska förekomsten av specifika symtom som beteendeproblem, (c) att öka barnets generella fungerande och förmåga att hantera stress, (d) att förstärka och förbättra relationen mellan mamman och barnet, och (e) allmänna stödinsatser, i syfte att hjälpa mammor och barn mer praktiskt. Insikten att våldet också påverkar relationen mellan mamman och barnet har lett till att många program kombinerar insatser för föräldrar och barn. Också i Sverige har det under senare år etablerats en rad olika verksamheter med syftet att på olika sätt stödja barn som upplevt våld mot mamma och deras mammor. Utvärdering av effekten av dessa stödinsatser har dock bara skett rörande ett par verksamheter, och med ett litet antal barn och mammor som informanter.

Syftet med föreliggande rapport är att redovisa preliminära resultat av en nationell utvärdering av stödinsatser riktade till barn som upplevt våld mot mamma och deras mammor vad avser barnens och mammornas våldsutsatthet, psykiska hälsa och upplevda livskvalitet. Stödinsatserna som utvärderas är dels sådana som erbjuds av verksamheter riktade specifikt till gruppen barn som upplevt våld (*särskilda verksamheter*), och dels insatser som erbjuds dessa barn och mammor inom kommunernas socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri samt skyddade boenden för kvinnor (*ordinarie verksamheter*).

Metod; I projektet, som omfattar perioden 2008-07-01 -- 2011-06-30, undersöks totalt 222 mammor och deras 302 barn i åldern 3-13 år som deltar i insatser som erbjudits dem antingen i *särskilda verksamheter* eller i *ordinarie verksamheter* (jämförelsegruppen). De eventuella effekterna av stödinsatserna jämförs, under en ett-årsperiod, också med hur en grupp barn som upplevt våld mot mamma men inte fått någon stödinsats, och deras mammor, utvecklas under samma tidsperiod (*ordinarie verksamhet utan stöd* (Familjerätten).

Föreliggande rapport är baserad på 144 mammor och 200 barn som den 30 juni 2010 hade haft kontakt med forskningsprojektet såväl före som efter och ett år efter påbörjad stödinsats. Barnen och mammorna var aktuella för insatser vid 15 olika verksamheter.

Resultat; Resultaten pekar på att verksamheterna med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma utgör ett värdefullt komplement till de ordinarie verksamheter som arbetar med stöd och insatser gentemot denna målgrupp. Dels var mammorna mer nöjda med de särskilda verksamheternas insatser för barnen, dels utvecklades mammornas skattningar av barnens symtom (som reducerats) och förmågor (som stärkts) mer positivt, jämfört med barnen som erhållit stöd genom ordinarie verksamheter eller enbart utretts med avseende på umgänge/vårdnad. För mammorna själva är bilden mer oklar. Mammor som deltog i de särskilda verksamheterna var visserligen mest nöjda, men inga signifikanta skillnader fanns mellan hur mammornas psykiska ohälsa utvecklades i de olika verksamheterna. Ett oroande resultat var att mammornas självrapporterade posttraumatiska symtom ökade under tiden de erhöll insatser. Fortsatta analyser kommer att undersöka vilka mammor, och om möjligt i vilka verksamheter, som löper störst risk att förvärras i sina posttraumatiska symtom. Programmen kan behöva modifieras för att minska denna risk. Det väcker även frågor om tillgång till adekvata behandlingsinsatser för mammorna och vilka behov som inte täcks av de särskilda verksamheterna för såväl mammor som barn.

Slutsatser och rekommendationer; Baserat på kontakterna med de verksamheter som deltagit i projektet och den preliminära sammanställningen av mammornas beskrivning av sin egen och barnets situation före, efter och ett år efter påbörjad kontakt med verksamheten ger vi följande rekommendationer:

- Verksamheter med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma och deras mammor utgör ett värdefullt komplement till sedvanliga behandlingsinsatser. Verksamheterna är uppskattade av barnens mammor och tycks bidra positivt till barnens psykiska hälsa. Det finns därmed god anledning att stödja den fortsatta utvecklingen av dessa verksamheter.
- Barn som upplevt våld mot mamma utgör en riskgrupp med generellt hög psykisk ohälsa jämfört med barn i allmänhet. Barn som upplevt våld mot mamma behöver därmed uppmärksammas så att deras behov av stöd och hjälp kan utredas. Verksamheter som möter barn och föräldrar bör utforma sitt arbetssätt så att det är möjligt för barn och mammor att berätta om utsatthet för våld.

- Strukturerade riskbedömningar av barnets och mammans situation saknas ofta trots att regelbundet umgänge med en pappa som utsatt mamma och ibland även barnet för våld vanligtvis upprätthålls. Kunskap om modeller för strukturerade riskbedömningar och hur de kan användas när barn har upplevt våld mot mamma behöver förbättras inom socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri.
- Tillgången till behandling på psykiatrisk specialistnivå för barn som upplevt våld mot mamma och utvecklat en egen barnpsykiatrisk problematik brister idag. Små, ofta ideellt drivna, verksamheter som är avsedda att vara en universell stödjande insats där barn synliggörs och giltiggörs, riskerar att användas som ersättning för barnpsykiatrisk behandling, antingen för att man inom BUP saknar behandlingsmetoder eller för att man inte kan erbjuda behandling på grund av att pappan inte samtycker till detta. Tillgången till specifika behandlingsinsatser för barn med svårare problematik behöver förbättras så att en insatskedja kan utvecklas där barnens möjlighet att få stöd på rätt nivå stärks.
- Även om mammorna var nöjda med det stöd de fått, och beskrev att deras generella symtom på psykisk ohälsa förbättrats är det tydligt att mammornas behov av särskilda insatser för egen del inte tillgodosågs eftersom deras posttraumatiska symtom förvärrades. Mammor som utsatts för våld i sin nära relation behöver tillgång till adekvata behandlingsinsatser för sina posttraumatiska symtom. Detta är angeläget även för deras barn, eftersom mammors posttraumatiska symtom kan påverka samspelet mellan dem och deras barn negativt.

1 Inledning

Att som barn uppleva våld mot en förälder som man är beroende av för sitt välbefinnande är att utsättas för en form av våld. Barn behöver – i synnerhet under den tidiga barndomen – föräldrar som när så behövs prioriterar barnets behov framför sina egna. När pappa, eller någon annan man som mamma bor ihop med, slår eller på annat sätt förgriper sig på henne (jfr Hester, Pearson & Harwin 2006) blir barnet känslomässigt övergivet och skyddslöst, eftersom det just då förlorar båda sina föräldrar – den ene i form av en hotfull angripare och den andre som ett utsatt offer. I många fall förekommer i dessa familjer också våld direkt mot barnet (Hamby m. fl. 2010; Herrenkohl m. fl. 2008).

Sedan 2007 är socialtjänstens ansvar för dessa barn förtydligt i Socialtjänstlagen: ”Till socialnämndens uppgifter hör att verka för att den som utsatts för brott och dennes närstående får stöd och hjälp. [...] Socialnämnden skall också 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 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 för att barn vid behov, det vill säga efter en individuell bedömning i varje enskilt fall, får sådant stöd och sådan hjälp de behöver, inom eller utom den egna organisationen. När ett barn har bevittnat våld bör socialnämnden, med anledning av våldet, bland annat utreda vilket behov barnet har av stöd och hjälp akut, våldets karaktär och omfattning, hur våldet har påverkat barnet och dess relation till föräldrarna, barnets egen uppfattning om våldet, vardera föräldrarnas uppfattning om våldets konsekvenser för barnet, om barnet också har blivit utsatt för våld samt vilket behov barnet har av stöd och hjälp på kort och lång sikt (SOSFS 2009:22). Utifrån denna bedömning bör socialnämnden kunna erbjuda barnet råd och stöd, stöd- och behandlingsinsatser, förmedling av kontakt med frivilligorganisationer och andra aktörer samt kunna erbjuda barnets föräldrar och andra till barnet närstående råd och stöd utifrån barnets behov. Socialnämnden har också ansvar för att utredningen, bedömningen, beslutet och genomförandet av en eventuell insats är av god kvalitet, det vill säga att socialnämnden bör se till att de metoder som används för att ge ett barn stöd och hjälp är utformade utifrån den bästa tillgängliga kunskapen om barns behov och vad som ger bäst resultat (SOSFS 2009:22). Insatsen ska följas upp och vid behov ska beslut om ytterligare insatser fattas.

Hösten 2007 fattade regeringen beslut om en Nationell handlingsplan om våld mot kvinnor vilken innehåller 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 behandlingsinsatser riktade till barn som upplevt våld mot mamma. Detta uppdrag har genomförts av en projektgrupp under ledning av Anders Broberg, professor i klinisk psykologi vid Göteborgs universitet. I en studie med kvasi-experimentell design undersöks barn som deltar i insatser särskilt inriktade på att ge stöd till barn i våldsutsatta familjer och en *jämförelsegrupp* som inte får sådana särskilt inriktade insatser. I studien utgörs denna jämförelsegrupp av barn och mammor som kommer till så kallade ordinarie verksamheter, vilket avser verksamheter dit barn som upplevt våld i familjen kan tänkas komma fastän verksamheten inte är inriktad på att ge behandling eller stöd till just denna grupp barn (t ex familjerätten, som utreder snarare än behandlar, skyddade boenden vars primära målgrupp är kvinnorna och BUP, som behandlar barn med symtom snarare än barn som upplevt våld i familjen). Även om socialtjänsten har ansvar för barn som bevittnar våld av eller mot vilken närstående som helst är med andra ord studien begränsad till det problem som enligt forskningen är det mest omfattande, nämligen när mamma utsätts. Projektet omfattar perioden 2008-07-01 -- 2011-06-30 och totalt har 222 mammor och deras 302 barn i åldern 3-13 år inkluderats i studien.

Syfte och frågeställningar i den aktuella studien

Denna rapportredovisar preliminära resultat från den ovan beskrivna utvärderingen av stödinsatser riktade till barn som upplevt våld mot mamma och deras mammor. Rapporteringen är baserad på de 144 mammor och deras 200 barn som fram till 2010-06-30 haft kontakt med forskningsprojektet såväl före som efter och ett år efter påbörjad stödinsats. I den här rapporten redovisas resultaten från det materialet som helhet. Barnen och mammorna var aktuella för insatser vid 15 olika verksamheter.

I rapporten:

1. granskas effekterna, d.v.s. om barnens och mammornas hälsa och välbefinnande förändras som ett resultat av insatserna, och
2. jämförs effekterna av de särskilt inriktade insatserna för stöd för barn som upplevt våld i familjen med ordinarie verksamheter för att utvärdera skillnader.

Det är alltså både barnen och deras mammor som är studiens fokus. Materialet som resultaten bygger på är frågor om barnet och mamman själv besvarade av mammorna.

Kommande avrapportering från projektet kommer att:

- utifrån det totala datamaterialet jämföra effekterna av vissa av de särskilt inriktade insatserna för barn som upplevt våld i familjen med varandra med avseende på om olika typer av insatser är olika effektiva för olika barnsamt se om det går att identifiera grupper av barn för vilka särskilt inriktade insatser för barn som upplevt våld i familjen kan vara extra viktiga,
- innehålla en analys av ramvillkoren för dessa insatser, i betydelsen de våldsutövande människors relation till barnen och mammorna med

avseende på vårdnad, boende och umgänge, vad gäller möjligheten för barnen att delta i och tillgodogöra sig behandlingen,

- på ett fördjupat sätt beskriva och analysera insatserna för barnen,
- inkludera analyser också utifrån information från barnen själva,
- inkludera analyser utifrån information från personalen som ansvarat för stödinsatserna för barnen,
- belysa barns och mammors upplevelse av vilken betydelse de våldsutövande männens förhållningssätt till den skada de åsamkat barnet och mamman har, och vad det betyder för möjligheten för barnen att delta i och tillgodogöra sig behandlingen samt
- beskriva vilka ”kringresurser” i form av tillkommande stödjande verksamheter som de olika särskilda verksamheterna använder sig av, respektive upplever behovet av, för att den egna verksamheten ska fungera optimalt.

Projektet ska också generera tre doktorsavhandlingar, i ämnena psykologi, socialt arbete och sociologi. Den i psykologi kommer att röra anknytning, våld och trauma och effekter av behandling utvärderade på individnivå. Avhandlingen i socialt arbete kommer 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 utvärderingen som en social praktik inklusive hur utvärderingen skapar möjligheter och begränsningar för barn 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). Hur många barn som berörs av våld mot kvinnor vet man inte, men olika uppskattningar anger att det handlar om 85 000 till 190 000 barn (Arnell & Ekblom, 1999, SOU 2001:72, Allmänna barnhuset 2007, Annerbäck m. fl., 2010). Ensamstående småbarnsmammor verkar vara 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 ett-årsperiod (SCB, 2004).

Barn är ofta närvarande när en mamma misshandlas av sin man (Christensen, 1990; Krug m. fl., 2002). I en svensk genomgång av 141 polisanmälda fall av kvinnomisshandel ingick 103 par med sammanlagt 122 hemmavarande barn. I 69 % av tillfällena angavs att barnen hade varit närvarande vid våldstillfället och dessa barn hade i två fall av tre sett hur mamman blivit allvarligt slagen. I majoriteten av fallen satt barnen förskrämda och betraktade vad som pågick (Hydén, 1995). I en studie av mammor och barn på kvinnojourer i Göteborg uppgav mammorna att 95 % av de 74 barnen vid minst ett tillfälle befunnit sig i bostaden vid misshandeln av mamman, 77 % befann sig i samma rum. Nästan hälften av barnen befann sig i direkt fysisk kontakt med en eller båda föräldrarna. Vissa barn försökte skydda mamman genom att tränga sig emellan föräldrarna, dra i pappans kläder eller slå mot honom. De barn som befann sig i samma rum utan att vara inblandade satt

ofta tysta och som förstelnade. En majoritet av barnen (62 %) hade också själva utsatts för våld av mannen (Almqvist & Broberg, 2004).

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 social 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 allt 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).

Våldets konsekvenser för barnen

Många studier har visat att barn löper en ökad risk att utveckla psykiska problem om det förekommer våld i familjen, oavsett andra faktorer (Jaffee m. fl., 2002). Att uppleva 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 uppleva att mamma misshandlas (Silva m.fl., 2000; Wolfe m. fl., 2003). Bland barn på svenska kvinnojourer har majoriteten visat sig ha problem med kamratrelationer och/eller så stora svårigheter att de bedömdes behöva fortsatt utredning och behandling (Almqvist & Broberg, 2004). Vanliga symtom bland barnen var rädsla, aggressivitet och förhöjd spänningsnivå, och cirka 25 % uppfyllde samtliga kriterier för posttraumatiskt stressyndrom.

Men alla barn som upplever 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. En del barn som växer upp i riskfyllda miljöer klarar sig trots allt väl i livet (Werner & Smith, 2003). Det finns således inget absolut samband mellan att man som barn har utsatts för olika former av skrämmande upplevelser eller varit illa i sin familj, och att man senare får psykiska problem. Riskerna för att barnets psykiska hälsa och utveckling påverkas negativt ökar dock ju svårare och mer omfattande negativa upplevelser barnet har utsatts för (Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995). 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).

Barn som upplevt våld kan påverkas negativt också på andra sätt. Barnen kan lära sig att våld är ett effektivt sätt att skaffa sig kontroll på. En del barn separerar tankemässigt våldshandlingarna från den handlande personen (Carter, 2004). De kan därmed få svårt att tolka olika sociala situationer och problem med sociala relationer. Barnen tenderar att använda sig av antingen passiva eller aggressiva strategier för att lösa konflikter (Jaffe, Wolfe &

Wilson, 1990). Men man har även 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.

Barns upplevelser av "våld" kan innebära användning av fysisk kraft eller makt, eller ett uttalat eller implicit hot om sådant användande som resulterar i eller har kapacitet att resultera i faktisk eller potentiell skada på barnets hälsa, överlevnad, utveckling eller värdighet (jfr WHO, 2002). Våld behöver dock inte endast innebära maktutövning i bemärkelsen hot, utan kan också vara sådana kränkande eller nedsättande tillmälen som skadar barnets självkänsla eller känsla av att vara värdefull. Barns upplevelser av våld inkluderar således inte bara interpersonella våldshandlingar, utan alltså också en total erfarenhet av att leva ett liv begränsat av olika typer av makt, övergrepp och förtryck, och det hot som våld mot en primär omsorgsgivare utgör för barn. Denna maktdimension inkluderar dominans i bemärkelsen att barnens rättigheter att själva välja hur de ska handla, tänka eller känna begränsas (jfr t ex Jaffe et al. 1990). För att förstå betydelsen av de stödinsatser som utvärderas i rapporten krävs med andra ord en förståelse för hur våld såväl som sådana andra övergrepp (jfr 5 kap. 11 § SoL) kan påverka barnen.

De konkreta mått för våld som används i studien ska fånga dessa olika dimensioner av våld. 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 köns-relaterad 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.

Olika former av stöd och behandling

Det viktigaste när det gäller att stödja barn som upplevt våld mot mamma är att skydda dem från våld och hot (jfr t.ex. Farmer 2006; Steinsvåg 2007). När deras säkerhet är säkerställd förordar många att deras situation, symtom och behov bedöms individuellt. Geffner, Igelmann och Zellner (2003) föreslår att aspekter som trauma, depression, självförtroende, ilska, attityder gentemot makt och kontroll, kommunikations- och sociala förmågor, eventuella andra specifika omständigheter samt styrkor och resurser bör inkluderas i bedömningen av vilket stöd ett enskilt barn behöver. Många barn vill och behöver tala om våldet (McGee, 2000). Att barn ges möjlighet att berätta om sina upplevelser har visat sig kunna minska och förebygga beteendeproblem (Jouriles m.fl., 2001) och posttraumatiskt stressyndrom (Graham-Bermann, 2001).

Den vanligaste formen av stöd till barn är samtal i grupp. Att i grupp samtala om sina erfarenheter tillsammans med andra som har liknande upplevel-

ser kan hjälpa barn att känna sig mindre isolerade eller ensamma med sina problem (McAlister Groves, 1999). Medan en gruppmetod ofta anses bäst för äldre barn och tonåringar, som har en mer utvecklad reflektionserfarenhet och kan behöva diskutera attityder till sexism, makt och kontroll, rekommenderas för förskolebarn olika individuella interventionsmodeller som kombineras med insatser för föräldrarna (Jaffe m. fl., 1990; McAlister Groves, 1999). Som komplement till stödsamtal rekommenderar flera (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 deras återhämtning och framtida trygghet.

Internationellt sett har den kunskap som finns om barns utsatthet i samband med våld mot mamman alltså fått praktiska konsekvenser i utformandet av olika insatser riktade till föräldrar och/eller barn. Insatserna har utformats utifrån olika perspektiv: med fokus på att behandla och bearbeta det trauma som uppstått till följd av att barnet upplevt våld, eller att förstärka och förbättra relationen mellan mamman och barnet. Vissa program är inriktade på allmänna stödinsatser, i syfte att hjälpa mammor och barn mer praktiskt (Humphreys m.fl., 2001). Andra är utvecklade för att minska förekomsten av specifika symtom som beteendeproblem (Jouriles m.fl., 2001) och ytterligare andra syftar till att öka barnets generella fungerande, deras problemlösningsförmåga och förmåga att hantera stress (Jaffe m.fl., 1990). Insikten att våldet också påverkar relationen mellan mamman och barnet har lett till att många program kombinerar insatser för föräldrar och barn (t. ex. Peled & Davies, 1995. Se även Cohen m. fl., 2006; Lieberman, van Horn & Ippen, 2005). Formaliserade, fokuserade och utvärderingsbara insatser som explicit fokuserar på barnets upplevelse av våld i familjen har dock kommit i skymundan (Rivett, Howarth & Harold, 2006).

Även i Sverige finns olika behandlingsformer för barn och deras mammor (Eriksson m. fl., 2006; Hydén, 2005). En landsomfattande kartläggning från 2006 identifierade närmare 90 verksamheter särskilt inriktade på målgruppen barn som upplevt våld. Kartläggningen visade att den vanligaste typen av insats var individuella samtal, oftast utgående från ”Trappan-modellen”. Trappan är en modell för individuella krissamtal med barn som upplevt våld mot mamma (Arnell & Ekbom, 1999). Av de knappt 90 identifierade verksamheterna erbjöd 67 individuella samtal. En viktig utgångspunkt för utvecklingsarbetet på det här området har varit att flertalet barn som upplevt våld behöver hjälp som riktas direkt till dem. Arbete för att få stopp på våldet är ett första steg och en förutsättning för fortsatt hjälp, och stöd till barnets omsorgspersoner är också viktigt. Inflytelserika aktörer har dock menat att dessa barn behöver ett separat ”rum” (se t. ex. Ekbom & Landberg, 2006), även om barn som upplever våld naturligtvis också måste ses i ett sammanhang och i relation till viktiga personer, inte minst de närmaste omsorgspersonerna. Sett mot den här bakgrunden är det inte så förvånande att individuella samtal är den vanligaste insatsen. En annan bidragande orsak är säkerligen det faktum att högskoleutbildningen på 7,5 högskolepoäng (mot-svarar 5 veckors heltidsstudier) i samtal med barn enligt ”Trappan-modellen” arrangeras med jämna mellanrum. Utbildningen hålls av Ersta Sköndal i samarbete med Rädda Barnen. Någon motsvarande utbildning i

andra interventionsmodeller finns inte idag. Flera verksamheter som erbjuder Trappan-samtal ingår i utvärderingen och de beskrivs närmare i kapitel 3.

Även om Trappan-modellen är den vanligaste modellen så finns även andra sätt att arbeta med individuellt stöd till barn som upplevt våld. Från flera barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar uppges exempelvis att man använder olika behandlingsmetoder för traumatiserade personer, som behandlingsteknik med ögonrörelser (Eye Movement Desensitization Reprocessing EMDR), kognitiv beteendeterapi (KBT) samt familjeterapi (se Eriksson m. fl.2006).

En annan vanlig insats var gruppsamtal för barn. Även här var det en modell för samtal som fått stort genomslag, och det en anpassad version av *Children Are People Too*– CAP)(Hawthorn, 1990). Denna pedagogiska modell, med strukturerade träffar kring olika teman, användes av en rad olika verksamheter. Programmet utvecklades i USA för att motverka missbruk bland unga. Programmet vill primärt lära barnen att hantera sina känslor; genom att visa att värme, lycka och kärlek och förståelse går att finna i relationer med andra, på ett hälsosamt sätt, istället för via kemiska substanser (Hawthorn, 1990). Programmet bygger bland annat på tolvstegs-filosofin (AL-Anon), men influenser märks också från både det familje-/systemteoretiska tänkande liksom den kognitiva terapin. De pedagogiska inslagen dominerar och ledarna ställer sig inte utanför gruppen utan deltar och delar med sig av sina egna erfarenheter. CAP har fått stort genomslag och de flesta hänvisar till den version som Ersta Vändpunkten i Stockholm introducerat och utbildar i (se Forinder & Hagborg, 2008; Lindstein, 1995, 2001).

Kartläggningen 2006 visade att vissa verksamheter följer CAP-programmet ganska nära medan andra säger att modellen mer tjänat som inspiration. Eftersom programmet inte är utarbetat för gruppen barn som upplever våld har de flesta också modifierat programmet, i synnerhet när det gäller temat missbruk/kemiskt beroende och på vissa håll har man i stället tagit fram eget material om mäns våld mot kvinnor (exempelvis Bojen Göteborg, Grinden Gävle, Alla Kvinnors Hus Stockholm, och Trappan Uppsala). Flera av dessa verksamheter ingår i föreliggande utvärdering och de beskrivs närmare i kapitel 3. På flera håll i landet inkluderas barn som upplevt mäns våld mot kvinnor oftast eller alltid i grupper med barn till missbrukande eller psykiskt sjuka föräldrar (se Eriksson m. fl. 2006). Detta även om barnen som upplevt våld inte har erfarenheter av att leva med exempelvis en förälder som missbrukar.

Förutom CAP-inspirerade grupper finns ytterligare några modeller för barngrupper. En av dem är den gruppbehandling för traumatiserade barn som bedrivs av BUP Grinden i Stockholm (tidigare BUP Bågen), med parallell mammagrupp (Ekbom & Landberg, 2002). Andra exempel på gruppbehandling för barn som upplevt våld är verksamheter med syfte att förbättra myndighetssamverkan, samtidigt som man erbjuder barn, mammor och pappor parallell behandling i grupp (exempelvis Frideborg i Norrköping och Ut-

vägsverksamheterna). Såväl Grinden/Bågen som några utvägsverksamheter ingår i föreliggande utvärdering och beskrivs närmare i kapitel 3.

En uppföljning våren 2010 av utvecklingen av olika stödverksamheter för barn som upplevt våld mot mamma som skett mellan våren 2006 och sommaren 2010 visar att fältet fortfarande expanderar (Eriksson 2010). Antalet verksamheter har ökat till åtminstone drygt 120. Det är framförallt bland kommunerna ökningen kan ses, och 2010 års kartläggning tyder på att det idag är minst 143 av landets kommuner som erbjuder stöd till barn som upplevt våld. Vidare är det ett fält som konsoliderats, på så sätt att flera små aktörer (i första hand mindre kommuner) slagit sig samman och etablerat gemensamma verksamheter. Det har också blivit vanligare att verksamheter erbjuder *både* individuella insatser och grupper för barn (minst 44, jämfört med 26 stycken år 2006).

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. Med hjälp av utvecklingsmedel från Länsstyrelsen har Kristinehamns kommun översatt manualen till och utbildats i det utvärderade grupprogrammet "Kids' club" och "PreSchool Kid's Club" (Graham-Bermann och Hughes, 2003), som nu alltså finns i svenska versioner. En annan nyhet jämfört med 2006 är att några nytilkomna verksamheter hänvisar till den modell för barngrupper som utvecklats vid *Alternativ til Vold* i Norge (ATV) (Aschjem & Tobiassen Sanna, Odat.). Modellen är utformad för barn i skolåldern eller äldre och även här är rekommendationen att arbetet med barnen sker med en parallell insats riktad till mammorna och om möjligt även till papporna. På Alla Kvinnors Hus i Stockholm har man också prövat en typ av dramagrupper för barn som bor i det skyddade boendet.

Nyheterna till trots är dock de övergripande tendenserna i stöd och hjälp till barn som upplevt våld 2010 densamma som den var 2006: den vanligaste formen av insats riktad direkt till barnen tycks fortfarande vara individuella samtal, oftast benämnda krissamtal, och det är fortfarande oklart i vilken grad det finns specialisthjälp runt om i landet för de barn som behöver annan hjälp än individuella krissamtal eller en pedagogisk barngrupp. 2006 års kartläggning visade att det varierade avsevärt mellan barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar i vilken grad de erbjuder insatser till barn som lever med våld i sin familj. Därigenom blir barns möjligheter att få kvalificerad hjälp från barn- och ungdomspsykiatrin väldigt olika beroende på var i landet de bor. Man kunde också notera att när det gäller barn- och ungdomspsykiatrins särskilda insatser för barn som upplever mäns våld mot kvinnor framkom att de flesta använde sig av Rädsla Barnens Trappanmodell. 2010 års kartläggning ger i stora drag samma bild. Det är dock värt att notera att en ny modell (jämfört med 2006) lyfts fram av några BUP-mottagningar, och det är traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-CBT, se Cohen m. fl., 2006), en behandlingsmodell som visat god effekt på barn med olika typer av psykiska trauman och som idag är föremål för två pågående studier i Norden när det handlar om barn som upplevt våld (se vidare avsnittet nedan).

Utvärderingar

Rivett, Howarth och Harold (2006) har presenterat olika behandlingsformer som används i Nordamerika och Storbritannien för att hjälpa barn och deras misshandlade mammor, samt forskning kring behandlingseffekt. Bland de specifikt utvecklade program som riktar sig till barn som upplevt våld nämns London (Ontario) programmet (Jaffe m.fl., 1990). Det baseras på gruppinsatser med fokus på att utmana barnens föreställningar om våld och på att uppmuntra barnen att berätta om sina upplevelser. En studie av Wagar och Rodway (1995) visade att barnens attityd till våld förändrades och att deras känsla av ansvar för våldet minskade. Ett annat exempel på barnfokuserade insatser som nämns är ”The Child Witness Programme” (Ragg & Webb, 1992) som syftar till att ge socialt stöd och social träning för att minska barnens aggressivitet. Den studie som genomfördes visade att utagerande beteenden minskade bland de barn som deltog i programmet.

Den forskning som gjorts på föräldrabaserade program beskrivs av Rivett med flera (2006) som mer tillförlitlig. En studie av ett föräldraprogram (Success-based noncoercive treatment of oppositional behaviour in children from violent homes) med syfte att minska trotsbeteendet bland barn från hem där det förekommer våld, visade sig ha effekt. Studien innefattade både kontrollgrupp och eftermätning (Ducharme, Atkinson & Poulton, 2000).

Att både barn- och föräldrafokuserade insatser har visat sig ge positiva effekter talar för att en kombinerad insats till både barn och förälder skulle kunna vara ännu mer effektivt. ”The Kids Club” är ett exempel på en sådan intervention. Det består av ett tio veckors program med gruppbaserad barnterapi som fokuserar på kunskaper, attityder och antaganden om våld i familjen, parallellt med en mammagrupp inriktad på stöd och föräldrakunskaper. En studie av programmet genomfördes av Graham-Bermann med flera (2007). Deltagarna erbjöds insatser riktade till enbart barnet eller till både mor och barn. I båda grupperna sågs förbättring vad gäller barnens inåtvända symptom och beteende, men de barn som ingått i gruppen med både barn och föräldrainsatser uppvisade i högre grad minskad aggressivitet och beteendeproblem. Den kombinerade mamma-barn-interventionen visade sig också vara mer effektiv vad gäller förändring av barnets syn på våld, minskning av självanklagelser, samt förbättrad förmåga till problemlösning och socialt fungerande.

Forskningen om effekter av kombinerade föräldra- och barninterventioner är dock motsägelsefull. Andra studier har inte visat att kombinerade insatser ger ett bättre resultat (Pepler, Catallo & Moore, 2000). Men programmens olikhet vad gäller upplägg och utformning gör det svårt att jämföra och dra några säkra slutsatser. Mer forskning om olika insatsers effektivitet behövs. För att bättre utforma specifika insatser anpassade för olika målgruppers behov behöver vi också få ökade kunskaper om de specifika förutsättningar som gör att vissa barn som upplevt familjerelaterat våld är mer motståndskraftiga, medan andra utvecklar svåra symptom eller problem (Rivett m.fl., 2006; Graham-Bermann & Hughes, 2003).

När vi har en viss interventionsmodell framför ögonen 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 en traumatisering, de som visar andra tecken på inåtvända eller utagerande svårigheter eller även de barn som inte visar känslor eller beteenden som skiljer sig från barns i allmänhet? (jfr Silvern, Karyl & Landis, 1995). Våldet i familjer har med andra ord en mängd negativa konsekvenser för barn. Barn kan behöva både skydd från våldet och stöd för att motverka alltifrån traumatiseringar till egna problematiska attityder och utveckla strategier för konflikthantering.

Sverige och övriga Norden

När det gäller situationen i Sverige präglas området av avsaknad av utvärderingar av olika typer av insatser. Flera utvärderingar har genomförts, men de har inte gett kunskap om behandlingseffekter (Eriksson m. fl, 2006). I en utvärdering av Utväg Skaraborg redovisas exempelvis att de barn och föräldrar som intervjuats upplevt barnverksamheten positivt (Linderot, 2003). Ett annat exempel gäller Utväg Göteborgs arbete, vilket finns beskrivet i en verksamhetsrapport (Gillberg & Jordansson, 2007). Verksamheten vid Boken har utvärderats av Göteborgs Universitet i form av en öppen studie utan jämförelsegrupp (Broberg, Almqvist & Georgsson, 2006; Georgsson, 2010; Georgsson, Almqvist & Broberg, 2007; Grip, 2010), och Trappan i Uppsala har utvärderats av Örebro Universitet (Cater, 2009, Cater & Ekbohm kommande), också det i form av en öppen studie.

För närvarande pågår också den tidigare nämnda studien av TF-CBT (Hultmann, 2010). Syftet med studien är att jämföra effekten av denna manualbaserade behandling med effekten av en anpassad familjebehandling. Båda behandlingarna är korttidsbehandlingar (< 20 besök) och patienter slumpas till någon av dessa två behandlingsbetingelser eller till ordinarie behandling. Studien är en randomiserad och kontrollerad studie där barn och mammor som remitteras eller själva söker till BUP Gamlestaden i Göteborg deltar.

Ytterligare ett par studier är av intresse för att de genomförs i andra Nordiska länder, det vill säga i en kontext som kan påminna mer om situationen i Sverige än situationen i den engelskspråkiga världen. Även i Norge pågår för närvarande en randomiserad kontrollerad studie av TF-CBT. Studien genomförs av grupp forskare knutna till Nasjonalt Kunnskapssenter for Vold og Traumatisk Stress (NKVTS), under ledning av Dr. Tine Jensen. Även i Danmark pågår ett par utvärderingar av insatser för barn som upplevt våld vilka syftar till kunskap om behandlingseffekter; dels ett pilotprojekt där åtta danska kommuner får stöd till att utveckla nya metoder när det handlar om att upptäcka och behandla barn som exponerats för våld, dels en studie av kriscentret Dannerhusets insatser för barn och deras mammor. Båda studierna genomförs av Rambøll Management med chefskonsulent Line Dybdal som projektledare.

Sammanfattningsvis pågår det ett intensivt utvecklingsarbete runt om i Norden när det gäller arbetet med barn som upplevt våld i familjen och deras mammor. Dessvärre har detta arbete hittills inte haft det forskningsstöd som vore önskvärt, för att på ett mera systematiskt sätt ge kunskap om vad som fungerar och vad som fungerar mindre bra när det gäller stödet till denna utsatta grupp. Bland annat vore det av stort värde att undersöka individuella kontra gruppbaseade 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. Den totala bristen på systematisk dokumentation, åtminstone i publicerad form, är påtaglig när det gäller insatser inom olika "ordinarie verksamheter" (Socialtjänst, Barn- och ungdomspsykiatri, Kvinnojourer, Familjerätten etc.) riktade till barn utsatta för den ena förälderns våld mot den andra föräldern. Det är också påfallande att det helt saknas longitudinella studier, där den långsiktiga effekten av att växa upp i hem där det förekommer våld kan studeras (jfr Christensen, 2007), liksom effekten över tid av olika insatta åtgärder.

Projektets 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 upplevt våld analyseras utifrån flera teoretiska perspektiv och med hjälp av såväl kvantitativ som kvalitativ metodik.

Barns rätt till skydd, stödresurser och delaktighet

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 upplever våld i sin familj erbjuds skydd, stödresurser och delaktighet. Ansvaret för att skydda barn från fortsatta upplevelser av våld (rätten till skydd/protection, se t ex artikel 19, 20, 34 och 37) vilar i första hand på föräldrarna, men även på staten. 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 social trygghet och välfärd och den typ av stöd eller hjälp de har behov av (rätten till resurser/provision, se t ex artikel 6.2) och att få möjlighet att påverka de processer som berör dem (rätten till delaktighet/participation, se artikel 12).

Teoretiskt innebär den här utgångspunkten 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 upplever 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 naturligtvis också 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. Därför har också barn själva deltagit som informanter om sin situation och mående. Vidare har vi

betraktat barn som brukare av stödinsatser och de har fått lämna information även i den rollen. När det gäller barn som brukare utgår vi bland annat ifrån Oranens diskussion om olika dimensioner av barns delaktighet och de olika roller barn kan få som brukare (Oranen, 2009). När det handlar om hjälp- och stödinsatser riktade direkt till barn är det enskilda barnet ”part i målet” eller *intressent* och delaktighet blir då främst en fråga om det individuella barnets insyn i och påverkan på arbetet i hennes eller hans enskilda fall. Men vi kan också tänka oss delaktighet för barn som brukare i kollektiv mening. Barn som har erfarenheter av hjälp och stödinsatser kan fungera som *experter genom erfarenhet* och företrädare för gruppen barn som söker hjälp. Då ligger det i rollen att komma med mer generella synpunkter. Utvärderingens frågor till barnen själva innehåller båda dessa dimensioner.

De utvärderade stödinsatserna som del i en insatskedja

Barnkonventionen som studiens utgångspunkt innebär också att en viktig fråga blir barns rättighet till behandling eller insats, och då rättighet till *rätt* behandling eller insats. En central fråga är alltså i vilken grad befintliga stödinsatser tillgodoser behoven hos *alla* barn som upplever våld i sin familj. Som framgår av föregående avsnitt visar tidigare forskning att barn som upplevt våld kan reagera olika på såväl lång som kort sikt. De kan därför behöva olika typer av insatser, vilket ställer krav på ett differentierat interventionssystem som möjliggör lyhördhet för det enskilda barnets behov. För att begreppsliggöra ett sådant differentierat interventionssystem med en kedja av mer och mer avancerade stödinsatser används följande modell med fyra steg eller olika nivåer av hjälp.

På den första nivån finns alla barn i den här populationen, det vill säga alla barn som upplever våld i sin familj. Det första steget när det gäller hjälp till barnen är att de uppmärksammas av de verksamheter som kommer i kontakt med barnen och deras familjer, och att de bemöts på ett sätt som är anpassat för den här gruppen barn. Utifrån tidigare forskning kan vi utgå ifrån att en viktig aspekt av ett sådant anpassat bemötande är att de vuxna som möter barnet bekräftar och giltiggör barnets upplevelser av våld (jfr Leira, 1990).

- Synliggörande samt ett bekräftande och giltiggörande bemötande av varje enskilt barn är därför den lägsta nivån av stödinsatser som ska tillhandahållas för barn i populationen. Insatsen ska erbjudas samtliga barn som upplevt våld i sin familj och kommer i kontakt med någon av samhällets stödfunktioner. Detta förutsätter att exempelvis socialtjänstens individ- och familjeomsorg, familjerättsbyråer och barn- och ungdomspsykiatri identifierar barn som upplevt våld mot en förälder och har kompetens för att bemöta dem på ett adekvat sätt.

På det andra steget finns de barn som fortfarande befinner sig i en utsatt situation och riskerar att uppleva någon form av våld igen.

- Skyddsåtgärder är den andra nivån av insats.

Många barn som upplevt 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

riskan 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 alltså någon form av utredning och bedömning, både av våldsutövarens fortsatta farlighet och av barnets upplevelse av trygghet (jfr Eriksson & Dahlkild-Öhman, 2008).

Det är därmed först på den tredje nivån vi återfinner den typ av insatser som denna utvärdering handlar om.

- Särskilda stödinsatser riktade just till gruppen barn som upplevt våld, exempelvis i form av Trappan-samtal eller en pedagogisk gruppverksamhet för barn är den tredje nivån av insats.

Särskilda stödinsatser kan alltså ges både individuellt och i grupp. De 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 jagstödande insatser respektive hantering av känslor av skuld och skam. Vi tänker oss att alla barn som upplevt våld kanske inte behöver eller vill ha den här typen av särskilda stödinsatser, utan för en del barn räcker det med ett giltiggörande bemötande och/eller skydd. 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 särskilda insatser.

För en del barn räcker dock inte den typ av särskilda insatser som återfinns på insatskedjans tredje nivå. Det gäller de barn som visar tecken på allvarliga problem eller svårigheter, som exempelvis symptom på Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), allvarliga utagerande problem eller allvarliga problem i relationen till sina anknytnings- och omsorgspersoner. Här ingår även barn där det är oklart om barnets symptom också kan hänga ihop med andra svårigheter, som olika funktionsnedsättningar.

- På den fjärde nivån återfinns alltså insatser för barn som har utvecklat en egen problematik. 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.

Sammanfattat innebär den här modellen en insatskedja som rör sig från rättigheter till symtom, och från universella till riktade, till indikerade insatser. Medan alla barn som upplever våld har rätt till synliggörande, ett giltiggörande bemötande och skydd (nivå ett och två), har endast en del barn som upplever våld behov av riktade insatser (nivå tre) och en mindre grupp behov av specialisthjälp på grund av en utvecklad egen 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. Vi kan redan så här inledningsvis konstatera att de flesta av de verksamheter som är fokuserade på barn som upplevt våld och ingår i utvärderingen inte är specialister i hälso- och sjukvårdens bemärkelse. Även om personalen är särskilt kunnig på våldsområdet, är verksamheterna knappast tänkta som en sista specialistinstans. På vissa håll i landet verkar de dock

snarast ha fått den funktionen, när exempelvis BUP hänvisar barn som upplevt våld till socialtjänstens verksamheter. Detta väcker frågor om tillgång till specialisthjälp för barn som upplevt våld och som utvecklar svåra problem på grund av våldet. Den frågan kommer vi tillbaka till längre fram i rapporten.

Sammanfattning

Studiens syfte är alltså att redovisa preliminära resultat från en utvärdering av stödinsatser riktade till barn som upplevt våld mot mamma och deras mammor. De stödinsatser som är aktuella är de vi ovan har benämnt som nivå tre respektive fyra i insatskedjan, det vill säga särskilda stödinsatser riktade just till gruppen barn som upplevt våld, samt en typ av specialiserat stöd riktat till barn som har en utvecklad egen problematik. I rapporten granskas effekterna, det vill säga om barnens och mammornas hälsa och välbefinnande förändras som ett resultat av insatserna, och effekterna av de särskilt inriktade insatserna för stöd för barn som upplevt våld i familjen jämförs med ordinarie verksamheter för att utvärdera skillnader. I rapportens avslutande del diskuteras resultaten, också mot bakgrund av den totala erfarenheten av att leva ett liv begränsat av olika typer av makt, övergrepp och förtryck och det hot som våld mot en primär omsorgsgivare utgör för barn samt barns rättigheter utifrån Barnkonventionen.

2 Metod

Procedur

Utvärderingens design

I maj 2008 slöts avtal mellan IMS vid Socialstyrelsen och Göteborgs universitet om uppdragsforskning rörande effekter av stödinsatser för barn som upplevt våld mot mamma från barnets pappa, eller annan manlig partner till mamman, med god vetenskaplig metodik. I uppdraget ingick också att studera om stödinsatserna hade gynnsamma effekter för mammorna, och projektet planerades som upprepad mätning med tre mättillfällen [före eller i samband med att stödinsatsen sattes in (T1), efter avslutad stödinsats (4-6 månader efter förmätningen) (T2) och ett år efter förmätningen (T3)].

Datansamlingen påbörjades i augusti 2008 och avrapportering till Regeringen skulle ske under senhösten 2010 följt av en slutrapportering till Socialstyrelsen 2011-06-30. Att studera behandling av barn som upplevt 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 finns i Sverige idag 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. I stället beslöt vi att välja ut några olika exempel på ”lovande” och finansiellt och personellt rimligt stabila verksamheter som vi kallar verksamheter med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma från hennes partner, förkortat till *särskilda verksamheter*. 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 upplevt våld mot mamma och deras mammor kommer i kontakt med om de inte blir aktuella för några av de undersökta särskilda verksamheterna. Dessa jämförelseverksamheter kallar vi fortsättningsvis för *ordinarie verksamheter med stöd* om vi bedömt att verksamheten har ett samhälleligt uppdrag att ge stöd till barn och mammor, respektive *ordinarie verksamhet utan stöd* om vi bedömer att verksamheten primärt har en utredande funktion. Rent metodologiskt kan *ordinarie verksamheter med stöd* ses som det som på engelska kallas Treatment As Usual (TAU) medan *ordinarie verksamhet utan stöd* kan ses som en obehandlad kontrollgrupp.

En metodologisk svaghet med denna design 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, SES m.m.) så att vi i efterhand, på statistisk väg, ska kunna 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 upplevt våld mot mamma vilka var tillräckligt väl etablerade för att ha en stabil rekrytering av barn och använde en metodik som personalen kunde beskriva muntligt och skriftligt. I projektet inkluderades på så sätt från början tolv olika verksamheter. Sju av dessa var *särskilda verksamheter*, som arbetar med en kombination av individuella samtal och gruppverksamhet (*Bojen* i Göteborg, *Grinden* i Gävle, *Utväg Göteborg*, *Utväg Skaraborg*, *Bågen* (numera omdöpt till Grinden) vid BUP i Stockholm). Förutom dessa verksamheter träffades också avtal med två så kallade Trappan-verksamheter *Trappan i Uppsala*, och *Frizon i Södertälje* som bland annat arbetar med individuella stödjande krissamtal för barn som upplevt våld mot mamma.

Som jämförelse till de sju *särskilda verksamheterna* valdes fem *ordinarie verksamheter* inom om barn- och ungdomspsykiatri (BUP), Socialtjänstens individ- och familjeomsorg (IFO), Kvinnojourer och Familjerätten. Av dessa verksamheter bedömdes BUP, IFO och Kvinnojourerna ha ett samhällsligt uppdrag att ge någon form av stöd till barn som upplevt våld mot mamma dvs. *ordinarie verksamhet med stöd*, medan Familjerätten bedömdes i huvudsak ha en utredande funktion (vårdnads- och umgängesutredningar), alltså *ordinarie verksamhet utan stöd*. Kontakt etablerades och avtal slöts med BUP i Värmland, BUP Skärholmen i Stockholm, Familjeavdelningen i Karlstad, Kvinnohuset i Örebro och Familjerättsbyrån i Göteborg.

För att så långt som möjligt säkra att datainsamlingen skulle gå till på samma sätt vid de olika verksamheterna kallades dessa, med hjälp av ett generöst ekonomiskt bidrag från Allmänna barnhuset, till ett internat på Sätra bruk i augusti 2008. Där gick vi igenom projektets förutsättningar och upplägg i detalj, och verksamheterna hade gott om tid för att ställa frågor och komma med synpunkter. Avtal slöts sedan med de olika verksamheterna i vilka de var och en förband sig att före utgången av september månad 2009 ha "försett" forskningsprojektet med 30 barn i åldern 3 - 13 år, som upplevt 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 och att utöka antalet verksamheter med totalt fem; en *särskild verksamhet* nämligen Trappan-verksamheten samordnad av Gruppverksamheten Fridlyst i Huddinge och fyra *ordinarie verksamheter*, *Barn, ungdom och familjegruppen* vid Individ och omvårdnadsförvaltningen i Kristinehamn, det skyddade boendet *Ersta Fristad*, *Kvinnoboendet Siri i Uppsala* och *BUP Gamlestaden* i Göteborg. BUP Gamlestaden och Barn, ungdom och familjegruppen i Kristinehamn kom igång med sin rekrytering så sent som i april 2009. Sammanlagt har vi alltså haft kontakt med 17 olika verksamheter, men inflödet av forskningsdeltagare från de olika verksamheterna varierar kraftigt som framgår nedan.

För en närmare beskrivning av de olika verksamheternas inriktning och omfattning se Resultatdelen, sid 35 och bilaga 1.

Tabell I. Antal barn (ålder 3-13år) som inkluderats från respektive verksamhet

| | <i>Inkluderade i föreliggande rapport (DAT090630)</i> | <i>Inkluderade i slutrapporten (DAT100430)</i> |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Särskilda verksamheter (SäV) | | |
| Bojen (grupp) | 10 | 20 |
| Grinden (grupp) | 15 | 24 |
| Utväg Göteborg (grupp) | 17 | 23 |
| Utväg Skaraborg (grupp) | 23 | 33 |
| BUP Bågen/Grinden (grupp) | 21 | 34 |
| Trappan Uppsala (individuell) | 11 | 21 |
| Gruppverksamheten Fridlyst, Trappan Huddinge (individuell) | 5 | 9 |
| Frizon i Södertälje (individuell) | 10 | 13 |
| Kvinnohuset i Örebro (grupp) | 7 | 7 |
| Summa | 119 | 184 |
| Ordinarie verksamhet med stöd (OVS) | | |
| BUP Värmland | 14 | 25 |
| BUP Skärholmen | 7 | 9 |
| BUP Gamlestaden | 1 | 7 |
| Familjeavdelningen i Karlstad (IFO) | 8 | 11 |
| Barn, ungdom och familjegruppen i Kristinehamn (IFO) | 0 | 2 |
| Siri i Uppsala | 2 | 7 |
| Ersta Fristad | 0 | 0 |
| Summa | 32 | 61 |
| Ordinarie verksamhet utan stöd (OVuS) | | |
| Familjerättsbyrån i Göteborg | 49 | 57 |
| Summa | 200 | 302 |

Analysgrupper

Mot bakgrund av det begränsade antalet individer i flertalet verksamheter, i synnerhet i det nu aktuella datamaterialet (DAT090630), kommer samtliga analyser att baseras på de tre huvudgrupperna *särskilda verksamheter (SäV)*, *ordinarie verksamheter med stöd(OVS)* och *ordinarie verksamhet utan stöd (OVuS)*.

Screening i ordinarie verksamheter

Rekryteringen av forskningsdeltagare gick till på olika sätt i de *särskilda* respektive *ordinarie* verksamheterna. Avtalet med företrädarna för de ordinarie verksamheterna innebar att dessa förband sig att införa en systematisk undersökning avseende förekomsten av våld mot mamma från barnets pappa eller annan manlig partner till mamman. Frågor om detta skulle ställas till samtliga mammor som gjorde nybesök under den aktuella perioden, och frågorna skulle ställas med hjälp av ett av oss översatt frågeformulär (Partner Violence Screening, PVS, se 'Instrument') med tre frågor. Mammor vars svar indikerade att de varit utsatta för våld i en nära relation under de senaste tre åren skulle därefter erhålla skriftlig information om projektet och tillfrågas om deras namn och kontaktuppgifter fick lämnas ut till forskningsprojektets kontaktperson. För att få en uppfattning om förekomsten av våld mot mamma i de ordinarie verksamheterna ingick i avtalet med dessa också att de skulle använda ett av oss framtaget *basdatablad* där ett fåtal bakgrundsuppgifter och resultatet på PVS-blanketten antecknades för alla nybesök under den aktuella insamlingsperioden. Verksamheterna med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma, fyllde också i ett *basdatablad* med ett fåtal bakgrundsuppgifter samt tillfrågade mammorna om de kunde tänka sig att bli kontaktade av forskningsprojektets kontaktperson. Syftet med att verksamheten 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 (3-13år) 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 vår kontaktperson. I de ordinarie verksamheterna var även intentionen att kunna få en ungefärlig uppskattning av andelen nybesök där mamman uppgav att hon utsatts för våld. På de ordinarie verksamheterna kunde man från *basdatabladet* även utläsa om behandlaren/handläggaren valt att inte be mamman fylla i PVS och anledningen till detta.

Trots det utökade antalet verksamheter som vi samarbetat med har vi haft stora svårigheter att få ett tillräckligt antal deltagare. De *särskilda verksamheterna* är generellt sett små och flera av dem har inte kunnat uppfylla kontraktet på grund av att de haft för få barn i aktuella åldrar under perioden. När det gäller de *ordinarie verksamheterna* har problemen varit mer mångfacetterade, men en viktig svårighet har handlat om att få verksamheterna att genomföra den screening som är en förutsättning för att vi ska få möjlighet att tillfråga mammor som varit utsatta för våld om att delta i studien

Etiska överväganden-- enskilda forskningsdeltagare

Projektet har granskats 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 och

dels att vi tog del av eventuella uppgifter om barnet som finns hos Socialtjänsten. 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 barn över 9 år själva 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 som finns hos Socialtjänsten. De 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 kan ge barnet möjlighet att "ge sin berättelse" t ex. beskriva hur det mår vid ettårsuppföljningen och hur det upplever sin sociala situation. Barnet ges också möjlighet att beskriva hur det uppfattat att förövaren tänkt och pratat om det våld barnet upplevt.

Kontakt med mammor och barn

Om mamman svarade att hon 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. 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 ordinarie verksamheter 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 för att de var rädda att konflikten med pappan skulle förvärras, och att det skulle bli en belastning för dem i olika typer av domstolsförhandlingar om han fick reda på att de tillfrågats om deltagande i utvärderingen.

En allvarlig konsekvens av oviljan/rädslan att låta oss kontakta pappor med gemensam vårdnad blev det låga antalet barn i åldern 9 - 13 år som själva deltar i studien. En del barn har uttryckt att de skulle vilja vara med i studien och ge sin syn på situationen, men vi har, av skäl som framgår ovan, tvingats avstå från att intervjua barnen.

Deltagare

Föreliggande rapport baseras enbart på data om de barn och mammor vars ett-årsuppföljningar genomfördes senast 2010-06-30, totalt 200 barn och deras 144 mammor. Tre av barnen, som bodde hos sina pappor (förövaren var en annan partner till mamman), hade pappan som informant och tre barn som var placerade i familjehem hade sina familjehemsmammor som informanter. Föreliggande rapport baseras alltså på intervjuer och frågeformulär som besvarats av 150 vuxna rörande 200 barn.

Bortfall

Mammor

Som framgår av tabell 1 (bilaga 2) är bortfallet för hela gruppen 35 % från förmätning till ettårsuppföljning, vilket får bedömas som acceptabelt med tanke på vilken utsatt undersökningsgrupp det handlar om. Bortfallet är olika stort (25 - 44 % från T1 till T3) i de olika grupperna, högst är det i BUP-gruppen. Bortfallet har analyserats i relation till mammans: etnicitet, civilstånd, ålder, antal barn, utbildningsnivå, yrke/sysselsättning, juridik i relation till förövaren, ev. kontakt med kvinnojourer eller kontakt för psykiska/drogproblem, förekomst av andra förövare, hur länge våldet pågått, och hur allvarligt det varit.

Vi fann tre signifikanta skillnader mellan de mammor som genomfört alla tre mätningarna och de som inte gjort det. Mammor som genomfört samtliga mätningar hade färre barn (2,0 vs. 2,5), en fastare förankring på arbetsmarknaden (= i lägre utsträckning långtidssjukskrivna och lägre andel studerande) och en klart lägre självrapporterad våldsutsatthet (både *CTS2 frekvens* och *CTS2 intensitet*, se beskrivningen av instrument nedan). Det verkar alltså som att de mest utsatta mammorna föll bort ur studien under studietiden. Huruvida detta betyder att det enbart föll bort som deltagare i studien, eller om de också avbröt den stödinsats som de påbörjat kan vi i dagsläget inte uttala oss om. I den kommande rapporten, som baseras också på intervjuer med den person som svarat för stödinsatsen, kommer vi dock att ha vissa uppgifter om detta.

Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan de tre analysgrupperna vad avser bortfallet, som varierar mellan 34 % i de *särskilda verksamheterna* och i *ordinarie verksamhet utan stöd* och 41 % bland mammorna som deltog i *ordinarie verksamhet med stöd*.

Barn

När det gäller beskrivningar av barnens situation har vi, som framgår av tabell 2, kompletta data rörande 58 procent av de aktuella barnen. Till skillnad från mammorna själva saknas eftermätning (T2) för tio procent av barnen för vilka vi har data vid ettårsuppföljningen (T3). Detta gör att vi har

tillgång till data om 68 procent av barnen när vi ska beräkna förändringar från förmätning till ettårsuppföljning, vilket får sägas vara tillfredsställande givet barnens och mammornas komplicerade livssituation. Den största andelen barn som vi "förlorade" vid eftermätningen men återvann vid ettårsuppföljningen, kommer från *ordinarie verksamheter med stöd*. Det finns inga tydliga köns- eller ålderskillnader när det gäller bortfallet, och inte heller några skillnader avseende barnens vårdnad, boende, psykiska (o)hälsa eller allmänna mående.

Instrument/mätmetoder

Metod för beskrivning av verksamheterna

Under våren 2009 fick alla verksamheter som inkluderats i studien ett brev innehållande en enkät med frågor om det föregående verksamhetsåret (2008). Enkäten anpassades till om det var en *särskild* eller *ordinarieverksamhet*. Verksamheterna ombads besvara enkäten, och att bifoga verksamhetsberättelse samt eventuell annan aktuell information som belyste verksamheten, till exempel statistik eller behandlingsprogram.

Mellan april och oktober 2009 besöktes de olika verksamheterna av forskningsprojektets koordinator, som intervjuade företrädare för verksamheten för kompletterande upplysningar. Intervjuerna spelades in och transkriberades. I intervjuerna, behandlades bland annat rutiner för nybesök vid verksamheten, hur man arbetade med barn som upplevt våld mot mamma och beskrivning av eventuella insatser. Barn- och ungdomspsykiatri och de tre verksamheterna inom socialtjänsten tillfrågades även om hur de upplevt att arbeta med kartläggningen av förekomst av våld genom användandet av formuläret Partner Violence Screening (PVS).

Material från enkäten, intervjun och eventuell tilläggsinformation från verksamheterna har sammanställts till kortfattade presentationer under avsnittet "Verksamhetsbeskrivningar" som inleder resultatavsnittet. Mer utförliga beskrivningar och intervjupersonernas namn återfinns i bilaga 1.

Instrument för datainsamling från mammorna

Intervju

Intervjuerna var halvstrukturerade och uppdelade i olika avdelningar. Intervjuaren antecknade informantens svar omväxlande i löpande text och genom att kryssa i olika svarsalternativ. Informanterna intervjuades vid samtliga tre undersökningstillfällen, längst var dock intervjun vid förmätningen (T1) som kunde ta 1 - 3 timmar i anspråk beroende på hur mycket mamman berättade om sin situation. Förmätningintervjun var uppdelad i följande avsnitt: (1) Bakgrundsinformation om mamman själv, (2) Bakgrundsinformation om förövaren, (3) Bakgrundsinformation om barnets pappa (om han inte var förövaren), (4) Bakgrundsinformation om barnet/barnen och (5) uppgifter om mammans uppväxtförhållanden och aktuella sociala nätverk.

Uppgifterna i resultatdelen om mammans ålder, etnicitet, yrke/sysselsättning, arbetslöshet, sjukskrivning, vårdnad, boende, vem som utövat våld mot mamman och eventuellt också mot barnet etc. är alla hämtade ur förmätningintervjun.

Ur denna har vi också, för de barn som inte bodde tillsammans med förövaren, använt en uppgift om hur tät kontakt barnet hade med den man som enligt mamman utsatt henne för våld. Mamman tillfrågades om barnets kontaktfrekvens med denne i fyra olika avseenden: (1) fysisk kontakt utan övervakning, (2) fysisk kontakt med övervakning, (3) telefon eller sms-kontakt och (4) e-post-kontakt. Svartalternativen var för varje typ av kontakt: (1) Aldrig/nästan aldrig, (2) Enstaka, (3) Minst varannan månad, (4) Minst varannan vecka, (5) Dagligen. I resultatdelen har vi använt kontakttypen *fysisk kontakt utan övervakning*.

Standardiserade undersökningsmetoder

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 (Nr. 3); Han kallade mig fet eller ful (Nr. 13); Han förstörde något som tillhörde mig med flit (Nr. 15); Han hotade att slå eller slänga något på mig (Nr. 35)

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

ses summan av antalet gånger under det senaste året som mamman utsatts för de olika kategorierna av psykiskt resp. fysiskt våld.

Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis & Melisaratos, 1983) är en kortare version av Symptom Check List (SCL), det internationellt mest använda instrumentet för att mäta allmän psykisk ohälsa hos vuxna. BSI har 53 frågor, som alla finns med också i SCL varför resultat från de båda instrumenten går att jämföra. BSI har också en ännu kortare version som enbart innehåller de 18 frågor som bedöms ha störst betydelse för skattning av allmän psykisk ohälsa. I föreliggande rapport har vi använt BSI18 och det sammanslagna måttet på psykisk ohälsa (General Symptom Index - GSI) vid T1, T2 och T3. Då det inte föreligger någon publicerad svensk normering av BSI18 har de svenska normerna för GSI på SCL-90 använts (Fridell, et al., 2002).

Känsla av sammanhang (KASAM 13) (Antonovsky, 1993) utvecklades av den medicinske sociologen Aron Antonovsky för att mäta salutogena (hälsobringande) faktorer hos personer som drabbades av Förintelsen. Faktorerna sammanfattades under begreppet Känsla av sammanhang som innefattar att respondenten uppfattar livet som hanterbart, begripligt och meningsfullt. Skalan för att mäta känslan av sammanhang, som finns i två versioner omfattande 29 resp. 13 frågor, har översatts till svenska och använts i ett stort antal studier. I föreliggande studie har vi använt 13-item-versionen.

Ladder of Life (LoL) (Cantril, 1965) eller Livsstegen på svenska är ett enkelt mått på respondentens uppfattning om sin aktuella livssituation. Respondenten visas en stega med 10 steg från sämsta till bästa tänkbara liv, och ombeds ange på vilket steg hon/han (1) anser sig stå nu, (2) stod för ett år sedan och (3) tror sig stå om ett år. Livsstegen har använts i en rad studier såväl internationellt som i Sverige.

Impact of Event Scale, revised (IES-R) (Creamer m fl, 2003) är en utveckling av den ursprungliga IES, och avser mäta graden av posttraumatiska symtom hos vuxna personer som varit utsatta för allvarliga livshändelser av olika slag. Instrumentet innehåller tre delskalor, anpassade efter diagnoskriterierna för Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) i DSM-systemet, nämligen (B) återupprepade minnen och/eller mardrömmar om det inträffade, (C) undvikande beteenden, alltså handlingar som ska göra det lättare att inte behöva tänka på det som hänt och (D) kroppsliga reaktioner som en följd av det man varit utsatt för, som förhöjd spänningsnivå, irritation, koncentrationssvårigheter etc. Eftersom D-skalan inte ingick i den ursprungliga IES, som är mer använt internationellt, brukar man enbart räkna samman poängen på B- och C-skalorna för att få "totalpoängen". En totalpoäng på 35 eller högre anses indikera stor risk för att personen lider av PTSD till följd av det inträffade.

Nijmegen Motivation List (NML) (Allart-van Dam, 2004) är ett instrument med 48 frågor utvecklat i Holland för att mäta presumtiva deltagares motivation för att delta i en förebyggande intervention. Så vitt vi vet har instrumentet inte tidigare använts i Sverige. Vi valde ut de 13 frågor, som utifrån projektets uppläggning ansågs mest relevanta, och åtta av dessa formade en skala med godtagbar reliabilitet (Cronbachs alpha = ,80).

Jag kommer att göra vad som helst för att bli bättre på att hantera det som hänt mig

Jag tror inte att det här är rätt hjälp för mig (R)
Jag är villig att lägga arbete eller andra aktiviteter åt sidan för att komma på avtalade tider
Jag är inte särskilt optimistisk om resultatet av den stödinsats jag just skall börja i (R)
Jag är beredd att jobba med mig själv ett tag
Jag är villig att skjuta upp andra åtaganden för att delta i stödinsatsen
Jag fattade rätt beslut att söka hjälp
Jag tror att det stöd jag får här kommer att hjälpa mig att hantera min situation bättre

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 utprovat 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 använder vi, förutom den sammanslagna totalpoängen för symtom på 'allmän psykisk ohälsa', det mått på 'funktionsinskränkning' som 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

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))

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))

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))

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* 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*. Instrumentet är utvecklat av den utvecklingspsykologiska forskargruppen vid Psykologiska institutionen i Uppsala och det har använts i flera utvecklingspsykologiska studier i Sverige.

Dataanalys och statistiska metoder

Dataanalytisk strategi

I och med att studiens design är upprepad mätning (T1, T2, T3) med tre oberoende grupper (*Särskilda verksamheter (SäV)*, *Ordinarie verksamheter med stöd (OVS)* resp. *Ordinarie verksamhet utan stöd (OVuS)*) avsåg vi inledningsvis använda variansanalys med upprepad mätning. Vi avsåg också att komplettera analyserna vad gäller effekt av stödinsatserna med s.k. ITT-analyser (Intent To Treat) som innebär att man kontrollerar för bortfallet från förmätning till senare mätningar. De inledande analyserna visade dock dels att det fanns vissa signifikanta skillnader mellan grupperna redan vid T1 avseende variabler som kunde tänkas påverka utfallet stödinsatserna (t.ex. hur mycket våld mammorna varit utsatta för både totalt och under det senaste året), och dels att bortfallet mellan T1 och T2/T3 var systematiskt i vissa avseenden (mer våldsutsatta mammor och mammor med sämre fotfäste på arbetsmarknaden föll bort i högre utsträckning än andra). Dessutom var de tre analysgrupperna olika stora (SäV N = 119; OVS N = 32; OVuS N = 49) och variationen inom grupperna var stor avseende flera variabler och dessutom olika stor mellan grupperna avseende flera variabler. Det krävs därför dels att vi får in fler barn och mammor framför allt i OVS-gruppen och dels att vi får tillfälle till fördjupade analyser av extremvärden m.m. innan materialet kan analyseras med mer avancerade statistiska metoder.

Vid jämförelser mellan grupperna vad avser förmätningens data har vi använt envägs variansanalys som är relativt robust. Analyserna avseende förändring över tid har i huvudsak gjorts med hjälp av beroende t-test dels mellan för- och eftermätning (T1 & T2) och dels mellan förmätning och ettårsuppföljning (T1 & T3) för varje grupp för sig. Resultaten redovisas i form av histogram för respektive grupp (SÄV; OV; OVuS) med angivelse av om förändringen över tid för respektive grupp är statistiskt säkerställd eller ej.

Trots det relativt stora antalet t-testningar har vi satt signifikansnivån till ,05. Skälet är att vi betraktar de analyser vi nu presenterar som preliminära och hypotesgenererande. Därmed är vi lika angelägna om att undvika att vi på felaktiga grunder förkastar en hypotes om att det föreligger en skillnad (typ II) när det faktiskt gör det, likväl som vi vill undvika att påstå att det finns en skillnad som faktiskt inte föreligger (typ I-fel).

I avsikt att undersöka om andelen barn med allvarliga svårigheter förändras under det år som undersökningen pågick, har vi använt det kliniska gränsvärdet för instrumentet Styrkor och svårigheter hos barn (SDQ). Med kliniskt gränsvärde menas att man i tidigare studier har visat att barn med po-

äng över detta värde ofta har så allvarliga psykiska svårigheter att de är i behov av barnpsykiatrisk behandling.

Som komplement till ovanstående analyser redovisas i bilaga 3 ett antal hierarkiska regressionsanalyser. Dessa har utförts på de variabler där t-testen visade signifikanta förändringar mellan T1 och T2 resp. T1 och T3. Syftet med dessa analyser är att kontrollera för eventuella skillnader mellan grupperna. Analyserna har genomförts i två steg. I modell 1 har bakgrundsvariablerna lagts in, och därefter har vi i modell 2 undersökt om grupptillhörighet (särskilda (SÄV) kontra ordinarie (OV + OVuS) verksamheter) förklarar någon varians i de beroende variablerna, som inte redan fångats upp av bakgrundsvariablerna. Vi har också beräknat effektstorlek och angett effekten som: liten; måttlig eller stor i enlighet med Cohens kriterier.

Dessa analyser ligger sedan till grund för en bedömning av hur säkra de resultat är som tidigare presenterats.

Statistiska metoder

Jämförelser mellan analysgrupper avseende kategoriska variabler har gjorts med hjälp av χ^2 . Jämförelser mellan analysgrupper avseende kontinuerliga variabler har gjorts med hjälp av envägs variansanalys och Tukey's post hoc-test. Jämförelser över tid inom analysgrupperna har gjorts med hjälp av beroende t-test utom när det gäller andelen barn som ligger över kliniskt gränsvärde vid T1 resp. T3 på SDQ, där McNemars test använts. Reliabilitet (internal consistency) avseende de använda instrumenten har skattats med hjälp av Cronbach's alpha. Jämförelser mellan analysgrupperna vad gäller differenser över tid i de beroende variablerna, med kontroll för bakgrundsvariabler, har skett med hierarkisk linjär regressionsanalys. Storleken på eventuell förändring från T1 till T3 (effektstorleken) har beräknats med hjälp av Cohen's d.

3 Resultat

Verksamhetsbeskrivningar – sammanfattning

Vi beskriver 15 av de totalt 17 verksamheter som forskningsprojektet träffat avtal med. De två verksamheter som inte presenteras är Barn ungdom och familjegruppen i Kristinehamn (IFO) samt Ersta Fristad, eftersom de inte har bidragit med några forskningsdeltagare till föreliggande studie. Sammanfattningen kompletteras med mer utförliga verksamhetsbeskrivningar i bilaga 1.

Verksamhetsbeskrivningarna bygger, som framgick av metoddelen, på enkäter, diverse skriftlig information (t.ex. verksamhetsberättelser och behandlingsprogram) och intervjuer med företrädare för respektive verksamhet (se bilaga 1) som gjordes under 2009. Beskrivningarna rör verksamheternas arbete med barn som upplevt våld mot mamma, som detta såg ut när materialinhämtningen skedde. Eventuella förändringar av verksamheternas arbete med den aktuella barngruppen som skett därefter finns alltså inte med i redovisningen nedan.

I rapporten jämförs genomgående de tre analysgrupperna verksamheter med särskild inriktning mot barn som upplevt våld mot mamma (*SäV*), ordinarie verksamheter med stöd till barn (*OVS*) samt ordinarie verksamheter utan barnstöd (*OVuS*). Verksamheterna presenteras tillsammans med övriga verksamheter inom samma analysgrupp.

Generellt kan man konstatera att verksamheter med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma är avsevärt mindre (två till tio heltidstjänster, ca 1 - 4,5mkr i budget/år) än de ordinarie verksamheterna (22 - 129 heltidstjänster, ca 10 - 100 mkr i budget/år), för vilka arbetet med barn som upplevt våld mot mamma utgör en begränsad del av verksamheten.

De flesta av verksamheterna med särskild inriktning mot barn som upplevt våld mot mamma uppgav att de arbetar utifrån Alternativ till Volds definition av våld: "varje handling riktad mot en annan person, som genom att denna handling skadar, smärtar, skrämmar eller kränker, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill. Våldet kan vara fysiskt, psykiskt, sexuellt, materiellt, ekonomiskt eller av latent art" (Isdal, 2002). En del av de ordinarie verksamheterna uppgav sig också arbeta utifrån denna eller snarlika definitioner, medan ett antal ordinarie verksamheter inte uppgav sig ha någon tydlig våldsdefinition.

Särskilda gruppverksamheter utanför sjukvården (*SäV*)

I studien ingår fyra verksamheter som arbetar med grupper för barn som upplevt våld mot mamma utanför sjukvårdens ram. Det är två pedagogiska verksamheter med Children are people too (CAP) (Hawthorn, 1990) som utgångspunkt: Bojen i Göteborg, Grinden i Gävle och två Utvägsverksamheter: Utväg Barn i Göteborg, Utväg Skaraborg (Barn och ungdom).

Samtliga verksamheter har stora kontaktnät där de samverkar med olika myndigheter. Vid samtliga verksamheter anser personalen att det är en fördel om barnen hunnit genomgå individuella samtal innan de erbjuds grupp. Samtalens utformning är dock olika mellan verksamheterna. Alla verksamheterna har även någon typ av föräldrastödsgrupp för mammorna. I de flesta verksamheterna är mammans deltagande i en sådan grupp obligatoriskt, medan det är valfritt hos en verksamhet.

Alla gruppverksamheterna har mycket strukturerade grupper med ett bestämt antal träffar (10 - 15ggr), bestämd tid och återkommande ritualer, bl.a. fika och återkommande lekar/övningar, för igenkännande och trygghetsskapande. Grupperna leds av två ledare och är indelade efter barnens ålder. Alla fyra verksamheterna arbetar med teman i sina grupper. Temana återupprepas under gruppens gång. Gemensamma teman är bl.a.: våld, känslor, gränser och den egna familjen.

Målet med gruppverksamheten är bl.a. att barnen ska få veta att det finns andra barn som varit med om ungefär samma sak. Att barnen ska må bättre och få stärkt självkänsla. Att barnen lär sig att sätta ord på sina känslor och lär sig känna igen olika känslor. Man vill att våldet ska bli talbart och inte vara någon familjehemlighet längre. Slutligen vill gruppledarna ge barnen redskap för att hantera olika situationer i framtiden. Läs mer om dessa verksamheter i bilaga 1, med start på sida 75.

Särskild gruppverksamhet inom ramen för sjukvården (SäV)

BUP Bågen har funnits i Stockholm sedan 1998, hösten 2010 slogs BUP Bågen organisatoriskt samman med BUP Vasa, specialistverksamhet med inriktning sexuella övergrepp mot barn, och bytte namn till BUP Grinden. Mottagningen som drivs av Stockholms Läns Landsting (SLL) är den enda BUP-mottagning i Sverige som är specialiserad på gruppbehandling av barn och ungdomar som traumatiserats på grund av upplevt våld i familjen.

BUP Grindens/Bågens metod och verksamhet beskrevs i en rapport år 2002; *”Barn i skuggan av våldet”* (Socialstyrelsen, 2002). Sedan rapporten har mottagningen fortsatt att utveckla sin metod.

För att barnet ska få börja på BUP Grinden/Bågen ska det ha barnpsykiatriska symptom. Barnet får först ett antal enskilda samtal innan grupp. Om barnet går i grupp med traumafokuserad korttidsterapi ska även mamman gå samtidigt i parallell mammagrupp. Grupperna är indelade efter barnens ålder och sträcker sig över tolv gånger. Gruppssessionerna är styrda, följer manual och har återkommande ritualer för att skapa trygghet. Ett moment under varje session är en fokuserad lek med tema (t.ex. våld) som spelas upp av en av gruppens två terapeuter med hjälp av en djurfamilj (dockor). Efter den fokuserade leksekvensen följer fri lek där barnen får spinna vidare på lektemat. Med äldre barn används t.ex. film och böcker istället för dockorna.

Målet med BUP Grinden/Bågens barngrupper är: att barnen ska kunna beskriva och förstå sina upplevelser, att minska ångest och oro hos barnen, liksom känslan av utanförskap och skam. Man vill minska den kognitiva och känslomässiga förvirringen och slutligen ge symtomlindring eller i bästa

fall att symptomen försvinner. Läs mer om BUP Grinden/Bågen i bilaga 1 sidan 81.

Tabell II. Verksamheter riktade till barn som upplevt våld mot mamma (SäV)

| Analysgrupp: SäV | Bojen, Göteborg | Grinden, Gävle | Utväg Skara- borg Barn och Ungdom | Utväg Barn Göteborg | BUP Bågen | Trappan Uppsala | Frizon | Grupp- verk- samhe- ten Fridlyst | Kvinno- huset, Örebro |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------|
| Antal sessio- ner i genom- snitt per ären- de (våld) | Ca 7 indivi- duella samtal + 15 ggr grupp | 7-8 vid Trap- pan- samtal, 14ggr vid grupp | Ca 7 indivi- duella samtal + 10-15 ggr grupp | Ca10 indivi- duella samtal +10 ggr grupp | Ca 8 indivi- duella +12ggr grupp | 8-10 indivi- duella samtal | 4-8 indivi- duella samtal | ca 10 indivi- duella samtal | Ingen uppgift |
| Egen upp- skattning förekomst av våld i ärenden | 100 % | 30 % | 100 % | 99 % | 100 % | 40-50% | 35-40% | Ingen uppgift | 100 % |
| Rutin finns för att alla barn får möjlighet till enskilt samtal vid minst ett till- fälle | Ja | Nej | Ja | Ja | Ja | Ja | Nej, men ja vid Trap- pan- samtal | Nej, men ja vid Trap- pan- samtal | Ja |

Särskilda verksamheter med individuella samtal (SäV)

Frizon i Södertälje, Trappan i Uppsala och Gruppverksamheten Fridlyst i Huddinge (tidigare Gruppverksamheten Gula Huset) som presenteras nedan utgör alla enheter inom respektive kommuns socialtjänst. Gemensamt för de tre verksamheterna är att de erbjuder insatser även till andra målgrupper än barn som upplevt våld, till exempel barn som har föräldrar med missbruk eller psykisk sjukdom, skilda föräldrar/vårdnadstvist. Den insats som utvärderas i projektet är dock verksamheternas Trappan-samtal.

Två av verksamheterna, Frizon och Fridlyst, fungerar som behandlande och samordnande för kommunens Trappan-behandlare. På Trappan i Uppsala utförs dock samtalen av egen personal. Trappan-samtal är en krisintervention för barn som bevittnat våld i sina familjer. Modellen utvecklades av Ami Arnell och Inger Ekblom på Rädda barnen år 1999 och är den i Sverige mest spridda modellen när det gäller krissamtal med barn som upplevt 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 & Ekblom, 1999)

Gemensamt för de tre verksamheterna är att de visserligen arbetar enligt Trappan-modellen men att man tagit in nytt material, t.ex. böcker, filmer eller bilder att samtala kring. Antalet samtal, som är 30 - 60 minuter långa, beroende på barnets ålder och verksamhet, rör sig mellan fyra och tio.

Gemensamt för verksamheterna är att Trappan-behandlaren och barnet fikar ihop varje gång och att man har ett avslutande samtal där mamman är med och får återkoppling.

Målet med Trappan-samtalen är bl.a. att avlasta barnen, att befria dem från skuld- och skamkänslor. Att hjälpa barnen att sortera bland känslor, att låta dem förstå att de inte är ensamma, att inge hopp och att stärka barnen upp- ges vara andra viktiga målsättningar. Läs mer om dessa tre verksamheter i bilaga 1 sid 83.

Kvinnjour/kvinnoboende (SäV och OVS)

De två verksamheterna som presentera här är en ideell kvinnjour, Kvinnohuset i Örebro (SäV) och ett kvinnoboende inom ramen för socialtjänsten, Kvinnoboendet Siri i Uppsala (OVS). Kvinnor som upplevt våld i en nära relation kan söka skydd på verksamheten och ta med sig sina barn dit. De kvinnor som söker till verksamheten måste kunna ta hand om sig själva och om sina barn. Kvinnor med missbruksproblem eller allvarlig psykisk sjukdom fungerar inte på boenden, bland annat för att kvinnorna måste kunna följa de regler och rutiner som finns för boendet. Kvinnorna bor i kollektiv; de sköter själva matlagning och dygnsrutiner.

Förutom olika typer av stöd till kvinnorna erbjuder både Kvinnohuset och Siri också visst stöd till de barn som bor där. Vid Kvinnohuset i Örebro drivs en barngrupp en gång i veckan, ledd av barnpedagog, för barn som bor eller tidigare bott i huset. Barnen har även möjlighet att få stödsamtal eller Trappan-samtal. I föreliggande rapport har verksamheten därför analyserats tillsammans med övriga Särskilda verksamheter (SäV). Kvinnohuset vill att barnen ska få samma möjligheter som mammorna att bli lyssnade på och bli synliggjorda. Siri, som inte har något uppdrag från kommunen att arbeta med barnen, har ändå ett visst barnarbete. När barn flyttar in görs en handlingsplan runt barnet. Man har även ett barnmöte för boende i huset en gång i veckan. Om barnen på Siri vill prata om våldet lyssnar de anställda och visar att de förstår och bekräftar barnen. Personalen inleder inga behandlande samtal utan hänvisar då till Trappan i Uppsala. Läs mer om Kvinnohuset och Siri i Bilaga 1, sid 87.

Ordinarie verksamheter med stöd till barn, Barn och ungdomspsykiatriska verksamheter (OVS)

Tre allmänna barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter (BUP) ingår i studien; BUP Skärholmen, BUP Värmland (delar av organisationen) samt BUP Gamlestaden. Samtliga ingår i respektive landstings hälso- och sjukvård och styrs av samma lagar och förordningar som hälso- och sjukvården i övrigt. De tar emot barn och ungdomar (0 - 18 år). För att komma i fråga för behandling inom BUP krävs att barnet uppfyller diagnoskriterierna för minst en barnpsykiatrisk diagnos, oavsett om man varit med om våld i familjen eller ej.

När ett barn kommer till BUP är ofta gången så att först har man bedömningsamtal, 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 bedömnings-samtal erbjuda barnpsykiatrisk utredning eller behandlingsinsats, t.ex. med fokus på trauma. BUP Skärholmen har möjlighet att remittera till eller inhämta konsultation från BUP Bågen/Grinden i ärenden som rör våld i familjen.

Vid BUP i Värmland ingick fyra basteam samt tre av fyra resursteam i studien. Sedan år 2003 finns "Kompetensgrupp familjevåld" vid BUP Värmland. Representanter från kompetensgruppen finns i de olika teamen för att stödja övriga behandlare i ärenden med våld i familjen. Vanligaste insatsen för barn som upplevt våld i familjen är krisbehandling i form av individuella samtal utifrån barnets nivå enligt den terapimodell som behandlaren känner sin mest bekväm med.

Vid BUP Gamlestaden uppger man 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 stabiliserat situationen runt patienten har man ett flertal metoder att välja mellan för behandling. Är problematiken mer avgränsad kan t.ex. Trappan-modellen användas, annars finns EMDR, Traumafokusering, KBT och "Livsboken" att tillgå.

Tabell III. Ordinarie verksamheter med stöd till barn (OVS)

| Analysgrupp: OVS | BUP Gam- lestaden | BUP Skärholmen | BUP Värmland | Familjeavdelningen i Karlstad (IFO) | Kvinnoboendet Siri |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Antal sessioner i genomsnitt per ärende | 8 | 6 | 2,4 | Går ej att besvara | Finns ingen uppgift |
| Egen uppskatt- ning av före- komst av våld i ärenden | 20 % | 8,6 % | 25 – 45 % | På hela familjeav- delningen ca 9 %, hos familjerätten ca 38 %. | 100 %. Under 2008 bodde 75 mammor med sina barn på Siri. |
| Rutin finns för att alla barn får möjlighet till enskilt samtal vid minst ett tillfälle | Ja | Nej | Nej, (under fram- tagande) | Familjerätten: Nej Utredningsenheten: Ja Familjehuset: Nej | Ja, (Om mam- man godkän- ner) |
| Särskild resurs finns för barn som upplevt våld | Nej, all per- sonal arbetar med detta. | Nej, remiss kan gå till specialistenhet | Ja, kompetens- grupp, psyko- terapi, Trappan- samtal | Ja, familjehuset anordnar Trappan samtal. | Nej |

Läs mer om dessa verksamheter i Bilaga 1 sid 89ff (BUP) resp. 93ff (IFO).

Ordinarie verksamheten inom Socialtjänsten (OVS och OVuS)

Två verksamheter inom socialtjänsten ingår i studien, Familjeavdelningen vid Arbetsmarknads- och socialförvaltningen i Karlstad (OVS) och Familjerättsbyrån i Göteborg (OVuS).

Familjerättsbyrån är en enhet under Sociala resursförvaltningen i Göteborg och den arbetar enbart med familjerättsjuridik. Även vid Familjeavdelningen i Karlstad finns en enhet som handlägger familjerättsjuridik, men den ingår ej i denna studie, utan rekrytering av informanter har skett vid mottagningsenheten som bedömer ärenden och eventuellt hänvisar vidare för utredning (vid utredningsenheten) och behandlande insatser (bland annat vid enheten "Familjehuset").

Vid Familjeavdelningen i Karlstad görs utredningar enligt modellen BBIC (Barnets behov i centrum). När det gäller våld i familjen så anger man att det framför allt gäller det att trygga barnet i enlighet med SoL. Därutöver kan man erbjuda hjälp till ett tryggt boende, en kontaktfamilj eller kontaktperson. Man kan också komma att placera barnet. Vid den behandlande enheten "Familjehuset" finns behandlare utbildade att hålla Trappan-samtal med barnen.

Till Familjerättsbyrån i Göteborg kommer ärenden om faderskapsbekräftelse, adoption, samarbetsamtal (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 i studien. Under studiens inkluderingsperiod prövade Familjerättsbyrån en ny modell för mottagande av samarbetsamtalsärenden där en mottagningsgrupp mötte föräldrarna, och bl.a. genomförde individuell screening med PVS. Vid Familjerättsbyrån bedriver man inte behandling, däremot kan handläggarna fånga upp våldsutsatta föräldrar genom PVS och hänvisa dem till stöd.

Läs mer om Familjeavdelningen och Familjerättsbyrån i bilaga 1 sid 93 ff.

Tabell IV. Ordinarie verksamhet utan stöd (OVuS)

| Analysgrupp: OVuS | Familjerättsbyrån, Göteborg |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Antal sessioner i genomsnitt per ärende | 3-5 |
| Egen uppskattning förekomst av våld i ärenden | 30-40 % |
| Rutin finns för att barn får möjlighet till enskilt samtal vid minst ett tillfälle | Ja |
| Särskild resurs finns för barn som upplevt våld | Nej |

I analysen av resultatet som följer nedan har verksamheterna sorterats enligt följande;

- Till de *särskilda verksamheterna* (SäV) räknas de verksamheter som arbetar med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma, och har angett att de erbjuder individuella stödsamtal resp. individuella stödsamtal och gruppverksamhet. Dessa är Bojen, Grinden, Utväg Göteborg,

Utväg Skaraborg, BUP Bågen/Grinden, Frizon, Trappan, Fridlyst och Kvinnohuset i Örebro.

- Till de *ordinarie verksamheterna med stöd* (OVS) räknas barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter, utom Bågen/Grinden, samt verksamheter inom socialtjänsten med stöd. Dessa är BUP Skärholmen, BUP i Värmland, BUP Gamlestaden, Familjeavdelningen vid socialtjänsten i Karlstad samt Kvinnoboendet Siri.
- Som *ordinarie verksamhet utan stöd* (OVuS) räknas Familjerättsbyrån i Göteborg. Familjerättsbyrån är den enda av verksamheterna som klart uttrycker att man inte arbetar med någon typ av behandling.

Enskilda mammor och barn - bakgrundsdata

Mammorna

Som framgår av tabell V var knappt 75 procent av mammorna födda i Sverige; de mammor som hade kontakt med Familjerätten var i något högre utsträckning än övriga födda utomlands. Mammorna som hade kontakt med verksamheterna som var särskilt inriktade på att stödja barn som upplevt våld mot mamma av hennes partner hade i lägre utsträckning själva initierat denna kontakt. Oftast uppgav de att de kom till verksamheten på inrådan av någon annan (43 % mot 19 % inom BUP/IFO/Kvinnojour resp. 3 % inom familjerätten). 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.

Två tredjedelar av mammorna uppgav att de var ensamstående medan 8 % uppgav att de var sammanboende med den man som utsatt dem för våld. Högst var denna andel i de ordinarie verksamheterna med stöd (BUP/IFO/Kvinnojour).

Tabell V. Bakgrundsdata mammor vid förmätningen

| | SäV | | OVS | | OV ej stöd | | Total | |
|-----------------------------------|--------|----|--------|----|------------|----|---------|----|
| | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % |
| M född i Sverige | 60 | 76 | 22 | 82 | 22 | 58 | 104 | 72 |
| Yrkesarbetande | 43 | 54 | 16 | 59 | 25 | 66 | 84 | 58 |
| Arbetslös | 5 | 6 | 4 | 15 | 1 | 3 | 10 | 7 |
| Långtidssjukskriven | 18 | 23 | 3 | 11 | 4 | 11 | 25 | 17 |
| Kontakt initierad av M | 17 | 22 | 11 | 41 | 18 | 47 | 46 | 32 |
| Civilstånd ensamstående | 50 | 64 | 17 | 63 | 27 | 71 | 94 | 66 |
| Senast utsatt för våld (< 12 mån) | 52 | 67 | 25 | 93 | 33 | 89 | 110 | 78 |
| Har våldet upphört (Ja) | 45 | 57 | 9 | 33 | 9 | 24 | 63 | 44 |
| Finns det andra förövare (Nej) | 52 | 68 | 14 | 52 | 27 | 71 | 93 | 66 |
| Total | N = 79 | | N = 27 | | N = 38 | | N = 144 | |

Knappt 80 % av mammorna uppgav att de blivit utsatta för våld under det senaste året. Bland mammorna som hade kontakt med de särskilda verksamheterna var det något vanligare att våldet låg längre tillbaka i tiden. Knappt hälften av mammorna uppgav att mannens våld mot dem hade upphört; detta var betydligt vanligare bland de mammor som hade kontakt med de särskilda verksamheterna.

Två tredjedelar av mammorna uppgav att de enbart varit utsatta för våld i denna relation, medan en tredjedel uppgav att de blivit utsatta för våld också av andra än den man som var anledningen till att de deltar i föreliggande studie.

Av tabell VI framgår att knappt hälften av mammorna uppgav att den man som utsatt dem för våld inte var föremål för åtal/rättegång p.g.a. misshandel, och att mamman inte heller hade någon juridisk tvist (vårdnad/bodelning eller annat) med mannen i fråga. Tvist rörande vårdnad var vanligast bland mammor som hade kontakt med familjerätten (OVuS) (50 %), och minst vanlig bland mammor som hade kontakt med BUP, IFO eller en Kvinnojour (OVS) (19 %).

Tabell VI. Juridiska aspekter, relationen till mannen som utsatt mamman för våld

| | SäV | | OVS | | OVuS | | Total | |
|------------------------------------------------------|--------|----|--------|----|--------|----|---------|----|
| | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % |
| Inget misshandels- ärende eller juridisk tvist | 39 | 49 | 16 | 59 | 13 | 34 | 68 | 47 |
| Åtal/rättegång miss- handel | 7 | 9 | 4 | 15 | 1 | 3 | 12 | 8 |
| Vårdnadstvist | 20 | 25 | 2 | 7 | 17 | 45 | 39 | 37 |
| Bodelningstvist | 0 | 0 | 2 | 7 | 1 | 3 | 3 | 2 |
| Annan tvist | 3 | 4 | 2 | 7 | 0 | 0 | 5 | 4 |
| > 1 tvist (vårdnad/ bodelning/annat) | 6 | 8 | 1 | 4 | 2 | 5 | 9 | 6 |
| Total | N = 79 | | N = 27 | | N = 38 | | N = 144 | |

Av tabell VII framgår att mammornas medelålder var exakt lika i de tre grupperna, och att de hade lika många barn i medeltal. På den 7-gradiga utbildningsskalan placerade sig mammorna i de tre grupperna lika (motsvarande mellan avslutat gymnasium [4] och 1-2 års universitets/högskolestudier [5]). Mammornas genomsnittliga poäng på indexet för social position (en kombination av utbildningsnivå och yrkesstatus) var genomsnittlig för mammorna som hade kontakt med familjerätten, men relativt låg för övriga mammor. Gränsvärdet för "låg social status" brukar sättas till under 30 poäng. Poängen för yrkesstatus för personer som är arbetslösa eller sjukskrivna sedan mer än 6 månader är mycket låg (5 på en skala från 5 - 45 oavsett vilket yrke man är arbetslös eller sjukskriven från), och detta drar ner poängen för samtliga grupper. Av mammorna som hade kontakt

med de särskilda verksamheterna (SäV) stod sju procent utanför arbetsmarknaden p.g.a. arbetslöshet och 22 procent p.g.a. långtidssjukskrivna (här definierat som sjukskrivning sedan mer än sex månader) (tabell V). Motsvarande siffror för mammorna som hade kontakt med de BUP, IFO eller en Kvinnojour (OVS) var 15 procent arbetslösa och 11 procent långtidssjukskrivna. Bland mammorna som hade kontakt med familjerätten (OVuS) var sju procent arbetslösa och 17 procent långtidssjukskrivna.

Tabell VII. Bakgrundsdata vid förmätningen

| | SäV (1) | | OVS (2) | | OVuS (3) | | Skillnad | |
|-----------------------------|---------|------|---------|------|----------|------|----------|----------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | F | sig |
| Mammans ålder | 36 | 6,8 | 36 | 7,3 | 36 | 5,5 | 0,76 | ns |
| Antal barn | 2,2 | 1,1 | 2,3 | 1,1 | 2,1 | 0,9 | 0,66 | ns |
| Utbildning (1 - 7) | 4,3 | 1,5 | 4,0 | 1,3 | 4,6 | 1,6 | 1,49 | ns |
| SES (Hollingshead (8 -66)) | 30,1 | 14,6 | 29,0 | 13,7 | 36,5 | 14,8 | 2,94 | p = ,056 |
| Motivation för insats (NML) | 36,12 | 4,05 | 34,77 | 4,85 | 29,49 | 6,03 | 24,09 | p <.001 |
| | | | | | | | | 1,2 >3 |

Mammornas beredskap för att satsa på och säga sig vilja prioritera deltagande i den stödsats de var i färd med att påbörja var likvärdig för mammorna som hade kontakt med de verksamheter som var särskilt inriktade på våld i familjen och de ordinarie verksamheterna med stöd (BUP, IFO och Kvinnojourer) (NML i tabell VII). Mammorna som hade kontakt med Familjerätten fick däremot lägre poäng på denna skala.

Av tabell 3 (bilaga 2) framgår också att våldet som mammorna rapporterade att de varit, och ofta fortsatte att vara, utsatta för skiljde sig mellan grupperna i ett avseende. Mammorna som hade kontakt med de särskilda verksamheterna rapporterade att de varit utsatta för grövre våld totalt sett. Av de totalt 33 möjliga typerna av våld som de kunde rapportera på det standardiserade formuläret för våld i nära relationer (CTS2) uppgav de att de i medeltal varit utsatta för 20. När det gällde hur mycket våld mammorna rapporterade att de varit utsatta för under det senaste året så uppgav mammorna som hade kontakt med Familjerätten betydligt lägre intensitet än de två andra grupperna. Skillnaden var dock inte signifikant, möjligen på grund av att spridningen runt medelvärdena, framför allt i de två grupperna med stöd, var väldigt stor.

När det slutligen gällde mammornas självrapporterade psykiska ohälsa och livskvalitet vid förmätningen, så framgår det av tabell 3 (bilaga 2) att det fanns en skillnad mellan grupperna. På instrumentet som kallas Livsstegen rapporterade mammorna som hade kontakt med Familjerätten att de upplevde att de hade det signifikant mycket bättre för ett år sedan jämfört med hur mammorna i de två andra grupperna beskrev sin situation ett år tillbaka i tiden. Mammorna i de två andra grupperna rapporterade betydligt högre poäng 'Nu' (5,42 resp. 5,70) jämfört med 'för ett år sedan' (3,13 resp. 3,15), medan mammorna som hade kontakt med familjerätten gav samma poäng

'Nu' (4,64) som 'för ett år sedan' (4,89). Samtliga grupper var dock optimistiska om framtiden och angav en klart högre poäng när de fick bedöma hur det skulle vara 'om ett år' (7,64 - 7,92). På det mått som kallas 'Känsla av sammanhang (KASAM), vilket avser att mäta känsla av att livet är meningsfullt, begripligt och hanterbart, bedömde sig mammorna i de tre grupperna nästan exakt lika (55,2 - 58,0).

Barnens situation

Som framgår av tabell 4 i bilaga 2 fördelade sig de 200 barnen totalt sett jämnt såväl avseende kön (48 % flickor och 52 % pojkar) som åldersgrupp (3 - 5; 6 - 8; 9 - 11; resp. 12 - 13 år). Andelen pojkar var dock störst i de ordinarie verksamheterna med stöd (BUP/IFO/Kvinnojour) (75 %), och minst i de särskilda verksamheterna (45 %) ($\chi^2 = 9,95$, $p = .007$).

Av tabell 5 i bilaga 2 framgår att barnets pappa i 87 % av fallen var den man som mamman rapporterat hade utsatt henne för våld. Drygt 60 % av barnen i de särskilda och i de ordinarie verksamheterna med stöd hade själva blivit utsatta för direkt våld från pappans sida, enligt mamman. Andelen var något lägre bland barnen vars mammor hade kontakt med familjerätten (49 %).

Andelen barn vars föräldrar hade gemensam vårdnad varierade mellan verksamheterna. Räknat på de barn där det var barnets pappa som utsatt mamman för våld (N = 174) var gemensam vårdnad den vanligaste vårdnadsformen i samtliga grupper. Den varierade från 51 % bland barnen i de särskilda verksamheterna till 75 % i de ordinarie verksamheterna med stöd. Att mamman hade ensam vårdnad var vanligast bland barnen i de särskilda verksamheterna (47 %).

Den vanligaste formen av boende för barnen vars pappa enligt mamman utsatt henne för våld var att bo hos mamma (64 % - 83 %) (tabell 6 bilaga 2). Andelen barn som hade växelvis boende var totalt sett 12 % och högst bland dem som hade kontakt med familjerätten (23 %). Även bland övriga barn vars föräldrar hade gemensam vårdnad var det vanligt med regelbunden kontakt med pappan. Av tabell 5 (bilaga 2) framgår att drygt hälften av barnen (52 % - 66 % i de tre grupperna) där pappan enligt mamman var den som utsatt henne för våld, träffade sin pappa minst varannan vecka.

Barnen som hade kontakt med de särskilda verksamheterna hade, som framgår av tabell 7 (bilaga 2), enligt mammorna totalt sett upplevt mer våld mot sin mamma (både fysiskt och psykiskt) än övriga barn. När vi däremot inskränkte oss till vilket våld mot mamman som barnen enligt mammorna upplevt de senaste 12 månaderna såg vi inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna. Ett problem dock, liksom när det gällde mammornas självrapportering av det våld de varit utsatta för, var att spridningen runt medelvärdet var stor, vilket gör bedömningen osäker. Drygt hälften (57 %) av barnen hade enligt mammorna inte upplevt något fysiskt våld mot henne under det senaste året, och en dryg tredjedel (36 %) inte något psykiskt våld mot henne under samma tid (tabell 7, bilaga 2).

Måttet på allmän psykisk ohälsa som vi använde (SDQ) visade, som framgår av tabell 7 (bilaga 2), inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna vid förmätningen; alla tre låg strax under eller strax över det kli-

niska gränsvärdet, och alltså klart över medelvärdet i en normalgrupp. Måten på känslomässig reaktivitet, känslomässig regleringsförmåga och förmåga att fungera tillsammans med jämnåriga visade inte heller på några skillnader mellan barnen i de olika grupperna.

Våldet mot mammorna

Vi fann, som framgår av tabell 8 (bilaga 2), en lägre våldsutsatthet hos mammorna vid ett-årsuppföljningen jämfört med förmätningen. Siffrorna är dock inte helt jämförbara eftersom vi vid förmätningen frågade om våld under det senaste året, medan vi vid ettårsuppföljningen frågade om våld sedan vi senast träffade mammorna (dvs. för ett halvt år sedan). Även om mammorna rapporterade att våldet mot dem hade minskat innebar det inte att våldet helt hade upphört. Nio procent av mammorna uppgav vid ettårsuppföljningen att de varit utsatta för fysiskt våld och fyra procent att de varit utsatta för sexuellt våld sedan vi träffade dem förra gången (1/2 år tidigare). Mest frekvent var dock den psykologiska aggressionen (39 % av mammorna rapporterade sådan under de senaste 6 månaderna). Man bör också komma ihåg att de siffror som redovisas i tabell 8 enbart avser det våld som mamman rapporterade att hon blivit utsatt för av den man vars våld mot henne var anledning till kontakten med forskningsprojektet. Flera mammor uppgav i intervjuerna att de, också under det senaste året, varit utsatta för våld även av andra män.

I tabell 9 (bilaga 2) redovisar vi också hur mycket av det våld som mamman utsatts för, som enligt henne upplevts av barnet. Barnens upplevelser av våld mot mamma ser ut att ha minskat i ungefär samma omfattning som det av henne rapporterade våldet.

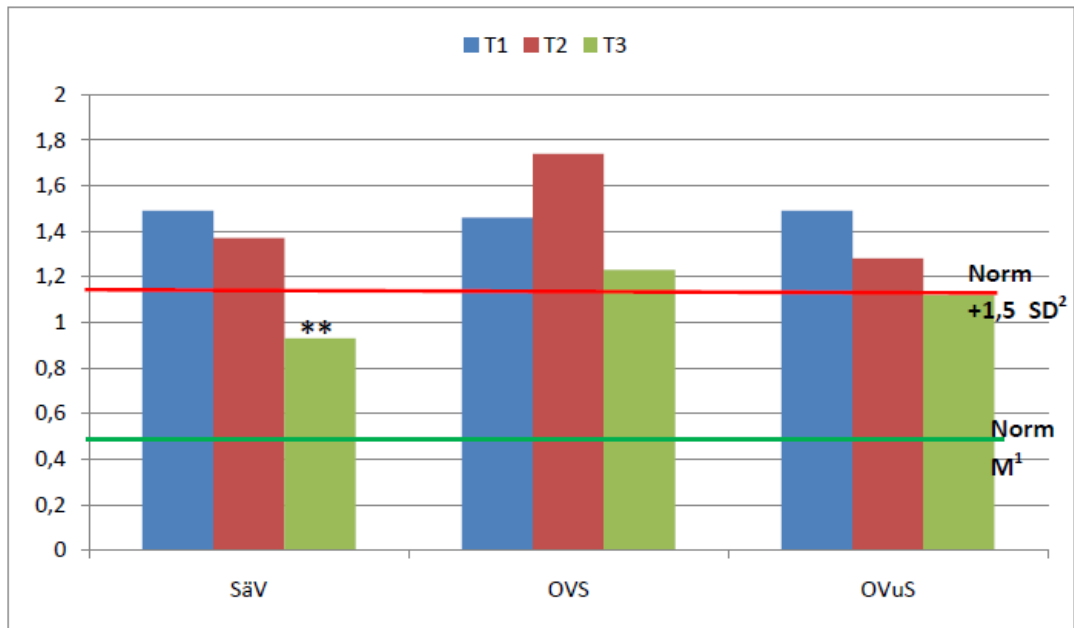
Effekter av stödinsatserna

Mammor själva

Vi fann, som framgår av tabell 10 (bilaga 2) bara två statistiskt säkerställda skillnader i de tre grupperna från för- till eftermätningen. Mammorna i ordinarie verksamhet med stöd (BUP, IFO; Kvinnojour) angav vid eftermätningen (T2) en klart högre siffra på livsstegen 'för ett år sedan' (4,65) jämfört med samma skattning 1/2 år tidigare (3,15), medan familjerättsgruppens skattning av livsstegen 'för ett år sedan' gick i motsatt riktning (3,15 vid T2 mot 4,89 vid T1).

Vi fann, som framgår av tabell 11 (bilaga 2) några fler statistiskt säkerställda skillnader när vi jämförde data mellan förmätning och ettårsuppföljning. Man måste dock komma ihåg att gruppen mammor som hade kontakt med de särskilda verksamheterna är störst (vilket gör att samma skillnad mellan för- och eftermätning lättare blir statistiskt signifikant) men, som framgår av figurerna 1 och 2, var också medelvärdeskillnaderna från T1 till T3 större i den gruppen i några avseenden. Mammornas självskattade psykiska ohälsa (BSI-GSI) minskade under det år som studien pågick. Vid ettårsuppföljningen hade 35 % av mammorna en totalpoäng som låg över det kliniska gränsvärdet.

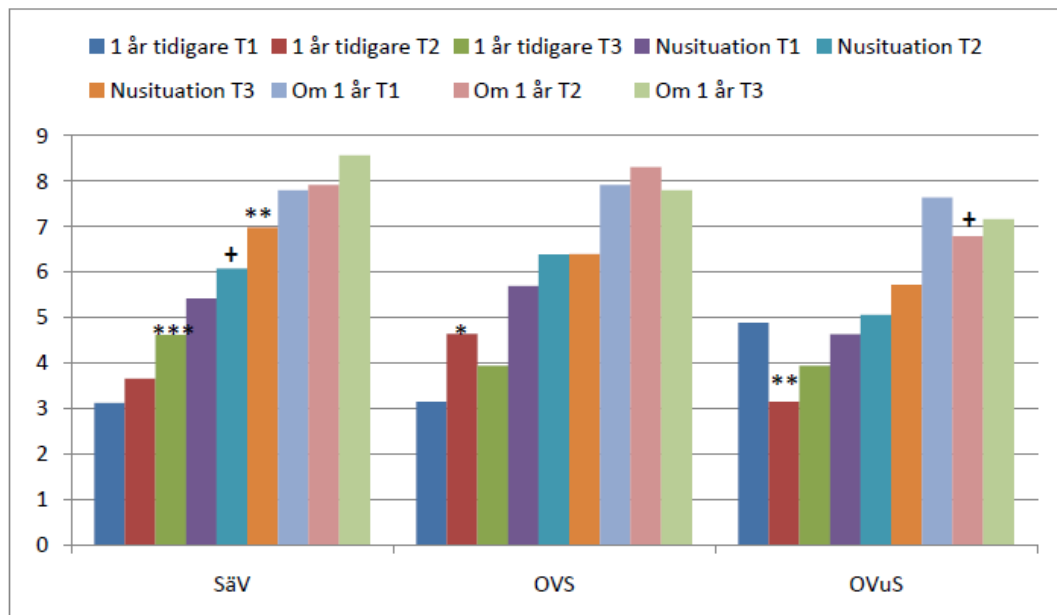
Figur 1, Självskattad psykisk ohälsa hos mammor (BSI- GSI)



1. Medelvärde normgrupp kvinnor GSI = 0,49 (Fridell, Cesarec, Johansson, & Malling Andersen, 2002)
 2. 1,5 Standardavvikelse över medel i normgrupp (SD = 0,44)
- + $p \leq 1,00$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Två av måtten på "optimism" (Livsstegen 'Nu' och 'För ett år sedan') ökade också bland mammorna som hade kontakt med de särskilda verksamheterna medan de låg konstant i de andra grupperna.

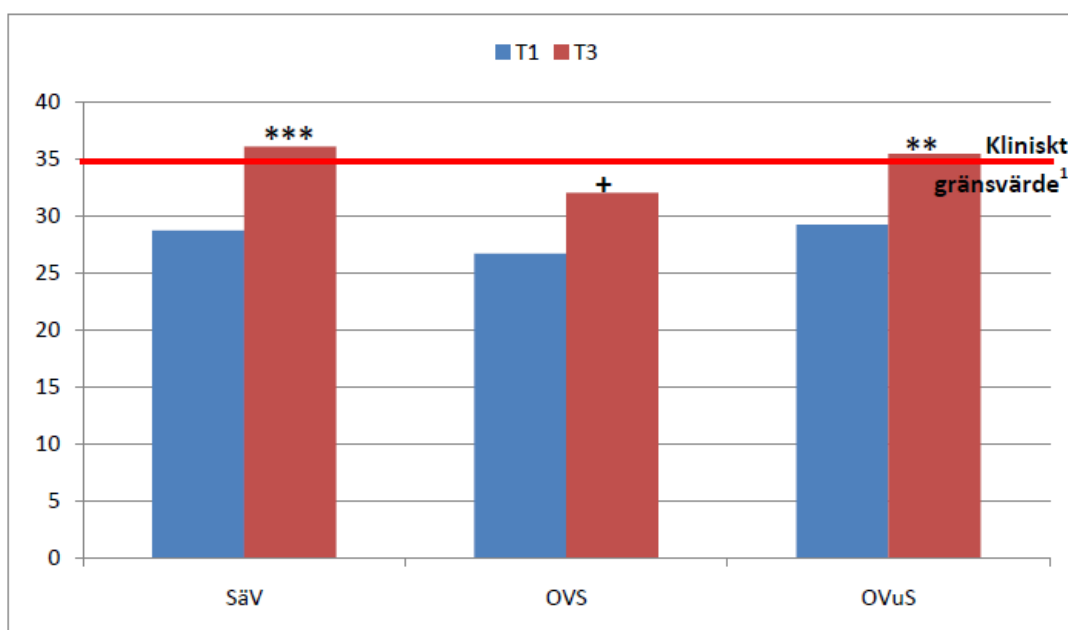
Figur 2, Mammors globala skattning av sin livssituation (Livsstegen)



- + $p \leq 1,00$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Ett oroande resultat var, som framgår av figur 3 (och tabell 10 & 11 bilaga 2), mammornas posttraumatiska symtom (IES) ökade signifikant och förhållandevis kraftigt i samtliga grupper. Vid ett-årsuppföljningen hade både mammorna som hade haft kontakt med de särskilda verksamheterna och de som hade haft kontakt med familjerätten medelvärden som låg över det kliniska gränsvärdet för "trolig PTSD". Sammantaget var det 44 % av mammorna som vid ett-årsuppföljningen hade en totalpoäng över det kliniska gränsvärdet (35).

Figur 3, Mammors skattning av egna posttraumatiska symtom (IES)



1. Gränsvärde för trolig PTSD (Neal, et al., 1994)

+ $p \leq 1,00$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

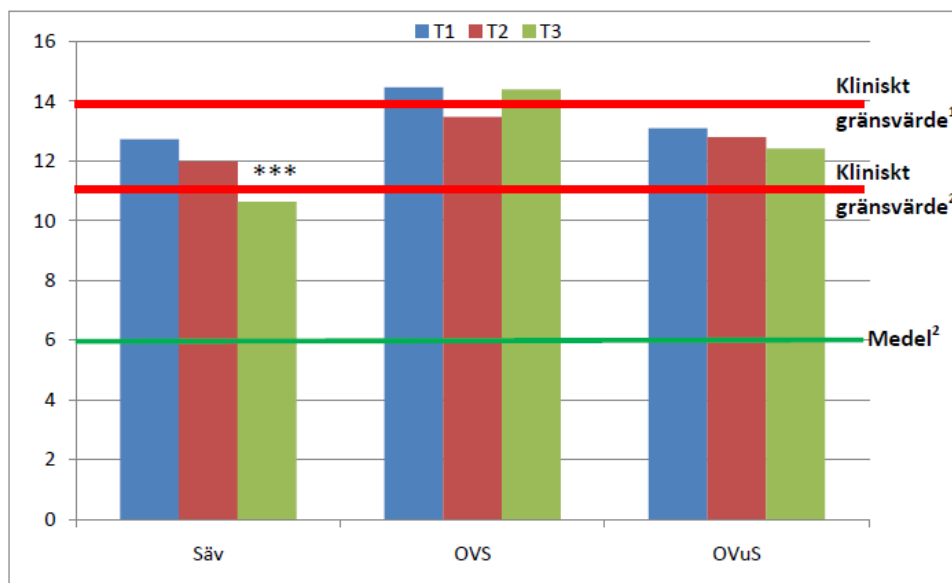
Mammorna om sina barn

Psykisk ohälsa

Som framgår av tabell 12 (bilaga 2) och figurerna 4 och 5 fanns det vid förmätningen ingen skillnad mellan grupperna vad avser psykisk ohälsa skattad med hjälp av det inom bland annat BUP mest använda formuläret för sådana skattningar (SDQ). Vi har angett två olika gränsvärden för när totalpoängen på SDQ ska anses indikera symtom på klinisk nivå (11 resp. 14). Som framgår av figur 4 ligger alla tre grupperna mellan dessa två gränsvärden, och klart högre än normalgruppens medelvärde. Från förmätning till eftermätning sker inga signifikanta förändringar på SDQ i någon av grupperna. Från förmätning till ett-årsuppföljning däremot sker det däremot flera positiva förändringar bland de barn som har kontakt med de särskilda verksamheterna. Den enda negativa förändringen utgörs av SDQ-måttet på "funktionsinskränkning" som beskriver om mamman upplever att barnets symtom på psykisk ohälsa vållar problem hemma, i skolan eller med kamrater. Mammorna som hade kontakt med familjerätten upplevde att belastningen ökat från förmätning till ettårsuppföljning medan mammorna vars barn haft kon-

takt med de särskilda verksamheterna upplevde att belastningen minskat (se tabell 13 och figur 5). Övriga signifikanta förändringar gällande psykisk ohälsa härrörde alla från barnen som haft kontakt med de särskilda verksamheterna, och de visade på förbättringar i form av minskad mängd symptom på psykisk ohälsa. Som framgår av figurerna skedde inte någon motsvarande positiv förändring vad gällde barnen som hade kontakt med ordinarie verksamheter med eller utan stöd (BUP/IFO/Kvinnojourer/Familjerätt). Det är också viktigt att notera att även om medelvärdesförändringarna bland barnen som haft kontakt med de särskilda verksamheterna var statistiskt säkerställda så var de i allmänhet små till måttliga.

Figur 4, Mammors skattning av barnens psykiska ohälsa (SDQ Total problemskala)

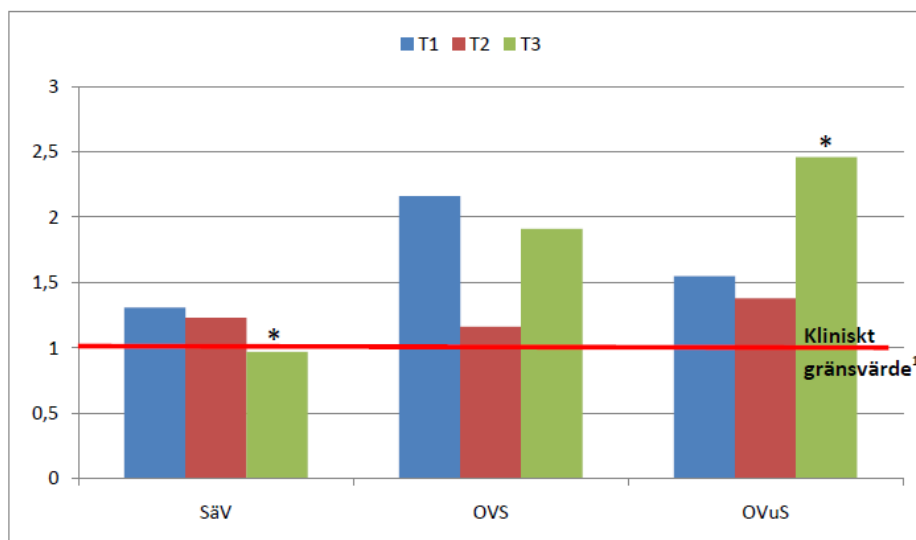


1. Klinisk gräns = 14 (Smedje, Broman, Hetta, & von Knorring, 1999)

2. Medel = 6, Klinisk gräns = 11 (Malmberg, Rydell, & Smedje, 2003)

+ p ≤ 1,00; * p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01, *** p ≤ 0,001

Figur 5, Mammor skattning av funktionsinskränkning hos barnet (SDQ Impact)



1. Klinisk gräns = 1 (Malmberg, Rydell, & Smedje, 2003)
 + $p \leq 1,00$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$

Avslutningsvis undersökte vi, som framgår av tabell VIII, också om andelen barn som låg över de kliniska gränsvärdena på allmän psykisk ohälsa (SDQ total > 11 resp. impact > 1) vid förmätningen (T1) förändrades fram till ettårsuppföljningen (T3). Bland barnen som haft kontakt med de särskilda verksamheterna sjönk andelen barn med symtom på klinisk nivå från 59 % till 45 % ($p < ,05$) medan andelen var oförändrad (drygt 60 %) i de ordinarie verksamheterna. Andelen barn med "funktionsinskränkning på klinisk nivå" sjönk marginellt bland dem som haft kontakt med särskilda verksamheter (från 41 % till 34 %, $p = ,05$) medan den var oförändrad bland övriga barn (47 %).

Tabell VIII. Barnens psykiska ohälsa över respektive under kliniskt gränsvärde

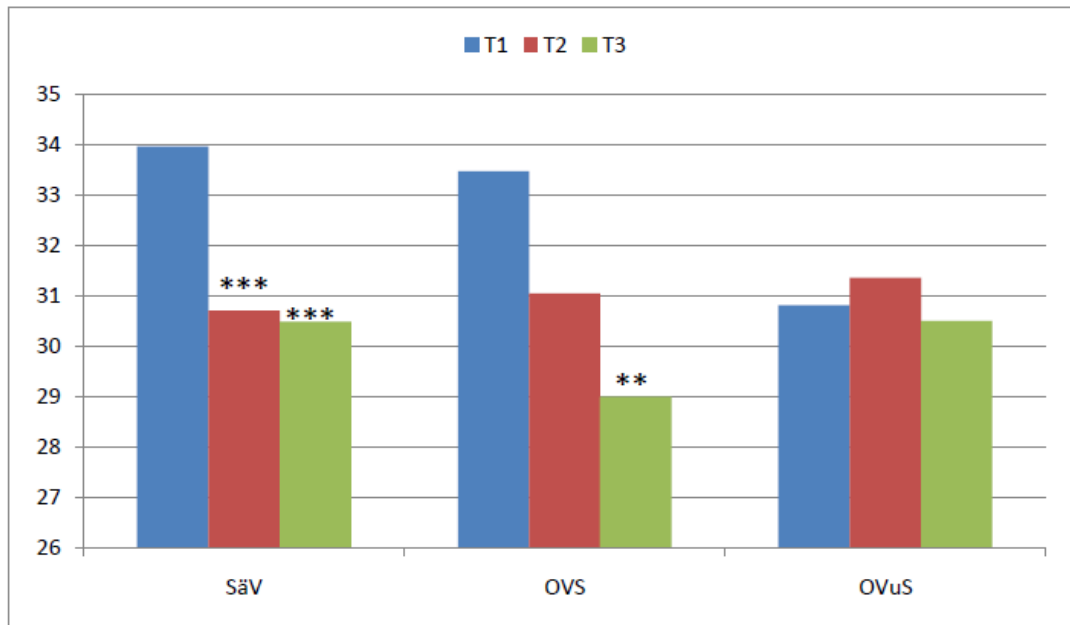
| | T1 | | T3 | | P ¹ |
|---------------------------|-----|-----------|----|-----------|----------------|
| | N | Antal (%) | N | Antal (%) | |
| SDQ Tot problem SäV | 119 | 70 (59) | 69 | 31 (45) | < ,05 |
| SDQ Tol problem OV + OVuS | 79 | 48 (61) | 59 | 38 (65) | n.s |
| SDQ Impact SäV | 119 | 49 (41) | 68 | 23 (34) | =,05 |
| SDQ Impact OV + OVuS | 79 | 36 (46) | 52 | 25 (48) | n.s |

1. McNemar Test

Känslomässig regleringsförmåga och social kompetens

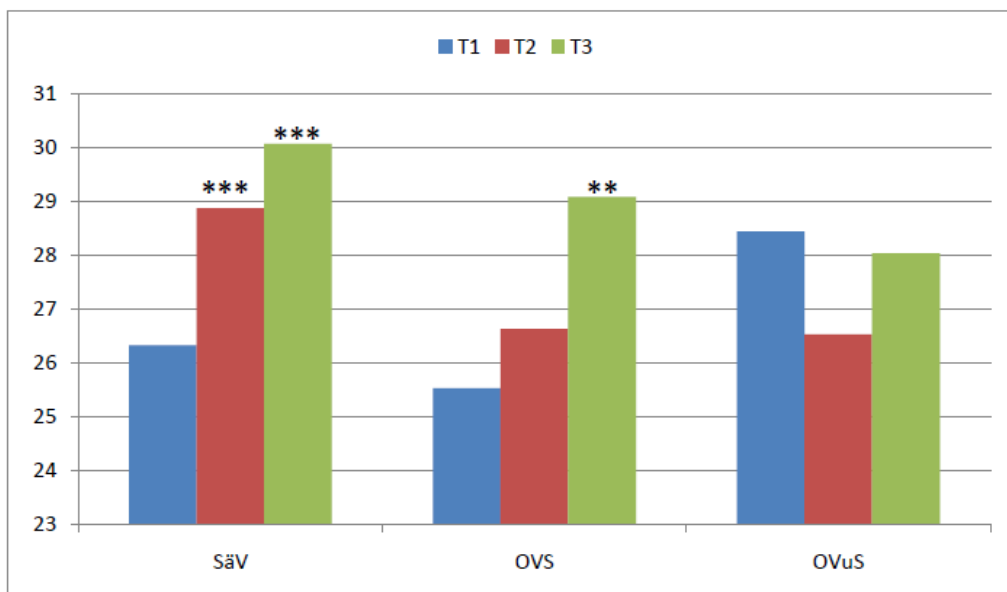
Mammornas skattningar av barnens känslomässiga reaktivitet och regleringsförmåga förändrades från förmätning till eftermätning och ettårsuppföljning bland barnen som hade haft kontakt med verksamheter som erbjöd stöd (både särskilda och ordinarie). Som framgår av tabell 13 (bilaga 2) och figurerna 6 och 7 sjönk barnens känslomässiga reaktivitet medan förmågan att själv reglera sina känsloutbrott ökade. Någon motsvarande förändring syntes inte bland barnen som haft kontakt med familjerätten.

Figur 6, Känslomässig reaktivitet totalskalan



+ $p \leq 1,00$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$

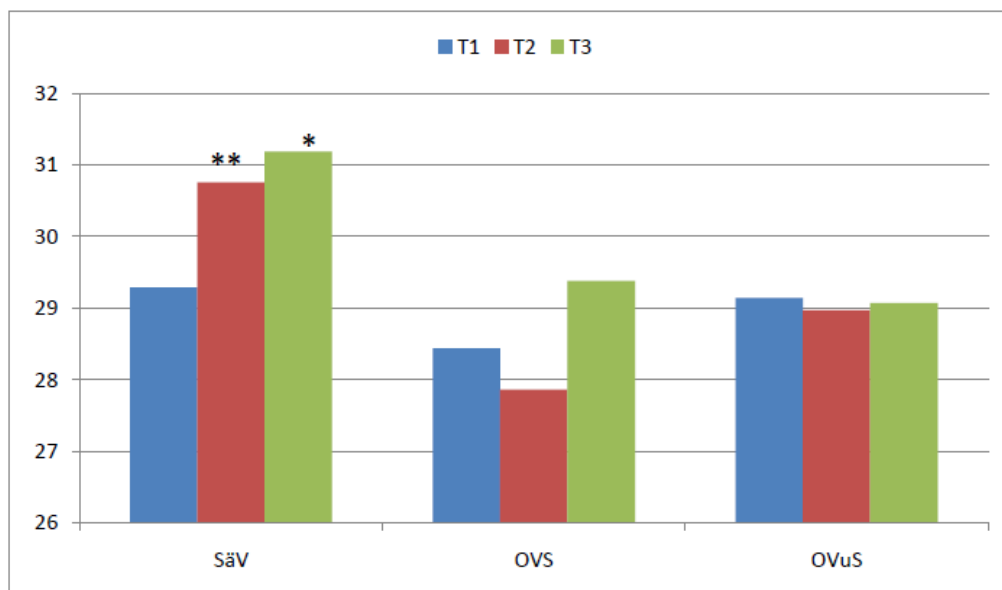
Figur 7, Mammors skattning av barnens förmåga att känslomässig reglering av sig själva



+ $p \leq 1,00$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$

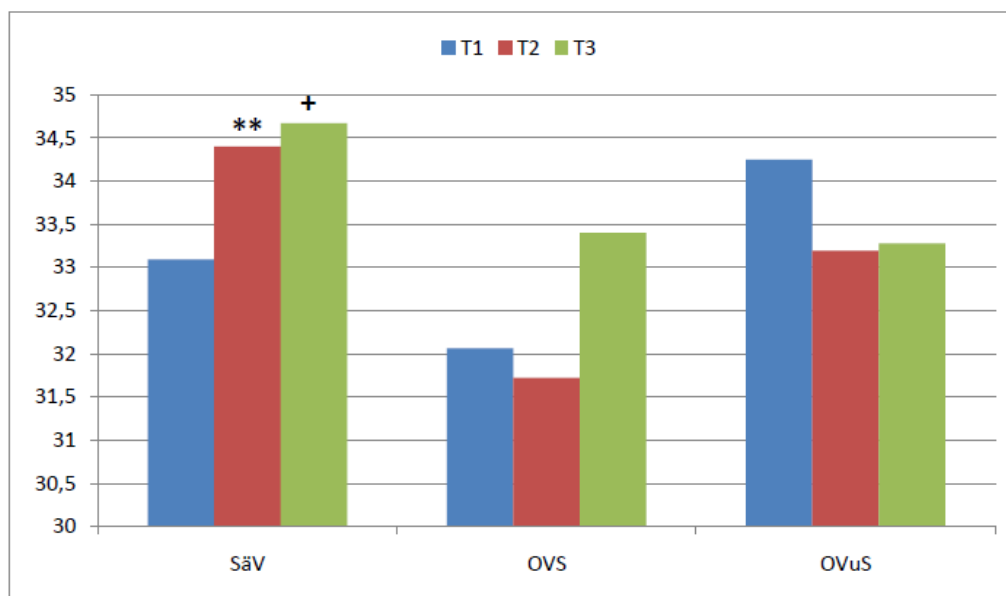
Bland barnen som haft kontakt med de särskilda verksamheterna skattade mammorna också barnens förmåga att samspela med jämnåriga som mer positivt vid eftermätning och ett-årsuppföljning jämfört med förmätningen (tabell 13 i bilaga 2 och figur 8 och 9).

Figur 8, Mammors skattning av barnens sociala kompetens avseende empatisk förmåga



+ $p \leq 1,00$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Figur 9, Mammors skattning av barnens pro social förmåga



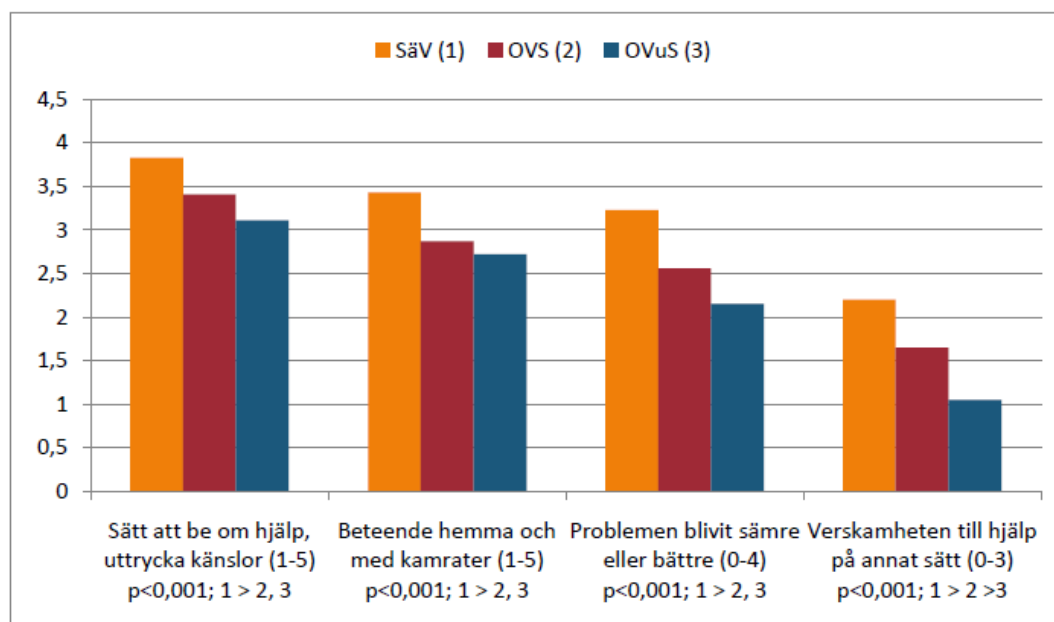
+ $p \leq 1,00$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Övriga mått på förändring

Vid såväl eftermätningen som ettårsuppföljningen ingick också frågor om mammorna upplevde att barnen förändrats och i så fall hur. Mammornas svar gick, som framgår av tabell 14 (bilaga 2) och figur 10, i samma riktning som rapporterats ovan, nämligen att mammorna till barnen som haft kontakt med de särskilda verksamheterna upplevde större förbättring än övriga mammor, och att mammorna som hade kontakt med familjerätten upplevde

minst positiv förändring. Det är också tydligt att även om mammornas skattning av barnens förbättring var ganska beskedlig, även för de barn som haft kontakt med de särskilda verksamheterna, så upplevde just dessa mammor att verksamheten också varit till hjälp "på annat sätt" i betydligt högre utsträckning än övriga mammor.

Figur 10, Mammors skattning av stödinsatsernas effekter på barnet

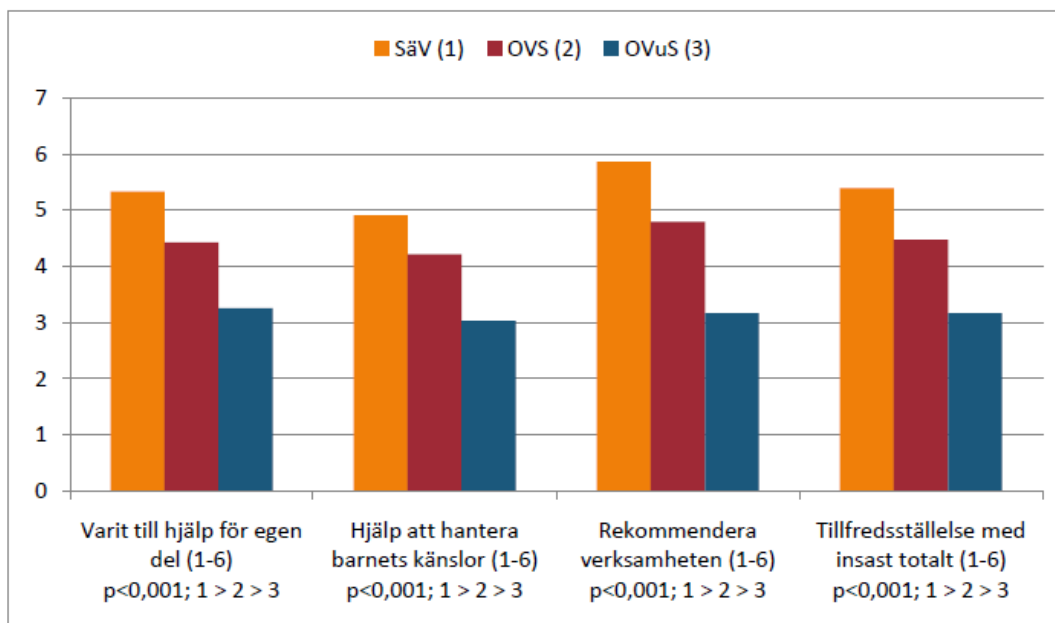


Vad ansåg mammorna om insatserna?

Mammorna om de insatser de tagit del av

Av de totalt 144 mammorna som deltog i förmätningen var det 115 (80 %) som också deltog vid uppföljningen och besvarade frågor om vad de ansåg om den stödinsats de fått. Som framgår av tabell 15 (bilaga 2) och figur 11 var mammorna som haft kontakt med de särskilda verksamheterna mest nöjda. De var unisont väldigt nöjda med insatsen; på en 6-gradig skala hade de t.ex. ett medelvärde på 5.9 (= 'Ja absolut') på frågan om de skulle rekommendera verksamheten för andra mammor i deras egen situation. Mammorna som deltagit i de ordinarie verksamheterna med stöd var också nöjda (M = 4,79 på frågan om de skulle rekommendera verksamheten dvs. mellan 'Ja, jag tror det' och 'Ja') men alltså mindre nöjda än mammorna i som haft kontakt verksamheter särskilt inriktade på att arbeta med barn som upplevt våld mot mamma och deras mammor. Spridningen runt medelvärdet var också genomgående högre i gruppen som fått stöd från ordinarie verksamheter, indikerande att fler var missnöjda och några var mycket nöjda. Mammorna som haft kontakt med familjerätten var betydligt mindre nöjda med insatsen än mammorna i de två första grupperna.

Figur 11, Mammors skattning av insatsen för egen del



Mammorna om sina barn

Av de totalt 200 barnen som mammorna beskrev i förmätningen var det 132 (67 %) som också beskrevs vid eftermätningen, där mammorna besvarade frågor om vad de ansåg om den stödinsats barnet fått. Som framgår av tabell 16 (bilaga 2) och figur 12 var mammorna som haft kontakt med verksamheter särskilt inriktade på att erbjuda stöd till barn som upplevt våld mot mamma mest nöjda med insatsen för barnets del. Så gott som samtliga var väldigt nöjda med insatsen; på en 6-gradig skala hade de t.ex. ett medelvärde på 5,4 (= mellan 'Bra' & 'Mycket bra') på frågan om vad de tyckte om verksamheten som helhet för barnet, och 5,8 (nästan 'Ja absolut') på om de skulle rekommendera verksamheten för andra barn i deras barns situation. Mammorna som deltagit i de ordinarie verksamheterna med stöd var relativt nöjda (mellan 'Både bra och dåligt' och 'Bra' på frågan om verksamheten som helhet, och nästan 'Ja' på frågan om de skulle rekommendera verksamheten) men klart mindre nöjda än mammorna i SäV-gruppen. Spridningen runt medelvärdet var också genomgående högre i denna grupp indikerande att fler var missnöjda och några var mycket nöjda. Mammorna vars barn deltagit i gruppverksamhet var genomgående oftast nöjda med denna insats (M = 5,43 dvs. mellan 'Bra och 'Mycket bra'). Mammorna som haft kontakt med familjerätten var genomgående betydligt mindre nöjda än mammorna i de två första grupperna.

Hur säkra är resultaten?

För att kunna bedöma säkerheten i de ovan redovisade resultaten kompletterades analyserna med jämförelser där vi kontrollerade för en del bakgrundsfaktorer som kunde ha betydelse för utfallet. För mammornas del rörde det sig om det våld de varit utsatta för. Mammorna som fått stöd av de särskilda verksamheterna uppgav vid förmätningen att de varit utsatta för mer våld än

mammorna som haft kontakt med ordinarie verksamheter. För barnens del har vi som kontrollvariabler använt barnets ålder och kön, om barnet varit direkt utsatt för våld, samt mammans rapportering av hur mycket av våldet mot henne som barnet upplevt. För att kontrollera om det föreligger en skillnad mellan grupperna som ej förklaras av bakgrundsvariablerna har vi utöver kontroll av bakgrundsvariablernas undersökt om grupptillhörighet (särskilda (SÄV) kontra ordinarie (OV + OVuS) verksamheter) förklarar någon varians i de beroenden variablerna, utöver den som redan fångats upp av bakgrundsvariablerna. För att vara säkra på betydelsen av grupptillhörighet har vi valt att göra detta i två steg: (1) kontroll av bakgrundsvariabler och (2) kontroll om grupptillhörighet medför en statistiskt signifikant utöver bakgrundsvariablerna.

När vi kontrollerade för skillnader i våldsutsatthet fann vi för mammornas del inga signifikanta skillnader mellan analysgrupperna i minskad allmän psykisk ohälsa, ökad "optimism" eller ökade posttraumatiska symtom (Tabell IX). Alla tre grupperna fick en viss minskning av allmän psykisk ohälsa, men också en ökning vad gäller posttraumatiska symtom. De skillnader mellan analysgrupperna vad beträffar "optimism" som antyds i figur 2, var inte signifikanta i den striktare analysen.

För barnens del består i huvudsak de skillnader mellan grupperna som antyds av de tidigare redovisade resultaten (Tabell X). Barnens allmänna psykiska ohälsa, mätt med SDQ, minskade mest bland de barn som haft kontakt med de särskilda verksamheterna. Barnen som haft kontakt med de särskilda verksamheterna utvecklades också mest positivt med avseende på känslomässig självreglering, empati och prosocial förmåga.

Tabell IX. Linjär regression avseende mammornas psykiska ohälsa (BSI & IES) och upplevda livskvalitet (LoL)

| Instrument | R | F Förändring | Sig F Förändring | Durbin-Watson | Anova F Sig | |
|-------------------|----------|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|---------|
| BSI | | | | | | |
| Modell 1 | 0,16 | 0,76 | n.s | | 0,76 | n.s |
| Modell 2 | 0,16 | 0,00 | n.s | 1,94 | 0,60 | n.s |
| LoL | | | | | | |
| Modell 1 | 0,23 | 1,24 | n.s | | 1,24 | n.s |
| Modell 2 | 0,24 | 0,61 | n.s | 2,05 | 1,11 | n.s |
| IES | | | | | | |
| Modell 1 | 0,47 | 6,60 | P<0,001 | | 6,60 | P<0,001 |
| Modell 2 | 0,47 | 0,18 | n.s | 1,79 | 5,27 | P<0,001 |

Modell 1: Kontrollvariabler (Våld mammorna varit utsatta för)

Modell 2: Kontrollvariabler + Grupptillhörighet (SäV – (OVS+OVuS))

Tabell X. Linjär regression avseende barnens psykiska ohälsa (SDQ), regleringsförmåga (ER-P) och sociala förmåga (Soc-K)

| Instrument | R | F Förändring | Sig F Förändring | Durbin-Watson | Anova F Sig | |
|----------------------|------|--------------|------------------|---------------|-------------|--------|
| SDQ Total | | | | | | |
| Modell 1 | 0,28 | 1,91 | n.s | | 1,91 | n.s |
| Modell 2 | 0,33 | 3,59 | p<0,10 | 2,30 | 2,22 | P<0,05 |
| SDQ Impact | | | | | | |
| Modell 1 | 0,27 | 1,73 | n.s | | 1,73 | n.s |
| Modell 2 | 0,32 | 3,24 | p<0,10 | 1,93 | 2,01 | p<0,10 |
| ER-P Total | | | | | | |
| Modell 1 | 0,29 | 2,09 | p<0,10 | | 2,09 | p<0,10 |
| Modell 2 | 0,34 | 3,50 | p<0,10 | 2,44 | 2,36 | P<0,05 |
| ER-P Själereg | | | | | | |
| Modell 1 | 0,24 | 1,33 | n.s | | 1,33 | n.s |
| Modell 2 | 0,27 | 2,25 | n.s | 1,84 | 1,50 | n.s |
| SocK Empati | | | | | | |
| Modell 1 | 0,28 | 1,90 | n.s | | 1,90 | n.s |
| Modell 2 | 0,31 | 2,21 | n.s | 1,91 | 1,97 | p<0,10 |
| SocK Pro-soc | | | | | | |
| Modell 1 | 0,30 | 2,09 | p<0,10 | | 2,09 | p<0,10 |
| Modell 2 | 0,30 | 0,28 | n.s | 2,05 | 1,78 | n.s |

Modell 1: Kontrollvariabler (Ålder, Kön, Utsatt för direkt våld själv, Hur mycket våld barnet upplevt)

Modell 2: Kontrollvariabler + Grupptillhörighet (SäV – (OVS+OVuS))

Måttet på hur stor förbättringen var (effektstorleken) visade, som framgår av tabell 17 till 19 i bilaga 2, genomgående på liten till måttlig förbättring från T1 till T3, med störst effekt för barnen som deltagit i stödinsatser anordnade av särskilda verksamheter ($d = ,17 - ,67$ från T1 till T3 i SäV).

4 Diskussion

Denna resultatredovisning baseras, som framgick av metodavsnittet, på ungefär 2/3-delar av samtliga barn och mammor som ingår i projektet. Våra resultat är därför preliminära. Vi menar dock att en del resultat är så pass säkra att vi redan nu kan dra slutsatser om hur samhällets insatser för barn som upplevt våld mot mamma av hennes partner bör förbättras, och diskussionen avslutas därför med några sådana förslag.

I likhet med övrig forskning visar denna studie att barn som upplevt våld mot mamma utgör en riskgrupp med hög förekomst av allvarlig psykisk ohälsa. Vikten av socialtjänstens ansvar att erbjuda stöd och hjälp till dessa barn understryks därmed än en gång (SOSFS 2009:22).

Resultaten pekar på att verksamheterna med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma utgör ett värdefullt komplement till de ordinarie verksamheter som arbetar med stöd och insatser för denna målgrupp. Dels är mammorna mer nöjda med de särskilda verksamheternas insatser för barnen, dels har mammornas skattningar av barnen i större utsträckning utvecklats i positiv riktning vad gäller symtom (som reducerats) och förmågor (som stärkts), jämfört med barnen som erhållit stöd genom ordinarie verksamheter eller enbart utretts med avseende på umgänge/vårdnad.

För mammornas egen del är bilden något annorlunda. Mammor som deltagit i de särskilda verksamheterna var visserligen mest nöjda, och de beskrev i störst utsträckning sänkta generella symtom på psykisk ohälsa. När vi kontrollerade för effekten av olika bakgrundsfaktorer så kan vi dock konstatera att vi inte ser några skillnader i behandlingsresultat mellan analysgrupperna så här långt. Det är alltså för tidigt att uttala sig om de verksamheter som utformats särskilt för barn till mammor som utsatts för våld av sin partner också har positiva effekter på mammornas psykiska hälsa och välmående. Det finns också ett oroande resultat som det är viktigt att lyfta fram. Mammornas självrapporterade posttraumatiska symtom ökade under tiden de erhöll insatser. Fortsatta analyser av detta resultat kommer att försöka identifiera vilka mammor, och om möjligt i vilka verksamheter, som löper störst risk att förvärras i sina posttraumatiska symtom. Programmen kan behöva modifieras för att minska denna risk. Det väcker även frågor om tillgång till adekvata behandlingsinsatser för mammorna och vilka behov som inte täcks av de särskilda verksamheterna för såväl mammor som barn.

Verksamhetens betydelse för barnen

Mammorna vars barn deltagit i verksamheter med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma var i allmänhet mycket nöjda med verksamheten och gav generellt sett bättre betyg åt verksamhetens betydelse för barnet än vad mammorna som deltagit i de ordinarie verksamheterna med barnstöd gjorde. Mammor vars barn deltagit i de särskilda verksamheterna

var mer benägna att rekommendera verksamheten till andra, tyckte oftare att barnet gärna hade deltagit med entusiasm, att verksamheten varit av värde för barnet och att deras egen kommunikation med barnet hade förbättrats efter insatsen. Mammorna som fått insatser i ordinarie verksamheter med stöd till barnen gav genomgående verksamheten något lägre betyg. Motsvarande resultat fanns när vi ser till effekterna på barnens psykiska hälsa och sociala kompetens av verksamheterna. Barnen som deltagit i verksamheter särskilt inriktade på barn som upplevt våld mot mamma hade oftare förbättrats jämfört med de barn som fått stöd av ordinarie verksamheter eller inget stöd (familjerätten), även om effekterna var små eller måttliga. Med tanke på de särskilda verksamheternas målsättning som är stödjande i sin karaktär (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 skuld-känslor”) menar vi att de uppmätta effekterna får bedömas vara tillfredställande. Denna studie stöder alltså att verksamheter som är särskilt inriktade på barn som upplevt våld mot mamma tillför något värdefullt för barnen som utsatts och utgör ett viktigt komplement till sedvanliga insatser. Eventuella skillnader mellan de olika modellerna av särskilda insatser kommer att analyseras när hela materialet finns tillgängligt. Det finns inget som talar för att de särskilda verksamheternas bättre utfall beror på att de arbetar med mindre utsatta barn. Före stödinsatserna sattes in fann vi inga signifikanta skillnader mellan barnens symtombörda i de olika verksamheterna men mammorna i de särskilda verksamheterna uppgav att de totalt sett varit utsatta för mer våld än övriga mammor. Vi fann också skillnader när det gällde vårdnads- och umgängesfrågor, där barnen i de särskilda verksamheterna i något högre utsträckning hade mamma som ensam vårdnadshavare. Vilken eventuell betydelse dessa initiala skillnader kan haft för resultaten kommer att bli föremål särskilda analyser inför avrapporteringen av hela materialet i juni 2011.

Verksamheterna med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma tycks ha motsvarat mammornas och barnens behov genom att tydligt fokusera på denna utsatthet. Vi kan ana att synliggörande – att bli bemött på ett sätt som gör att man känner sig förstådd och att bli stärkt i självkänsla och upplevd förmåga genom att dela sina erfarenheter med andra i samma situation – för många barn och mammor var minst lika viktiga som eventuell symtomlindring för hur man värderar verksamheten ifråga. För barnen är det viktigt att möta vuxna som inte förminskar eller blundar för det de varit med om utan kan bemöta dem så att deras erfarenheter och reaktioner bekräftas.

Vad gäller de ordinarie verksamheternas insatser pekar dock utvärderingen så här långt på otillfredsställande effekter. Det är bekymmersamt att man enligt mammorna generellt sett lyckas sämre med att hjälpa barnen än vad de särskilda verksamheterna gör. Enligt mammorna ses i genomsnitt inga förbättringar vad gäller psykiatriska symtom eller sociala förmåga hos de barn som fått stöd av de ordinarie verksamheterna, och förbättringarna avseende känslomässig reglering och reaktivitet är svagare än hos barnen som deltagit i särskilda verksamheter. Resultaten pekar på att man i de ordinarie verksamheterna inte kan ge barnen det stöd och den behandling som de har

behov av och rätt till (SOSFS 2009:22). Mammorna var trots det inte missnöjda med de ordinarie verksamheternas insatser, men mindre nöjda än de mammor som fått tillgång till de särskilda verksamheternas insatser.

Familjerätten har inga stödjande eller behandlande insatser riktade till barnen, och mammorna värderade också verksamhetens betydelse för barnen lägst. Samtidigt är familjerätten den instans som ser störst andel av förskolebarnen, medan de stödjande verksamheterna oftare möter barn i skolåldern. Detta kan bland annat förklaras med att verksamheter som arbetar med barnstöd kommer in i bilden när barnens egen problematik, i form av beteendestörningar eller andra symtom, uppmärksammas. Vill man nå förskolebarn som erfarit våld mellan föräldrarna för att uppmärksamma deras situation och för att tidigt sätta in stödjande åtgärder kan familjerätten vara en arena för att fånga upp barn med behov.

Inga signifikanta försämringar kan ses på gruppnivå i någon av de undersökta barngrupperna, vilket är ett viktigt observandum med tanke på den risk för negativa effekter vid gruppinterventioner som lyfts fram av Statens beredning för medicinsk utvärdering när det gäller barn med normbrytande beteende (SBU 2010:202). Hypotetiskt skulle man kunnat löpa en sådan risk i verksamheter med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma eftersom förekomst av uppförandeproblem rapporteras i ökad grad bland barn i denna situation.

Verksamhetens betydelse för mammorna

I likhet med barnen är mammorna som deltagit i denna utvärdering en synnerligen utsatt grupp. Det märks såväl när man ser till deras sociala situation där mammorna i högre utsträckning än kvinnor i allmänhet var arbetslösa eller långtidssjukskrivna, som när man ser till deras psykiska hälsa. Mammorna hade höga nivåer av psykiatriska symtom och skattade sin känsla av sammanhang i livet lågt jämfört med svenska kvinnor i allmänhet.

I likhet med barnen finns inga nämnvärda skillnader mellan hur mammorna mådde i de olika verksamhetstyperna, men mammorna som deltog i verksamheter med särskild inriktning mot barn som upplevt våld mot mamma rapporterade att de utsatts för grövre våld än vad mammorna i de andra grupperna gjorde.

Mammor som deltagit i verksamheter med särskild inriktning mot barn som upplevt våld mot mamma var genomgående mycket nöjda med insatsen och skulle absolut rekommendera verksamheten till andra i samma situation som deras egen. Mammor som deltagit i ordinarie verksamheter med stödjande insatser för barn var också nöjda med insatsen men i något lägre grad, medan mammor som deltagit i den ordinarie verksamheten utan stöd till barnen var mindre nöjda med verksamhetens insats. Verksamheterna med särskild inriktning mot barn som upplevt våld mot mamma tycktes med andra ord vara de som bäst motsvarade mammornas önskemål även när det gällde insatser för dem själva.

När man ser till effekterna av verksamheterna på mammornas psykiska hälsa är däremot resultaten mer blandade. Generella symtom på psykisk ohälsa

minskade bland mammor i alla verksamhetstyper. Symtom på posttraumatisk stress utvecklades dessvärre åt andra hållet; de ökade bland mammor i alla verksamheter under tiden utvärderingen pågick. Det är angeläget att se över hur mammor som utsatts för våld i sin nära relation får del av nödvändig behandling för egen del. De mammor som deltog i denna utvärdering erhöll i de flesta fall inga egna behandlingsinsatser; i en del fall deltog de i mammaprogram som löpte parallellt med barninterventionerna. Insatserna varierade mellan enskilda stödjande samtal och gruppsamtal med andra mammor i liknande situation. Insatserna var dock inte inriktade på att behandla mammans egen psykiatriska problematik utan fokus var på barnets behov. Trots detta var mammorna generellt sett nöjda även för egen del, och de mådde också i flera avseenden bättre. De posttraumatiska symtomens ökning är dock mycket oroväckande. Det är en tydlig indikation på att en del mammor inte får den vård de har behov av för egen del. Det är även belagt att posttraumatiska symtom kan störa samspel och föräldraförmåga på ett negativt sätt (Scheeringa & Zeanah, 2001). Att de traumarelaterade symtomen ökar kan dessutom antyda att mammorna inte har det skydd de behöver utan fortsatt är utsatta för hot och våld. Det kan även peka på en risk att verksamheterna utformats så att mammorna exponeras för ytterligare belastning, kanske genom att lyssna på andra utsatta kvinnor eller genom att deras egen situation inte kan underlättas trots att de lyfter fram den och pratar om den.

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). Vi diskuterar nu mot bakgrund av våra empiriska resultat när man utvärderar insatser för barn vars mamma utsatts för våld av sin partner. Inledningsvis beskrev vi en modell med olika nivåer för att strukturera barnens behov och rättigheter, och vi återvänder nu till den.

Barnens rätt att delta och påverka processer som berör dem

Rätten till delaktighet och att själv komma till tals om saker som berör en själv är en av de grundläggande mänskliga rättigheterna. Även barn ska ha rätt att ge sina synpunkter på saker som berör dem och deras livsvillkor. Begreppet 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 själva 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. Motsvarande resultat har visats i andra svenska

studier av barn som upplevt våld mot mamma (Almqvist & Broberg, 2004). I och med att det är barnets biologiska pappa som är förövaren kommer vårdnads- och umgängesfrågor att få stor betydelse för om barnet får tillgång till insatser av olika slag och vilka möjligheter barnet har att tillgodogöra sig insatserna.

Gemensam vårdnad var den vanligaste vårdnadsformen i gruppen som helhet. När föräldrar har gemensam vårdnad 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). Lagstiftningen har hittills tolkats så att hälso- och sjukvård och socialt stöd till barnet kräver att var och en av vårdnadshavarna ska samtycka (Schiratzki, 2010), trots att man i flera utredningar påpekat att detta kan inskränka barnets rätt till vård, särskilt psykiatrisk vård och behandling efter övergrepp (Eriksson m.fl., 2006; SOU 2009:68, SOU 2001:72).

Denna omständighet innebar även att vi i denna studie informerade och tillfrågade pappor om samtycke till att barnet kunde delta som informant om föräldrarna hade gemensam vårdnad. Som vi beskrev i metodavsnittet uppgav mammorna ofta rädsla för att kontakta och tillfråga barnets pappa, och valde därför att barnet inte skulle delta som informant. Personal i verksamheterna med särskild inriktning på våld beskriver på motsvarande sätt att man ofta förhindras att hänvisa barn till behandling därför att papporna inte samtycker eller för att mammorna är rädda för att en förfrågan om samtycke skulle kunna innebära ökad risk för barnet eller dem själva.

Med hänvisning till barns rätt till delaktighet kan man tycka att de barn som själva önskar få möjlighet att delta och lämna uppgifter i en studie om deras erfarenheter borde få göra det. 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. Man kan beskriva det som att mammorna gör en bedömning där de väger risken för att barnen och de själva ska utsättas för ytterligare hot eller våld och risken att behandlingsinsatsen som tillstyrkts av barnets pappa ska avbrytas mot rätten och värdet för barnet att delta och yttra sig om sina egna erfarenheter. I denna situation beskriver flera mammor att de tillmäter risken för att behandlingsinsatsen avbryts större betydelse än det värde som barnets delaktighet tillför, vilket leder till att endast ett begränsat antal mammor accepterar att pappan tillfrågas så att barnen kan delta.

Vår studie belyser den svåra situation barn kan hamna i när föräldrar har gemensam vårdnad och det föreligger en situation som inbegriper våld och hot om våld från den ene föräldern mot den andra. Barnens rätt till delaktighet såväl som olika insatser riskerar att beskäras genom den tolkning av lagtexten som idag är praxis och barn med behov av vård riskerar att inte få den hjälp de behöver.

En annan av utmaningarna i denna studie var som tidigare omnämnts att rekrytera barn och mammor i ordinarie verksamheter som kunde utgöra en jämförelsegrupp till barn och mammor som deltog i de särskilda verksamhe-

terna. Som framgick av tabellen rörande antalet inkluderade barn från olika verksamheter (sid 25), har vi trots stora ansträngningar, förlängd inklusionsperiod och tillkommande enheter enbart lyckats rekrytera 13 barn från IFO och 41 barn från BUP, vilket inte på något sätt rimmar med inflödet av ärenden och andelen barn som upplever våld i familjen så som verksamhetsföreträdare själva bedömer det. Det är allvarligt då uppmärksammande av barns utsatthet är en förutsättning för adekvata insatser. Svårigheterna handlade främst om hur man identifierar barn till mammor som utsatts för våld av sin partner. Verksamheternas arbetsrutiner var ofta utformade på ett sätt som fick till följd att man systematiskt undvek att uppmärksamma barn som upplevt våld mot mamma. Vi identifierade två specifika hinder i de ordinarie verksamheterna: (1) att man inte ställde frågor om förekomst av våld i familjen, och (2) att man som rutin träffade föräldrarna tillsammans. För att kunna ställa frågor om mamman hade utsatts för våld av sin partner krävdes i flera av de ordinarie verksamheterna att man förändrade sitt arbetssätt så att man, åtminstone vid något tillfälle i samband med att kontakten initierades, kunde tala enskilt med mamman. Det krävdes dessutom att man klarade att ställa en tydlig fråga om våldutsatthet, vilket flera i personalen uppfattade som svårt. Man menade att frågan i många fall var irrelevant och orimlig att ställa. I några verksamheter skedde en utveckling över tid där en allt större andel av de mammor som kom till verksamheten tillfrågades om våld i sin nära relation med det screeningformulär som användes (PVS). I andra verksamheter var det enbart ett fåtal av de som kom till verksamheten som tillfrågades, och då rörde det sig oftast om mammor där personalen hade annan information som tydde på att mamman hade utsatts för våld. Det förekom även att det i ordinarie verksamheter saknades rutin för att tala med barnet enskilt, vilket kan försvåra att barnet själv berättar om egen utsatthet för våld och andra missförhållanden.

Erfarenheterna gör att man måste fråga sig om socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri arbetar på ett sätt som gör det möjligt att synliggöra och giltiggöra utsatta barn på ett rimligt sätt. Om man alltid träffar föräldrar tillsammans, vilket tycks vara ett vanligt förekommande sätt att arbeta, förhindrar man effektivt att frågor om våld i den nära relationen kan ställas och besvaras. 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). Resultaten där och i detta projekt, vilket även beskrivs i ett delarbete av Jutvik (2010), visade att 20 - 30 % av barnen som kom till de barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna levde i familjer där mamman uppgav att hon utsatts för våld av sin partner, oftast barnets pappa. Den höga andelen barn med denna problematik talar starkt för att man behöver förändra sitt arbetssätt och vid något tillfälle träffa föräldrar enskilt som en del av utredningar i socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. Dessutom torde det vara så att om samtalssituationen förändras så att den underlättar frågor om våld, underlättas också samtal om andra familjehemligheter av betydelse för behandlingen (missbruk, psykisk sjukdom etc.).

I begreppet delaktighet ligger även att barnen och deras mammor ska uppmärksammas och bli bemötta på ett sätt som är anpassat till deras utsatthet. Verksamheten måste vara utformad så att de upplevelser man har blir begripliga i en kontext där de egna känslorna accepteras och giltiggörs. Det är den utsattes upplevelse av vad som har hänt som ska ges företräde i förståelsen av våldet. I intervjuerna med företrädarna för de olika verksamheterna ser man tydliga skillnader mellan flera av de ordinarie verksamheternas perspektiv och verksamheterna med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma. De särskilda verksamheterna har ett tydligt delaktighetsperspektiv, och flera av dem uttrycker att alla barn som har upplevt våld mot sin mamma har rätt att få prata om sina upplevelser och därmed stöd i att hantera dem. De program som erbjuds inkluderar tydliga barnaktiviteter där barnen själva är aktörer. Det är möjligt att de särskilda verksamheternas hållning på detta område bidrar till att barnen i högre utsträckning tillgodosör sig de insatser de erbjuds, och att mammorna är så nöjda med insatserna.

Barns rätt till skydd

Barn som deltagit i denna studie har samtliga upplevt att mamma utsatts för våld av sin manliga partner. Speciellt när det gäller mammor som deltagit i de särskilda verksamheterna, men även i övrigt, handlar det om flera olika typer av våld, både psykologisk aggression och fysiska angrepp, ofta under lång tid. När mamma utsätts för våld av pappa innebär det att inte någon av föräldrarna kan ge det skydd som barn behöver eftersom vare sig den som är våldsam och skrämmande eller den som är hotad, slagen och skrämmd kan ge barnet tröst och trygghet. Det innebär att våld, hot och skräck varit en del av barnets "vardag" under uppväxten. Mer än hälften av barnen hade dessutom själva utsatts för direkt våld av samme förövare som utsatt mamman för våld; för det mesta barnets pappa. Barnens rätt till skydd har därmed kränkts på flera sätt, de har utsatts för både psykiskt och fysiskt våld samt bristande omvårdnad.

För att säkra att barn får det skydd de har rätt till krävs att man noggrant kartlägger risker och säkerhet. 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.

De flesta barnen 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. Ändå var strukturerade riskbedömningar och barnens egen säkerhet dåligt uppmärksammade områden inom såväl socialtjänsten som barn- och ungdomspsykiatri. Riskbedömningar och ett säkerhetsperspektiv var inte centralt i de särskilda verksamheterna heller, men bristen på skydd för barnet och mamman framhölls ofta som en av de viktigaste anledningarna till att det var svårt att ge stöd till barnen.

Frågan är om personalen i framför allt ordinarie verksamheter begränsar sig själva för att inte väcka pappans missnöje genom frågor som man är rädd för att han ska ta illa vid sig av, och att man därför undviker riskbedömningar

och att informera sig om det finns en hotbild? Personalen beskriver en tydlig medvetenhet om att pappans godkännande och acceptans är en förutsättning för att man ska få initiera och behålla en behandlingskontakt med barnet när föräldrarna har gemensam vårdnad. Konsekvensen kan bli att barnens rätt till skydd inte får den uppmärksamhet som vore rimlig, och att man kommer att brista i kunskap om vilka risker barnet utsätts för.

Det finns anledning att fundera över vilken risk barnen löper att utsättas för hot eller våld i samband med den kontakt som är nödvändig för att föräldrarna ska få umgänget att fungera. Det finns idag inga svenska studier som fångar upp vilka risker för barn och mamma som gemensam vårdnad och regelbundet umgänge innebär när det är barnets pappa som utsatt mamma för våld. Vi kan ana att när det gäller dessa frågor har man svårt att hantera konflikten mellan dessa barns behov av skydd och barns i allmänhet behov av samhörighet och nära kontakt med båda föräldrarna. Det tycks som att man när det gäller barn till föräldrar där pappa utsatt mamma för våld 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 undantagsfall där en förälder är våldsbenägen. Motsvarande konflikter kring vad som är "barnets bästa" när pappa har begått våld mot mamma föreliggare 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 de flesta barn 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. En idealiserad bild av föräldrar som efter skilsmässan samverkar med barnets bästa i fokus är inte en realistisk grund för att tillgodose barnets bästa när såväl mammor som barn utsatts för våld och kränkningar av barnets pappa. Då utgör strukturerade bedömningar av risk för fortsatt våldsutsatthet av såväl barn som mamma ett bättre underlag.

Barns rätt till särskilda insatser och hälsovård

Inledningsvis beskrev vi två olika nivåer av stödande insatser för barn som upplevt våld mot mamma. Den första nivån utgörs av särskilda insatser, individuellt eller i grupp, där barnen ges möjlighet att bearbeta det de varit med om. Fokus är kognitiv och känslomässig bearbetning i kombination med jagstödjande insatser. Man kan beskriva insatserna som pedagogiska eller psykoedukativa, där barnen får stöd att bearbeta genom att de ges en begreppsram som hjälper dem att hantera det som hänt samt frågor om skuld och ansvar. De särskilda verksamheterna som utvärderas kan (förutom BUP Bågen/Grinden i Stockholm) inordnas i denna kategori. Ansatsen i dessa 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 utsatts för våld i föräldrarnas relation. De särskilda verksamheternas fokus ligger

inte på att behandla det enskilda barnets psykiska symtom eller beteendeproblem, utan man har en främjande och stärkande intention. För en del barn är dock de särskilda verksamheternas insatser inte tillräckliga.

Många barn som upplevt våld mot mamma utvecklar 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 trotssyndrom. För dessa barn behövs dels en tydlig vårdkedja där de kan remitteras/hänvisas till specialiserade insatser samt att det finns särskilt anpassade metoder att tillgå för den problematik de har. De särskilda verksamheter som idag finns tillgängliga saknar (med undantag för BUP Bågen/Grinden) den specialiserade terapeutiska kompetens som dessa barn behöver och det är inte rimligt att de ska utgöra ett behandlingsalternativ till barn- och ungdomspsykiatri. Det måste finnas kvalificerade och specifika behandlingsalternativ för barn som utvecklat allvarliga beteendestörningar och psykiatriska symtom i samband med att de levt med våld i familjen. Om de särskilda verksamheterna, vars uppdrag idag är ett generellt erbjudande om stöd, i stället ska utvecklas till behandlingsinstitutioner krävs omorganisation och stora resurstillskott. Risken är då också att det generella erbjudandet om stöd går helt förlorat, och att även barn med mildare problem får sina besvär "psykiatriserade".

Resultatredovisningen visade på en bristande differentiering mellan insatsnivåerna. Det fanns inga signifikanta skillnader i barnens symtombelastning mellan dem som deltog i de särskilda och i de ordinarie verksamheterna när de fick kontakt med respektive verksamhet. Skillnaderna inom respektive verksamheter var däremot stora. I både de särskilda och de ordinarie verksamheterna förekom det att barn med relativt liten och barn med mycket stor symtombelastning fanns i samma verksamhet och erhöll likartade insatser. Ett annat tecken på den bristande differentieringen var att ordinarie verksamheter, som barn- och ungdomspsykiatri, uppgav att de hänvisade barn som upplevt våld mot mamma till verksamheter med särskild inriktning mot våld, eller att man använde sig av samma metod, till exempel krissamtal enligt Trappan-modell, i både ordinarie och särskilda verksamheter.

Idag saknas i stort sett tillgång till insatser för de svårast drabbade barnen – de som utvecklat egna allvarliga störningar relaterade till sina upplevelser. Om man inom barn- och ungdomspsykiatri utvecklade användningen av särskilt anpassade interventioner för barn och mammor som utsatts för våld i nära relationer skulle det även ge de särskilda verksamheterna större möjligheter att kartlägga barnen och hänvisa dem som på grund av stora egna problem har svårt att tillgodogöra sig pedagogiska insatser, och/eller påverkar andra barns möjlighet till stöd negativt, till insatser som är mer anpassade för barn med allvarliga psykiska problem.

Barn som upplevt våld mot mamma utgör, som framgått av denna rapport, en riskgrupp beträffande utveckling av allvarlig psykisk ohälsa. I likhet med andra riskgrupper (till exempel adoptivbarn eller barn med funktionsnedsättningar) är de i behov av särskild uppmärksamhet. När det gäller barn som tillhör kända riskgrupper för psykisk ohälsa föreslår vi att man bygger

ett system för hur de ska kunna uppmärksammas, så att barn med behov av mer omfattande insatser kan identifieras. Med tanke på att barn som upplevt våld mot mamma har olika behov av insatser beroende på hur mycket de påverkats av våldet och i vad mån de utvecklat en egen problematik med symtom och beteendestörningar vore det rimligt att verksamheter med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma gjorde en inledande bedömning av varje barn för att säkra att barn med stora insatsbehov får anpassade åtgärder, rimligen inom barn- och ungdomspsykiatrin. Det kan t.ex. innebära att man i de särskilda verksamheterna använder någon enklare form av instrument för att identifiera barn med hög grad av posttraumatiska symtom eller symtom på annan psykisk ohälsa. Några av de instrument som använts i föreliggande studie skulle lämpa sig väl för detta.

Ett system som identifierar barn i behov av specialiserade behandlingsinsatser förutsätter att sådana finns att tillgå. Det krävs en utveckling i hälso- och sjukvården för att man ska kunna erbjuda psykiskt traumatiserade barn kvalificerade och specifika evidensbaserade insatser. Sådana metoder finns utvecklade (till exempel TF CBT som används bl.a. vid BUP Elefanten i Linköping). I Norge pågår nu en utvärdering av TF CBT för målgruppen psykiskt traumatiserade barn och ett pilotprojekt med avsikt att utveckla behandlingen inom BUP av traumatiserade barn som upplevt våld i sin familj har påbörjats vid BUP Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus i Göteborg (Hultmann, 2010).

Slutsatser och rekommendationer

Verksamheter med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma och deras mammor utgör ett värdefullt komplement till sedvanliga behandlingsinsatser. Verksamheterna är uppskattade av barnens mammor och bidrar på ett positivt sätt till barnens psykiska hälsa. Det finns därmed god anledning att stödja den fortsatta utvecklingen av dessa verksamheter.

Ytterligare analyser kommer att möjliggöra bättre förståelse av effekten av olika specifika insatser (till exempel individuella krissamtal eller gruppsessioner) och vilka omständigheter som främjar respektive försvårar för det enskilda barnet att tillgodogöra sig insatserna ifråga.

Barn som upplevt våld mot mamma utgör en riskgrupp med generellt höga symtombördor och beteendestörningar jämfört med barn i allmänhet, vilket även visas i denna studie. Barn som upplevt våld mot mamma behöver därmed uppmärksammas så att deras behov av stöd och hjälp kan utredas.

Studien belyser att arbetssätt som försvårar upptäckt av våld i familjen, till exempel att alltid samtala med hela familjen tillsammans, är vanligt förekommande i socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det är angeläget att myndigheter som arbetar med barn och familjer utformar sitt arbetssätt så att våld i föräldrarelationer kan uppmärksammas och synliggöras, och att man vid något tillfälle talar enskilt med såväl vardera föräldern som med barnet.

Strukturerade riskbedömningar av barnets och mammans situation saknas ofta, trots att regelbundet umgänge med en pappa som utsatt mamma och ibland även barnet för våld vanligtvis upprätthålls. Det är därmed svårt att bedöma vilken risk barnet utsätts för och om barnens rätt till skydd är tillgodosett. Kunskap om modeller för strukturerade riskbedömningar, och hur de kan användas när barn har upplevt våld mot mamma, behöver förbättras inom socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri.

Tillgången till specifika effektiva behandlingsmetoder för barn som traumatiserats av att uppleva våld mot mamma och utvecklat egen barnpsykiatrisk problematik brister idag. Det finns en risk för att verksamheter med särskild inriktning på barn som upplevt våld mot mamma, som är avsedda att vara en stödjande insats där barn synliggörs och giltiggörs, kommer att användas som ersättning för barnpsykiatrisk vård om man saknar behandlingsmetoder eller inte kan erbjuda dem på grund av att pappan inte samtycker till behandlingsinsatser. Denna problematik märks i vårt material genom att barn med omfattande symtombördor förekommer i samtliga verksamheter som ingår i studien, och att spridningen i barnens symtombörder är stor i samtliga verksamheter. Tillgången till specifika behandlingsinsatser för barn med svårare problematik behöver förbättras så att en vårdkedja kan utvecklas där barnens möjlighet att få insatser på rätt nivå stärks.

Även om mammorna var nöjda med det stöd de fått och beskrev hur generella symtom på psykisk ohälsa förbättrats är det tydligt att mammornas behov av särskilda insatser för egen del inte tillgodosågs eftersom deras posttraumatiska symtom förvärrades. Mammor som utsatts för våld i sin nära relation behöver tillgång till adekvata behandlingsinsatser för sina posttraumatiska symtom. Detta är angeläget även för deras barn då posttraumatiska symtom kan påverka samspelet mellan mamma och barn negativt.

5 Referenser

- Allart-van Dam E., Hosman C.M.H., Keijsers, G.P.J. (2004). A new instrument to assess participant motivation for involvement in preventive interventions. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (6), 555-565.
- 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, CG och Gustafsson, PA (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
- Arnell, A., & Ekblom, I. (1999) ”och han sparkade mamma...” – möte med barn som bevittnat våld i sina familjer. Stockholm: Rädda Barnen
- Aschjem, Ø. och 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/>
- Berkowitz, S J och Marans, S (2006) *Crisis Intervention: Secondary Prevention for Children Exposed to Violence*. I: Feerick, M M och Silverman, G B (red) *Children exposed to violence*, Baltimore, MD, US: Paul H Brookes Publishing
- 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 Retrieved 2006-12-12,
- Cantril, H. (1965). *The Pattern of Human Concerns*, New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Cater, Å & Ekblom, 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, Åsa Källström (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, Else (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. Murray, L.K. & Igelman, R. (2006). Psychosocial Interventions for Maltreated and Violence-Exposed Children, *Journal of Social Issues*, 62 (4), 737-766.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale –Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (12), 1489-1496.
- 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
- Derogatis, L.R. & Melisaratos, N. (1983) The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13 (3), 595-605
- Ducharme, J., Atkinson, L., & Poulton, L. (2000). Success-Based, Noncoercive Treatment of Oppositional Behaviour in Children from Violent Homes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (8), 995-1004.
- Ekbohm, I & Landberg, Å (2002) *Barn i skuggan av våldet*. Stockholm: Socialstyrelsen, Projektredovisning 2002-124-18.
- Eriksson, M. & Näsman, E. (2009). Utsatta barn i familjerättsprocesser: utredares bemötanden och barns strategier. *Socialvetenskapligtidskrift*, 1, 20-37.
- Eriksson, M. & Dahlkild-Öhman, G. (2008), Motstridiga förståelser av risk och riskbedömningar i familjerättsammanhang, 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, Inkeri (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, in Catherine Humphreys and Nicky Stanley (Eds.), *Domestic Violence and Child Protection: Directions for Good Practice*, (pp. 124-136), London: Jessica Kingsley.
- Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. (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
- Forinder, U.& Hagborg, E. (2008) *Stödgrupper för barn och ungdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, Hannele (2005) "Talking feels like you wouldn't love dad anymore": children's emotions, close relations and domestic violence. I Eriksson, Maria, Hester, Marianne, Keskonen, Suvi & Pringle, Keith (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.
- 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).
- Gillberg, G & Jordansson, B (2007) Projekt Utväg –en intresseorienterad utvärdering. Rapport, Göteborgs universitet, Institutionen för arbetsvetenskap.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Graham-Bermann, Sandra (2001) "Designing intervention evaluations for children exposed to domestic violence: applications of theory and research". I Graham-Bermann, Sandra & Edleson, Jeffrey 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* Oct;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 ungdomspsykiatri 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.
- Isdal, P. (2002). *Meningen med våldet*. Stockholm: Gothia
- Jaffe, P. G., Wolfe, D. A., & Wilson, S. K. (1990). *Children of battered women*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Jaffee S, Moffit T, Caspi A, Taylor A & Arsenuault 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.
- Jutvik, H. (2010) *Implementering av screening för våld på barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar*. Psykologexamensuppsats, VT2010. Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen.
- 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, Halldis 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.
- Linderot, S. (2003). "Det syns inte utanpå, men känns inuti" En utvärdering av barnverksamheten inom "Utväg Skaraborg" – för barn som blivit vittne till våld – med röster från, barn, föräldrar, personal och representanter för Rädda Barnen. Stockholm: Rädda Barnen
- Lindstein, T. (1995). *Vändpunkten. Att arbeta med barn till alkoholister*. Stockholm: Gothia.
- Lindstein, T. (2001). *Vändpunkten – ur barnens och ungdomarnas perspektiv*. Stockholm: Gothia.
- 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.
- McAlister Groves, B (1999)Mental Health Services for Children Who Witness Domestic Violence, *The Future of Children*, 9 (3)
- McGee, C. (2000). *Childhood experiences of domestic violence*. London: Jessica Kingsley.
- Neal, L.A., Busuttill, W., Rollins, J., Herepath, R., Turnbull, G., & Strike, P. (1994) Convergent Validity of measures of Post traumatic stress disorder in a mixed military and civilian population. *Journal of Traumatic Stress*, 7(3),447-455.
- 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 exponerats för våld*.

ras 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.
- 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.
- SBU (2010) *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn*. SBU-rapport nr 202
- 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](http://www.scb.se/Grupp(Omscb/ Dokument/Vald_Valfardsdagen_2004.ppt)
- Schiratzki, J. (2010) *Barnrättens grunder*. 4:e uppl. Lund: Studentlitteratur.
- 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. Edelson, (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.
- 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.
- SOU 2009:68 *Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU).* Stockholm: Fritzes offentliga publikationer
- Steinsvåg, P Ø (2007) Få slut på våldet – Om säkerhetsarbete för barn i: Maria Eriksson (red) *Barn som upplever våld – Nordisk forskning och praktik*, Stockholm: Gothia.
- 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.
- 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.
- 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

Verksamhetsbeskrivningar

Nedan görs en mer utförlig presentation av 15 av de totalt 17 verksamheter som träffat avtal med forskningsprojektet. De två verksamheter som inte presenteras är Barn ungdom och familjegruppen i Kristinehamn (IFO) samt Ersta Fristad, eftersom de inte har bidragit med några forskningsdeltagare till föreliggande studie. Presentationerna bygger på enkäter, intervjuer och material som samlades in från verksamheterna under våren och hösten 2009 (se metodavsnittet sid 23).

I rapporten jämförs genomgående de tre analysgrupperna; verksamheter med särskild inriktning mot barn som upplevt våld mot mamma (SäV), ordinarie verksamheter med stöd till barn (OVS) samt ordinarie verksamheter utan barnstöd (OVuS). Vi har här valt att hålla samman presentationerna av de ordinarie verksamheterna enligt den myndighetstillhörighet de har. Familjerättsbyrån i Göteborg, den ordinarie verksamheten utan barnstöd, presenteras därmed under rubriken ordinarie verksamheter inom socialtjänsten, och Kvinnohuset i Örebro, som har särskilda barngrupper, beskrivs under ordinarie verksamheter. Vilken analysgrupp verksamheten tillhör står att läsa inom parentes.

Särskilda gruppverksamheter utanför sjukvården (SäV)

I studien ingår fyra verksamheter som arbetar med grupper för barn som upplevt våld mot mamma utanför sjukvårdens ram. Det är två pedagogiska verksamheter och två Utvägsverksamheter. De pedagogiska grupperna har det amerikanska programmet Children are people too (CAP) som utgångspunkt. Samtliga verksamheter har stora kontaktnät där de samverkar med olika myndigheter. Flera av gruppverksamheterna arbetar utifrån Per Isdals (Alternativ till Vold, Oslo) definition av våld.

Vid samtliga verksamheter anser personalen att det är en fördel om barnen hunnit genomgå individuella samtal innan de erbjuds grupp. Samtalen ser olika ut för de olika verksamheterna. Alla verksamheterna har även någon typ av föräldrastödsgrupp för mammorna. I några verksamheter är mammas deltagande i en sådan grupp obligatoriskt, medan det är valfritt hos andra.

Alla barngruppsverksamheterna har mycket strukturerade grupper med ett bestämt antal träffar, tid och återkommande ritualer, bl.a. fika och återkommande lekar/övningar, för igenkännande och trygghetsskapande. Alla fyra verksamheterna arbetar med teman i sina grupper. Temana återupprepas under gruppens gång. Gemensamt är bl.a. temana våld, känslor, gränser och

den egna familjen. Nedan följer korta beskrivningar av gruppverksamheter-
na och deras arbetssätt.

Faktaruta: Särskilda gruppverksamheter utanför sjukvården, (SäV)(år 2008)

| | Bojen, Göteborg | Grinden, Gävle | Utväg Barn, Göteborg | Utväg Skaraborg, Barn och Ung- dom |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Start år | 2004 | 1994 (våld 2004) | 2008 | 1996 (2008 i nuvarande form) |
| Personalstyrka (heltidstjänster) | 3 | 4 + 0,25 inlånade | 2,25 + 2 inlånade | 4,5 + 4 inlånade |
| Budget | 2 800 000 | 2 500 000 | Ingen uppgift | Ca 4,5 miljoner |
| Nybesök (barn) år 2008 | 33 | 23 (våld) | 62 | 79 |
| Barnens ålder: | 4-19år | 6-20år | 4-18år | 0-18år |
| Antal sessioner i genomsnitt per ärende (våld) | ca 7 individuella samtal + 15 ggr grupp | 7-8 vid Trappan- samtal, 14 ggr vid grupp | ca10 individuella samtal + 10 ggr grupp | Ca 7 individuella samtal + 10-15 ggr grupp |
| Egen uppskatt- ning förekomst av våld i ärenden | 100 % | 30 % | 99 % | 100 % |
| Rutin finns för att alla barn får möj- lighet till enskilt samtal vid minst ett tillfälle | Ja | Nej | Ja | Ja |

Bojen i Göteborg

Bojen är en ideell förening som har funnits sedan 2004. Bojen och erbjuder pedagogiska grupper för barn och ungdomar som upplevt våld mot mamma från hennes partner. Parallellt med barngrupperna går mammorna i föräldragrupp. Verksamheten finansieras av bidrag från kommunen och länsstyrelsen. Bojen har ingått i en tidigare utvärdering gjord av Göteborgs universitet.

Verksamheten

Sedan verksamheten startade har gruppledarna arbetat aktivt med att förbättra och skriva om delar av CAP-programmet för att passa målgruppen. Det finns idag ett förskoleprogram, ett barnprogram, ett tonårsprogram och en föräldragrupp. Bojen har arbetat upp ett kontaktnät för att kunna hjälpa de barn och mammor som behöver ytterligare stöd vidare efter kontakten på Bojen. Bojen har ett samarbete med Psykologenheten på Hisingen dit man kan remittera mammor som behöver en individuell samtalskontakt. Man har även ett samarbete omkring barnen med BUP Gamlestaden. Dessutom har man ett samarbete med en distriktsläkare dit mammor kan vända sig vid behov av somatiska insatser och utredningar. Sedan ett par år tillbaka driver även Bojen sommarläger i samarbete med Scouterna.

De flesta som söker sig till Bojen ringer själva. Mammorna kan t.ex. komma i kontakt med verksamheten via socialkontoret, någon kvinnojour eller genom rekommendation. När mamman vänder sig till Bojen erbjuds hon först

ett till två individuella samtal där personalen informerar om verksamheten. Om mamman anser att verksamheten kan passa hennes barn får hon berätta om hennes och barnets upplevelser och deras situation. Därefter träffas mamman, barnet och gruppledarna för ett samtal med information. Efter det har gruppledarna ett antal individuella samtal med mamman och barnet innan gruppen börjar. Antalet samtal varierar beroende på barnens behov. För barn som deltar i grupp har gruppledarna även individuella samtal i mitten och slutet av gruppen tillsammans med mamman. För att få gå på Bojen krävs att mamman ska ha lämnat den man som utsatt henne för våld. Det är även våldet som ska vara huvudproblematiken. Bojen arbetar kontinuerligt med riskbedömning, både gentemot barnen och gentemot mammorna. Skulle det vara fara för hälsa och utveckling gör Bojen en anmälan till socialtjänsten. Om situationen är för kaotisk, t.ex. på grund av en vårdnadstvist kan det vara bättre att barnet och mamman återkommer när tvisten är löst. Likadant kan det bedömas att det blir för jobbigt för barnet att träffa den förövande pappan under tiden gruppen pågår, och då kan det vara bättre att vänta med gruppstart tills umgänget ändrats.

Parallellt med barngruppen går mammorna i föräldragrupp. Tanken är att alla mammor som har barn i barngrupp ska gå i föräldragrupp. Mammorna ligger oftast en gång före, så att de kan vara beredda på vad som händer i barngruppen. Gruppen fokuserar på rollen som förälder och hjälpa mammorna att återta föräldrarollen.

Bojens gruppverksamhet för barn

Barngrupperna träffas en gång i veckan, 15 ggr under en termin. Varje träff varar en och en halv timma och sex till åtta barn deltar i gruppen. Man försöker få relativt jämn fördelning i grupperna utifrån ålder och kön. Verksamheten följer i princip samma upplägg för alla barn, med övningar och presentationer anpassade till åldersgruppen. Alla träffar har en gemensam struktur med återkommande hälsnings och avslutningsritualer och varje träff har ett bestämt tema som behandlas i gruppen. Syftet med gruppen är att barnen ska få veta att det finns andra barn som har varit med om ungefär samma sak, att det inte är barnets fel att pappa slår, hotar eller kränker mamma och att de inte kan stoppa det. Att barnen har rätt att må bra trots att andra mår dåligt poängteras också. Förhoppningen är att barnen ska må bättre, lära sig säga nej, få ordning på rollerna vuxen och barn, hjälp att sortera, våga prata om och visa känslor samt få större självkänedom.

Efter gruppen träffas gruppledaren, mamma och barn och man går bl.a. i genom om ytterligare insatser behövs eller om gruppinsatsen varit tillräcklig. Det har också hänt att barn kommit tillbaka och gått grupp på Bojen igen vid ett senare tillfälle.

Grinden i Gävle

Grinden finns inom ramen för socialtjänsten i Gävle och har individuella samtal samt barngrupper både för barn som upplevt våld, och grupper för barn som har föräldrar med missbruk, psykisk sjukdom eller separerade föräldrar i konflikt.

Verksamheten

Mammor kan komma i kontakt med Grinden genom en socialsekreterare, kvinnojouren eller att de tar kontakt själva. Om mamman är i akut kris när hon hör av sig hjälper Grinden henne vart hon kan vända sig. När läget lugnat sig kan mamman och barnet komma på studiebesök med fika och information om Grinden. Därefter fyller man i en intresseanmälan och ställs i kö. När det blir dags att starta en barngrupp i aktuell ålder kontaktas barnen och mamman igen. Det är viktigt att barnet är tryggt och säkert och personalen gör en riskbedömning efter samtalen. För att barnet ska kunna gå i grupp behöver pappan vara informerad. Om barnet har ett umgänge som förhindrar att barnet kan börja på Grinden kan personalen hjälpa mamman få kontakt med familjerätten eller ge mamman tips på hur hon kan söka annan hjälp.

Grinden tycker att det ideala är att barnet, utifrån sina behov, fått några enskilda samtal före grupp. Grinden hjälper mammorna till de barn som är i behov av Trappan-samtal att göra en ansökan om detta, till socialtjänstens mottagningsgrupp. En del barn kan få dessa samtal före grupp och en del efter gruppens slut.

Föräldragruppen på Grinden är inte speciellt anpassad för barn som upplevt våld utan riktar sig till alla föräldrar som har barn i någon av Grindens barngrupper. Föräldragruppen har också mycket struktur och ritualer och behandlar olika teman och dilemman som kan inträffa, bl.a. efter önskemål från föräldrarna. Man hoppas att gruppen ska stärka föräldrarna i föräldrollen.

Grindens gruppverksamhet för barn som upplevt våld i familjen

De pedagogiska barngrupperna på Grinden leds av två gruppledare. Gruppen är inspirerad av CAP men är framför allt processinriktad. Det finns ingen manual som följs, men däremot finns ett antal teman som tas upp under de 14 gångerna gruppen pågår. Det är mellan fyra och sex barn i gruppen som pågår i två timmar per gång. Det finns mycket fasta ramar och struktur runt gruppen som har rutiner som återkommer varje gång, för att barnen ska känna trygghet. Gruppen ska lära barnen sätta ord på känslor, stärka deras självkänsla och ge dem redskap att klara sin situation. Gruppen ska också ge barnen kunskap om våld samt förståelse för egna reaktioner. Man hoppas även kunna skicka med barnen hopp och framtidstro.

Om barnet behöver mer stöd efter avslutad grupp kan det bli aktuellt för barnet att gå i grupp igen. Antingen i någon annan av Grindens grupper eller med samma inriktning en gång till. Grinden hänvisar även barn till BUP, Barnhälsan i Gävle och Ungdomsmottagningen.

Utväg Barn i Göteborg

Utväg i Göteborg är en myndighetssamverkan mellan polisen, åklagarmyndigheten, hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Utväg kan erbjuda barn, mammor och pappor som upplevt våld i en nära relation behandling i grupp. Forskningsprojektet är koncentrerat till Utväg Barn som precis hade omorganiserats och fått en nystart med lokaler i Barnhuset när forskningsprojektet startade 2008. Två barnsamordnare höll i verksamheten med samtal och grupper för barn. Detta har inneburit att under forskningsprojektet

har verksamheten på Utväg Barn vidareutvecklats, bland annat startades en grupp för barnens mammor efter en tid.

Verksamheten

Utväg Barn får ta del av polisanmälningar kring kvinnofrid som görs i Göteborg där det finns barn i familjen. Utväg har ett uppsökande uppdrag att kontakta mammorna och ge information och erbjudande om Utvägs verksamhet. Barnsamordnarna får även kontakt med mammor genom hälso- och sjukvården, socialtjänst, kvinnojour eller att mammorna ringer själva. Under de första samtalen med mamman hos Utväg Barn, kartläggs vilket våld som förekommit, vad barnet har upplevt, hur familjesituationen ser ut och vilken hjälp mamman förväntar sig. Mamman får också beskriva sitt barn. Barnsamordnarna bedömer hur skyddet ser ut för mamma och barn, vilket följs upp kontinuerligt. Utväg samtalat med mammans om hennes myndighetskontakter, framförallt socialtjänsten. Efter inhämtat samtycke från vårdnadshavare, påbörjas ett samarbete med aktuella myndigheter kring barnets behov och situation när det är möjligt. När pappor är vårdnadshavare och/eller har umgänge med barnet, erbjuds papporna, då det bedöms möjligt, ett besök hos Utväg Barn för information och för att få möjlighet att beskriva sitt barn. I de fall papporna inte samtycker till Utväg Barn, görs en bedömning huruvida det ska anmälas till socialtjänsten eller inte.

Vid första samtalet med barnet är mamman ofta med. Man gör en sammanhangsmarkering för att hjälpa barnet att förstå syftet med samtalen hos Utväg Barn. Därefter inleds individuella samtal med barnet som i stort följer Trappan-modellen. Barnen får i snitt 8-10 enskilda samtal, därefter görs en bedömning kring barnets mående och förutsättningar att tillgodogöra sig barngruppsverksamhet. För barn som inte bedöms klara att gå i grupp men är i behov av ytterligare insatser överlämnas den informationen till socialtjänsten, vid behov förmedlas kontakt med BUP. Utväg Barn strävar efter att individanpassa insatserna till vad respektive barn bedöms behöva. Därför anpassas Trappan-samtalen till de barn Utväg Barn möter. I de fall där våldet fortfarande pågår, inleds inte samtal enligt Trappan-metoden för barnet. Istället upprätthålls kontakt med barnet och information överlämnas till socialtjänsten. Det kan också hända att barnen får ytterligare enskilda samtal efter genomgången grupp.

Utväg Barn Göteborgs barngrupp

Barngruppen, som är indelad efter barnens ålder, leds av två gruppledare och träffas tio gånger under en termin. Varje grupptillfälle har ett tema som man arbetar med på olika sätt. I början handlar det om att lära känna varandra och vad som är specifikt med just utvägs barngrupp. Gruppen formar gemensamma regler för att alla skall känna sig trygga och veta vad som gäller. Gruppledarna arbetar med att avlasta barnen ansvar och skuld inför det som inträffat i deras familjer och normalisera känslor. Barnen får möjlighet att dela sina erfarenheter med andra barn och se att de är fler barn som levt med våld. Andra viktiga teman är att definiera vad som är våld och att arbeta med barns rättigheter samt stärka deras självkänsla. Ett av målen är att våldet ska bli talbart och inte vara en familjehemlighet.

Våren 2009 startades en mammagrupp som går parallellt med barngruppen. Syftet med gruppen, förutom att följa barngruppens teman, är att mammorna ska få stöd som förälder och kunna ta upp saker som händer hemma. Föräldrarna får information om vad som talas om i barngruppen och är på så sätt delaktiga i det arbete som barnen gör. Behöver mammorna eget stöd kring det våld som de upplevt hänvisas de till Utvägs Kvinnosamordnare.

Utväg Skaraborg, Barn och ungdom

I myndighetssamverkan inom Utväg Skaraborg ingår 15 kommuner, polisen, åklagarmyndigheten, kriminalvården och hälso- och sjukvården. Utväg Skaraborgs barn- och ungdomsverksamhet är lokaliserad till Skövde, vilket innebär att en del mammor och barn får hjälp av sin hemkommun att ta sig till Utväg. Verksamheten har funnits sedan 1996 och en barnsamordnare har funnits sedan 2001. Utväg Skaraborgs grupper följer manualer med tydliga instruktioner för varje gång.

Verksamhet

Barn kan aktualiseras för Utväg Skaraborgs barnverksamhet på olika sätt. Utväg får efter samtycke kännedom om polisanmälningar i Skaraborg som rör mäns våld mot kvinnor. Utvägs kvinnosamordnare arbetar aktivt med ett uppsökande arbete gentemot dessa mammor och barn och remitterar sedan vidare till barnsamordnaren. Det kan även vara att en mamma gått i Utvägs kvinnogrupp och fått höra om barnverksamheten där, att ingången är en socialtjänstsekreterare, BUP eller skolan. Mamman kan även ringa direkt till Utvägs barnsamordnare.

Barnets kontakt med Utväg börjar alltid med att barnsamordnaren träffar barnets vårdnadshavare. Oftast är det mamman som tar kontakt, men även pappan bjuds in till samtal. För att barnet ska kunna gå på Utväg krävs, om det föreligger gemensam vårdnad, samtycke från båda föräldrarna. I samtalet med mamman får barnsamordnaren information om vad som hänt och en bild av det våld barnet upplevt samt hur barnet reagerat. Man gör även en riskbedömning med mamman, om inte en sådan redan gjorts av socialtjänsten. Det är viktigt att barnet är skyddat för att kunna påbörja samtal, om skyddet brister gör barnsamordnaren en anmälan till socialtjänsten. Boendeföräldern får heller inte ha något missbruk. Efter samtalet med mamman träffar barnsamordnaren både mamman och barnet som får information om Utväg och varför barnet kan ha nytta av att komma till Utväg. Därefter inleds en serie individuella samtal som barnsamordnaren har med barnet. Samtalen, oftast 5 - 10 stycken, är grundade på Trappan-modellen. Det är viktigt att barnet får en individuell krisbearbetning innan eventuell grupp. Därefter gör barnsamordnaren en avstämning med vårdnadshavarna och återger kort hur samtalen sett ut och tar en diskussion om det är lämpligt att barnet går vidare till grupp. Om barnet ska gå i barngrupp ska även boendeföräldern (icke våldsutövaren) gå i föräldragrupp parallellt med barngruppen. Föräldragruppen följer barngruppens teman och föräldrarna ska även ha möjlighet att lyfta funderingar runt sin föräldraroll och utbyta erfarenheter.

Utväg Skaraborgs barngrupp

Barn och ungdomspsykiatri i Skaraborg erbjuder på uppdrag av Utväg gruppbehandling till barn som upplevt våld i hemmet. Det är alltså inte barnsamordnaren utan personal från BUP som håller i grupperna. Detta gör även att barnen blir journalförda på BUP. Utväg har manualer för barngruppsverksamheten och har delat in manualerna i tre olika åldersintervall; förskolegrupp, låg- och mellanstadiegrupp och tonårsgrupp. Gruppernas sammansättning utgår från att barnen är relativt jämna vad gäller ålder och mognad. Antalet gånger och tiden för grupp varierar för de olika ålderskategorierna, mellan 10, 12 till 15 gånger och från en dryg timme till en och en halv timma. Två gruppledare håller i gruppen som träffas en gång i veckan. Gruppledarna arbetar jagstärkande med barnen och syftet med gruppen är att lyfta av skuld och skamkänslor från barnen liksom ansvaret beträffande våldet. Genom att träffas i gruppen försöker man bryta känslan av ensamhet och isolering. Man hoppas ge barnen redskap att hantera situationer i framtiden. Dessutom vill man att barnen ska lära känna igen sina känslor och behandlarna normaliserar barnens emotionella reaktioner. Målet är också att minska den kognitiva och känslomässiga förvirringen. Efter gruppen har mamman och barnet ett avslutningssamtal ihop med behandlarna. Då diskuteras bl.a. om barnet och mamman behöver ytterligare hjälp på t.ex. BUP.

Särskild verksamhet – Grupper inom ramen för sjukvården (SäV)

BUP Bågen/Grinden

BUP Bågen har funnits i Stockholm sedan 1998 och verksamheten drivs av Stockholms Läns Landsting (SLL). Hösten 2010 slogs BUP Bågen organisatoriskt samman med BUP Vasa, specialistverksamhet med inriktning sexuella övergrepp mot barn, och bytte namn till BUP Grinden. Eftersom verksamheten var "BUP Bågen" under hela forskningsprojektets deltagarinkludering har vi valt att tala om verksamheten som BUP Grinden/Bågen i redovisningen nedan.

BUP Grinden/Bågen är den enda BUP-mottagning i Sverige som är specialiserad på gruppbehandling av barn och ungdomar som traumatiserats på grund av upplevt våld i familjen eller när det finns uppgifter om detta. BUP Grinden/Bågen erbjuder utbildning och konsultation till andra BUP-verksamheter inom SLL samt andra verksamheter. Även BUP Grinden/Bågen använder sig av Per Isdals definition av våld och lutar sig mot den när andra verksamheter frågar dem om vad våld är.

BUP Grindens/Bågens metod och verksamhet beskrevs i en rapport år 2002; "*Barn i skuggan av våldet*" (Socialstyrelsen, 2002). Sedan rapporten har BUP Grinden/Bågen fortsatt att utveckla sin metod. Förändringarna beskrivs kortfattat här nedan.

Faktaruta: Särskild verksamhet med gruppverksamhet inom ramen för sjukvården (SäV) (år 2008)

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| | BUP Grinden/Bågen |
| Start år | 1998 |
| Personalstyrka (heltidstjänster) | 4 (+1 tillfällig PTP/projekt) |
| Budget | Ca 2,8miljoner |
| Nybesök (barn) år 2008 | 32 |
| Barnens ålder: | 0-18år |
| Antal sessioner i genomsnitt per ärende (våld) | Ca 20 |
| Egen uppskattning förekomst av våld i ärenden | 100 % |
| Rutin finns för att alla barn får möjlighet till enskilt samtal vid minst ett tillfälle | Ja |

Verksamheten

Till BUP Bågen kan barn och ungdomar och deras föräldrar (oftast en mamma) komma genom remiss från socialtjänsten, eller en BUP-mottagning eller genom egen kontakt. Första steget är att personalen talar noga med mamman på telefon. Skyddet, säkerheten och stabiliteten runt barnet undersöks och en riskbedömning görs. Mycket av samtalet rör vårdnaden, umgänge och kontakt med den våldsutövande föräldern. För att gå in i en behandling rekommenderar BUP Grinden/Bågen oftast uppehåll i umgänget med pappan (om våldsutövaren). Ett av de viktigaste kriterierna för att man ska kunna gå på BUP Grinden/Bågen är att barnet är tillräckligt skyddat så att behandlingen kan skyddas och fullföljas.

I behandling på BUP Grinden/Bågen går barnet och mamman parallellt i barngrupp respektive mammagrupp. Vid första besöket träffar mamman en barnterapeut och en mammaterapeut. Man går igenom bakgrund och anamnes, hur situationen är och sökorsak. Vid nästa besök möter samma terapeuter mamman och barnet. Samtal sker tillsammans och enskilt. Därefter följer ca tre bedömningssamtal och inledande krisbearbetning. Behandlarna behöver bedöma barnets symtom och behandlingsbehov samt mammans motivation. Om barnet bedöms ha en barnpsykiatrisk diagnos eller symtom och funktionsnivå som berättigar en behandlingsinsats erbjuds barnet och mamman plats i en av grupperna. Det är viktigt att barnen haft någon form av individuell krisbearbetning innan de börjar i grupp, på BUP Grinden/Bågen eller annan i verksamhet. Barn som inte bedöms vara i behov av barnpsykiatrisk insats (mår ”för bra”) eller inte bedöms kunna delta i gruppbehandling kan ibland erbjudas fortsatt individuell krisinsats på BUP Grinden/Bågen, alternativt hänvisas till Trappan-samtal inom socialtjänsten.

BUP Grinden/Bågens barngrupper

Grupperna har ett upplägg om tolv gånger med traumafokuserad korttidsterapi där barnen och mammorna går i parallella grupper. I varje grupp arbetar två terapeuter tillsammans. Gruppsessionerna är styrda och följer en manual. Varje session har ett kort inslag med fokuserad lek med ett tema, (t.ex. våld eller mardrömmar) som bestäms av terapeuten. Leken utspelas med hjälp av en djurfamilj (dockor) som följer barngruppen under grupptiden. Efter den fokuserade leken med terapeuten följer fri lek där barnen får spinna vidare

på lektemat. Traumabehandlingen anpassas för olika åldersgrupper. Med de yngre barnen använder sig terapeuterna av fokuserad lek och med de äldre barnen används filmer och böcker som diskussionsunderlag.

I mammagruppen är fokus på att kunna stödja barnen i processerna som behandlingen startar och att stödja mammorna i föräldrarollen. Man tar upp vad som händer i barngruppen och diskuterar hur man tror barnen reagerar och hur man ska kunna stötta barnen och handskas med reaktioner osv.

Efter gruppen arbetar terapeuterna med ett efterarbete som fokuserar på anknytningen mellan mamman och barnet. Barnet och mamman möts åter med terapeuterna som de träffade innan gruppen. En resumé av teman, lekar och övningar visas för mamman av barnet och barngruppsterapeuten, och en övning med fokus på anknytning görs. Bland annat hjälper man mamman och barnet att sätta ord på hur våldet påverkat deras relation. BUP Grinden/Bågens mål är få barn att beskriva och förstå upplevelser och känslor kopplade till våldet, för att på så sätt hjälpa dem att minska den ångest och oro som är förknippad med traumat och ge barnen symtomlindring eller att symtomen till och med försvinner helt. Andra viktiga mål är att minska skam och känsla av utanförskap samt minska den kognitiva och känslomässiga förvirringen hos barnet. Genom efterarbetet vill BUP Grinden/Bågen hjälpa barnet och mamman att förbättra sin kontakt och relation (anknytning).

BUP Grinden/Bågen har även möjlighet att erbjuda specialiserad individuell traumafokuserad behandling i form av TF-KBT, EMDR och barnpsykoterapi samt samspelebehandling.

Särskilda verksamheter med individuella samtal enligt Trappanmodellen (SäV)

Frizon i Södertälje, Trappan i Uppsala och Gruppverksamheten Fridlyst i Huddinge (tidigare Gruppverksamheten Gula Huset) som presenteras här nedan utgör alla enheter inom respektive kommuns socialtjänst. Gemensamt för de tre verksamheterna är att de erbjuder insatser även till andra målgrupper än barn som upplevt våld, till exempel barn som har föräldrar med missbruk eller psykisk sjukdom. Två av verksamheterna, Trappan i Uppsala och Gruppverksamheten Fridlyst i Huddinge, har även grupper för barn med skilda föräldrar. Frizon hade under undersökningsperioden ett projekt, BIFF, en grupp för barn i vårdnadstvist. Den insats som utvärderas i projektet är dock verksamheternas Trappan-samtal. Två av verksamheterna, Frizon och Fridlyst, fungerar som samordnande vad gäller insatser för barn som bevittnat våld. Trappan-behandlaren är vanligen någon i socialtjänstens andra enheter som är utbildad i Trappan. På Trappan i Uppsala utförs dock samtalen av egen personal.

Trappan-samtal är en krisintervention för barn som bevittnat våld i sina familjer. Modellen utvecklades av Ami Arnell och Inger Ekbohm på Rädda barnen år 1999 och är den i Sverige mest spridda modellen när det gäller krissamtal med barn som upplevt 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 & Ek-bom, 1999)

Alla tre verksamheterna arbetar likartat med modellen: Behandlaren möter först mamman för ett samtal där de får information om Trappan och berättar för behandlaren vad som hänt och vad barnet kan ha bevittnat. Därefter hålls ett samtal där både mamman och barnet deltar. Sedan följer ett antal enskilda samtal med barnen där metodens tre steg går igenom. En gemensam rutin som man har är att fika med barnet någon gång under samtalet. Samtalen är 30-60 minuter beroende på barnets ålder och varierar även i antal. Samtalen avslutas med en återkopplingsgång där mamman är med. Vid sista samtalet kan barnen välja att berätta för mamman vad man talat om under de enskilda samtalen. Det är barnet själv som bestämmer vad som mamman ska få veta. I detta samtal finns även utrymme att reflektera över om insatsen varit tillräcklig eller om barnet behöver något mer.

Faktaruta: verksamheter med Trappan-samtal (SäV)(år 2008)

| | Frizon | Trappan Uppsala | Gruppverksamheten Fridlyst |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|
| Start år | 2002 | 1991 (våld 2000) | 2008 |
| Personalstyrka (hel-tidstjänster) | 2 (8st i kommunen kan ha Trappan-samtal) | 9,5 | 2 (11st personer i kommunen kan ha Trappan-samtal) |
| Budget | Ingen uppgift | Ca 4,5 miljoner | 1 012 000kr |
| Nybesök (barn) år 2008 | 164 varav 59 pga. våld | 143 varav 69 pga. våld | Ca 150 varav 42 pga. våld |
| Barnens ålder: | 0-17år | 5-20år | |
| Antal sessioner i genomsnitt per ärende (våld) | 4-8ggr | 8-10ggr | ca10ggr |
| Egen uppskattning förekomst av våld i ärenden | 35-40% | 40-50 % | Ingen uppgift |
| Rutin finns för att alla barn får möjlighet till enskilt samtal vid minst ett tillfälle | Nej, dock alltid enskilda samtal vid Trappan-samtal | Ja | Nej, dock alltid enskilda samtal vid Trappan-samtal |

Frizon

Verksamheten Frizon i Södertälje kommun har funnits sedan år 2002. Verksamheten finns organiserad i samma enhet som i kommunens kvinnofridsverksamhet.

Verksamheten

Genom de gemensamma lokalerna kommer en del barn i kontakt med Frizon genom att mammorna fått reda på verksamheten när de själva gått i grupp eller samtal på Kvinnofrid. Andra kommer på rekommendation från kurator eller från handläggare på socialtjänsten. Det händer ibland att barnen som går i Trappan-samtal på Frizon även deltar i någon av grupperna. Personalen kan också hjälpa till med kontakt med BUP eller enheter inom socialtjänsten, t.ex. familjecenter. Personalen på Frizon fungerar som samordnare, som kontaktar mamman och berättar att hon i sin tur kommer bli kontaktad av en annan behandlare. Samordnaren kontaktar någon av kommunens åtta Trappan-utbildade behandlare som sedan sköter samtalskontakten. Samtalen hålls i Frizons lokaler. I det första mammasamtalet gör behandlaren en

riskbedömning ihop med mamman. Det är viktigt att barnet är skyddat och har en trygg miljö under processen och inte behöver umgås med förövaren under tiden som Trappan-samtalen pågår. Barn som har växelvis boende är därför inte lämpliga, utan då ber man mamman återkomma med barnet när boendet ändrats.

Trappan-samtal på Frizon

På Frizon har man kompletterat Trappan-manualen med ett antal redskap för att underlätta samtal med barnen, bl.a. används nallekort och andra känslkort samt boken *Min Hemlighet* från Kriscentrum i Malmö som upplevs ha bra bilder att samtala kring. Allt material som man jobbar med under samtalen, t.ex. teckningar, sparas i stora kuvert som man kan ta fram varje gång och gemensamt titta på vad man gjorde förra gången. Med samtalen hoppas man uppnå att barnen blir avlastade, befrias från skuld känslor, förstå att de inte är ensamma och att man kan inge hopp om framtiden.

Trappan i Uppsala

Trappan i Uppsala har funnits sedan 1991 men man började arbeta med våld år 2000.

Verksamheten

Till Trappan kommer man oftast genom att föräldern tar en egen kontakt över telefon. Personalen håller sedan ett första informationssamtal om Trappan med mamman. Därefter får mamman berätta om hon tycker att det passar hennes barn samt beskriva vad som hänt och vad barnet varit med om. Därefter görs en riskbedömning ihop med mamman. Det är viktigt att familjen inte är mitt i kris, då är det bättre att familjen kommer tillbaka i ett senare skede. Om barnet fortfarande bor ihop med förövaren behöver barnen fortsatt ha kvar sina försvar och då arbetar man istället med stödsamtal.

Det finns en Kvinnogrupp, men långt ifrån alla föräldrar till Trappan-barn går i den gruppen. Kvinnogruppen har inte fokus på våld utan på följderna av våldet, och det är då främst fokus på kvinnan som mamma. Gruppen är pedagogisk med hemuppgifter där kvinnorna ska fundera kring sig själva eller barnet. I de fall där föräldrarna har gemensam vårdnad kontaktar Trappan pappan så han kan godkänna att barnet får komma på behandling. Pappan bjuds även att komma på studiebesök för mer information om han vill.

Trappan-samtal på Trappan Uppsala

Förutsatt att alla vårdnadshavare godkänner behandling startar samtal enligt Trappan-modellen. Det är fyra behandlare som jobbar med Trappan-samtal. Trappan i Uppsala har kompletterat Trappan-materialet med en del övningar och material. Man ritar familjen, gör ”vem är du, vem är jag” och ibland gör man en livslinje för att hjälpa barnet sortera. Man använder nallekort för att sätta ord på känslor, och tejpning för att beskriva familjen. Det händer också att man tar in filmer eller böcker om man har svårt att få kontakt med barnen. Boken *Den arge* tycker man brukar kunna vara en stor hjälp för barnen. Förutom att man har rutinen med fika så spelar man alltid ett spel som avslutning.

Trappans strategi är att barnen ska få prata om det de varit med om. Att få sortera sina tankar och känslor. Att man ska få komma till Trappan och se att det finns fler barn som varit med om jobbiga saker.

Behandlarna på Trappan bedömer att 50-70 % av barnen som får Trappan-samtal även deltar i någon av verksamhetens grupper efteråt.

Gruppverksamheten Fridlyst i Huddinge(f.d. "Gula Huset")

Gruppverksamheten Fridlyst startade 2008. Under tiden forskningsprojektet pågått har man ändrat vissa rutiner och på hösten 2009 bytte man även namn till "Fridlyst" från det tidigare "Gula Huset". Dock har ett Trappan-team funnits i kommunen sedan 2004. Gruppverksamheten Fridlyst har uppdraget att vara samordnare för de elva behandlarna i Trappan-teamet.

Verksamheten

De flesta som kommer i kontakt med "Gruppverksamheten Fridlyst" har blivit rekommenderade dit av en handläggare på socialförvaltningen. På verksamheten finns även grupper för barn med andra problem och föräldrastödsgrupper.

Huddinge kommun erbjuder alla barn som bevittnat våld Trappan-samtal. Samordnaren på Gruppverksamheten Fridlyst kontaktar föräldrarna, i första hand mamman och berättar om Trappan. Om mamman är positiv till insatsen, och ger klartecken, kontaktas även pappan om han är vårdnadshavare. Om alla vårdnadshavare ger tillstånd kontaktar samordnaren en av kommunens Trappan-behandlare och får en tid för ett första möte. Efter behandlaren's första möte med mamman är det sedan denne som har kontakt med familjen. Eftersom de flesta kommer via socialtjänsten har det redan gjorts en riskbedömning och verksamheten förlitar sig därför till den och gör ingen egen.

Trappan-samtal på Fridlyst

Hur behandlarna arbetar under barnsamtalen är olika. Vid tiden för informationsinhämtandet fanns sex nyutbildade Trappan-behandlare, som framförallt arbetade med originalmaterialet. Av de erfarna behandlarna var det flera som skapat eget material som komplement till originalet. Man använde även nallekort, filmen "i skuggan av våldet" och boken "Min Hemlighet" från Kriscentrum i Malmö, vilken upplevdes som väldigt bra att tala omkring. Man använde nätverkskartor, klossar, ritade och målade, t.ex. lägenheten där våldet varit och till de mindre barnen användes även dockor.

Gruppverksamheten Fridlyst anser att det är viktigt att barnen har en plats där de kan få prata om sina upplevelser och sätta ord på sina känslor. Man hoppas kunna stärka barnen genom samtalen.

En viktig ändring som diskuterades vid tillfället för insamlingen av information var att det skulle införas en rutin så att det alltid gavs återkoppling till socialtjänsthandläggaren efter att samtalsserien avslutats. Detta för att en notering i journalen om genomförda Trappan-samtal skulle kunna göras. Det är inte helt ovanligt att barnen som går i Trappan-samtal även går i någon grupp på Gruppverksamheten Fridlyst, men det är inte majoriteten av barnen som gör detta.

Kvinnjour/Kvinnoboende (SäV och OVS)

De två verksamheter som beskrivs nedan är ganska olika, men de har även gemensamma drag. Gemensamt är att kvinnor som upplevt våld i en nära relation kan söka skydd på verksamheten och ta med sig sina barn dit. Gemensamt är även att kvinnan som söker till verksamheten måste kunna ta hand om sig själv och om sina barn. Kvinnor med missbruksproblem eller psykisk sjukdom fungerar inte på boendena. Kvinnorna måste följa de regler som finns för boendet. Kvinnorna bor på båda verksamheterna i kollektiv; de sköter själva matlagning och dygnsrutiner.

Båda verksamheterna poängterar att det är kvinnans behov och vad som är våld för den individ som söker hjälp som räknas. Graden av våld spelar ingen roll utan det är hur mycket kvinnan hindras av våldet att leva sitt eget liv. Gemensamt för verksamheterna är även att man ofta har problem med att hitta nya boenden till kvinnorna vilket gör att de ibland får bo kvar på boendet längre än vad som anses optimalt.

Faktaruta – Kvinnjour/Kvinnoboende (SäV och OVS) (år2008)

| | Kvinnohuset Örebro (SäV) | Kvinnoboendet Siri (OVS) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Start år | 1981, barnverksamhet sedan 2006 | 2004 |
| Drivs | Som ideellförening | Av Uppsala kommun |
| Personalstyrka (heltidstjänster) | 7,5 | 11,8 |
| Budget | 4 200 000 | Ingen uppgift |
| Antal barn (0-18år) boende under 2008 | Ingen uppgift för 2008 men 65 barn år 2007 | Ingen uppgift men ca 75 mammor hade barn med sig till boendet. |
| Rutin finns för att alla barn får möjlighet till enskilt samtal vid minst ett tillfälle | Ja | Ja, om mamman godkänner samtal |
| Särskild resurs finns för barn som bevittnat våld | Ja, två pedagoger utbildade i Trappan-modellen. Barngrupp. Tillgång till barnpsykolog. | Nej |

Kvinnohuset i Örebro (SäV)

Kvinnohuset i Örebro har inget geografiskt upptagningsområde, men i praktiken är det Örebro med omnejd som det största antalet kvinnor och barn kommer från.

Verksamheten

Huset fungerar både som ett boende för utsatta kvinnor och som plats för en öppen barngrupp för barn som bor eller tidigare har bott i huset. För att få kontakt med Kvinnohuset kan kvinnan ringa själv eller så kan någon anhörig eller myndighet höra av sig. Det händer även att kvinnor kommer direkt till huset. En riskbedömning görs av personalen i samtal med kvinnan när hon flyttar in. Mannens farlighet och eventuella kidnappningshot mot barnen bedöms. Om förövaren bedöms vara allt för aggressiv och gränslös kan personalen göra bedömningen att det är för riskfyllt för kvinnan och personalen om kvinnan bor på kvinnohuset.

Tiden som mamman och barnen bor på Kvinnohuset kan variera alltifrån ett dygn till ett halvår. När det är klart att kvinnan ska bo med sitt/sina barn försöker personalen så fort som möjligt ha ett samtal med kvinnan där även en av barnpersonalen är med. Man försöker skapa en god relation till kvinnan och samtidigt få reda på något om vad som hänt, och informera om praktiska saker. Därefter följer mer praktiska samtal som vad som man måste göra, kontakter med skola och andra kontakter runt banen. På Kvinnohuset hålls ett gemensamt husmöte med de boende en gång i veckan. Kvinnorna kan även få individuella stödsamtal med personalen, stöd vid myndighetskontakter och hjälp med praktiska saker, som att åka och titta på en ny lägenhet. En gång i månaden kommer en barnpsykolog på besök som mammorna kan tala med om de är oroliga för sina barn. Förutom personalen finns en grupp volontärer som hjälper till på helger och nätter på boendet, samt med service och ordnar trivselaktiviteter.

Insatser för barn

Personalen har möjlighet att ge barnen vanliga stödsamtal och Trappansamtal. Man vill då ge tio samtal över en femveckorsperiod med två Trappansamtal i veckan. Risken är dock att barnen flyttar ut och att interventionen blir avbruten mitt i.

Sedan 2006 pågår ett projekt på Kvinnohuset med en öppen barngrupp en gång i veckan. Gruppen som tar emot barn i åldern sex till arton år är både för barnen som bor i huset och för barn som flyttat ut men som vill fortsätta komma till gruppen. Två barnpedagoger har hand om gruppen. Gruppen har inte något speciellt tema utan målet är att vara en trygg plats för barnen där man ”möter barnen där de är”. Man fikar, pysslar och sitter och pratar. Barnen kan leka, diskutera något som hänt i veckan eller bara vila på soffan. En återkommande rutin är att barnen får säga veckans höjdare, bottennapp och önskning. Personalen ser att gruppen har stor betydelse för barnen som bor på Kvinnohuset. Att det kommer andra barn dit som har upplevt samma sak och bott där tidigare, men som nu har gått vidare, det ger barnen hopp om framtiden.

Kvinnohusets mål är att barnen ska få samma möjligheter som mammorna att bli lyssnade på, synliggjorda och att ha en trygg vuxen inom räckhåll som inte försvinner.

Siri i Uppsala

Siri drivs i Uppsala kommuns regi och verksamheten är kostnadsfri för kvinnor från Uppsala. Siri tar även emot kvinnor från andra kommuner som beviljats dygnskostnaden. Siri är ett boende på hemlig plats i Uppsala kommun, på inhägnat område med larm och hög säkerhet.

Verksamheten

Till Siri kan kvinnor komma med sina barn genom att ta kontakt själva eller via polisen eller socialjouren. Relativt ofta är det inte planerade inflyttningar utan det är kvinnor i kris som flyttar in. Första kontakten utformas efter vilket skick kvinnan är i när hon kommer. Det kan vara att bara visa värme och kärlek och att kvinnan är säker. Om läget är lite bättre kan personalen informera om verksamheten och vilka regler som gäller. Därefter hålls ett

samtal med någon av socionomerna där man går igenom vad som hänt, tar reda på om kvinnan klarar olika kontakter själv eller om hon behöver stöd av personalen. En kortsiktig handlingsplan utformas, som kan handla om hjälp med pengar, rättsläkare eller polisanmälan eller kontakter med samhället. Därefter följer samtal om själva våldet och våldets mekanismer. Man upprättar även en handlingsplan runt barnen tillsammans med kvinnan som barnen sedan informeras om. Det är även viktigt att informera barnen om var de är och att fånga upp hur barnens situation är. Personalen arbetar för att kvinnorna ska se barnen och att fokus ska ligga på barnens säkerhet och framtid. Det är också viktigt att ta tag i och bearbeta känslorna av skuld och skam och lägga skulden där den hör hemma. En riskbedömning görs ibland i samarbete med polisens avdelning "Person och säkerhetssektionen" enligt Saramodellen. Annars gör personalen själv en bedömning. Under sin tid på boendet erbjuds kvinnorna såväl individuella samtal som gruppsamtal, men det är frivilligt att delta. Grupperna fokuserar främst på våldet och på att stärka kvinnorna. Kvinnorna får även hjälp med olika typer av myndighetskontakter, att ansöka om skilsmässa och göra anmälningar om t.ex. bedrägeri. De kan även få stöd i sitt föräldraskap, t.ex. hjälp med gränssättning gentemot barnet.

Insatser för barn

Under åren som gått har Siri kämpat med att göra boendet mer barnvänligt och bl.a. skapat ett barnrum för lek. Trots att verksamheten inte har något skriftligt uppdrag att arbeta med barnen har ändå ett slags barnarbete vuxit fram. Barnen som kommer till Siri får en sammanhangsmarkering genom ett välkomsthäfte till barnen i anslutning till inflyttning. Där förklarar man bl.a. vad Siri är, ger barnet möjlighet att berätta om sig själv, samt öppnar upp möjligheten att prata om sina känslor och erfarenheter. En av de anställda har lite mer ansvar för barnen än övriga. En dag i veckan har man barnmöte där man samlar alla barnen och gör något roligt. Det kan vara pyssel eller en uteaktivitet. Man går också igenom husets regler på ett lekfullt sätt. Om ett barn ska flytta ut så har man en liten avslutningsceremoni med barnet.

De anställda frågar inte ut barnen om vad de varit med om, men visar att det är okej att prata om våldet. Det kan hända att barnet ska höras som vittne och då tycker man att det är problematiskt om personalen pratat med barnet om våldet. Om barnen vill prata om våldet lyssnar personalen och visar att man förstår för att bekräfta barnet i upplevelsen och i känslorna. Man försöker att så fort som möjligt få mamman att kontakta verksamheten Trappan i Uppsala kommun (se sid 85) så att barnen ska kunna gå där och få prata med en professionell utifrån en strukturerad metodik. För att få Trappansamtal måste dock båda vårdnadshavarna ge sitt samtycke, vilket gör att en del barn inte kan börja på Trappan.

Ordinarie verksamhet med stöd till barn, Barn och ungdomspsykiatriska verksamheter (OVS)

Tre allmänna barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter (BUP) ingår i studien; BUP Skärholmen, BUP Värmland samt BUP Gamlestaden. Samtliga ingår i respektive landstings hälso- och sjukvård och styrs av samma lagar och förordningar som hälso- och sjukvården i övrigt. De tar emot barn

och ungdomar (0 - 18 år), och det är möjligt att komma till en mottagning genom att föräldrarna vänder sig dit och söker vård, antingen på eget initiativ eller på förslag från någon annan, till exempel skolhälsovården. Barn- och ungdomspsykiatri omfattas av en utvidgad vårdgaranti, och man ska erbjudas ett första besök inom 30 dagar samt behandling inom 60 dagar. För att komma i fråga för behandling inom BUP krävs att barnet uppfyller diagnoskriterierna för minst en barnpsykiatrisk diagnos, oavsett om man varit med om våld i familjen eller inte. Det är alltså allvaret i barnets psykiska ohälsa, inte orsaken till den, som utgör grund för barnpsykiatrisk behandling.

Inom de tre verksamheterna samarbetar man med enheter inom hälso- och sjukvården, som barnhälsovård och barnhabilitering, och i hög grad även med skola och socialtjänst inom respektive upptagningsområden.

Nedan presenteras en översikt av fakta om verksamheterna samt en kort beskrivning av hur respektive verksamhet angett att man arbetar med barn och föräldrar när mamma utsatts för våld av mannen i familjen.

Faktaruta – BUP-mottagningar (OVS) (år 2008)

| | Skärholmen | Värmland | Gamlestaden |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Personalstyrka (heltidstjänster) | 23.85 tjänst | 115.0 | 22.0 |
| Budget | Ca 13 – 14 miljoner kr | 64 250 tkr | Ca 10 miljoner kr |
| Nybesök (barn) år 2008 | 576 | 1 021 | 470 |
| Antal sessioner i genomsnitt per ärende | 6 | 2,4 | 8 |
| Egen uppskattning förekomst av våld i ärenden | 8,6 % | 25 – 45 % | 20 % |
| Rutin finns för att alla barn får möjlighet till enskilt samtal vid minst ett tillfälle | Nej | Nej, (under framtagande) | Ja |
| Särskild resurs finns barn som bevitnat våld | Nej, remiss kan gå till specialistenhet | Ja, kompetensgrupp, terapeutisk behandling, Trappan-samtal | Nej, all personal arbetar med detta. |

BUP Skärholmen

Upptagningsområdet för mottagningen är stadsdelarna Hägersten-Liljeholmen, Älvsjö och Skärholmen i Stockholms stad. Vid tiden för vår enkät pågick en organisatorisk förändring på BUP divisionen inom Stockholms läns landsting (SLL) med en övergång till prestationsbaserad ersättning till 50 procent för finansiering av verksamheten.

Verksamheten

En särskild mottagningsgrupp tar dagligen emot alla tidsbeställningar på telefon. Under telefonsamtalet görs en telefonintervju där det bl.a. ingår frågor om våld och missbruk. En annan grupp prioriterar alla inkommande ärenden. En patientansvarig behandlare utses i varje ärende och denne behandlare är ansvarig för behandlingsprocessen och att ytterligare kompetens inom teamet, vårdkedjan eller inom BUP kopplas in vid behov. Behandlaren träffar barnet, oftast tillsammans med en eller båda föräldrarna för ett till tre bedömningsamtal. I en diagnostisk intervju kartläggs aktuell problematik, stödresurser kring barnet, skolgång, kamrater och familjebakgrund. Ibland bjuds förskola/skola in för att få en helhetsbild runt barnet. Efter bedöm-

ningssamtalen upprättas en behandlingsplan som delges familjen. Den fortsatta kontakten kan vara en barnpsykiatrisk utredning eller en behandlingsinsats. I behandlingsplanen ska barnets problematik och diagnos framgå, liksom en överenskommelse med föräldrarna om fortsatt kontakt. Med föräldrarnas samtycke samverkar BUP med andra verksamheter som finns runt barnet.

Insatser för barn som upplevt våld i föräldrars nära relation.

BUP Skärholmen arbetar inte systematiskt med riskbedömning i nyärenden och det finns inte någon definition av våld som man arbetar utifrån. Däremot säger sig personalen ha en underförstådd tanke av vad våld är. Frågor om våld och missbruk ställs vid telefonsamtalet med mottagningsgruppen.

Upptäcker man på BUP Skärholmen att barnet har ett skyddsbehov, och att det pågår våld i hemmet gör mottagningen en orosanmälan enligt 14 kap 1§ SOL. I sådana fall sker ett samarbete med socialtjänsten så att verksamheterna kan samverka runt barnet. Om man möter barn som har traumatiserats av det våld de upplevt kan BUP Skärholmen erbjuda behandling för trauma, t.ex. med traumafokuserad korttidsterapi eller remittera till andra delar av vårdkedjan inom SLL, så som BUP Grinden (f.d. Bågen), mellanvård eller dygnet runt vård.

BUP Landstinget i Värmland

I Värmland är Barn och Ungdomspsykiatri indelad i fyra öppenvårdsteam (Basteam) med geografiska upptagningsområden, och fyra resursteam för barn med diagnoser som kräver mer omfattande insatser och specifika arbetsmetoder. De fyra öppenvårdsteamerna och tre av resursteamerna ingick i undersökningen. Man har även en akutsektion och en ätstörningsenhet som ej deltog. Samtliga enheter är lokaliserade till Karlstad men basteamerna har lokala mottagningar ett par dagar i veckan ute på de mindre orterna i länet.

Verksamheten

En remissgrupp tar emot, bedömer och fördelar nya ärenden. Nybesöket med bedömningssamtal görs oftast med både barn och medföljande förälder i rummet. En rutin för att kunna möta barn och förälder var för sig är under framtagande men är inte praxis i dagsläget. Oftast är det två behandlare, en socionom och en psykolog som håller i nybesöket och sedan har man möjlighet att koppla på fler professioner efter teamkonferens. Man använder en strukturerad checklista vid nybesöket där allt från besöksorsak till hälsotillstånd, anamnes, socialsituation, psykisk status, somatiska problem går igenom. Man går även igenom skyddsaspekten och kartlägger barnens nätverk innan eventuell behandling påbörjas.

Insatser för barn som upplevt våld i föräldrars nära relation.

BUP i Värmland tillsatte en kompetensgrupp för familjevåld redan år 2003. Kompetensgruppens fem medlemmar är utspridd i de olika teamerna och ska fungera som stöd för övriga behandlare. Sedan 2009 finns även ett barnhus i Värmland, där BUP är en del av myndighetssamverkan.

Basteamerna har ingen särskild rutin för att fånga upp barn som upplevt våld i familjen, men frågor om traumatiska händelser och risker finns med i den strukturerade checklistan som används vid alla nybesök. Checklistan an-

vänds ej i resursteamerna. Mottagningen har ingen gemensam definition av våld att arbeta utifrån.

Mottagningen arbetar inte med någon standardiserad rutin för riskbedömning, men ser alltid till skyddsaspekten för barnet innan en behandling påbörjas. Den vanligaste behandlingen för barn som upplevt våld i föräldrarnas nära relation är krisbehandling i form av en serie individuella samtal utifrån barnets nivå. Förhållningssättet är att behandlaren ska hålla sig till den terapimetod som den känner sig bekvämast att arbeta med och komplettera med extra kunskap om våld. Man syftar till att medvetandegöra barnet, låta barnen sätta ord på och återberätta upplevelserna av våld, att sätta ord på känslor och att lära barnen strategier för vad de ska göra om det händer igen. Att normalisera barnets reaktioner brukar också ge symtomlättning. Mottagningen har flera typer av föräldrastöd. Föräldrarna kan antingen få stöd individuellt eller tillsammans. En del föräldrar får även fortsatt stöd efter det att barnen slutat komma till BUP. Mottagningen hänvisar även mammor som behöver eget stöd till kvinnojour, brottsofferjour, samtalsakut och liknande insatser.

BUP Gamlestaden

BUP Gamlestaden är en av flera BUP mottagningar inom Västra Götalandsregionen. Mottagningen tillhör Drottning Silvias Barn och ungdomssjukhus och har upptagningsområde i fyra stadsdelar i Göteborg; Gunnared, Lärjedalen, Bergsjön och Kortedala.

Verksamheten

Remissteam tar emot, bedömer och fördelar nya ärenden. Det ingår i bedömningen att se barn och föräldrar både tillsammans och var för sig. Man använder en strukturerad intervjumall för nybesök, där man kartlägger symptom, barnets funktion hemma, på fritiden och i skolan, familjen, belastande händelser under uppväxten, historik, och aktuella riskfaktorer som missbruk, arbetslöshet, ohälsa i familjen och våld. Under senare delen av studien användes även LITE (Life Incidence of Traumatic Events) traumascreening, och i och med ett nytt projekt med start år 2011 kommer mottagningen även att börja använda en strukturerad diagnostisk intervju (K-SADS) och den traumascreening om ingår i denna, för vissa familjer.

Efter första besöket föredras ärendet i en tvärprofessionell teamkonferens som tar beslut om behandlingsinsats. Korttidsbehandling eller korttidsinsats om ca fem gånger är det vanligaste erbjudandet inledningsvis. Det kan vara nätverksmöten, fokuserad behandling eller en kort utredning. Efter korttidsinsatsen genomförs en ny teamkonferens som beslutar om ärendet ska avslutas, eller om fortsatta åtgärder, till exempel längre utredning eller behandling, krävs.

Insatser för barn som upplevt våld i föräldrars nära relation.

Barn som utsatts för svåra upplevelser av våld kan komma ifråga för behandlingsinsatser även om de inte har aktuella barnpsykiatriska symptom. Mottagningen har inte någon formell rutin för att göra riskbedömningar, men risk för våldsutsatthet bedöms ur ett barnperspektiv. Mottagningen har inte någon gemensam våldsdefinition att arbeta utifrån.

BUP Gamlestaden ingick 2006-2007 i ett forskningsprojekt, då man screenade för barn som upplevt våld. Efter detta tillfrågas nya patienter om våld som rutin. Initialt arbetar man med att stabilisera situationen kring patienten, i samverkan med hem och skola. Detta sker bl.a. genom att få rutiner och struktur i sin vardag, information till lärare och föräldrar om hur de kan bemöta barnet/ungdomen, samt ge psykoedukation om trauma. Därefter använder sig behandlarna av olika metoder. Ibland används Trappan-modellen i familjer där problematiken är mer avgränsad till våld. Andra metoder som används för barn som upplevt familjevåld är EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Traumafokusering, KBT (Kognitiv Beteende Terapi), familjeterapi eller psykodynamiska lekterapi med kognitiva inslag. Även avspänning, kroppskännedom och ångesthanteringsstrategier används när det är lämpligt. Ibland använder man sig av "Livsboken", en metod som utvecklas på mottagningen. Mottagningen har under senare delen av projektet börjat utbilda en del behandlare i en traumafokuserad terapimodell (Trauma Focused Cognitive Behavior Therapy, TF-CBT), samt i en anknytningsfokuserad familjeterapimodell (Attachment Based Family Therapy, ABFT)

Vanligtvis deltar föräldrarna i samtal med en föräldrabehandlare, samtidigt som barnen får barnterapi. Om pappan även är förövaren försöker man ta in ytterligare en behandlare, gärna manlig, som erbjuder pappan en enskild kontakt. Då jobbar man motiverande med honom och försöker få honom att se sin del, men också få ge sin egen bild av det inträffade.

Ordinarie verksamhet inom Socialtjänsten (OVS och OVuS)

Två verksamheter inom socialtjänsten ingår i studien, Familjeavdelningen vid Arbetsmarknads- och socialförvaltningen i Karlstad (OVS) och Familjerättsbyrån i Göteborg (OVuS). Nedan presenteras lite mer fakta om de båda verksamheterna.

Faktaruta: Ordinarie verksamhet inom Socialtjänsten(OVS och OVuS) (år 2008)

| | Familjeavdelningen i Karlstad | Familjerättsbyrån, Göteborg |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Personalstyrka (heltids-tjänster) | 129 | 31 |
| Budget | 108 550 tkr + boendeenheten finansierad via migrationsverket | 20 357 tkr |
| Nybesök (barn 0-18år) år 2008 | 1291 | Ingen uppgift |
| Antal sessioner i genomsnitt per ärende | Går ej att besvara | 3-5 |
| Egen uppskattning av andel ärenden med våld | På hela familjeavdelningen ca 9 %, hos familjerätten ca 38 %. | 30-40 % |
| Rutin finns för att alla barn får möjlighet till enskilt samtal vid minst ett tillfälle | Familjerätten: Nej Utredningsenheten: Ja Familjehuset: Nej | Ja, om ej olämpligt |
| Särskild resurs finns för barn som upplevt våld | Ja, familjehuset anordnar Trappan samtal. | Nej |

Familjerättsbyrån i Göteborg arbetar enbart med familjerättsjuridik. Även vid Familjeavdelningen i Karlstad finns en enhet som handlägger familjerättsjuridik, men den ingår ej i denna studie, utan rekrytering av informanter har skett vid mottagningsenheten som bedömer ärenden och eventuellt hänvisar vidare för utredning (vid utredningsenheten) och behandlande insatser (bland annat vid enheten "Familjehuset").

Familjeavdelningen vid Socialtjänsten i Karlstad (OVS)

Familjeavdelningen är den avdelning vid Arbetsmarknads- och socialförvaltningen Karlstad kommun där barn och ungdomar (0-20 år) och deras familjer kan få stöd. Inom avdelningen finns sex enheter; en mottagningsenhet, en familjerättsenhet, en utredningsenhet, en familjehemsenhet, en boendeenhet (asyl) och behandlingsenheten familjehuset.

Verksamheten

Mottagningsenheten tar hand om anmälningar och ansökningar, genomför inledande samtal och gör en förhandsbedömning. Om det är aktuellt slussas familjen vidare till handläggare för vidare utredning.

Familjeavdelningen arbetar inte med någon formaliserad riskanalys. Utredningar görs enligt modellen BBIC, Barnets behov i centrum, där man utgår från en tydlig strukturerad stödmall och går igenom barnets behov, föräldrarnas förmåga, miljöfaktorer, risker, nätverk osv. Information hämtas från skolan och BVC. Under utredningar hålls alltid enskilda samtal med barnen så vida inte föräldern kräver att få närvara i rummet. Metoder som används för att underlätta i samtalen med barnen är t.ex. tejpning, nätverkskartor, livslinje och nallekort. Efter fyra månader ska utredningen vara avslutad och eventuell genomförandeplan klar.

Familjeavdelningen erbjuder dels stödinsatser som att hjälpa mamman till ett tryggt boende, bevilja stöd i hemmet, sätta in kontaktfamilj eller kontaktperson eller att placera barnet. Socialsekreterarna kan även bevilja Trappansamtal eller annan insats på behandlingsenheten Familjehuset. Insatser vid Familjehuset inleds med en utredning som görs med familjen och barnet samlat. De flesta insatserna på familjehuset är riktade till hela familjen, så vida man inte gjort bedömningen att föräldrarna inte är någon resurs för barnet.

Insatser för barn som upplevt våld i föräldrars nära relation.

Familjeavdelningen har ingen fastställd rutin för att fråga om våld i nära relationer. Om våld i familjen uppmärksammas under utredningen kan man hänvisa till insatser vid behandlingsenheten Familjehuset. Familjehuset har intentionen att någon gång under vägen ställa frågor om våld till familjemedlemmarna, antingen genom en egenkonstruerad blankett, eller muntligt. För barn som upplevt våld mellan föräldrarna finns krisinterventionen Trappan. Alla på behandlingsenheten har utbildning i Trappan-modellen och man arbetar enligt originalmodellen med i genomsnitt sju till åtta samtal inklusive första och sista samtalen ihop med föräldern. På Familjehuset finns även barngrupper för barn som har en förälder som missbrukar, förälder med psykisk ohälsa och grupper för barn som upplevt svåra skilsmässor. Det händer att barn deltar både i Trappan-samtal och i någon gruppverk-

samhet. I dagsläget finns ingen grupp för barn som bevittnat våld. Familje-
huset erbjuder även två olika föräldrautbildningsprogram *De otroliga åren*
och *Aktivt föräldraskap*, samt individuella stödsamtal med föräldrar.

Familjerättsbyrån i Göteborg (OVuS)

Familjerättsbyrån är en del av Sociala resursförvaltningen i Göteborg. Verksamheten är en egen enhet, som handlägger alla familjerättsärenden i Göteborgs stad.

Verksamheten

Till familjerättsbyrån kommer ärenden om faderskapsbekräftelse, adoption, samarbetsamtal (både frivilliga såväl som på remiss från domstol), samt utredningar till domstolen i ärenden där föräldrar inte är överens om vårdnad, boende och umgänge. Förutom de ärenden som handläggs på familjerättsbyrån arbetar medarbetarna även mycket med konsultation över telefon.

Under tiden som inkluderingen till forskningsprojektet pågick testade familjerättsbyrån en ny modell för mottagande av samarbetsamtalsärenden där en mottagningsgrupp mötte föräldrarna, kartlade familjeförhållandena och genomförde individuell screeningen med PVS. Efter inkluderingen till forskningsstudien lades mottagningsgruppen ned och mottagningsmetoden vid samarbetsamtal lärdes ut till alla handläggare.

Antalet samtal för föräldrar vid familjerättsenheten varierar med ärendetyp, men innefattar både individuella och gemensamma samtal med föräldrarna, liksom barnsamtal. I utredningsärendena har handläggarna i princip enskilda samtal med alla barn över 5 år, i samarbetsamtalsärendena varierar antalet barnsamtal utifrån dels situationen i ärendet, föräldrarnas önskemål, barnens ålder samt efter lämplighetsbedömning. Ju äldre barnen är desto mer självklart tycker man att det är att även barnen får säga sin åsikt. Exempel på tekniska hjälpmedel som används vid barnsamtalen är tejpning, sandlåda med figurer, nallekort, dockor osv.

Familjerättsbyrån har inget instrument för riskbedömning, men man gör ändå alltid en sådan. Vid utformningen av mottagningsgruppens rutin för samarbetsamtalsärenden användes bl.a. en checklista från familjerätten i Gävle.

Insatser för barn som upplevt våld i föräldrars nära relation.

När familjerättsbyrån gick in i forskningsprojektet valde man att screena samtliga nybesök för våld (utom sambofaderskapsärenden och adoptionsärenden) genom instrumentet PVS. Det är en rutin som man fortsatt med efter att projektet avslutades. På familjerättsbyrån använder man sig av Pär Isdals definition av våld och personalen har även varit på utbildningsdag med honom för att ha en gemensam värdegrund i våldsfrågorna.

Familjerättsbyrån poängterar att man inte bedriver behandling. Det man kan göra är att fånga upp våldsutsatta föräldrar genom PVS och hänvisa sådana kvinnor och män som inte redan fått hjälp till de olika stödverksamheter som finns i Göteborg, t.ex. Utväg eller Kriscentrum. Det händer också att handläggare beslutar stoppa samarbetsamtal om det förekommer våld mellan parterna.

Informanter till verksamhetsbeskrivningar

Följande personer har svarat på enkäter respektive intervjuats för de verksamhetsbeskrivningar som presenteras i studien. Materialet inhämtades mellan april och oktober år 2009. Frågor i enkäten handlade om föregående verksamhetsår (år 2008).

SäV

- Bojen i Göteborg: (Enkät och Intervju) Susanne Ericson och Anne Florberger
- Grinden i Gävle: (Enkät och intervju) Britt-Marie Holm och Eva Bladini-Amborn
- Utväg Skaraborg: (enkät och intervju): Carina Eliason
- Utväg Barn Göteborg: (enkät och intervju) Birgit Andrén och Lena Hogander
- BUP Bågen/Grinden: (Enkät och intervju) Anna Norlén
- Frizon Södertälje: (enkät och intervju) Karin Mård och Lena Kallio
- Trappan Uppsala: (Enkät) Lillemor Bränn, Karin Hagerell, (intervju) Karin Hagerell och Marie Sörensen
- Gruppverksamheten Fridlyst i Huddinge: (enkät och intervju): Britt-Inger Röcklinger
- Kvinnohuset i Örebro: (enkät och intervju) Verksamhetschef samt barnpedagog (ej tillåtelse att publicera namn 2010-11-22)

OVS

- Kvinnoboendet Siri: (enkät) Inger Olsson, (intervju) två anställda socionomer (ej tillåtet att publicera namn 2010-11-22)
- BUP Skärholmen: (Enkät och intervju) Gunilla Nirman, (intervju) Astrid Altschul
- BUP Värmland: (Enkät) Eva-Lisa Olsson, Annika Lindell, Christina Sand, (intervju) Sylvia Hermansson, Solweig Johansson, Berit Ek-båge.
- BUP Gamlestaden (Enkät) Marie Hellsten, (Intervju) Hanna Hjort och Tua Hassling
- Familjeavdelningen, Socialtjänsten i Karlstad: (enkät) Carina Henriksson, Maria Jörnmyr, (intervju) Lena Andrén, Sofia Engström, Gunilla Levander

OVuS

- Familjerättsbyrån i Göteborg: (Enkät och intervju) Chris Börjesson, (intervju) Bernt Wahlsten

Bilaga 2

Tabeller

Metoddelen

Tabell 1. Bortfall avseende mammor från förmätning (T1) till eftermätning (T2) och ettårsuppföljning (T3)

| | SäV | | | | OV med stöd | | | | OV ejS | | | | Total | | | |
|------------------|--------|----|--------|----|-------------|----|---------|----|--------|----|-------|----|--------|----|---------|----|
| | SäV-G | | SäV-I | | KvJ-B | | KvJ-ejB | | BUP | | IFO | | Fam | | Frek | % |
| | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % |
| Ej bortfall | 39 | 66 | 12 | 75 | 1 | 25 | 1 | 50 | 10 | 56 | 5 | 71 | 25 | 66 | 93 | 65 |
| Bortfall T2 & T3 | 8 | 14 | 3 | 19 | 1 | 25 | 1 | 50 | 6 | 33 | 1 | 14 | 5 | 13 | 25 | 17 |
| Bortfall T3 | 12 | 20 | 1 | 6 | 2 | 50 | 0 | 0 | 2 | 11 | 1 | 14 | 8 | 21 | 26 | 18 |
| Total | N = 59 | | N = 16 | | N = 4 | | N = 2 | | N = 18 | | N = 7 | | N = 38 | | N = 144 | |

SäV = Särskilda Verksamheter (Verksamheter som är särskilt inriktade på att arbeta med barn vars mamma utsatts för våld av en manlig partner)

SäV-G = Gruppbaseerat stöd; SäV-I = Individbaseerat stöd; KvJ-B = Kvinnojour/Skyddat boende med specifikt barnstöd

OV med stöd= Ordinarie verksamheter med ansvar för att också ge någon form av stöd till barnet

KvJ-ejB = Kvinnojour/skyddat boende utan specifikt barnstöd; BUP = Barn- och UngdomsPsykiatri; IFO = Socialtjänstens Individ och Familjeomsorg

OV ej stöd = Ordinarie verksamhet med ansvar att utreda vårdnads-/umgängesfrågor, ge samarbetsamtal till makar m.m.

Fam = Familjerätten

Tabell 2. Bortfallsdata avseende de barn som ingår i studien

| | SäV | | OV stöd | | OV ej stöd | | Total | |
|-----------------------|---------|----|---------|----|------------|----|---------|----|
| | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % |
| Ej bortfall | 66 | 56 | 17 | 53 | 32 | 65 | 115 | 58 |
| Bortfall T2 & T3 | 23 | 19 | 4 | 13 | 5 | 10 | 32 | 16 |
| Bortfall T3 | 24 | 20 | 2 | 6 | 8 | 16 | 34 | 17 |
| Bortfall T2 men ej T3 | 6 | 5 | 9 | 28 | 4 | 8 | 19 | 10 |
| Total | N = 119 | | N = 32 | | N = 49 | | N = 200 | |

Resultatdelen

Tabell 3. Bakgrundsdata vid förmätningen, kontinuerliga variabler

| | SäV (1) | | OV stöd (2) | | OV ej stöd (3) | | Skillnad | |
|--------------------------------------------------------|---------|-------|-------------|-------|----------------|-------|----------|----------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | F | sig |
| Våldet mot mamman | | | | | | | | |
| Antal år med våld | 7,3 | 4,05 | 7,9 | 5,0 | 6,2 | 4,3 | 1,46 | ns |
| CTS-2 Förhandling; antal kategorier någonsin (0 - 6) | 3,05 | 1,9 | 3,42 | 1,8 | 2,97 | 1,8 | 0,6 | ns |
| CTS-2 Förhandling; intensitet senaste året (0 - 150) | 17,07 | 22,3 | 13,15 | 22,5 | 12,54 | 18,9 | 0,7 | ns |
| CTS-2 Våld totalt; antal kategorier någonsin (0 - 33) | 20,26 | 6,3 | 16,27 | 6,7 | 15,32 | 5,06 | 9,76 | p < .001 |
| CTS-2 Våld totalt; intensitet senaste året (0 - 825) | 89,14 | 132,2 | 91,69 | 190,7 | 51,41 | 61,9 | 1,15 | ns |
| Mammans självrapporterade psykiska ohälsa och "mående" | | | | | | | | |
| Allmän psykisk ohälsa (BSI-GSI) | 1,49 | 0,88 | 1,46 | 0,90 | 1,49 | 0,81 | 0,008 | ns |
| Posttraumatiska symtom (IES-tot) | 28,72 | 14,03 | 26,69 | 10,80 | 29,22 | 11,12 | 0,33 | ns |
| Känsla av sammanhang (KASAM 13) | 55,22 | 13,39 | 58,00 | 12,14 | 57,54 | 12,23 | 0,68 | ns |
| Livsstegen Nu (1 - 10) | 5,42 | 2,25 | 5,70 | 2,43 | 4,64 | 2,18 | 2,04 | ns |
| Livsstegen för ett år sedan (1 - 10) | 3,13 | 2,36 | 3,15 | 2,18 | 4,89 | 2,98 | 6,39 | p = .002 |
| Livsstegen om ett år (1 - 10) | 7,80 | 2,28 | 7,92 | 2,61 | 7,64 | 2,39 | 0,11 | ns |

'M' = medelvärde; 'SD' = Standardavvikelse; 'F' = F-värdet vid envägs variansanalys; 'sig' = signifikansnivån för funna skillnader; '1, 2 > 3' innebär att post hoc-test visat att grupp 1 & 2 inte skiljer sig från varandra men att båda skiljer sig från grupp 3.

Hollingshead = Hollingshead two-factor index (utbildningsnivå och yrkesstatus) of social position

Tabell 4. Barnens ålders- och könsfördelning vid förmätningen

| | Sp_V | | OV stöd | | OV ej stöd | | Total | |
|---------|---------|--------|---------|--------|------------|--------|---------|--------|
| | Flickor | Pojkar | Flickor | Pojkar | Flickor | Pojkar | Flickor | Pojkar |
| | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % |
| 3 - 5 | 19 | 29 | 8 | 15 | 1 | 13 | 8 | 33 |
| 6 - 8 | 19 | 29 | 27 | 51 | 1 | 13 | 6 | 25 |
| 9 - 11 | 19 | 29 | 15 | 28 | 3 | 38 | 6 | 25 |
| 12 - 13 | 9 | 14 | 3 | 6 | 3 | 38 | 4 | 17 |
| Totalt | 66 | | 53 | | 8 | | 24 | |

Tabell 5. Barnets fysiska kontakt med pappa som utövat våld mot mamma och mamman hade ensam vårdnad

| | SäV | | OV stöd | | OV ej stöd | | Total | |
|-----------------------------|--------|----|---------|----|------------|----|---------|----|
| | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % |
| Aldrig/nästan aldrig | 15 | 30 | 5 | 25 | 6 | 19 | 26 | 26 |
| Enstaka ≥ varannan månad | 4 | 8 | 0 | 0 | 1 | 5 | 5 | 5 |
| ≥ varannan vecka | 4 | 8 | 2 | 10 | 4 | 13 | 10 | 10 |
| Dagligen | 26 | 52 | 10 | 50 | 15 | 47 | 51 | 50 |
| Total | 1 | 3 | 3 | 15 | 6 | 19 | 10 | 10 |
| | N = 50 | | N = 27 | | N = 32 | | N = 102 | |

SäV = Särskilda Verksamheter (Verksamheter som är särskilt inriktade på att arbeta med barn vars mamma utsatts för våld av en manlig partner)

OV med stöd= Ordinarie verksamheter med ansvar för att också ge någon form av stöd till barnet

OV ej stöd = Ordinarie verksamhet med ansvar att utreda vårdnads-/umgängesfrågor, ge samarbetsamtal till makar m.m.

Tabell 6. Bakgrundsdata rörande förövare, vårdnad och boende

| | SäV | | OV stöd | | OV ej stöd | | Total | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|---------|----|------------|----|---------|----|
| | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % |
| Pappan utsatt M för våld | 99 | 83 | 28 | 88 | 47 | 96 | 174 | 87 |
| Pappan utsatt barnet för våld | 59 | 63 | 17 | 61 | 23 | 49 | 99 | 57 |
| Vårdnad när barnets pappa enligt mamman var den som utsatt henne för våld (N = 174) | | | | | | | | |
| Gemensam | 50 | 51 | 21 | 75 | 32 | 68 | 103 | 59 |
| Mamma ensam | 46 | 47 | 7 | 25 | 14 | 30 | 67 | 39 |
| Pappa ensam | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Annat | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 |
| Total | N = 99 | | N = 28 | | N = 47 | | N = 174 | |
| Boende när barnets pappa enligt mamman var den som utsatt henne för våld (N = 173) | | | | | | | | |
| Växelvis | 8 | 8 | 2 | 7 | 11 | 23 | 21 | 12 |
| Med mamma ensam | 82 | 83 | 21 | 75 | 30 | 64 | 133 | 76 |
| Med båda föräldrarna | 0 | 0 | 2 | 7 | 0 | 0 | 9 | 5 |
| Med pappa ensam | 2 | 2 | 1 | 4 | 6 | 13 | 9 | 5 |
| På annat sätt (familjehem) | 7 | 7 | 2 | 7 | 0 | 0 | 9 | 5 |
| Total | N = 99 | | N = 28 | | N = 47 | | N = 174 | |

Tabell 7. Bakgrundsdata barn vid förmätningen, kontinuerliga variabler

| | SäV | | OV stöd | | OV ej stöd | | Skillnad? | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|----------------------------|-------|----------------------------|------|-----------|----------------------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | F | sign |
| Våld mot mamman som enligt mamman upplevts av barnet | | | | | | | | |
| CTS2 Antal kat. någonsin Psyko-logisk aggression (0 - 8) (N = 187) | 4,64 | 1,4 | 3,97 | 1,6 | 3,89 | 1,1 | 6,39 | p = .002 1 > 2, 3 |
| CTS2 Antal kat. någonsin Fysiska angrepp (0 - 12) (N = 187) | 6,22 | 3,3 | 4,47 | 3,3 | 4,57 | 2,7 | 6,41 | p = .002 1 > 2, 3 |
| CTS2 Intensitet Psykologisk aggression; senaste året (0 - 200) (N = 119; 68 barn hade enligt M ej upplevt detta senaste året) | 46,12 N = 70 (41 ej) | 33,9 | 32,50 N = 16 (14 ej) | 38,2 | 35,76 N = 33 (13 ej) | 21,8 | 1,93 | ns |
| CTS2 intensitet Fysiska angrepp; senaste året (0 - 300) (N = 80; 107 barn hade enligt M ej upplevt detta senaste året) | 31,72 N = 53 (58 ej) | 37,2 | 50,45 N = 11 (19 ej) | 103,4 | 11,06 N = 16 (30 ej) | 16,7 | 2,21 | ns |
| Mammans beskrivning av barnets psykiska ohälsa och "mående" vid förmätningen | | | | | | | | |
| SDQ total (0 - 40) | 12,94 | 7,2 | 14,39 | 7,1 | 12,73 | 6,8 | ,61 | ns |
| SDQ impact (0 - 10) | 1,29 | 2,1 | 2,10 | 2,4 | 1,52 | 2,6 | 1,58 | ns |
| Emo_reaktivitet (11-55) | 33,54 | 11,5 | 34,32 | 9,5 | 31,14 | 8,9 | 1,02 | ns |
| Emo_reglering själv (8-40) | 26,23 | 8,04 | 25,19 | 8,1 | 26,51 | 7,2 | ,28 | ns |
| Emo_reglering vuxen (8-40) | 28,29 | 8,2 | 26,42 | 7,7 | 28,56 | 6,8 | ,82 | ns |
| Soc_komp; Empati | 29,81 | 5,7 | 29,71 | 5,0 | 29,29 | 5,9 | ,14 | ns |
| Soc_komp; Socialt initiativ | 31,21 | 6,2 | 29,06 | 5,7 | 30,07 | 5,9 | 1,76 | ns |
| Soc_komp; Pro social | 33,49 | 6,9 | 32,77 | 5,2 | 33,14 | 6,2 | ,16 | ns |

'M' = medelvärde; 'SD' = Standardavvikelsen; 'F' = F-värdet vid envägs variansanalys; 'sig' = signifikansnivån för funna skillnader; '1 > 2, 3' innebär att post hoc-test visat att grupp 1 skiljer sig från grupp 2 och grupp 3, men att dessa grupper inte skiljer sig från varandra.

CTS2 antal kat = Hur många olika typer av psykologiskt resp. fysiskt våld mot mamma har barnet upplevt enligt mamman?

CTS2 intensitet = Hur mycket fysiskt våld mot mamma hade barnet enligt mamman upplevt det senaste året (kombination av antal typer av våld och deras frekvens)?

SDQ total = Allmän psykisk ohälsa totala symtom; SDQ impact = Allmän psykisk ohälsa hur stor inverkan har symtomen på barnets vardagsliv?

EMO_reaktivitet = Känslomässig reaktivitet, totalskalan; EMO_reglering själv = Förmågan att reglera sina känslor själv;

EMO_reglering vuxen = Förmågan att reglera sina känslor med hjälp av en vuxen;

Soc_komp; empati = Social kompetens, empatiskalan; Soc_komp; socialt initiativ = Social kompetens, skalan för positivt ledarskap i barngruppen;

Soc_komp; prosocial = Social kompetens, allmänt positivt socialt beteende;

Tabell 8. Har mamman varit utsatt för våld (av den man som var anledningen till att hennes barn deltar i projektet) under det senaste året (T1) resp. under de senaste sex månaderna (T3)?

| | SäV | | | | OV (OVS + OVuS) | | | | Totalt | | | |
|------|------------|------|-------------------|------|-----------------|------|-------------------|------|------------|------|-------------------|------|
| | Förmätning | | Ettårsuppföljning | | Förmätning | | Ettårsuppföljning | | Förmätning | | Ettårsuppföljning | |
| | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % |
| Psyk | 43/79 | 55 % | 19/53 | 36 % | 39/63 | 61 % | 20/46 | 43 % | 82/142 | 58 % | 39/99 | 39 % |
| Fys | 27/79 | 34 % | 5/53 | 9 % | 19/63 | 30 % | 4/46 | 9 % | 46/142 | 32 % | 9/99 | 9 % |
| Sex | 19/79 | 24 % | 1/53 | 2 % | 7/63 | 11 % | 3/46 | 7 % | 26/142 | 18 % | 4/99 | 4 % |

Tabell 9. Har barnet upplevt det våld mamman varit utsatt för (av den man som var anledningen till att hennes barn deltar i projektet) under det senaste året (T1) resp. under de senaste sex månaderna (T3)?

| | SäV | | | | OV (OVS + OVuS) | | | | Totalt | | | |
|---------|------------|------|-------------------|------|-----------------|------|-------------------|------|------------|------|-------------------|------|
| | Förmätning | | Ettårsuppföljning | | Förmätning | | Ettårsuppföljning | | Förmätning | | Ettårsuppföljning | |
| | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % | Frek | % |
| Psyk | 70/119 | 59 % | 20/65 | 31 % | 49/81 | 60 % | 27/53 | 51 % | 119/200 | 60 % | 47/118 | 40 % |
| Fys/sex | 53/119 | 45 % | 10/65 | 15 % | 27/81 | 33 % | 15/53 | 28 % | 80/200 | 40 % | 25/118 | 21 % |

Tabell 10. Mammornas beskrivning av sin egen psykiska (o)hälsa och mående före, efter och ett år efter påbörjad stödinsats

| Instrument | Före påbörjad stödinsats (T1) | | | | | | Efter ca. 6 månader (T2) | | | | | | Efter ca. 12 månader (T3) | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|--------------------------------------|-----|-------------------|-----|--------------------|------|---------------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|
| | SäV N = 79 | | OV_stöd N = 27 | | OV_ej stöd N=37 | | SäV N = 66 | | OV_stöd N = 19 | | OV_ej stöd N=33 | | SäV N = 54 | | OV_stöd N = 21 | | OV_ej stöd N=29 | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| Allmän psykisk ohälsa Brief Symptom Inventory (BSI) General Symptom Index (GSI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BSI-GSI | 1,49 | ,88 | 1,46 | ,90 | 1,49 | ,81 | 1,37 | ,97 | 1,74 | 1,0 | 1,2 | ,85 | ,93 | ,74 | 1,23 | ,94 | 1,12 | ,75 |
| Posttraumatiska symtom Impact of Event Scale Revised (IES) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Påträngande minnen (B) | 2,03 | ,98 | 1,71 | ,89 | 2,03 | ,81 | IES besvarades ej vid eftermätningen | | | | | | 2,43 | ,96 | 2,16 | 1,04 | 2,34 | ,78 |
| Undvikande (C) | 1,88 | 2,02 | 1,87 | ,85 | 1,98 | ,93 | | | | | | | 2,38 | ,91 | 2,11 | ,83 | 2,38 | ,80 |
| Kroppsliga reaktioner | 1,79 | 1,07 | 1,66 | ,88 | 1,71 | ,86 | | | | | | | 2,15 | 1,05 | 2,31 | 1,19 | 2,23 | ,87 |
| IES-Tot (B + C) | 28,7 | 14,0 | 26,6 | 10,8 | 29,2 | 11,1 | | | | | | | 36,08 | 12,8 | 32,0 | 13,5 | 35,4 | 10,9 |
| | 2 | 3 | 9 | 0 | 2 | 2 | | | | | | | | 5 | 0 | 1 | 3 | 4 |
| Livsstegen (Ladder of Life) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nu | 5,42 | 2,25 | 5,70 | 2,43 | 4,64 | 2,18 | 6,08 | 1,9 | 6,39 | 2,1 | 5,0 | 2,29 | 6,98 | 1,84 | 6,40 | 2,26 | 5,72 | 2,37 |
| För ett år sedan | 3,13 | 2,36 | 3,15 | 2,18 | 4,89 | 2,98 | 3,66 | 2,5 | 4,65 | 1,7 | 3,1 | 1,62 | 4,62 | 2,08 | 3,95 | 2,33 | 4,21 | 2,11 |
| Om ett år | 7,80 | 2,28 | 7,92 | 2,61 | 7,64 | 2,39 | 7,92 | 2,1 | 8,31 | 1,7 | 6,7 | 2,66 | 8,57 | 1,38 | 7,80 | 2,38 | 7,17 | 2,56 |
| | | | | | | | | 2 | | 4 | 9 | | | | | | | |
| Känsla av sammanhang (KASAM-13) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Totalpoäng | 4,25 | 1,03 | 4,46 | ,94 | 4,43 | ,94 | 4,20 | 1,1 | 4,14 | ,74 | 4,4 | 1,02 | 4,63 | ,92 | 4,31 | ,98 | 4,42 | ,87 |
| | | | | | | | | 1 | | | 4 | | | | | | | |

SäV = Särskilda Verksamheter (Verksamheter som är särskilt inriktade på att arbeta med barn vars mamma utsatts för våld av en manlig partner)

OV med stöd= Ordinarie verksamheter med ansvar för att också ge någon form av stöd till barnet

OV ej stöd = Ordinarie verksamhet med ansvar att utreda vårdnads-/umgängesfrågor, ge samarbetsamtal till makar m.m.

Tabell 11. Parvisa jämförelser vad gällde mammornas självrapporterade psykiska (o)hälsa och mående mellan förmätning (T1) och eftermätning (T2) respektive mellan förmätning (T1) och ett-års-uppföljning (T3)

| | SäV | | OV stöd | | | | OV ej stöd | | | | | |
|-------------------------------|---------|--------------------------|---------|----------------------|---------|-----------------------------|------------|---------------------------------|---------|---------------------|---------|----------------------|
| | T1 - T2 | | T1 - T3 | | T1 - T2 | | T1 - T3 | | T1 - T2 | | T1 - T3 | |
| | Diff | sig | Diff | sig | Diff | sig | Diff | sig | Diff | sig | Diff | sig |
| Brief Symptom Inventory (BSI) | | | | | | | | | | | | |
| | ,008 | ,08 ns | ,41 | 3,18 p = .002 | -,21 | -,96 ns | ,33 | 1,43 ns | ,18 | 1,41 ns | ,24 | 1,91 p = .07 |
| Impact of Event Scale (IES) | | | | | | | | | | | | |
| Påträngande minnen | | | -,51 | -3,29 p = .002 | | | -,41 | - 1,69 ns | | | -,35 | -2,36 p = .03 |
| Undvikande | | | -,62 | -4,08 p < .001 | | | -,31 | - 1,47 ns | | | -,45 | -2,44 p = .02 |
| Kroppsliga reaktioner | | | -,48 | -2,64 p = .01 | | | -,67 | - 2,57 p = .02 | | | -,59 | -4,49 p < .001 |
| Totalskalan | | | - | -4,28 p < .001 | | | - | - 5,68 2,02 p = .06 | | | - | -3,16 p = .004 |
| KASAM 13 | | | | | | | | | | | | |
| Totalskalan | ,14 | ,138 ns | -,28 | -1,86 p = .07 | ,16 | ,91 ns | 08 | ,42 ns | ,02 | ,18 ns | ,11 | ,70 ns |
| Livsstegen (Ladder of Life) | | | | | | | | | | | | |
| Nu | -,60 | - 1,70 p = .095 | - | -3,23 p = .002 | -,83 | - 1,10 ns | - | - 1,20 1,63 ns | -,16 | -38 ns | -,79 | -1,32 ns |
| För ett år sedan | -,49 | - 1,53 ns | - | -3,52 p = .001 | - | - 1,3 5 p = .02 | -,65 | - 1,40 ns | 1,84 | 3,20 p = .003 | ,96 | 1,42 ns |
| Om ett år | -,18 | -0,6 ns | -,37 | -1,22 ns | -,73 | - 1,04 ns | ,11 | ,19 ns | ,94 | 1,99 p = .06 | ,54 | 1,19 ns |

'Diff' = poängskillnaden mellan T1- och T2-resp. T1- och T3-mätningen.

Tabell 12. Mammornas beskrivning av sitt barns psykiska (o)hälsa och mående före, efter och ett år efter påbörjad stödsats

| <i>Instrument</i> | SäV = Särskilda verksamheter | | | | | | OV_stöd Ordinarie stödverksamhet | | | | | | Ordinarie ej barnstöd | | | | | |
|-------------------------|------------------------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|----------------------------------|------|-------------|------|-------------|------|-----------------------|------|-------------|------|-------------|------|
| | T1 (N = 119) | | T2 (N = 90) | | T3 (N = 72) | | T1 (N = 32) | | T2 (N = 19) | | T3 (N = 26) | | T1 (N = 49) | | T2 (N = 40) | | T3 (N = 36) | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| ER-P | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reaktivitet_total | 33,96 | 11,41 | 30,71 | 11,83 | 30,49 | 10,46 | 33,47 | 8,61 | 31,05 | 9,54 | 29,00 | 8,74 | 30,81 | 9,55 | 31,36 | 8,84 | 30,50 | 7,65 |
| Reglering_själv | 26,33 | 7,68 | 28,78 | 7,80 | 25,52 | 7,43 | 25,53 | 7,10 | 26,63 | 6,77 | 29,08 | 7,04 | 26,69 | 7,55 | 26,33 | 7,91 | 28,17 | 7,53 |
| Reglering_vuxen | 28,12 | 7,75 | 28,87 | 8,24 | 30,07 | 8,5 | 26,58 | 6,93 | 28,74 | 9,02 | 27,73 | 8,10 | 28,44 | 7,21 | 26,53 | 7,94 | 28,03 | 7,31 |
| SDQ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Emotionella probl | 4,20 | 2,89 | 3,78 | 2,62 | 3,37 | 2,77 | 4,68 | 2,71 | 3,58 | 2,43 | 3,80 | 3,04 | 4,03 | 2,66 | 3,60 | 2,37 | 3,76 | 2,57 |
| Uppförandeprobl | 2,52 | 2,13 | 2,52 | 2,15 | 2,35 | 2,09 | 2,63 | 1,64 | 2,74 | 1,66 | 2,72 | 1,43 | 2,33 | 1,81 | 2,68 | 2,35 | 2,09 | 1,84 |
| Hyperaktivitet | 4,07 | 2,73 | 3,82 | 2,72 | 3,43 | 2,58 | 5,05 | 3,10 | 4,47 | 2,97 | 5,16 | 2,44 | 4,15 | 3,24 | 4,18 | 3,06 | 4,36 | 3,44 |
| Kamratproblem | 1,94 | 1,76 | 1,85 | 1,74 | 1,48 | 1,79 | 2,11 | 2,21 | 2,68 | 2,03 | 2,72 | 2,41 | 1,83 | 2,07 | 2,35 | 2,48 | 2,21 | 2,57 |
| Totala problem | 12,73 | 7,39 | 11,97 | 6,91 | 10,63 | 6,96 | 14,47 | 7,07 | 13,47 | 6,99 | 14,40 | 7,57 | 13,09 | 7,16 | 12,80 | 7,55 | 12,42 | 7,08 |
| Funktionsin-skränkning | 1,31 | 2,20 | 1,23 | 2,02 | ,97 | 1,85 | 2,16 | 2,61 | 1,16 | 1,43 | 1,91 | 2,16 | 1,55 | 2,67 | 1,38 | 2,05 | 2,46 | 3,77 |
| Pro social | 7,86 | 2,11 | 7,86 | 2,06 | 8,17 | 1,88 | 7,84 | 1,86 | 7,37 | 1,98 | 8,04 | 1,57 | 7,64 | 1,83 | 7,31 | 2,43 | 7,88 | 2,19 |
| Social kompetens | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empati | 29,29 | 5,84 | 30,76 | 5,37 | 31,19 | 5,36 | 28,44 | 4,76 | 27,89 | 4,86 | 29,38 | 3,63 | 29,14 | 6,15 | 28,97 | 6,90 | 29,07 | 5,36 |
| Socialt initiativ | 31,30 | 6,10 | 31,68 | 5,42 | 33,21 | 5,40 | 29,36 | 5,40 | 28,56 | 6,69 | 29,64 | 5,57 | 31,00 | 5,77 | 31,86 | 5,73 | 31,74 | 6,71 |
| Pro social | 33,09 | 7,15 | 34,40 | 5,95 | 34,67 | 6,49 | 32,06 | 5,50 | 31,72 | 7,18 | 33,40 | 4,76 | 34,25 | 5,26 | 33,19 | 6,54 | 33,28 | 7,02 |

Tabell 13. Parvisa jämförelser vad gäller mammornas rapportering av barnens psykiska (o)hälsa och mående mellan förmätning (T1) och eftermätning (T2) respektive mellan förmätning (T1) och ett-års-uppföljning (T3)

| | SäV | | | | OV stöd | | | | OV ej stöd | | | |
|--------------------------------------------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|---------------------|---------|--------------------|------------|----------------------|---------|--------------------|
| | T1 - T2 | | T1 - T3 | | T1 - T2 | | T1 - T3 | | T1 - T2 | | T1 - T3 | |
| Känslomässig reaktivitet och regleringsförmåga (ER-P) | | | | | | | | | | | | |
| | Diff | sig | Diff | sig | Diff | sig | Diff | sig | Diff | sig | Diff | sig |
| Känslomässig reaktivitet, total | 3,26 | 3,29 p = .001 | 4,93 | 3,89 p < .001 | 2,42 | ,99 ns | 4,60 | 2,66 p = .01 | -,56 | -,58 ns | ,53 | ,33 ns |
| Känslomässig reglering - själv | - | - | - | - | - | - | - | - | ,36 | ,37 ns | -2,00 | -1,19 ns |
| Känslomässig reglering -vuxen | -,75 | -,81 ns | - | - ns | - | -,99 ns | - | - ns | 1,92 | 1,99 p = .06 | ,20 | ,15 ns |
| Styrkor och svårigheter hos barn (SDQ) | | | | | | | | | | | | |
| Emotionella prob | ,42 | 1,72 p = .08 | 1,10 | 3,14 p = .003 | 1,11 | 2,29 p =.03 | ,52 | ,83 ns | ,43 | 1,55 ns | ,30 | ,74 ns |
| Uppförandeprobl | 0,0 | ,0 ns | ,23 | ,94 ns | ,11 | -,36 ns | ,40 | ,93 ns | -,35 | -1,06 ns | ,58 | 1,37 ns |
| Hyperaktivitet | ,24 | 1,07 ns | ,86 | 2,97 p = .004 | ,58 | 1,15 ns | -,08 | -,19 ns | -,03 | -,10 ns | 0,00 | 0,00 ns |
| Kamratproblem | ,08 | ,52 ns | ,55 | - 3,13 p = .003 | -,58 | 1,51 ns | -,08 | -,17 ns | -,53 | -1,86 p =.07 | -,21 | -,65 ns |
| Totala problem | ,75 | 1,49 ns | 2,74 | 3,65 p = .001 | 1,00 | ,94 ns | ,76 | ,58 ns | -,48 | -,56 ns | ,67 | ,58 ns |
| Funktionsin- skränkning | ,08 | ,43 ns | ,53 | 2,36 p = .02 | 1,00 | 1,44 ns | ,25 | ,43 ns | ,18 | ,51 ns | -,93 | -2,11 p =.04 |
| Pro social | 0,0 | 0,0 ns | -,25 | - 1,19 ns | ,47 | 1,76 p = .095 | -,04 | -,12 ns | ,33 | ,99 ns | -,52 | -1,38 ns |
| Social kompetens med jämnåriga | | | | | | | | | | | | |
| Empati | -1,48 | - 3,07 p = .003 | - | -2,17 p = .03 | ,56 | ,60 ns | 1,25 | ,19 ns | 1,25 | 1,43 ns | ,07 | ,07 ns |
| Socialt initiativ | -,38 | -,82 ns | - | -2,29 p = .03 | -,50 | -,45 ns | -,28 | -,25 ns | -,86 | -1,70 p = .099 | -,46 | -,36 ns |
| Pro-social | -1,31 | - 2,71 p = .008 | - | -1,81 p = .08 | ,33 | ,35 ns | -,88 | -,83 ns | 1,06 | 1,42 ns | -,76 | -,64 ns |

'Diff' = poängskillnaden mellan T1- och T2-resp. T1- och T3-mätningen.

'Sig' = signifikans, det översta värdet anger beroende t-testvärde medan 'p = ' avser signifikansnivån och 'ns' innebär att skillnaden inte är statistiskt säkerställd (non significant)

Tabell 14. Mammornas värdering av stödinsatsens effekter vid T2 och T3

| | SäV_V (1) | | OV stöd (2) | | OV ej stöd (3) | | Skillnad | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-------------|-----------|----------------|-----------|----------|----------|-----------|
| | T2 N = 88 | T3 N = 69 | T2 N = 19 | T3 N = 19 | T2 N = 25 | T3 N = 29 | F | sig | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | | | |
| T2 | | | | | | | | | |
| (1) Barnets sätt att be om hjälp och uttrycka känslor förändrats? (1 -5) | 3,83 | ,58 | 3,41 | ,52 | 3,11 | ,41 | 18,34 | p < .001 | 1 > 2, 3 |
| (2) Barnets beteende hemma och med kamrater förändrats? (1 - 5) | 3,43 | ,96 | 2,87 | ,64 | 2,72 | ,60 | 8,37 | p < .001 | 1 > 2, 3 |
| T3 | | | | | | | | | |
| (3) Sedan ni kom till verksamheten har problemen blivit sämre eller bättre? (SDQ 26) (0 - 4) | 3,2 | ,97 | 2,56 | 1,19 | 2,15 | ,21 | 11,75 | p < .001 | 1 > 2, 3 |
| (4) Har verksamheten varit till hjälp på annat sätt? (SDQ 27) (0 - 3) | 2,2 | ,82 | 1,65 | ,85 | ,89 | 1,05 | 22,17 | p < .001 | 1 > 2 > 3 |
| (5) Har barnet den senaste månaden haft svårigheter (SDQ 28) (0 - 3) | ,82 | ,87 | 1,27 | 1,00 | 1,07 | 1,10 | 2,30 | p = ,10 | ns |

(1) 1 = Mycket svårare, 2 = Svårare, 3 = Ingen förändring, 4 = Lättare, 5 = Mycket lättare

(2) 1 = Ingen förändring alls, 2 = Ingen förändring, 3 = I viss mån förändring, 4 = Förändring, 5 = förändring i hög grad

(3) 0 = Mycket sämre, 1 = Något sämre, 2 = Ungefär lika, 3 = Något bättre, 4 = Mycket bättre

(4) 0 = Inte alls, 1 = Bara lite, 2 = Ganska mycket, 3 = väldigt mycket

(5) 0 = Nej, 1 = Små svårigheter, 2 = Klara svårigheter, 3 = Allvarliga svårigheter

Tabell 15. Vad ansåg mammorna om de insatser de fått för egen del?

| | SäV (1) N = 64 | | OV stöd (2) N = 19 | | OV ej stöd (3) N = 32 | | Skillnad? | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------|--------------------------------------|------|-----------------------------|------|-----------|----------------------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | F | sig |
| Har insatsen: varit till hjälp för din egen del? (1-6) | 5,33 | ,91 | 4,42 | 1,43 | 3,25 | 1,14 | 40,39 | p< .001 1 > 2 > 3 |
| hjälpt dig hantera ditt barns känslor bättre? (1-6) | 4,91 | 1,08 | 4,21 | 1,40 | 3,03 | ,60 | 35,28 | p< .001 1 > 2 > 3 |
| Vad anser du om stödpersonens insatser? (1-6) | 5,45 | ,78 | 4,47 | 1,12 | 3,05 | ,93 | 79,38 | p< .001 1 > 2 > 3 |
| Hur var det att träffa andra mammor i samma situation(enbart de som del-tagit i grupp) (1-6) | 5,36 N=4 4 | ,97 | För få deltagare (N = 2 resp. N = 4) | | | | | |
| Skulle du rekommendera verksamheten till andra i din situation? (1-6) | 5,86 | ,39 | 4,79 | 1,23 | 3,16 | ,83 | 95,95 | p< .001 1 > 2 > 3 |
| Tillfredsställelse med stödinsatsen (totalpoäng sammanvägt av 8 frågor 1 - 6) | 5,39 | ,59 | 4,47 | 1,15 | 3,16 | ,83 | 88,37 | p< .001 1 > 2 > 3 |

'M' = medelvärde; 'SD' = Standardavvikelsen; 'F' = F-värdet vid envägs variansanalys; 'sig' = signifikansnivån för funna skillnader; '1 > 2 > 3' innebär att post hoc-test visat att grupp 1 skiljer sig från grupp 2 och att båda skiljer sig från grupp 3.

SäV = Särskilda Verksamheter (Verksamheter som är särskilt inriktade på att arbeta med barn vars mamma utsatts för våld av en manlig partner)

OV med stöd= Ordinarie verksamheter med ansvar för att också ge någon form av stöd till barnet

OV ej stöd = Ordinarie verksamhet med ansvar att utreda vårdnads-/umgängesfrågor, ge samarbetsamtal till makar m.m.

Tabell 16. Vad tyckte mammorna om de insatser barnet fått?

| | SäV_V (1) N = 88 | | OV stöd (2) N = 19 | | OV ej stöd (3) N = 25 | | Skillnad? | |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|--------------------------------------|------|-----------------------------|-----|-----------|----------------------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | F | sign |
| Vad tycker du om verksamheten som helhet vad gäller ditt barn? (1-6) | 5,37 | ,77 | 4,22 | 1,59 | 3,04 | ,81 | 63,05 | p< .001 1 > 2 > 3 |
| Har verksamheten varit till hjälp för barnet? (1-5) | 4,40 | ,64 | 3,72 | ,96 | 3,00 | ,54 | 41,22 | p< .001 1 > 2 > 3 |
| Har barnet deltagit "med intresse" i stödinsatsen? (1 - 5) | 3,98 (N=86) | 1,10 | 3,47 (N=17) | 1,00 | 2,89 (N=18) | ,47 | 9,24 | p< .001 1 > 2, 3 |
| Har kommunikationen mellan dig och barnet förändrats? (1-5) | 4,01 | ,78 | 3,74 | ,81 | 3,23 | ,75 | 9,19 | p< .001 1, 2 > 3 |
| Hur har gruppverksamheten varit för barnet(1-6) | 5,43 N=61 | ,97 | För få deltagare (N = 2 resp. N = 4) | | | | | |
| Skulle du rekommendera verksamheten till andra i din situation? (1-6) | 5,78 | ,42 | 4,88 | 1,05 | 3,41 | ,94 | 95,9 5 | p< .001 1 > 2 > 3 |
| Global tillfredsställelse med stödinsatsen (totalpoäng 1, 2, 4&13) (1 - 5,5) | 4,87 | ,54 | 4,10 | 1,01 | 3,21 | ,52 | 71,6 9 | p< .001 1 > 2 > 3 |

'M' = medelvärde; 'SD' = Standardavvikelsen; 'F' = F-värdet vid envägs variansanalys; 'sig' = signifikansnivån för funna skillnader; '1 > 2, 3' innebär att post hoc-test visat att grupp 1 skiljer sig från grupp 2 och grupp 3, men att dessa grupper inte skiljer sig från varandra, se också tidigare tabeller.

Tabell 17. Effektstorlek mammor om sig själva T1-T3

| Instrument | Grupp | d |
|--------------------|-------------------------|-------------|
| BSI-GSI Tot | SäV | 0,46 |
| | OV+OVuS | 0,33 |
| | <i>SäV – (OV+ OVuS)</i> | <i>0,13</i> |
| LoL_Nu | SäV | 0,57 |
| | OV+OVuS | 0,41 |
| | <i>SäV – (OV+ OVuS)</i> | <i>0,16</i> |
| IES Tot | SäV | 1,11 |
| | OV+OVuS | 0,55 |
| | <i>SäV – (OV+ OVuS)</i> | <i>0,56</i> |

Tabell 18. Effektstorlek Mammor om barn T1- T2

| Instrument | Grupp | d |
|----------------------------|----------------------|-------------|
| ER-P Total | SäV | 0,28 |
| | OV+OVuS | 0,05 |
| | <i>SäV-(OV+OVuS)</i> | <i>0,23</i> |
| ER-P Självreglering | SäV | 0,32 |
| | OV+OVuS | 0,11 |
| | <i>SäV-(OV+OVuS)</i> | <i>0,21</i> |
| SocKomp Empati | SäV | 0,26 |
| | OV+OVuS | 0,18 |
| | <i>SäV-(OV+OVuS)</i> | <i>0,08</i> |
| SocKomp Prosocial | SäV | 0,20 |
| | OV+OVuS | 0,14 |
| | <i>SäV-(OV+OVuS)</i> | <i>0,06</i> |

Tabell 19. Effektstorlek mammor om barn T1- T3

| Instrument | Grupp | d |
|----------------------------|----------------------|-------------|
| SDQ Total | SäV | 0,40 |
| | OV+OVuS | 0,10 |
| | <i>SäV-(OV+OVuS)</i> | <i>0,30</i> |
| SDQ Impact | SäV | 0,27 |
| | OV+OVuS | -0,13 |
| | <i>SäV-(OV+OVuS)</i> | <i>0,40</i> |
| ER-P Total | SäV | 0,46 |
| | OV+OVuS | 0,27 |
| | <i>SäV-(OV+OVuS)</i> | <i>0,19</i> |
| ER-P Självreglering | SäV | 0,67 |
| | OV+OVuS | 0,45 |
| | <i>SäV-(OV+OVuS)</i> | <i>0,22</i> |
| SocKomp Empati | SäV | 0,24 |
| | OV+OVuS | 0,02 |
| | <i>SäV-(OV+OVuS)</i> | <i>0,22</i> |
| SocKomp Prosocial | SäV | 0,17 |
| | OV+OVuS | 0,14 |