

Inventering av vårdbehov och utvärdering av Socialtjänstens insatser för våldsutsatta kvinnor

Maria Scheffer Lindgren, Jessica Bergkvist, Mariana Dufort, Anders Tengström



FÖRORD

Enligt regeringen har socialtjänsten ansvaret för att ta ett helhetsgrepp om våldet i nära relationer och se till att alla i familjen får den hjälp och det stöd som de behöver (Prop. 2006/07:38). Socialstyrelsen har också gett ut allmänna råd (SOSFS 2009:22) som förtydligar socialnämndens ansvar för att ge stöd och hjälp till våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld. I de allmänna råden anges att det är behoven hos de barn som har bevittnat våld som ska ligga till grund för de råd och det stöd som nämnden ger föräldrar och andra närstående. Nämnden ansvarar för att sådana insatser ska hålla god kvalitet enligt 3 kap. 3 § i SoL, oavsett vem som utför dem.

År 2007 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att utvärdera de metoder och arbetssätt som används inom socialtjänsten för kvinnor och barn som har utsatts för våld av en manlig partner i en nära relation samt för barn som har bevittnat våld. Det preliminära resultatet redovisas i den här rapporten.

Fyra olika verksamheter har ingått i utvärderingen. Socialstyrelsen vill tacka dem för deras engagemang och arbetsinsatser. Ett särskilt tack riktas till de kvinnor som generöst har försett utvärderingen med information. Studien omfattade två delstudier med utsatthet för våld, upplevd hälsa samt psykosocial situation som övergripande teman.

Arbetsgruppen har bestått av Anders Tengström (projektansvarig), Annika Eriksson (projektledare 2008–2009), Socialstyrelsen, Maria Scheffer Lindgren (projektledare 2010), Jessica Bergkvist och Mariana Dufort (doktorander), Veronica Dahlberg (administratör), Fredrik Johansson (statistiker), samtliga vid Karolinska Institutet – Forskningscentrum för psykosocial hälsa (Forum), Anette Gustafsson (forskningsassistent) och Kristina Edman (forskningsassistent). Värdefulla synpunkter har även lämnats av Knut Sundell och Ulla Jergeby vid Socialstyrelsen samt Annika Eriksson vid Brottsförebyggande rådet.

Utvärderingen har etikprövats och godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm.

SAMMANFATTNING	7
1 BAKGRUND	11
Uppdraget	12
Kommunernas ansvar	12
Tidigare studier	13
Våldets konsekvenser	13
Faktorer som är kopplade till upprepat våld.....	14
Betydelsen av insatser	15
2 SYFTE.....	17
Definitioner	17
3 METOD.....	18
Etiska aspekter.....	18
Delstudie 1: Uppföljning och utvärdering av socialtjänstens insatser för våldsutsatta kvinnor.	18
Syfte	18
Studiens upplägg	18
Inklusion av verksamheter i studiegruppen.....	19
Kvinnofridsteamet i Rinkeby-Kista	19
Kriscentrum i Stockholm	19
Kriscentrum i Malmö	20
Utväg Skaraborg.....	21
Inklusion till studiegruppen.....	22
Bortfall	22
Datainsamling.....	24
Primära utfallsmått	29
Genomförande	29
Jämförelsegrupper	30
Jämförelsegrupp 1: Kvinnor som inte har pågående kontakt med Socialtjänsten på grund av det våld de har blivit utsatta för.	30
Syfte	30
Design.....	30
Inklusion.....	31
Rekrytering av deltagare	32
Datainsamling.....	32
Genomförande	35
Jämförelsegrupp 2: Kvinnor som har erhållit stöd genom skyddat boende vid ideell kvinnojour på grund av det våld de har blivit utsatta för.	35
Analyser	36
Powerberäkning.....	36
Hantering av bortfall vid upprepade mätningar	36
Effektmått.....	37
Studiegruppen.....	37
Barnen	37
Jämförelser mellan grupperna	37

DELSTUDIE 2: Kartläggning av olika omständigheter avseende hälsa, psykosocial funktion och socioekonomiska förhållanden hos kvinnor som har varit utsatta för våld i nära relationer ur ett befolkningsperspektiv	38
Syfte	38
Design.....	38
Urval.....	39
Procedur	39
Analyser	40
4 RESULTAT	44
Delstudie 1.....	44
Kvinnornas bakgrund	44
Tidigare kontakt med verksamheter	45
Relation till den partner som hade utövat våld.....	45
Skillnader och likheter mellan studiegrupp och jämförelsegrupper.....	46
Utsatthet för våld.....	46
Uppföljningar	50
Sammanfattning	51
Psykosocial hälsa.....	52
Psykosocial funktion	52
Psyisk hälsa	54
Socialt stöd	55
Alkoholbruk	57
Sammanfattning	58
Förändring mellan det första mättillfället och 12-månadersuppföljningen.....	59
Kvinnornas upplevelser av erhållna insatser	59
Vårdkontakter under uppföljningstiden	60
Intervjuerna utifrån DIARI.....	62
Barnens bevitnande av våld	64
Styrkor och svårigheter hos barn.....	65
Sammanfattning	66
Delstudie 2.....	67
Sammanfattning	73
5 DISKUSSION	74
REFERENSER.....	84

SAMMANFATTNING

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen genomfört en inventering av vårdbehovet och en utvärdering av Socialtjänstens insatser för kvinnor som har utsatts för våld av män i nära relationer.

Studien omfattade två delstudier där utsatthet för våld, upplevd hälsa samt psykosocial situation var övergripande teman.

Delstudie 1 syftade till att utvärdera de kommunbaserade insatser som förmedlas av socialtjänsten till våldsutsatta kvinnor samt att belysa hur barnen till dessa kvinnor mår psykiskt, deras psykosociala funktion samt det våld de bevittnat. Studien omfattar fyra olika verksamheter i landet. I studiegruppen ingick sammanlagt 189 kvinnor och 115 barn till dessa kvinnor. All information samlades in vid tre tillfällen med hjälp av enkäter: vid inklusion samt tre respektive tolv månader senare. Barninstrumenten besvarades av kvinnorna vid det första mättillfället samt vid tolv månadersuppföljningen. 177 kvinnor följdes upp efter 3 månader. Inför den här rapporten har 104 kvinnor och 48 barn hunnit följas upp 12 månader efter inklusion.

I studien ingick också en jämförelsegrupp (jämförelsegrupp 1). Urvalet utgjordes av kvinnor som vid studiens inledning inte hade pågående kontakt med socialtjänsten eller andra ideella insatser på grund av det våld som de utsatts för. Data samlades in med hjälp av självskattningsformulär. I denna grupp gjordes även intervjuer för att undersöka våldsutsatta kvinnors behov samt riskerna för upprepat våld. Sammanlagt inkluderades 206 kvinnor i denna grupp. Av dessa har 63 hunnit följas upp efter 12 månader inför den här rapporten. De vanligaste orsakerna till att de flesta av kvinnorna i denna grupp inte hade haft kontakt med kvinnojour eller socialtjänst innan de inkluderades i studien var att de inte upplevt behov av hjälp, att de inte visste vart de skulle vända sig och även känslor av skuld och skam.

I studien ingick ytterligare en jämförelsegrupp (jämförelsegrupp 2) för jämförelser avseende våldsutsatthet och psykosocial hälsa. Denna grupp utgjordes av kvinnor som tagit del av insatser i form av skyddat boende vid ideell kvinnojour. I denna grupp ingick 164 kvinnor, varav 145 följdes upp efter tre månader och av dessa har, i skrivande stund, 43 hunnit följas upp efter tolv månader.

Resultatet visar att flertalet av kvinnorna, både i studiegruppen och i jämförelsegrupp 2, hade varit utsatta för grovt våld vid det första mättillfället. Detta märktes tydligast bland kvinnorna i det skyddade boendet, där även förekomsten av skador till följd av våldet var vanligast förekommande. Våld i olika former hade även förekommit i stor utsträckning under uppföljningsperioden och vidare hade många av kvinnorna dessutom varit utsatta för våld i tidigare relationer. Barnen hade i stor utsträckning bevittnat det våld som deras mödrar blivit utsatta för. Trots detta uppvisade de på gruppnivå inga allvarliga beteendesvårigheter. Pojkarna uppvisade dock mer problem än flickorna. På gruppnivå uppvisade barnen högre grad av prosocialt beteende vid tolv månadersuppföljningen än vid det första mättillfället.

Kvinnorna i samtliga grupper hade i genomsnitt sämre psykosocial hälsa vid det första mättillfället än individer i allmänbefolkningen. Under uppföljningsperioden uppnåddes en förbättring av den psykosociala hälsan på gruppnivå. Effektens storlek var dock låg till måttlig. Även kvinnornas upplevelser av socialt stöd ökade på gruppnivå under studieperioden. Deltagarna rapporterade totalt sett en låg alkoholkonsumtion och den förändrades mycket lite mellan de olika mättillfällena. Kvinnorna i studiegruppen rapporterade att de i hög grad var nöjda med de stödinsatser som de erhöll.

Flertalet av deltagarna i jämförelsegrupp 1 hade varit utsatta för flera olika former av våld, i många fall även för grovt våld. Närmare 70 procent av kvinnorna hade åsamkats grova skador som en följd av våldet. Mer än hälften av deltagarna hade dessutom varit utsatta för olika former av våld även i tidigare relationer. Deltagarnas psykosociala hälsa var vid det första mättillfället sämre än en normalpopulation. Detta framkom även genom bedömningsinstrumentet DIARI som användes vid intervjuerna för denna grupp för att skatta behov av stöd och behandling och risken för upprepat våld hos våldsutsatta kvinnor. Detta var första gången som DIARI användes i Sverige. Vidare framgick att det förelåg en rad olika faktorer som kan påverka risken för framtida våld. Den psykosociala funktionen hade försämrats något under uppföljningsåret medan den psykiska hälsan hade förbättrats avsevärt. På gruppnivå rapporterade deltagarna inte om någon riskfylld alkoholkonsumtion. Av de 50 kvinnor som besvarade frågor om vårdkontakter under uppföljningsperioden hade 82 procent haft kontakt med den somatiska vården under studieperioden och nära hälften av kvinnorna hade haft kontakt med den psykiatriska vården.

Sammanfattningsvis visar resultatet från denna utvärdering att våldsutsatta kvinnor som blir föremål för insatser i kommunal regi uppvisar en hög psykosocial belastning och är föremål för grovt våld över tid. Trots att flertalet av kvinnorna var fortsatt utsatta för våld under studieperioden uppvisar de en viss förbättring avseende psykosocial hälsa och rapporterar att de i hög grad är nöjda med de insatser de tagit emot. Ett liknande resultat föreligger för de kvinnor som fick stöd i form av skyddat boende vid ideell kvinnojour. Av resultatet framgår också att kvinnor som inte tidigare sökt hjälp för sin våldsutsatthet hade en hög psykosocial belastning vid inklusion i studien. Belastningen avseende psykosocial funktion kvarstod vid uppföljningen efter ett år. Däremot förbättrades den psykiska hälsan under studieperioden. Vidare var våldet som denna grupp av kvinnor rapporterade om omfattande och liknar på många sätt den utsatthet för våld som förekommer i både studiegruppen och jämförelsegrupp 2, det vill säga de kvinnor som erhållit olika insatser.

I delstudie 2 gjordes en kartläggning av olika omständigheter avseende hälsa, socioekonomiska omständigheter samt psykosocial funktion hos kvinnor som har varit utsatta för våld i hemmet utifrån data från den nationella Folkhälsoenkäten. Syftet var att studera de faktorer som kan associeras till utsatthet för våld i hemmet för att i ett vidare perspektiv kunna ta hänsyn till detta vid utformandet av insatser. Av de 28 570 kvinnor som hade besvarat enkäten hade 205 stycken, det vill säga 0,7 procent, rapporterat om våld i hemmet under det senaste året. Gruppen med våldsutsatta kvinnor jämfördes med de övriga kvinnorna på de i studien ingående variablerna.

För gruppen som rapporterat om våld var andelen yngre kvinnor stor jämfört med övriga. Av dem som rapporterat om våld hade en större andel sämre ekonomi, avsaknad av någon att anförtro sig åt och mindre socialt stöd än övriga kvinnor. Bland de våldsutsatta var andelen sjukskrivna och arbetslösa högre och de rapporterade en sämre självskattad hälsa samt fler psykosomatiska besvär och en högre läkemedelskonsumtion. Den andel som rapporterade om att ha övervägt eller försökt ta sitt liv var också markant större i gruppen våldsutsatta och de hade också i högre grad ett nedsatt psykiskt välbefinnande.

Sammanfattningsvis framkommer i denna delstudie att det, i ett befolkningsrepresentativt urval av de kvinnor som rapporterat om våld i hemmet, finns en högre belastning avseende hälsofrågor och psykosociala och socioekonomiska omständigheter än bland de kvinnor som

inte rapporterat något våld i hemmet under det senaste året. Detta resultat ligger helt i linje med resultatet från delstudie 1.

Konklusion: Resultatet från de två delstudierna visar sammantaget att de deltagande kvinnorna är utsatta för omfattande våld, har en sämre psykosocial hälsa än normalbefolkningen samt att deras behov av vård och stöd är stort. Det framgår också att olika former av insatser leder till positiva effekter avseende psykosocial hälsa trots att utsattheten för våld i stor utsträckning kvarstår även under uppföljningsåret. Resultaten från delstudie 1 är dock endast preliminära, eftersom inte alla kvinnor har hunnit följas upp vid tiden för denna rapport. Med tanke på att förbättringarna avseende psykosocial hälsa är relativt blygsamma studerat i ett 12-månaders perspektiv och att även de kvinnor som inte erhållit insatser uppnådde en förbättrad psykosocial hälsa under samma tidsperiod anses det angeläget att följa upp dessa grupper för att studera effekterna av insatser och förekomsten av våld på längre sikt. Bedömningsinstrumentet DIARI kan ge socialtjänsten ett verktyg att arbeta mer klientspecifikt för att förebygga upprepat våld. Resultaten från det befolkningsrepresentativa urvalet visar att de omständigheter som återfinns hos kvinnor som söker hjälp i Socialtjänsten också återfinns bland den kvinnliga befolkningen i stort. Frågorna i folkhälsoenkäten har bristande precision avseende relationsvåld. Därför vore det önskvärt att vidareutveckla och precisera dem.

Det definitiva resultatet av denna studie kommer att presenteras i en slutrapport. En kompletterande studie inom ramen för delstudie ett kommer också att genomföras. Studien syftar till att göra en kostnad-nytta-analys (Cost-Benefit Analysis) av de insatser som kvinnorna i delstudie ett blivit föremål för. Genom analysen kommer de olika insatsernas effektivitet att studeras utifrån ett ekonomiskt perspektiv.

1 BAKGRUND

Mäns våld mot kvinnor är ett globalt samhällsproblem som utgör ett allvarligt hot mot kvinnors liv och säkerhet. Förenta Nationerna [FN] (1993) definierar mäns våld mot kvinnor som: ”Varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet”. Enligt Världshälsoorganisationen [WHO] (1997) är våldet en av de främsta anledningarna till kvinnors ohälsa i världen. Det är i hemmet som de flesta fall av misshandel, våldtäkt, dråp och mord äger rum, vilket gör hemmet till den farligaste platsen för en kvinna att vistas på (WHO, 2002). Det anses vidare att mäns våld mot kvinnor är ett allvarligt och omfattande samhällsproblem, att det ytterst handlar om bristande jämställdhet och att de utsatta kvinnorna berövas delar av sina mänskliga rättigheter, vilket leder till personligt lidande för dem som direkt eller indirekt drabbas. Sammantaget ställer detta krav på samhällets myndigheter att agera och att vidta åtgärder utifrån rättsliga, sociala, ekonomiska och hälsorelaterade perspektiv (Anttila, Ericson, Glad, Fredriksson, Olofsson & Smedslund, 2006).

I Sverige är det fortfarande oklart hur många kvinnor som drabbas av mäns våld i nära relationer. Antalet anmälda fall ökade kraftigt i början av 2000-talet men det är fortfarande många kvinnor som inte anmäler det våld de utsätts för och mörkertalet bedöms vara stort (Socialstyrelsen, 2009). Av de kvinnor som polisanmäler att de utsatts för våld uppskattas mer än hälften handla om partnervåld med en manlig förövare (Nilsson, 2002). Andra siffror under perioden 1995–2000 visar att en tredjedel av alla polisanmälda våldtäkter gällde kvinnor som hade eller hade haft en nära relation med förövaren (Brottsförebyggande Rådet [BRÅ], 2005). Det som gör denna typ av våld så komplex är att mäns våld mot kvinnor i nära relationer har en annan karaktär än andra typer av våld. Därför medför det även andra konsekvenser. Ett sådant tydligt särdrag är att mannen har ständig tillgång till kvinnan. I många fall har kvinnan och mannen även barn tillsammans, vilket kan försvåra för kvinnan att lämna sin partner (Statens Offentliga Utredningar [SOU], 2006).

De senaste 30 åren har våld mot kvinnor gått från att vara en dold samhällsföreteelse till ha en synlig roll på den politiska agendan. Det har tydliggjorts med speciallagstiftning, utvecklats genom en riktad, vetenskaplig diskurs och samhällets resurser har ställts till förfogande för att

hjälpa de som drabbas. Vilka effekter detta har fått för de drabbade och om denna utveckling har lett till att mäns våld mot kvinnor i nära relationer har minskat är dock oklart.

Uppdraget

Regeringen har antagit en bred ansats i kampen mot mäns våld mot kvinnor. Genom *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld samt våld i samkönade relationer* (Proposition, 2007/08:39) har förutsättningar skapats för ett långsiktigt arbete inom detta område på olika arenor, både på nationell, regional och lokal nivå inom statliga myndigheter, landsting och kommuner. Regeringen hänvisar i handlingsplanen till FN:s våldsdefinition.

År 2007 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera de metoder och arbetssätt som socialtjänsten använder för kvinnor som har utsatts för våld av en manlig partner i en nära relation samt för barn som har bevittnat våld. I uppdraget ingår även att uppmärksamma hur metoder och arbetssätt används för att tillgodose de särskilda behov som dessa kvinnor har samt att inleda ett vidare utvecklingsarbete för att möjliggöra ett kunskapsbaserat arbete inom socialtjänstanknutna verksamheter för dessa kvinnor och barn. Syftet med utvärderingen är att underlätta ytterligare förbättringar av de insatser som socialtjänsten i dag tillhandahåller för dessa kvinnor. För att utföra uppdraget har ett forskarlag vid FORUM/Karolinska Institutet genomfört en studie där olika verksamheter i socialtjänstens regi har utvärderats.

Kommunernas ansvar

Om hjälpinsatserna för de kvinnor som utsatts för våld i nära relationer brister i effektivitet och verksamhet blir det kostsamt för samhället. Därför har uppmärksamheten fokuserats på vilken kompetens och handlingsberedskap som behövs för att tillgodose behoven hos våldsutsatta kvinnor (Anttila et al., 2006; Domino, Morrisey, Chung, Huntington Larson & Russell, 2005). I Sverige har socialtjänsten tilldelats ett omfattande ansvar för att hjälpa de kvinnor som utsatts och/eller har utsatts för våld av närstående män. Socialnämnden har det yttersta ansvaret för att kvinnor och barn som blivit utsatta för våld eller övergrepp av närstående får det stöd som de behöver (SOSFS 2009:22; Prop. 2006/07:38). Socialtjänstlagen utgör ramverket för detta arbete och sedan 1998 finns en bestämmelse i socialtjänstlagen om skyldigheten att stödja och hjälpa dessa kvinnor. Bestämmelsen har från 2001 utvidgats till att avse alla brottsoffer och deras närstående (Fahlberg & Magnusson, 2002; SOU, 2006). Den 1 juli 2007 skärptes lagen ytterligare så att ansvaret för att hjälpa

våldsutsatta kvinnor blev än tydligare genom att ”bör” byttes ut mot ordet ”skall”. Socialtjänstlagens brottsofferparagraf som återfinns i socialtjänstlagens 5 kapitel 11 § lyder:

Till socialnämndens uppgifter hör att verka för att den som utsatts för brott och dennes närstående får stöd och hjälp.

Socialnämnden skall särskilt beakta att kvinnor som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående kan vara i behov av stöd och hjälp för att förändra sin situation.

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.

Även om socialtjänsten har arbetat tidigare med olika former av insatser för våldsutsatta kvinnor, är det i och med denna lagstiftning som målgruppen har blivit ett tydligt uppdrag för socialtjänstens del. Insatserna varierar dock mellan olika kommuner i landet. Socialtjänstens insatser kan bestå av att erbjuda praktiska ting till olika typer av behandlingsinsatser. Det kan handla om akut skydd i form av annat boende, juridisk hjälp, ekonomiskt stöd, motivationsarbete och/eller kris- och stödsamtal (Anttila et al., 2006).

Barn som lever i familjer där det förekommer våld eller andra övergrepp av eller mot närstående vuxna omfattas också av socialtjänstlagens 5 kap 11 §. Dessa barn är utsatta och kan fara illa i en livsmiljö de själva inte har valt men likväl måste förhålla sig till. Dessutom riskerar de att själva bli slagna (SOU, 2006). Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för dessa barn och det kräver tillgång till kunskap, resurser och samverkan mellan olika verksamheter på ett övergripande plan för att dessa barn ska få det stöd och skydd som de behöver (Socialstyrelsen, 2005).

Tidigare studier

Våldets konsekvenser

Enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport från 2009 anses tydligt belagt att psykosociala belastningsfaktorer förekommer i större utsträckning bland kvinnor som utsatts för våld i nära relationer än bland kvinnor som inte utsatts (Socialstyrelsen, 2009).

Till dessa faktorer hör bland annat sämre ekonomi till följd av arbetslöshet eller långtidssjukskrivning, psykisk ohälsa såsom ångest och depression, posttraumatiskt stressyndrom, substansanvändning, huvudvärk, magont, kronisk smärta och sexuellt överförbara sjukdomar. Kvinnor som utsätts eller har utsatts för partnervåld löper därmed större risk att drabbas av både fysisk och psykisk ohälsa och uppsöker hälso- och sjukvård tre gånger så ofta som kvinnor som inte utsätts för våld (Feder, Hutson, Ramsay & Taket, 2006). Det har också blivit tydligt att denna ohälsa finns kvar över tid. I en amerikansk populationsbaserad studie fann man att kvinnor som rapporterat om våld i nära relationer led av depressioner, hade låg självkänsla och livstillfredsställelse samt hög grad av psykosocial funktionsnedsättning fem år efter att de utsatts för våld jämfört med de kvinnor som inte varit utsatta (Zlotnick, Johnson & Kohn, 2006).

I Sverige finns endast en tidigare populationsbaserad undersökning där resultatet kan generaliseras till den svenska kvinnliga befolkningen. I denna studie undersöktes dock de hälsofrågor, psykosociala omständigheter och socioekonomiska betingelser som kan länkas till våldet som kvinnor utsätts för endast i begränsad omfattning (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski, 2001).

På senare tid har också barnens situation i mäns våld mot kvinnor kommit att uppmärksammas. Att tvingas höra och kanske se sin mamma bli förnedrad, hotad och misshandlad är en mycket stor belastningsfaktor för barn och kan medföra en rad följdverkningar i form av kroppsliga stressreaktioner och/eller psykiska problem. Barn kan även utveckla en hyperaktivitet för att snabbt kunna upptäcka nya tecken på fara (Eriksson, 2008; Socialstyrelsen, 2005; Socialstyrelsen, 2009; Weinehall, 2005; Wolfe & Jaffe, 1999).

Faktorer som är kopplade till upprepat våld

Som framgår ovan medför våldet konsekvenser för hälsan hos de drabbade kvinnorna. Det är därför av stor vikt att om möjligt förhindra att redan våldsutsatta kvinnor drabbas på nytt. Ett sätt att göra detta är att systematiskt studera utsatta kvinnors olika behov och livsomständigheter för att kunna värdera hur omständigheter i kvinnans liv och ouppfyllda behov bedöms påverka risken för förnyat våld. Syftet med ett sådant tillvägagångssätt är förstås att kunna intervensera för att minska eller undanröja dessa risker.

I en amerikansk befolkningsstudie (Moracco, Runyan, Bowling & Earp, 2007) framkom betydelsen av hur sociodemografiska karaktäristika hade betydande inverkan både på typ och omfattning av det våld som kvinnorna i studien rapporterade om. Andra faktorer än de sociodemografiska som befunnits öka risken för framtida våld har undersökts i en prospektiv studie innefattande 800 våldsutsatta kvinnor med hög psykosocial belastning. I studien visade sig faktorer som våldsutsatthet eller sexuell utsatthet som barn, utsatthet för våld de senaste 6 månaderna, psykisk ohälsa eller bristande socialt stöd vara kopplat till ökad risk för förnyad våldsutsatthet (Wenzel, Tucker, Elliott, Marshall, & Williamson, 2004). Samma typ av riskfaktorer framkom i en studie där våldsutsatta kvinnor som sökt sig till skyddat boende följdes under tre år (Bybee & Sullivan, 2005). I denna studie framkom också att vissa omständigheter tycktes minska risken för våld och därför kunde betecknas som skyddande faktorer. Dessa skyddande faktorer utgjordes av att ha en anställning, att ha en högre rapporterad livskvalitet samt att ha personer i sin omgivning som kunde ge praktisk hjälp och/eller som var tillgängliga för att prata om personliga saker.

Betydelsen av insatser

När en kvinna har blivit utsatt för våld i en nära relation är det viktigt att möjligheter ges för kvinnan att få bearbeta skuld- och skamkänslor, stärka självförtroendet och att bearbeta den kris som kan ha uppstått som en följd av våldet. Det kan innebära hjälp och stöd som möjliggör för kvinnan att återta kontroll över sitt eget liv, uppleva ökat välbefinnande och livskvalitet och/eller att återfå förmågan att fatta egna beslut. Hjälp och stöd kan också innebära att visa på möjliga handlingsvägar och att förmedla sociala stödåtgärder, till exempel studier och arbete (Anttila et al., 2006; Ghent, Da Sylva & Farren, 1985; Socialstyrelsen, 2003).

En genomgång av effekterna av att införa handlingsplaner för kommunernas arbete mot mäns våld mot kvinnor i nära relationer visar att det, även om handlingsplanerna kan vara ett effektivt redskap i arbetet med våldsutsatta kvinnor, inte innebär någon garanti för att verksamheten fungerar tillfredställande (SOU, 2006). En översikt genomförd av Socialstyrelsen (2006) visar dock att det finns verkningsfulla åtgärder, såsom skyddat boende och olika samtalsformer som leder till att kvinnan kan må och fungera bättre, men som inte tycks minska våldsutsattheten.

Bland framgångsrika åtgärder lyfts sådana fram som utformats ur ett holistiskt perspektiv, det vill säga en helhetssyn, där man erbjuder stödåtgärder till kvinnan både som person och utifrån hur hennes sociala situation ser ut. Vidare konstateras att det är angeläget att utvärdera de insatser som i dag är aktuella inom Socialtjänsten (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete [IMS], 2006). För närvarande saknas forskning och generella kunskaper i Sverige om hur olika insatser är utformade eller hur effektiva de är.

Ett problem med den befintliga kunskap som finns om mäns våld mot kvinnor i dag är att den nästan undantagslöst är framtagen i populationer av kvinnor som på olika sätt sökt hjälp hos socialtjänst, andra myndigheter eller frivilligorganisationer. Detta försvårar generaliseringar av fynden till kvinnor i den allmänna befolkningen. En önskad vinkling blir alltså att jämföra hur det dagliga livet uppfattas, dels av kvinnor som utsatts för våld i nära relationer som har fått hjälp, stöd och behandling, dels av kvinnor som inte fått dessa insatser. I en rapport från WHO (2005) konstateras det att i de länder som studerats rapporterar mellan 55 och 95 procent av de våldsutsatta kvinnorna att de aldrig sökt hjälp från någon formell institution. Med vägledning av dessa siffror kan man göra en välgrundad gissning att många kvinnor i Sverige som har utsatts för våld i nära relationer, kanske en majoritet, inte har rapporterat till någon myndighet att de blivit utsatta för våld och inte heller sökt hjälp med anledning av detta. Det är därför angeläget att öka kunskapen även om sådana våldsutsatta kvinnor som inte gör sig kända för samhället. På så sätt går det att ta fram mer riktade insatser för att även de kvinnorna ska välja att ta kontakt med de olika samhällsorgan som jobbar med dessa frågor. I dagsläget saknas svenska undersökningar som kan sprida ljus över denna fråga.

Med utgångspunkt i tidigare studier är det angeläget att på nationell nivå försöka bredda kunskapen angående hälsa, psykosociala problem och socioekonomiska omständigheter, vårdbehov samt riskfaktorer för upprepat våld bland kvinnor som rapporterar om våld i nära relationer och även att bedöma effekten av olika insatser. Föreliggande studie är ett första försök att i Sverige systematiskt närma sig de ovan beskrivna kunskapsluckorna.

2 SYFTE

Denna studie syftar till följande:

1. Att utvärdera de insatser vid verksamheter inom socialtjänsten som vänder sig till kvinnor som har utsatts för våld av en manlig partner i en nära relation med fokus på förändringar i psykosocial hälsa och våldsutsatthet över tid.
2. Att belysa social funktion och bevittnande av våld hos de barn vars mödrar varit föremål för olika insatser inom socialtjänstens ram.
3. Att öka kunskapen om kvinnor som har utsatts för våld i nära relationer, men som inte är föremål för pågående insatser eller behandling av något slag, avseende deras behov samt risken att på nytt drabbas av våld.
4. Att utifrån ett befolkningsperspektiv öka kunskapen om kvinnor som har utsatts för våld i nära relationer avseende de hälsomässiga, psykosociala och socioekonomiska belastningar som denna grupp uppvisar.

Definitioner

Med våld avses i denna studie, i enlighet med regeringsuppdraget, en mans fysiska, psykiska eller sexuella våld riktat mot en kvinna i en heterosexuell parrelation eller före detta parrelation. Med psykosocial hälsa avses psykosocial funktion, psykisk belastning, alkoholkonsumtion och sociala relationer.

3 METOD

Etiska aspekter

Regeringsuppdraget genomfördes i enlighet med gängse riktlinjer gällande humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, 2002). Föreliggande studie är godkänd av regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr 01-6195/2008).

För att få en helhetsbild av ämnet har projektet delats upp i två delstudier:

Delstudie 1: Uppföljning och utvärdering av socialtjänstens insatser för våldsutsatta kvinnor.

Syfte

Syftet med denna delstudie var dels att utvärdera de samlade effekterna av de kommunbaserade insatser som kvinnor erhöll via socialtjänsten med anledning av att de utsatts för våld i en nära relation, dels att studera barnens bevittnande av det våld deras mödrar utsatts för. Syftet var också att göra jämförelser mellan kvinnor som inte erhållit sådana insatser (jämförelsegrupp 1) och kvinnor som erhållit stöd genom skyddat boende vid ideell kvinnojour (jämförelsegrupp 2) samt att, som en delstudie för kvinnorna i jämförelsegrupp 1, genom intervjuer systematiskt inhämta kunskaper om våldsutsatta kvinnors behov och vilken risk de löper att på nytt drabbas av våld.

Studiens upplägg

Metoden valdes för att det skulle vara möjligt att mäta effekten av en given insats och för att det skulle gå att fånga upp de processer som uppstår mellan å ena sidan interventionen, å andra sidan utfallet. Av praktiska och etiska skäl ansågs det inte vara genomförbart att låta slumpen fördela deltagarna till de olika interventionerna. Därför har föreliggande studie en kvasiexperimentell studiedesign som består av en studiegrupp där kvinnorna fått behandling och en jämförelsegrupp där kvinnorna inte fått behandling. Vissa jämförelser gjordes också med ett urval av kvinnor som erhållit insatser via ideella kvinnojouren.

Inklusion av verksamheter i studiegruppen

Fyra kommunbaserade verksamheterna valdes strategiskt utifrån deras möjligheter att få till stånd en lämplig storlek på urvalet och utifrån deras behandlingskulturella skillnader. Dessutom inkluderades både öppna verksamheter och skyddade boenden som drevs i kommunal regi. De kvinnor som sökte sig till de inkluderade verksamheterna tillfrågades om deltagande. Kvinnorna fick besvara enkäter vid inklusion samt tre respektive tolv månader senare. Totalt bedömdes studien behöva innehålla omkring 200 kvinnor för att studiens syften skulle kunna besvaras på ett optimalt sätt.

Utvärderingen i studiegruppen omfattade fyra verksamheter: två från Stockholm, en från Malmö och en från Skövde. Verksamheterna var:

- Kvinnofridsteamet i Rinkeby-Kista
- Kriscentrum för kvinnor i Stockholm
- Kriscentrum för kvinnor i Malmö
- Utväg Skaraborg

Kvinnofridsteamet i Rinkeby-Kista

Kvinnofridsteamet är en riktad verksamhet inom socialtjänsten i Rinkeby – Kista stadsdelsförvaltning och är specialiserad på att möta kvinnor över 18 år som utsatts för fysiskt, psykiskt, sexuellt, materiellt och/eller ekonomiskt våld, samt barnen till dessa kvinnor. Arbetet baseras på enskilda samtal av stödjande, återupprättande och krisbearbetande karaktär, information och rådgivning samt praktisk hjälp när andra myndigheter behöver kontaktas. I de fall där det finns barn i familjen samarbetar teamet med barn- och ungdomsenheten.

Föreliggande utvärdering av Kvinnofridsteamet avser de traditionella arbetssätt och metoder som används där.

Kriscentrum i Stockholm

Verksamheten är bemannad dygnet runt och har i uppdrag att arbeta med kvinnor som är eller har varit utsatta för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld av en närstående. Stommen i verksamheten vilar på fyra hörnstenar: jourtelefon, skyddat boende, öppen samtalsmottagning inklusive våldtäktsmottagning samt resurscentrum.

Jourtelefonen är öppen dygnet runt och främst avsedd för kvinnor i behov av stöd och hjälp. Antalet samtal varierar mellan 3 500 och 5 000 per år och samtalen besvaras uteslutande av personal med relevant utbildning.

Det skyddade boendet har plats för 16 kvinnor och deras barn. De kvinnor som bor i det skyddade boendet får hjälp till ett strukturerat vardagsliv kombinerat med återupprättande samtal, praktisk hjälp och skapande hantverk i de olika verkstäderna. Barnen erbjuds i samarbete med sina mödrar möjlighet att bearbeta sina upplevelser av våldet utifrån samtalsmodellen ”Trappan”.

Den öppna mottagningen vänder sig till kvinnor som lever eller har levt i en nära relation där de är eller har blivit utsatta för psykiskt, fysiskt och/eller sexuellt våld. Kvinnorna kan anonymt och kostnadsfritt erbjudas en samtalsserie om cirka tio samtal av återupprättande och stödjande karaktär. Våldtäktsmottagningen vänder sig till kvinnor som har blivit utsatta för våldtäkt och erbjuder kris- och korttidsterapi vid cirka 12 tillfällen.

På Kriscentrum i Stockholm utvärderas den öppna mottagningen och det skyddade boendet. Våldtäktsmottagningen inkluderades inte, eftersom gärningsmannen inte nödvändigtvis är en man som kvinnan har en nära relation med – vilket var ett av kriterierna i regeringsuppdraget.

Kriscentrum i Malmö

Verksamheten vänder sig till kvinnor och deras barn som är bosatta i Malmö och som känner sig hotade och utsatta för våld. Verksamheten har olika uppdrag och innehåll. Jourtelefonen är bemannad dygnet runt för akut hjälp och stöd. En del av dessa telefonsamtal resulterar i att kvinnan får en tid till verksamhetens öppna mottagning. Denna kontakt kan vara från ett enda samtal till en samtalsserie under en längre tid. Kontakten kan även utgöras av stöd till kvinnan vid polisförhör, domstolsförhandlingar och vid andra kontakter.

Öppenmottagningen för barn vänder sig till barn som upplevt våld i hemmet. Denna kontakt förmedlas antingen via socialsekreterare i stadsdelen eller genom att mödrarna själva tar kontakt. Även fäderna är välkomna att få information om den behandling barnen erbjuds.

Det skyddade boendet har plats för nio kvinnor och deras barn. Innan inflyttning sker görs en skyddsbedömning eftersom det är behovet av skydd som avgör om kvinnan ska flytta in på Kriscentrum eller om hon ska få hjälp med ett annat boende.

Utvärderingen av Kriscentrum i Malmö avser det skyddade boendet.

Utväg Skaraborg

Sedan 1996 pågår en samverkan för kvinnofrid kallad Utväg Skaraborg vars mål är att förhindra upprepning av våld och att minska förekomsten av våld i nära relationer. Den bärande tanken är att verksamheten ska hålla ett helhetsperspektiv på mäns våld mot kvinnor. Samverkande myndigheter och frivilliga organisationer är polisen, åklagarmyndigheten, kriminalvården, socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt kvinno- och brottsofferjourer och kvinnohuset i Skövde.

Kärnverksamheten består av ett utvecklande program som innehåller tre olika komponenter: motivationssamtal, stödsamtal och gruppverksamhet samt en samordning mellan detta program och polisens arbete (Socialstyrelsen, 2001).

Gruppverksamheten utgår från en tilltro till människans egen förmåga till utveckling. Syftet är att skapa förutsättningar för kvinnor som varit utsatta för våld att tillsammans i grupp bearbeta det som de har varit med om, och även få stöd i hur de kan gå vidare i sina liv. Gruppen har en rullande intagning, vilket innebär att när en kvinna slutar i gruppen börjar en ny kvinna på den lediga platsen. Gruppen träffas en kväll per vecka under terminerna, har plats för åtta kvinnor och omfattar 20–23 möten som fördelas på 2 × 45 minuter med en paus emellan. De första 45 minuterna ägnas åt en öppen samtalsdel där varje kvinna väljer vad just hon vill prata om beroende på vad som är aktuellt för henne. De sista 45 minuterna ägnas åt en kunskapsförmedlande temadel vars syfte är att öka kvinnornas kunskap om mäns våld mot kvinnor. Fem temaområden behandlas under terminen: ”mannens våld”, ”vardagspsykologi”, ”kvinnohistoria”, ”att växa upp i våldets närhet” och ”sexualitet”. Eftersom varje temadel berörs vid tre till fem sammankomster innebär det att alla kvinnor får ta del av samtliga teman men i skiftande ordningsföljd (Socialstyrelsen, 2001).

Föreliggande utvärdering av Utväg Skaraborg avser gruppverksamheten i Skövde.

Inklusion till studiegruppen

Samtliga kvinnor som sökte sig till de utvärderade verksamheterna kunde delta i studien under förutsättning att de utsatts för våld av en manlig partner. Ett fåtal exklusionskriterier var nödvändiga: (1). Kvinnor som endast tillbringade några få nätter på det skyddade boendet, dvs. färre än sju nätter, blev inte tillfrågade om deltagande i studien (25 stycken). (2). Kvinnor som sökte sig till verksamheterna men som inte behärskade något av de språk som enkäterna var översatta till exkluderades (19 stycken). (3). Kvinnor som hade utsatts för våld av någon annan än en manlig partner (4 stycken).

Alla de kvinnor som kom att inkluderas i studiegruppen hade utsatts för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld i en nära relation av en manlig partner. De kvinnor som hade barn i åldrarna 3–16 år tillfrågades om de kunde tänka sig att bedöma och redogöra för sina barns beteenden. Tackade kvinnan nej till detta kunde hon ändå vara med i studien.

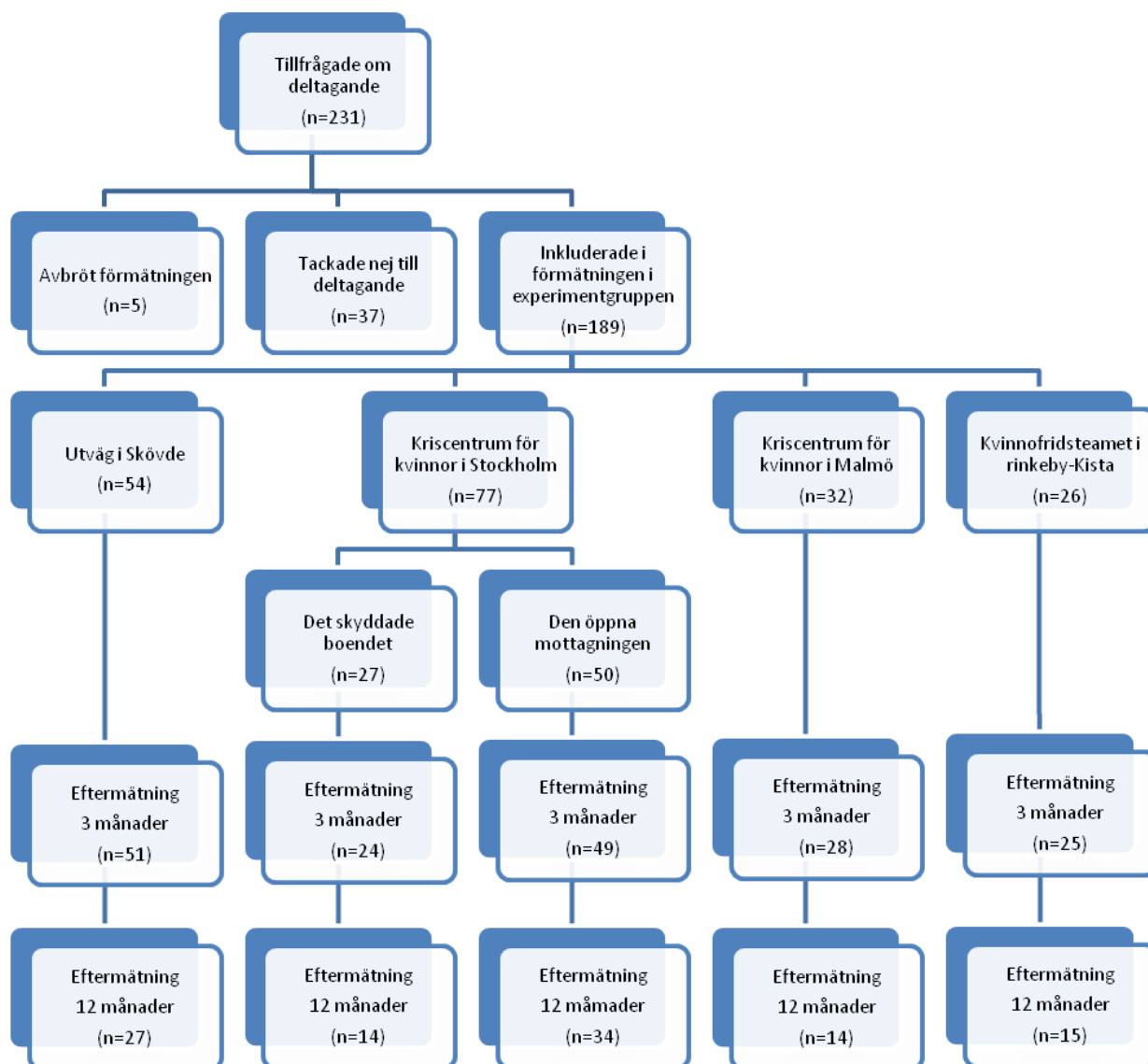
Studiegruppen kom att omfatta 189 kvinnor i åldrarna 17 till 66 år. Medelåldern var 34 år. Av kvinnorna i studiegruppen kom 77 kvinnor från Kriscentrum i Stockholm, varav 50 från den öppna mottagningen och 27 från det skyddade boendet, 26 kvinnor kom från Kvinnofridsteamet i Rinkeby-Kista, 32 kvinnor kom från Kriscentrum Malmö och 54 kvinnor kom från Utväg i Skövde. Studien omfattar också 116 barn i åldrarna 3–16 år, varav 50 pojkar. Medelåldern bland både pojkarna och flickorna var 8 år.

Bortfall

För att minimera bortfallet inför uppföljningarna vidtogs noggranna åtgärder för att ha tillgång till aktuella kontaktuppgifter till kvinnorna. För det första ombads de att själva skriva ned alternativa kontaktuppgifter på medgivandedokumentet. Dessa kontaktuppgifter kunde bestå av postadress, e-postadress, telefonnummer till närstående eller till personal vid den verksamhet där kvinnan var aktuell. För det andra uppdaterades kontaktuppgifterna vid tremånadersuppföljningen. De kvinnor som fick eller hade skyddad identitet, alternativt skyddat boende under tiden som de var aktuella i studien, fick naturligtvis välja om de ville lämna ut uppgifter till projektpersonalen. Många kvinnor hörde själva av sig till projektpersonalen när de hade bytt kontaktuppgifter.

Under utvärderingen inträffade dock olika typer av bortfall. I en del fall handlar det om kvinnor som aldrig fick en förfrågan om deltagande (14 stycken). Detta kan bero på att personalen glömde eller inte ville tillfråga kvinnorna, alternativt att situationen var av sådan karaktär att kvinnorna inte tillfrågades. Det förekom att kvinnor tackade nej till fortsatt deltagande (5 stycken) eller hade inaktuella kontaktuppgifter vid uppföljningstillfällena (20 stycken). Nedan följer ett flödesschema över hur många kvinnor som deltog i studiegruppen. Många av kvinnorna har ännu inte hunnit tillfrågas om deltagande i uppföljningen vid tolv månader efter inklusion. Det som ser ut som ett stort bortfall i flödesschemat nedan beror alltså på att många deltagare ännu inte varit aktuella för tolv månadersuppföljning.

Figur 1.1. Flödesschema för de kvinnor i studiegruppen som deltagit i utvärderingen fram till sista juli 2010.



Datainsamling

Totalt har sju olika instrument och självskattningsformulär använts i enkäterna, varav två stycken med syfte att skatta barnens beteende. Samtliga instrument och självskattningsformulär valdes ut för att svara upp mot studien syften och fokuserade därför

på att beskriva våldets karaktär, upplevd psykosocial funktion, upplevd psykisk hälsa, livsstil, alkoholkonsumtion och klientnöjdhet. Samtliga instrument översattes till följande språk: engelska, spanska, arabiska, persiska, somaliska, turkiska, thai och bosniska. De instrument och självskattningsformulär som använts är:

För kvinnorna:

- Conflict Tactic Scale (CTS2 och CTS2S)
- Outcome Questionnaire (OQ-30.1)
- Symptom Checklist (SCL-90)
- Social Adjustment Scale (SAS)
- Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)
- Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)

För barnen:

- Conflict Tactic Scale (CTS2-b)
- The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ, föräldraversionen)

Våldets karaktär

Våldets karaktär mättes med tre olika versioner av Conflict Tactic Scale, CTS2, CTS2S och CTS2-b. De avser alla att mäta fysiskt, sexuellt och psykologiskt våld och förmågan att lösa konflikter samt de skador våldet orsakar (Straus, Hamby & Warren, 2003).

CTS2 består av 39 påståenden där varje påstående ska bedömas två gånger, en gång utifrån respondentens uppfattning om sitt eget agerande gentemot sin partner och en gång utifrån hur respondenten upplever sig ha blivit bemött och behandlad av sin partner. Samtliga påståenden är fördelade inom fem olika delskalor: förhandling (sex påståenden), psykisk aggression (åtta påståenden), fysiskt angrepp (tolv påståenden), skada (sex påståenden) och sexuellt tvång (sju påståenden) (Straus, Hamby & Warren, 2003). I denna utvärdering ligger fokus på kvinnorna och det fysiska, psykiska och sexuella våld de blivit utsatta för samt skadorna de fått, allvarlighetsgraden i detta samt förändringen över tid.

Den förkortade versionen av CTS2, CTS2S, består av 10 påståenden, två från varje delskala, som ska bedömas två gånger utifrån samma princip som i CTS2. Ett påstående är från den

lindriga kategorin och ett från den allvarliga kategorin. Detta gäller dock inte delskalan förhandling. Från denna delskala är ett påstående från den kognitiva delskalan och det andra från den känslomässiga delskalan. Delskalorna korrelerar i hög grad med delskalorna i CTS2 (fysiskt våld: $r = 0,69$, psykiskt våld: $r = 0,69$, sexuellt våld: $r = 0,67$ och skador: $r = 0,94$) (Straus & Douglas, 2004).

Föräldraversionen av CTS2, CTS2-b, består av samma påståenden som i CTS2, men innehåller även 18 påståenden som frågar efter om barnen sett, hört eller på annat sätt bevittnat det våld som förekommit. Dessa påståenden är fördelade inom delskalorna i CTS2.

Psykosocial funktion

Psykosocial funktion skattades med Outcome Questionnaire (OQ-30.1) vars syfte är att få information om hur individer svarar på behandling. OQ-30.1 mäter funktionell nivå och förändring över tid samt belyser om respondenterna avviker i upplevelser och beteenden utifrån vad som betecknar ett normalt beteendemönster. Med hjälp av poängsättning och ett förändringsindex kan man upptäcka relevanta förändringar i psykosocial funktion mellan olika mättillfällen. Gränsvärdet för vad som avgör om en individ tillhör en klinisk population eller inte är 44 poäng. En förändring som är större än tio poäng (± 10) räknas som relevant medan mindre variation inte anses tillräcklig för att det ska gå att anta att en reell förändring i respondentens psykosociala funktion har ägt rum.

Instrumentet består av 30 påståenden som berör tre aspekter av en människas liv under den senaste veckan: egenupplevda obehag, mellanmänskliga relationer och social kompetens. Påstående 7, 11, 20 och 24 är kritiska påståenden, på grund av att de berör suicid (7) och alkohol- och droganvändning (11, 20 och 24). Varje påstående är graderat på en femgradig skala mellan 0 och 4, där 0 innebär "aldrig" och 4 innebär "nästan alltid". Den totala summan kan därför variera mellan 0 och 120. Ju högre totalpoäng, desto mer belastningssymtom tillskriver individen sig själv (Lambert, Finch, Okiishi & Burlingame, 2005). OQ-30.1 är översatt till svenska men är inte validerat i Sverige.

Psykisk hälsa

Psykisk hälsa skattades med Symptom Checklist (SCL-90). Detta självskattningsformulär är, både internationellt och i Sverige, ett välanvänt instrument för att mäta förekomsten av psykiatriska symptom hos psykiatriska patienter, somatiska patienter och övriga individer i

samhället som för närvarande inte definieras som patienter. Instrumentets validitet och reliabilitet har testats i Sverige (Fridell, Cesarec, Johansson & Malling Thorsen 2002). SCL-90 avser att mäta hur mycket en individ har besvärats av olika psykiatriska symtom under den senaste veckan genom 90 olika påståenden. Varje påstående är graderat på en femgradig skala mellan 0 och 4 där 0 innebär ”inte alls” och 4 innebär ”våldigt mycket”. Den totala summan kan variera mellan 0 och 360 och är till för att tolkas utifrån nio olika symtomområden och tre ”globala” index, för att möjliggöra en meningsfull och valid bild av en individs psykiatriska symtom här och nu (Derogatis, 1994). SCL-90 redovisas i resultatdelen med globalt svårighetsindex (GSI) som mäter generell psykisk besvärnivå.

Livsstil

Social Adjustment Scale-Self Report (SAS-SR) används för att mäta hur en människa visar sina känslor och beteenden för omvärlden. Detta självskattningsformulär har tidigare använts i en mängd internationella studier och har god validitet och reliabilitet. Det introducerades för första gången 1976 och mäter hur en individ anpassar sig till och upplever välbefinnande utifrån dennas sociala roll i det dagliga livet. SAS-SR vänder sig till individer som är 17 år eller äldre och består av 54 frågor som är fördelade inom sex kategorier: arbete; socialt liv och fritid; relation till släkt utanför hemmet; partnerförhållande; föräldraskap; närmaste familj och uppfattning om ekonomiskt behov. Alla frågor är rangordnade från 1 till 5, där högre poäng indikerar en försämring och försvagning hos individen. För att tolkningen av resultatet från SAS-SR ska bli så heltäckande som möjligt ska SAS-SR helst integreras med information insamlad från andra källor, andra mätinstrument och/eller direkta observationer (Weissman, 1999). SAS-SR redovisas i resultatdelen utifrån kategorin socialt stöd.

Alkoholvanor

Alkoholkonsumtion skattades med hjälp av Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). Instrumentet registrerar riskfylld alkoholkonsumtion och är konstruerat som ett självskattningsinstrument bestående av tio frågor. Varje fråga är graderad på en femgradig skala mellan 0 och 4 och totalpoängen kan variera mellan 0 och 40. Höga poäng på de tre första frågorna i kombination med låga poäng på de återstående frågorna indikerar att en individ har en riskfylld alkoholkonsumtion. Höga poäng på frågorna 4, 5 och 6 indikerar ett alkoholberoende och höga poäng på de återstående frågorna talar för en skadlig alkoholkonsumtion. Den svenska versionen av instrumentet har reliabilitetstestats (Bergman,

Källmén & Hermansson, 2006). AUDIT redovisas i denna rapport utifrån två undergrupper: konsumtion och konsekvens.

Klientnöjdhet

Klientnöjdhet (CSQ-8) är ett instrument som definieras som kundens perspektiv på och synpunkter kring genomförandet av en insats. Instrumentet består av åtta frågor där varje fråga graderas mellan ett och fyra beroende på hur nöjd kunden är. CSQ-8 kan variera mellan 8 och 32 poäng och ju högre poäng, desto större indikation på klientnöjdhet (Larsen & Attkisson, 1979).

Styrkor och svagheter hos barn

The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) är ett beteendeariktat screeningsinstrument som ger en bild av psykisk hälsa hos barn i åldrarna 3 till 16 år. I denna studie användes föräldraversionen, där första sidan av instrumentet består av 25 påståenden fördelade på fem delskalor: känslomässiga besvär, uppförandeproblem, hyperaktivitet/uppmärksamhetsproblem, kamratproblem och prosocialt beteende. De fyra första delskalorna identifierar svårigheter och summeras till en total svårighetspoäng. Prosocialt beteende summeras separat och utgör ett positivt mått på barnets förmåga att visa hänsyn, dela med sig och/eller vara hjälpsam. Instrumentet innehåller även frågor om övergripande beteendeproblem samt förekomsten av dessa, till exempel hur länge svårigheterna har funnits, om svårigheterna utgör en belastning för andra samt om svårigheterna förorsakar lidande för barnet. Dessa frågor summeras till en så kallad impact score (Goodman, 2001) Instrumentet har översatts till svenska samt testats i Sverige och dess validitet och reliabilitet anses vara god (Malmberg, Rydell & Smedje, 2003). Föräldraversionen av SDQ redovisas utifrån delskalorna total svårighetspoäng och prosocialt beteende.

Egenkonstruerade formulär

Utöver ovanstående instrument har 18 bakgrundsfrågor använts vid den första mätningen. Dessa omfattar kvinnans relation till den partner som utövat våld mot henne, civilstatus, sysselsättning, antal barn, etnisk bakgrund och tidigare erfarenheter av våld. Vid tolv månadersuppföljningen användes fem huvudfrågor om vilka insatser och stöd som kvinnorna och barnen varit föremål för under tiden de varit aktuella i studien. Dessa fem

frågor konstruerades för att ringa in andra insatser än de som erbjöds vid respektive verksamhet, samt upplevelsen av stöd från närstående.

Primära utfallsmått

Utvärderingen fokuserar primärt på två saker: dels det våld som kvinnorna eventuellt på nytt utsätts för, dels hur kvinnornas psykosociala hälsa förändras över tid.

Genomförande

Varje verksamhet hade en inklusionsperiod på tolv månader och startade vid olika tidpunkter under andra halvåret 2008. Datainsamlingen har skett vid tre tillfällen med hjälp av enkäter med fasta svarsalternativ: vid inklusion i studien och vid uppföljning tre samt tolv månader senare. Detta har skett oavsett insatsernas längd eller interventionernas karaktär. De kvinnor som hade kontakt med respektive verksamhet tillfrågades av befintlig personal om de var intresserade av att delta i studien. Alla som uppgav att de var intresserade blev informerade om studiens förutsättningar, både muntligt och skriftligt, av projektets personal. De kvinnor som sedan tackade ja till att delta skrev på ett medgivandedokument som beskrev studiens olika delar. Kvinnorna själva beslutade om vilka delar i studien de gav sitt medgivande till. I samband med detta klargjordes att medverkan var frivillig och att de när som helst, utan att uppge anledning, kunde dra sig ur studien. I samband med att kvinnorna blev informerade och skrev på medgivandedokumentet besvarades den första enkäten. Detta kunde ske vid respektive verksamhet eller på en plats som kvinnan själv valde.

Den enkät som inte bestod av barninstrument och som distribuerades vid inklusionstillfället samt vid tolv månadersuppföljningen bestod av: bakgrundsfrågor, CTS2, OQ, SCL-90, SAS och AUDIT. Den enkät som även innehöll barninstrument och distribuerades vid inklusionstillfället samt vid tolv månadersuppföljningen bestod dessutom av: CTS2-b i stället för CTS2 samt föräldraversionen av SDQ.

Den enkät som distribuerades vid tremånadersuppföljningen bestod av: CTS2S, OQ och CSQ.

Enkäten som distribuerades vid inklusionstillfället samt vid tolv månadersuppföljningen tog cirka en timme att fylla i. Om tolk var närvarande och om enkäten innehöll barninstrumenten tog enkäten cirka en och en halv timme att fylla i. Enkäten som distribuerades vid tremånadersuppföljningen tog cirka tio minuter att fylla i. Under hela studien var det

projektets personal som administrerade de aktuella enkäterna och som oftast även fanns till hands för frågor som deltagarna kunde ha runt beskrivna påståenden eller instruktioner.

För att möjliggöra för kvinnorna att besvara enkäterna och att slutföra sin medverkan i studien gjordes detta på olika sätt beroende på den situation som de befann sig i.

Detta kunde innebära flera saker för både kvinnan och projektpersonal: antingen träffades de personligen vid uppföljningarna eller, om detta inte var möjligt, erbjöds kvinnorna att få enkäterna hemskickade till sig eller att besvara dem via onlineformulär. Via onlineformulär kunde kvinnorna då fylla i enkäten från vilken dator som helst med Internetuppkoppling. Ett annat alternativ var att besvara enkäterna via telefon tillsammans med projektpersonal.

Jämförelsegrupper

Syftet med att inkludera jämförelsegrupper i studien var att möjliggöra jämförelser avseende eventuella förändringar i psykosocial hälsa och våldsutsatthet, dels med en grupp kvinnor som hade utsatts för våld, men som inte har tagit del av stöd vid kvinnojour vid studiens början, dels med en grupp kvinnor som erhållit insatser genom skyddat boende vid ideell kvinnojour.

Jämförelsegrupp 1: Kvinnor som inte har pågående kontakt med Socialtjänsten på grund av det våld de har blivit utsatta för.

Syfte

Denna jämförelsegrupp utgjordes av en grupp kvinnor som hade utsatts för våld i nära relationer, men som vid studiens början inte var föremål för pågående insatser eller behandling av något slag. Denna grupp blev även intervjuad i syfte att systematiskt skaffa kunskaper om våldsutsatta kvinnors behov samt risken att på nytt drabbas av våld. I det avseendet kan denna del av studien även betraktas som en separat delstudie.

Design

Deltagarna i denna grupp följdes upp med ett mättillfälle vid inklusion och ett vid 12 månader. Det första mättillfället genomfördes efter inklusion i studien och omfattade både en semistrukturerad intervju och ifyllande av självskattningsformulär. Ett år efter det första mättillfället kontaktades kvinnorna igen för att fylla i de självskattningsformulär som

användes vid det första mättillfället igen. Ett mindre antal kvinnor återintervjuades dessutom. Självskattningsformulären gav svar på frågan om utsattheten för våld och psykosocial funktion under uppföljningsåret.

För att systematiskt studera och bedöma vilka behov kvinnor som utsatts för våld i nära relationer har användes intervjuer utifrån DIARI (Decision Making In Abusive Relationships Interview). Detta instrument används genom denna delstudie för första gången i Sverige. Den semistrukturerade intervjun användes för att samla in data för att skatta olika punkter på en checklista.

Inklusion

Eftersom avsikten var att rekrytera kvinnor som utsatts för våld i nära relationer av sin manliga partner och som vid studiens början inte hade någon pågående kontakt med socialtjänsten eller kvinnojour på grund av våldet kunde kvinnorna inte rekryteras på traditionellt vis via olika behandlings- och stödverksamheter. I hopp om att nå denna grupp av våldsutsatta kvinnor skedde rekryteringen i hela landet via annons i regional- eller rikstäckande dagspress samt i så kallade damtidningar. Annonsen utformades utifrån följande premisser:

- Kvinnor i en ålder mellan 18 och 80 år och som har blivit utsatta för våld av en manlig partner under de senaste 5 åren och:
- aldrig har fått/tagit emot behandling eller stöd från socialtjänsten eller en kvinnojour.
- alternativt har fått/tagit emot behandling eller stöd men inte under det senaste året, det vill säga inte under 2008.

Alla kvinnor som uppfyllde de i annonsen stipulerade inklusionskraven inbjöds att delta. Rekrytering skedde löpande utifrån att kvinnorna svarat på annonser som satts ut i tidningarna. I annonserna fanns kontaktinformation till projektet med både e-postadress och telefonnummer angivna. Telefonnummer kunde användas både för anmälan och för att få ytterligare information. Ett ytterligare inklusionskriterium för att delta var att kvinnan måste vara villig att förse projektet med tillräckliga kontaktuppgifter för att brevlades skicka det informerande samtycket för underskrift.

Rekrytering av deltagare

Inför annonseringen skapades en hemsida dit kvinnorna kunde anmäla intresse om deltagande. Kvinnorna kontaktades sedan av projektpersonal för vidare information samt för att säkerställa att de uppfyllde inklusionskriterierna till studien. Inklusionsperioden pågick från mars 2009 till och med november samma år och totalt anmälde 397 kvinnor intresse.

De kvinnor som inte inkluderades i studien föll huvudsakligen bort på grund av att de inte uppfyllde de för studien stipulerade kraven. Andra kvinnor gick inte att nå under tiden som rekryteringen pågick och några tackade nej till deltagande.

Det totala deltagarantalet kom att bli 206 kvinnor mellan 18 och 80 år, bosatta i Sverige och med tidigare erfarenhet av våld i nära relationer. Bortfallet i uppföljningen beräknades bli begränsat eftersom man kan anta att de kvinnor som hörde av sig var motiverade att delta, eftersom det krävts en aktiv handling från deras sida. Det kritiska momentet i denna studie var att nå kvinnorna vid uppföljningen, eftersom de kontaktuppgifter som erhöles vid det första kontakttillfället kunde ha blivit inaktuella. En ytterligare faktor som kunde påverka svarsfrekvensen vid uppföljning var att en del kvinnor tackade nej till fortsatt deltagande i studien. Den sista uppföljningen avslutas i november 2010. Totalt hann 69 kvinnor följas upp i denna jämförelsegrupp inför skrivandet av denna rapport.

Datainsamling

Instrument

Frågeformulären för jämförelsegrupp 1 innehåller samma bakgrundsfrågor som enkäterna som användes i studiegruppen samt två tilläggsfrågor som handlar om när de senast blev utsatta för våld av sin partner eller före detta partner, CTS2, OQ, SAS, SCL-90 samt AUDIT.

Intervjuer

Telefonintervjuerna som användes för denna grupp syftade till att samla information från deltagarna för att kunna skatta de punkter som ingår i DIARI Decision Making In Abusive Relationships Interview. DIARI syftar till att på ett systematiskt sätt utreda och bedöma vilka behov kvinnor som utsatts för våld i nära relationer har. En förhoppning är att denna kunskap sedan ska kunna användas för att skapa särskilda insatser som bygger på den enskilda individens behov (Nicholls, Koch & Kropp, 2004). Det finns flera argument för nödvändigheten av att samla in information om kvinnans behov på ett systematiskt sätt. Ett viktigt argument är risken för upprepat våld, då denna är stor hos kvinnor som utsatts för våld

i nära relationer. Ett annat argument är att öka kunskapen om de omständigheter som kvinnan lever i som en konsekvens av det våld hon blivit utsatt för och som kan hindra henne från att bryta sitt destruktiva mönster av utsatthet. DIARI syftar därför till att studera 25 omständigheter och hinder (benämns härnäst som ”faktorer”) som kan försvåra för våldsutsatta kvinnor att komma bort från en våldsam relation. Det kan till exempel handla om att söka hjälp, att tänka i säkerhetstermer och i vissa fall att lämna förövaren. I figuren nedan listas dessa faktorer som i forskningslitteraturen har visat sig ha stöd i att påverka kvinnans hantering av den våldsamma relationen och i hennes eventuella beslut att lämna den våldsutövande mannen (Nicholls et al, 2004).

Beslutsfattande					
Förhållandets natur	Social kontext	Misshandelns natur	Faktorer hos kvinnan		Faktorer hos mannen
Emotionell relation	Kulturella normer	Systematisk och skiftande	Negativ syn på världen	Fysiskt våld tidigare partner	Beroende och tillgivenhet
Satsning på förhållandet	Avsaknad av formellt stöd	Fysisk grov/upptrappa	Negativ syn på jaget	Psykiskt våld tidigare partner	Ytlig charm/manipul
Nöjd med förhållandet	Avsaknad av informellt stöd	Psykisk grov/upptrappa	Förklaring till misshandeln	Traumatisk bakgrund	Hävdar försök till förändring
	Avsaknad av resurser	Kronisk eller frekvent	Hanteringssätt	Bakgrund av psykisk ohälsa	Visar ånger
	Beroenden	Oregelbunden	Traditionella könsroller	Nuvarande psykisk hälsa	
			Bakgrund barnmisshandel	Missbruk/beroende	
			Misshandel mellan föräldrar	Mental kollaps	

Faktorerna har klassificerats i fem kategorier; (1) förhållandets natur; (2) den sociala kontexten där våldet förekommer; (3) övergreppens natur; (4) faktorer hos offret; och (5) faktorer hos förövaren. I DIARI-manualen finns en kort beskrivning av varje faktor med hänvisning till vetenskaplig litteratur som förklarar dess relevans. För varje faktor finns också en kodningsinstruktion som anger hur faktorn ska kodas. Via intervjun inhämtas information kring varje faktor. Efter avslutad intervju går bedömaren igenom varje faktor var för sig utifrån kvinnans svar. Bedömaren har sedan att ta ställning till om faktorn föreligger (anges

med en 2:a), om den föreligger delvis (anges med en 1:a) eller inte föreligger alls (anges med en 0:a). Bedömningen kodas i ett skattningsformulär.

Genomförande

När kvinnan anmält sig via hemsidan kontaktades hon för muntlig information om studiens upplägg. Om kvinnan uppfyllde inklusionskriterierna och preliminärt sade ja till deltagande skickades ett informationsblad och en medgivandeblankett för påskrift till den adress hon uppgivit. I samband med anmälan kunde hon även ange andra kontaktsätt om hon ansåg att det skulle innebära en risk att få information om studien hemskickad till sin bostadsadress. Kvinnan bokades för intervju efter att det ifyllda medgivandedokumentet inkommit och hon erbjöds att fylla i självskattningsformulären via onlineformulär eller hemskickade pappersformulär. Via onlineformulär kunde kvinnan fylla i formulären från vilken dator som helst med Internetuppkoppling.

Intervjuerna var semistrukturerade och baserades på en frågeguide som konstruerats utifrån de faktorer som ingår i DIARI. När tillräcklig information insamlats kring varje faktor skattades faktorerna var för sig i huruvida de förekom i hög, mellan eller låg grad. Efter att intervjun var genomförd och ifyllda självskattningsformulär var inkomna startade uppföljningsperioden.

Tolv månader efter det första mättillfället kontaktades deltagarna via telefon eller e-post och uppmanades att fylla i uppföljningsformuläret. Intervjun tog cirka 1 timme per deltagare och att fylla i formulären tog mellan 30 och 45 minuter. Om frågor uppstod vid ifyllande av enkäten fanns ett telefonnummer för deltagarna att ringa för att få hjälp och instruktioner. Vid 12-månadersuppföljningen användes samma instrument som vid det första mättillfället.

Jämförelsegrupp 2: Kvinnor som har erhållit stöd genom skyddat boende vid ideell kvinnojour på grund av det våld de har blivit utsatta för.

I denna jämförelsegrupp ingick stödinsatsen skyddat boende som ges inom ramen för ideella kvinnojouren. Syftet med jämförelsegruppen var att göra jämförelser avseende våldsutsatthet och psykosocial hälsa med studiegruppen och jämförelsegrupp 1. Tjugo jourer, med en geografisk spridning över hela Sverige, ingick och valdes ut strategiskt i syfte att inkludera ett stort antal kvinnor. I denna grupp ingick 164 kvinnor, varav 145 följdes upp vid tre månader och 43 vid tolv månader. Information för denna grupp inhämtades från studien *Beskrivning och utvärdering av ideella kvinnojouren* som har pågått parallellt med denna studie inom samma forskarteam.

Analys

Powerberäkning

Powerberäkning i traditionell mening var inte möjlig att göra. Den främsta anledningen är att det inte finns några publicerade studier där socialtjänstens insatser jämförs med andra insatser eller inga insatser och att det därför blir omöjligt att estimerade de förväntade skillnaderna. Detta medförde svårigheter i att uppskatta vilken urvalsstorlek som var nödvändig för att det skulle gå att upptäcka skillnader mellan de olika studie- och jämförelsegrupperna. I brist på vägledning från tidigare studier gjordes bedömningen att cirka 200 kvinnor skulle behövas i studiegruppen och minst lika många i en jämförelsegrupp. Med detta antal skulle det vara möjligt att dela in grupperna, till exempel avseende ålder eller någon annan variabel med en bibehållen bedömd power i analyserna.

Hantering av bortfall vid upprepade mätningar

Externt bortfall uppstår alltid vid upprepade mätningar där samma person ska jämföras vid olika mättillfällen. Till exempel kan det bero på avhopp eller att det inte går att få tag i personen igen. I de här studierna har det externa bortfallet hanterats utifrån en "Intention to Treat"-modell med principen "last observation is carried forward". Detta innebär att de kvinnor som borde ha följts upp, men som av någon anledning inte har blivit uppföljda, har tilldelats samma värden vid uppföljningstillfällena som de hade vid det senaste observationstillfället för respektive instrument i studien. Detta förfarande innebär en försäkran om att man inte överskattar en behandlingseffekt, vilket kan vara fallet om man bara använder data från de personer som har fyllt i formulären vid samtliga mätpunkter.

Det interna bortfallet i enkäterna är relativt litet och anses inte påverka resultaten i någon betydande utsträckning. Följaktligen har inte några åtgärder vidtagits för att särskilt hantera detta.

Datainsamlingen för tolv månadersuppföljningen stängdes inför analys och skrivande av denna rapport den 31 juli 2010. De kvinnor som följs upp efter detta datum har exkluderats helt i analyserna rörande data för 12-månadersuppföljningen. Detta innebär att alla kvinnor som

skulle ha följts upp fram till 31 juli 2010 i studie 1 och studie 2 har inkluderats i analyserna enligt ”last observation carried forward” oavsett om de besvarat alla enkäter eller inte.

Effektmaß

I beskrivningen av grupperna vid de olika mättillfällena presenteras medelvärden. För att uppskatta storleken på en eventuell förändring mellan de olika mätningarna användes det statistiska måttet Cohens *d*. Detta är ett effektmaß som mäter styrkan i sambandet mellan två variablers medelvärden. Detta till skillnad från till exempel en ren jämförelse av medelvärden (t-test) som bara anger om två medelvärden signifikant skiljer sig från varandra. Cohens *d* kan i princip anta vilka värden som helst. Vanligast är dock värden mellan -2 och 2 , och ju högre värde, (positivt/negativt), desto större är effekten. För delstudie 1 ska *d*-värdet tolkas så att om det är positivt har det skett en förbättring mellan mättillfällena och om det är negativt har det skett en försämring mellan mättillfällena. För att bedöma om effekten är stor eller liten har Cohen föreslagit tre nivåer av effektstyrka: liten effekt ($\pm 0,20$), måttlig effekt ($\pm 0,50$) och stor effekt ($\pm 0,80$) (Borg & Westerlund, 2007; Hojat & Xu, 2004).

Studiegruppen

För att få stabilitet i analyserna har verksamheterna som utvärderats i studiegruppen slagits ihop till två grupper: skyddade boenden (KC Malmö och det skyddade boendet på KC Stockholm) och mottagningar (Kvinnofridsteamet i Rinkeby-Kista, den öppna mottagningen på KC Stockholm och Utväg Skaraborg).

Barnen

Analyserna av SDQ är könsindelade och består av två grupper beroende på vilken insats barnens mödrar fått. Den ena gruppen pojkar och flickor hör till de mödrar som har bott på de skyddade boendena (skyddat boende) och den andra gruppen pojkar och flickor hör till de mödrar som haft kontakt med Kvinnofridsteamet i Rinkeby-Kista, den öppna mottagningen på KC Stockholm och Utväg Skaraborg (mottagning).

Jämförelser mellan grupperna

För att studera om skyddat boende och mottagningar i studiegruppen och de två jämförelsegrupperna skiljer sig åt avseende de studerade bakgrundsvariablerna användes

ordinal regressionsanalys. En multipel regressionsanalys användes för att studera vilka faktorer som påverkar utfallsmåtten.

Värdena vid 12-månadersuppföljningen användes som utfallsmått och värdena vid det första mättillfället, bakgrundsvariablerna samt de olika grupperna som kovariater/prediktorer. För att studera huruvida skillnader i utfallsmåtten förelåg mellan studiegruppen och jämförelsegrupperna vid det första mättillfället användes det icke-parametriska signifikanstestet Kruskal-Wallis.

DELSTUDIE 2: Kartläggning av olika omständigheter avseende hälsa, psykosocial funktion och socioekonomiska förhållanden hos kvinnor som har varit utsatta för våld i nära relationer ur ett befolkningsperspektiv

Syfte

Syftet med denna delstudie var att ur ett befolkningsperspektiv öka kunskapen om kvinnor som utsatts för våld i hemmet avseende graden av hälsomässiga, psykosociala och socioekonomiska belastningar jämfört med de kvinnor som inte rapporterade våld i hemmet.

Design

Statens folkhälsoinstitut genomför sedan 2004 en årlig nationell folkhälsoenkät. Syftet med enkäten är att skapa en bild av den generella hälsan i befolkningen. Varje år slumpas ett representativt urval i åldrarna 16–84 år fram ur befolkningen. Dessa får besvara ett brett spektrum av frågor om hur deras liv ser ut och hur det fungerar i olika avseenden.

Enkäten har skapats av Statens folkhälsoinstitut [FHI] i samarbete med representanter från olika landsting, Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån [SCB]. Många frågor i den nationella folkhälsoenkäten härstammar från tidigare gjorda enkäter. De ingående frågorna är validitetstestade via begreppsvalidering, vilket innebär att varje enskild fråga har kontrollerats så att den verkligen mäter det den avser att mäta (Folkhälsoinstitutet, 2008). I datamaterialet från folkhälsoenkäten har viss information kompletterats med data från olika register. Formuläret omfattar i dag cirka 75 frågor som spänner över olika hälsoområden, till exempel

hälsa, välbefinnande, läkemedelsanvändning, vårdutnyttjande, tandhälsa, kostvanor, tobaksvanor, alkoholvanor, spelvanor, ekonomiska förhållanden, arbete och sysselsättning, trygghet och sociala relationer samt bakgrundsfrågor. Vidare innehåller Folkhälsoenkäten också en fråga om man har blivit utsatt för våld de 12 senaste månaderna samt en följdfråga om var någonstans våldet inträffat. Hemmet är där ett av de möjliga svarsalternativen.

Föreliggande delstudie undersöker psykosocial hälsa bland de kvinnor som uppger att de utsatts för våld i hemmet under de senaste 12 månaderna och jämför den med den psykosociala hälsan bland de kvinnor som inte rapporterar sådana omständigheter. En begränsning i föreliggande delstudie är således att vi inte kan veta om de kvinnor som svarat jakande på frågan om våld i hemmet har varit utsatta för just partnerrelaterat våld.

Urval

Den nationella enkäten distribueras årligen till ett obundet, slumpmässigt urval av 20 000 individer i Sverige (år 2004 till ett urval av 10 000). Bortfallet i folkhälsoenkäten har ökat för varje år, från att ha legat på strax under 40 procent år 2004 till cirka 47 procent år 2009. Sammanlagt har 52 003 personer besvarat enkäten under 2004–2009, varav 28 570 kvinnor.

Av Folkhälsoinstitutets hemsida (www.fhi.se) framgår att en bortfallsanalys har genomförts under 2010 på data från tidigare folkhälsoenkäter i Stockholms län, Göteborg med omnejd och i Norrlandslänen. Dessa analyser baseras även på bortfallsuppföljningar utförda åren 2002–2003 i dessa regioner. Analyserna visade att bortfallet inte tycktes ha ett avvikande socialt svarsmönster gentemot de som svarat på enkäten, vilket ökar representativiteten.

Procedur

En ansökan om tillgång till datamaterialet skickades tillsammans med projektplan och etiskt godkännande till Folkhälsoinstitutet under hösten 2009. Information om respondenternas tandhälsa och kostvanor exkluderades i ansökan, eftersom detta inte ansågs vara av relevans för studiens syfte. Ansökan godkändes av FHI 11 januari 2010.

Analyser

I analyserna har data från 2004–2009 sammanfogats. De statistiska analyserna jämförde de kvinnor som rapporterat våld i hemmet med de som inte rapporterat sådana omständigheter. I dessa jämförelser har vi kunnat studera skillnader och likheter mellan dessa grupper. Beskrivningen av målgruppen består av följande områden: utbildning, sysselsättning, ekonomiska förhållanden, socialt stöd, självskattad allmän hälsa, symptom/besvär, psykiskt välbefinnande, suicidtankar, läkemedelsanvändning, vårdkontakter och alkoholvanor (Folkhälsoinstitutet, 2008). De första fyra områdena beskriver respondenternas sociala situation medan de övriga områden åsyftar respondenternas hälsa. Rapporterat våld redovisas utifrån respondenternas hälsa och sociala problem. Den statistik som presenteras i resultatavsnittet är av beskrivande karaktär. Nedan följer en närmare beskrivning av de olika områden som ingår i studien.

Utbildning

Uppgifter om respondenternas utbildningsnivå är hämtade från utbildningsregistret. Detta innebär att endast information om avslutad utbildning kan anges. Respondenterna är där grupperade i tre nivåer: upp till tvåårig gymnasieutbildning, treårig gymnasieutbildning till två år på högskola samt 3 år på högskola eller mer.

Sysselsättning

Frågan om sysselsättning i folkhälsoenkäten har 10 svarsalternativ där respondenterna kan ange flera alternativ. För att kunna sätta sysselsättningsfrågan i relation till våld i hemmet, grupperades respondenternas svar så att endast ett svarsalternativ kunde redovisas per respondent. Genom att gruppera liknande svarsalternativ (till exempel egen företagare och anställd) minimerades antalet sysslor till fem. Därefter grupperades respondenterna efter antal svarsalternativ per respondent. Ca 90 procent av de svarande hamnade i gruppen med endast ett svarsalternativ. Övriga 10 procent samlades under ett separat svarsalternativ, mångsysslare. På detta sätt fick vi en skattning av respondenternas huvudsysselsättning.

Ekonomiska förhållanden

Respondenternas ekonomiska förhållanden mättes med två frågor där den första frågan avser ekonomisk marginal och den andra avser ekonomisk kris. Frågan om kontant marginal avser om man kan skaffa fram 15 000 kronor inom en vecka vid en oförutsedd situation och har svarsalternativen ”ja” och ”nej”.

Fram till år 2005 var summan 14 000 kronor och har sedan reviderats till den aktuella summan. Beloppet i frågan bedöms av SCB motsvara en vanlig arbetarlön. Frågan om ekonomisk kris avser huruvida man har haft svårt att klara av sina löpande utgifter under det senaste året. Svartalternativen är ”Nej”, ”Ja, en gång” och ”Ja, flera gånger”. Dessa två frågor är ämnade att identifiera nivåskillnader mellan ekonomiskt utsatta grupper.

Socialt stöd

I folkhälsoenkäten finns två frågor om respondenternas upplevelser av socialt stöd. Den första frågan avser emotionellt stöd och efterfrågar huruvida personen har någon att anförtro sig åt. Svartalternativen för denna fråga är ja eller nej. Den andra frågan berör instrumentellt eller praktiskt stöd och åsyftar om respondenten har någon som kan hjälpa till med praktiska ärenden vid behov. Med praktiskt stöd menas reparationer, matinköp, lån av saker eller pengar och så vidare. Frågan har fyra svartalternativ som sträcker sig från ”Nej, aldrig” till ”Ja, alltid”.

Självskattad allmän hälsa

Allmän hälsa mäts med en femgradig frågekonstruktion vars svartalternativ sträcker sig från ”mycket bra” till ”mycket dåligt”.

Symptom/besvär

Frågan om symptom och besvär fokuserar framförallt på psykosomatiska symptom. Den är uppdelad i tolv underfrågor och inkluderar bland annat ängslan, trötthet, sömnproblem, värk i rörelseorganen (som exempelvis armbågar och knän) och eksem. I denna rapport har en variabel skapats av dessa underfrågor som indikerar antalet symptom som respondenterna besväras av.

Psykiskt välbefinnande

Psykiskt välbefinnande mäts i folkhälsoenkäten med hjälp av instrumentet GHQ12 (General Health Questionnaire) och innehåller tolv frågor som fokuserar på avbrott i den ”normala” funktionen hos individer, snarare än livslånga karakteristika. Instrumentet är utformat för att mäta två huvudsakliga problem: oförmåga att klara av sina ”normala” funktioner samt förekomst av oros känslor. Instrumentet mäter psykiska reaktioner på påfrestningar, snarare än psykisk ohälsa. Måttet har varit med i folkhälsoenkäten varje år sedan 2004 (McDowell & Newell 2006).

För att få fram ett mått på välbefinnande i rapporten beräknades ett summaindex utifrån de tolv frågorna. De första två svarsalternativen på varje fråga ”Mycket sämre än vanligt” och ”Sämre än vanligt” gav värdet 0 och det tredje och fjärde alternativet ”Bättre än vanligt” och ”Mycket bättre än vanligt” gav värdet 1. Svaren på frågorna summerades därefter till en poäng där ett högt värde innebär högre psykiskt välbefinnande och ett lågt värde innebär lägre psykiskt välbefinnande. Brytpunkten för psykiskt välbefinnande anges till tre poäng, där de som har ett värde under den gränsen definieras ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande. GHQ är en av de mest använda skalorna för att mäta psykiskt välbefinnande vid befolkningsstudier (ibid).

Suicidtankar/suicidförsök

Suicidtankar/-försök mäts med två frågor. Den ena efterfrågar allvarliga självmordstankar och den andra självmordsförsök. Båda frågorna har svarsalternativen; ”Nej”, ”Ja, en gång” och ”Ja, flera gånger”. I analyserna har svarsalternativen dikotomiserats till ”Ja” och ”Nej” och därefter slagits ihop till en enda variabel. Den nya variabeln heter Självmord och delar upp respondenterna i de som svarat nej på båda frågorna, ja på den ena frågan, ja på den andra frågan och ja på båda. På detta sätt underlättas jämförelsen mellan kvinnor som rapporterar, respektive inte rapporterar utsatthet för våld i hemmet gällande självmordstankar eller självmordsförsök.

Läkemedel

Frågan om användning av läkemedel är uppdelad i elva underfrågor om diverse mediciner (såsom astma-, magsårs-, lugnande eller smärtstillande medicin) som respondenterna använt de senaste tre månaderna. Inför denna rapport har underfrågorna slagits samman till en variabel som indikerar antalet mediciner som använts.

Vårdkontakter

Frågan om vårdkontakter redovisades utifrån huruvida respondenten haft kontakt med sjukvården under de senaste tre månaderna. Svarsalternativen är alltså endast Ja och Nej.

Alkoholvanor

I folkhälsoenkäten finns det fyra frågor om alkoholvanor, där de tre första härstammar från frågeinstrumentet AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test). I syfte att identifiera riskkonsumenter i rapporten beräknas ett summaindex utifrån dessa tre frågor.

Svarsalternativen till frågorna motsvarar olika poäng. Dessa bildar ett index utifrån den summa som frågorna ger. Första och tredje frågan får poängen 4, 3, 2, 1, 0 och den andra frågan får 0, 1, 2, 3, 4 och svarsalternativet ”vet inte” räknas som internbortfall. Indexet kan anta värdet 0–12.

4 RESULTAT

Delstudie 1

Syftet var dels att utvärdera effekterna av de kommunbaserade insatser som kvinnor erhöll via socialtjänsten med anledning av att de utsatts för våld i en nära relation, dels att studera barnens bevitnande av det våld deras mödrar utsatts för. Syftet var också att göra vissa jämförelser med kvinnor som inte erhållit sådana insatser (jämförelsegrupp 1) och kvinnor som erhållit stöd genom skyddat boende vid ideell kvinnojour (jämförelsegrupp 2) samt att, som en delstudie för jämförelsegrupp 1, studera våldsutsatta kvinnors behov genom intervjuer utifrån DIARI. För jämförelsegrupp 2 görs jämförelser avseende våldsutsatthet och psykosocial hälsa.

Kvinnornas bakgrund

Studiegruppen

Av de 189 kvinnor som ingick i studiegruppen hade cirka en tredjedel, 31 procent, rapporterat universitetsutbildning som högsta genomförda utbildning, medan 23 procent rapporterade grundskola som högsta genomförda utbildning. Hälften av kvinnorna, 51 procent, uppgav att de förvärvsarbetade och 20 procent av kvinnorna uppgav att de studerade. Bland de kvinnor som inte rapporterade någon sysselsättning var 14 procent arbetsökande och 12 procent var sjukskrivna eller pensionärer. Drygt hälften av kvinnorna upplevde att de hade tillräckligt med pengar i förhållande till behoven medan 18 procent hade stora ekonomiska svårigheter.

Jämförelsegrupp 1

Totalt inkluderades 206 kvinnor i denna jämförelsegrupp. Deltagarnas ålder varierade mellan 19 och 77 år och medelåldern låg på 41 år vid tiden för inklusion. De flesta av kvinnorna var födda i Sverige (86 %). Fem procent var födda utanför Europa. Merparten (52 %) hade en universitetsutbildning medan 10 procent hade grundskola som högsta utbildning. Drygt hälften av deltagarna (54 %) förvärvsarbetade medan 10 procent uppgav studier som sin huvudsakliga sysselsättning. Bland de deltagare som saknade sysselsättning var den största gruppen pensionerade eller sjukskrivna. Nästan hälften av kvinnorna upplevde att de hade tillräckligt med pengar i förhållande till behoven. Övriga kvinnor rapporterade om ekonomiska problem i varierande utsträckning. Var tionde kvinna uppgav att de vanligtvis

inte hade tillräckligt med pengar i förhållande till behoven och 13 procent hade stora ekonomiska svårigheter.

Tidigare kontakt med verksamheter

Studiegruppen

Åttionio procent av kvinnorna i studiegruppen hade aldrig tidigare haft kontakt med verksamheterna som utvärderas i studien. Totalt hade dock 28 procent haft kontakt med andra verksamheter som vänder sig till kvinnor som är/varit utsatta för våld och 7 procent av deltagarna hade tidigare bott på en kvinnojour.

Vid inklusion i studien hade studiedeltagarna haft kontakt med psykiatri, socialtjänst, familjerådgivning, familjerätt, vårdcentral och/eller andra verksamheter i varierande utsträckning.

Jämförelsegrupp 1

För att delta i studien skulle kvinnorna varken ha haft kontakt med en kvinnojour eller med socialtjänsten tidigare på grund av det våld de blivit utsatta för, alternativt skulle de inte ha haft kontakt med eller varit aktuella hos någon av dessa under den senaste tolv månaders perioden. Av de 206 kvinnor som deltog i studien svarade 193 kvinnor på frågorna om de tidigare haft kontakt med en kvinnojour eller socialtjänsten. Majoriteten av deltagarna (72 %) hade inte haft kontakt med någon av dessa på grund av det våld de blivit utsatta för. Av de som tidigare hade haft någon kontakt hade flesta vänt sig till en kvinnojour. Totalt hade 13 procent haft kontakt enbart med kvinnojour, 5 procent enbart med socialtjänsten och cirka 11 procent hade haft kontakt med båda.

Relation till den partner som hade utövat våld

Studiegruppen

När det gäller relationen till den partner som utövat våldet så uppgav de flesta kvinnor i studiegruppen att de var separerade. Åttiosex procent av kvinnorna uppgav att de hade separerat från den partner som utsatt dem för våld och att det var de som ville avsluta förhållandet.

Fyrtioen procent av kvinnorna i studiegruppen rapporterade att de fortfarande hade kontakt med sin före detta partner, allt ifrån minst en gång i veckan till mer sällan. Om kontakten med förövaren berodde på huruvida de hade barn tillsammans är inte klarlagt, men 62 procent uppgav att de hade barn tillsammans med sin före detta partner.

Jämförelsegrupp 1

Vid inklusion i studien var de flesta kvinnorna inte längre tillsammans med mannen som utövade våld mot dem. Mer än hälften, 54 procent, uppgav att de skilt sig eller separerat från honom och 32 procent att de varit tillsammans men nu gjort slut. Allra vanligast var att relationen avslutats på kvinnans initiativ (82 %). Cirka 10 procent var fortfarande tillsammans med mannen, varav 6 procent var gifta eller levde ihop med honom.

En tredjedel av kvinnorna hade barn tillsammans med den partner som utsatt dem för våld. På frågan om de fortfarande hade kontakt med mannen svarade 40 procent att de hade någon form av kontakt, varav hälften minst en gång i månaden. Vidare uppgav omkring 30 procent av deltagarna att de hade en ny äktenskapsliknande relation med en ny partner.

Skillnader och likheter mellan studiegrupp och jämförelsegrupper

Signifikanta skillnader mellan studiegruppen och jämförelsegrupperna återfanns i fyra olika bakgrundsvariabler och i flera av utfallsmåtten vid det första mättillfället. Färre av kvinnorna i jämförelsegrupperna hade barn ihop med förövaren än av kvinnorna i studiegruppen ($p < 0,001$) och färre i jämförelsegrupperna hade kontakt med sin partner ($p < 0,001$) än i studiegruppen. Bakgrundsvariablerna och värdena vid det första mättillfället användes som kovariater i en multipel regressionsanalys och hade följande påverkan på resultatet: För GSI utifrån instrumentet SCL-90 hade utlandsfödda ett högre värde ($p = 0,021$). För variabeln Audit-beroende hade utlandsfödda också ett högre värde ($p = 0,039$). Ju färre kontakter kvinnan hade med sin partner, desto lägre värde för variabeln Audit-risk ($p = 0,036$). Dessa resultat skall dock tolkas med försiktighet då modellerna är relativt svaga.

Utsatthet för våld

I tabell 1 presenteras andelen kvinnor som besvarat bakgrundsfrågan som handlar om utsatthet för fysiskt-, psykiskt- och sexuellt våld i tidigare relationer.

Tabell 1. Svartsfördelning i procent på bakgrundsfrågan om utsatthet för våld i tidigare förhållanden för studiegrupp och för jämförelsegrupp 1 och 2.

	Studiegrupp			Jämförelsegrupp 1	Jämförelsegrupp 2
	Skyddade boenden (n=59)	Mottagningar (n=130)	Totalt (n=189)	Totalt (n=206)	Skyddade Boenden (n=151)
Har du blivit utsatt för fysiskt våld i tidigare förhållanden?	32	32	32	45	30
Har du blivit utsatt för psykiskt våld i tidigare förhållanden?	51	46	48	54	40
Har du blivit utsatt för sexuellt våld i tidigare förhållanden?	22	16	18	22	20

En tredjedel av kvinnorna i studiegruppen och jämförelsegrupp 2 uppgav att de hade blivit utsatta för fysiskt våld i tidigare relationer och drygt hälften av kvinnorna i samtliga grupper hade blivit utsatta för psykiskt våld i tidigare relationer. Vidare rapporterade majoriteten av kvinnorna i jämförelsegrupp 1, 60 procent, att de blivit utsatta för våld i tidigare relationer än den våldsutsatthet som var aktuell för studien.

För att studera det våld som kvinnorna blivit utsatta för användes självskattningsformuläret CTS2 (The Revised Conflict Tactics Scale) samt kortversionen av denna, CTS2S. Kvinnorna svarade på om, och i vilken utsträckning, de blivit utsatta för olika former av våld samt om detta våld inträffat det senaste året. I tabellerna 2, 3 och 4 har delskalorna fysiskt-, psykiskt- och sexuellt våld i CTS2 och CTS2S fått två värden; lindrigt och grovt våld. Huruvida våldet delas in i kategorin lindrigt eller grovt styrs av samtliga påståenden från respektive delskala i CTS2 och CTS2S. Den lindriga kategorin av fysiskt våld innebär till exempel knuffar, ta tag i den andre och tränga sig på medan den grova kategorin innebär att använda sparkar, knytnävsslag, kniv eller skjutvapen och att försöka strypa/kväva. Sexuellt tvång definieras som icke-överenskomna sexuella handlingar inklusive oskyddat, oralt- och anal sex. Även denna delskala grupperas i en lindrig och en grov kategori beroende på om fysiskt våld använts för att åstadkomma tvånget. Det som ryms inom den lindriga kategorin bär samma fokus på att skrämmas, kontrollera och förödmjuka som våldsamma former av våldtäkt bär på (Straus, Hamby & Warren, 2003).

Samtliga analyser som redovisas i tabellerna 2, 3 och 4 handlar om i vilken utsträckning kvinnorna har varit utsatta för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld och om det har skett någon förändring mellan de olika mättillfällena.

I svaren gällande när i tiden olika typer av våld förekommit, har vi upptäckt många missförstånd, där respondenterna i jämförelsegrupp 1 uppgett motsägelsefulla svar om huruvida någonting hänt det senaste året eller tidigare i livet. Följaktligen kan vi inte uttala oss om det våld som kan ha förekommit året innan dessa kvinnor gick med i studien eller eventuell utsatthet för våld under uppföljningsperioden för studien. Det vi kunnat utläsa av svaren från denna grupp är endast om de någonsin varit utsatta för partnervåld.

Tabell 2. Svartsfördelning i procent avseende fysiskt, psykiskt och sexuellt våld mätt med hjälp av CTS2 vid mättillfälle 1 redovisat för studiegrupp och jämförelsegrupper.

Mättillfälle 1							
		Studiegrupp			Jämförelse- grupp 1	Jämförelse- grupp 2	<i>p</i>
		Skyddade boenden (n=59)	Mottagningar (n=130)	Total (n=189)	Total (n=204)	Skyddade boenden (n=151)	
Fysiskt	Lindrigt	100	75	83	94	93	$p < 0,001^a$
	Grovt	95	70	78	89	84	$p < 0,001^a$
	Totalt	100	77	84	95	94	$P < 0,001^a$
Psykiskt	Lindrigt	100	82	88	99	99	$p < 0,001^a$
	Grovt	97	74	81	89	89	$p < 0,001^a$
	Totalt	100	82	88	99	99	$p < 0,001^a$
Sexuellt	Lindrigt	67	44	51	65	60	$p = 0,001^b$
	Grovt	48	27	34	39	34	$p = 0,03^c$
	Totalt	71	48	55	68	66	$p < 0,002^a$
Våld	Totalt	100	82	88	100	98	$p < 0,001^a$

^a Kvinnorna som hade haft kontakt med mottagningarna var utsatta för våld i mindre utsträckning än kvinnorna i övriga grupper.

^b Kvinnorna i jämförelsegrupp 1 och kvinnorna som hade bott i de skyddade boendena i studiegruppen var utsatta för lindrigt sexuellt våld i större utsträckning än kvinnorna i övriga grupper.

^c Kvinnorna som hade bott i de skyddade boendena i studiegruppen var utsatta för grovt sexuellt våld i större utsträckning än kvinnorna i övriga grupper.

Kvinnorna i studiegruppen som hade bott i skyddat boende var utsatta för våld i större utsträckning än kvinnorna som hade haft kontakt med mottagningarna vid första mättillfället, både när det gäller fysiskt-, psykiskt- och sexuellt våld.

Vidare rapporterade 93 procent av kvinnorna som hade bott i skyddat boende och 59 procent av kvinnorna som hade haft kontakt med mottagningarna att de erhållit skador som en följd av det våld de utsatts för. Skadorna har i vissa fall inneburit att de har tvingats uppsöka läkare eller sjukvårdsinrättning.

De flesta kvinnorna i jämförelsegrupp 1 hade blivit utsatta för flera typer av våld och även för grovt våld. Det sexuella våldet var mindre vanligt än övriga typer av våld. Mest förekommande var det psykiska våldet. Vidare rapporterade 87 procent av kvinnorna att de vållats lindriga skador och 70 procent grova skador som en följd av det våld de utsatts för av sin partner eller före detta partner. Deltagarna i jämförelsegrupp 2 rapporterade också om en hög förekomst av våld med siffror liknande värdena för jämförelsegrupp 1.

Uppföljningar

I tabell 3 och 4 nedan redovisas hur respondenterna i studiegruppen och jämförelsegrupp 2 har rapporterat om utsattheten för våld vid tre- respektive tolv månadersuppföljningarna.

Tabell 3. Svartsfördelning i procent avseende fysiskt, psykiskt och sexuellt våld, mätt med hjälp av CTS2, vid tremånadersuppföljningen redovisat för studiegrupp och jämförelsegrupp 2.

Tremånadersuppföljning						
		Studiegrupp			Jämförelsegrupp 2	
		Skyddade boenden (n=52)	Mottagningar (n=125)	Total (n=177)	Skyddade boenden (n=150)	<i>p</i>
Fysiskt	Lindrigt	31	15	20	31	$p = 0,006^a$
	Grovt	20	9	12	16	$p = 0,07^{ns}$
	Totalt	31	15	20	33	$p = 0,001^a$
Psykiskt	Lindrigt	49	43	45	59	$p = 0,03^b$
	Grovt	32	23	26	24	$p = 0,32^{ns}$
	Totalt	49	43	45	59	$p = 0,06^{ns}$
Sexuellt	Lindrigt	14	8	10	15	$p = 0,16^{ns}$
	Grovt	22	5	10	20	$p < 0,001^a$
	Totalt	27	11	16	23	$p = 0,009^a$
Våld	Totalt	56	44	48	65	$p = 0,01^b$

^a De kvinnor som hade haft kontakt med mottagningarna var utsatta för våld i mindre utsträckning än kvinnorna i övriga grupper.

^b De kvinnor som hade haft kontakt med mottagningarna var utsatta för våld i mindre utsträckning än kvinnorna i jämförelsegrupp 2.

^{ns} Inga statistiskt signifikanta skillnader förekom mellan grupperna.

Den period som refereras till i tabell 3 är de senaste tre månaderna. Mätperioden är således en annan jämfört än vid det första mättillfället. Därför går det inte att uttala sig om förändringar i våldsutsatthet. Det som konstaterades var att en relativt stor andel av kvinnorna hade blivit utsatta för våld under denna period, trots att vissa av dem befunnit sig i skyddat boende. Den form av våld som var vanligast förekommande bland samtliga grupper under denna 3-månadersperiod var lindrigt psykiskt våld.

Tabell 4. Svarsfördelning i procent avseende fysisk, psykiskt och sexuellt våld mätt med hjälp av CTS2 vid tolv månadersuppföljning redovisat för studiegrupp och jämförelsegrupp 2.

Tolv månadersuppföljningen						
		Studiegrupp			Jämförelsegrupp 2	
		Skyddade boenden (n=36)	Mottagningar (n=89)	Total (n=125)	Skyddade boenden (n=62)	<i>p</i>
Fysiskt	Lindrigt	61	36	43	60	$p = 0,006^a$
	Grovt	64	29	39	59	$p < 0,001^a$
	Totalt	69	37	46	63	$p < 0,001^a$
Psykiskt	Lindrigt	81	61	66	83	$p = 0,012^a$
	Grovt	69	38	47	66	$p = 0,001^a$
	Totalt	81	61	66	82	$p = 0,007^a$
Sexuellt	Lindrigt	36	20	25	43	$p = 0,019^a$
	Grovt	31	11	17	24	$p = 0,03^b$
	Totalt	42	21	27	45	$p = 0,004^a$
Våld	Totalt	81	61	66	84	$p = 0,003^a$

^a De kvinnor som hade haft kontakt med mottagningarna var utsatta för våld i mindre utsträckning än kvinnorna i övriga grupper.

^b De kvinnor som hade haft kontakt med mottagningarna var utsatta för grovt sexuellt våld i mindre utsträckning än kvinnorna som hade bott i de skyddade boendena i studiegruppen.

Förekomsten av fysiskt- psykiskt- och sexuellt våld, både vad gäller de lindriga och de grova typerna av detta våld, minskade mellan första mättillfället och tolv månadersuppföljningen. Minskningen var dock i många fall relativt marginell, vilket indikerar en fortsatt hög utsatthet för våld för kvinnorna i samtliga grupper. Särskilt hög utsatthet rapporterades av kvinnorna i skyddat boende, både i studiegruppen och i jämförelsegrupp 2.

Bland de kvinnor i studiegruppen som hade bott i skyddat boende rapporterade 72 procent att de hade förorsakats skador av det våld de utsatts för under studieperioden. Bland de kvinnor som hade haft kontakt med mottagningarna var motsvarande siffra 27 procent och för kvinnorna i jämförelsegrupp 2 var motsvarande siffra 53 procent.

Sammanfattning

Resultatet visar att flertalet av kvinnorna i samtliga grupper vid det första mättillfället hade varit utsatta för grovt våld, framförallt de kvinnor som hade bott i skyddat boende och kvinnorna i jämförelsegrupp 1, vilket även gällde förekomsten av skador uppkomna av våldet.

Våld i olika former hade förekommit i stor utsträckning även under uppföljningsperioden. Många av kvinnorna hade dessutom varit utsatta för våld även i tidigare relationer.

Psykosocial hälsa

Respondenternas psykosociala hälsa beskrivs utifrån deras psykosociala funktion, psykiska hälsa, sociala relationer och alkoholvanor. Informationen inhämtades med hjälp av instrumenten OQ-30.1, SCL-90, AUDIT samt delar av SAS-SR och redovisas på gruppnivå.

Psykosocial funktion

Kvinnornas upplevda psykosociala funktion mättes med hjälp av OQ-30.1. Instrumentet har ett gränsvärde som indikerar om en individs psykosociala funktion är mer lik en person som återfinns i behandling än en person från allmänbefolkningen. Detta gränsvärde är en totalpoäng som ligger över 44. För OQ-30.1 finns även ett framräknat värde som anger om en förändring i totalpoängen från ett mättillfälle till ett annat kan sägas vara en kliniskt relevant skillnad. Denna förändring ska från ett mättillfälle till ett annat vara 10 poäng.

Analyserna som redovisas i tabell 5 och 6 besvarar frågan om det skett en förbättring eller försämring avseende psykosocial funktion vid tre respektive tolv månader efter första mättillfället. Styrkan i den eventuella förändringen uttrycks med Cohens *d*.

Tabell 5. Psykosocial funktion mätt med OQ-30.1 vid mättillfälle 1 och tremånadersuppföljning: medelvärden, poolade standardavvikelser och effektstorlekar (Cohens *d*), redovisat för studiegrupp och jämförelsegrupp 2.

		Mättillfälle 1		Tremånadersuppföljning		Mättillfälle 1 vs tremånadersuppföljning	
		n	medelvärde	n	medelvärde	SD poolad	<i>d</i>
Studiegrupp	Totalt	189	55,94	177	47,72	18,94	0,44
	Skyddat boende	59	56,22	52	47,69	19,22	0,40
	Mottagningar	130	55,81	125	47,73	18,89	0,44
Jämförelsegrupp 2	Skyddade boenden	151	54,75	150	47,29	14,90	0,50

Obs: Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan några grupper eller mättillfällen återfinns enligt Kruskal Wallis.

Vid första mättillfället hade 75 procent av kvinnorna i studiegruppen en totalpoäng över 44 på OQ-30.1. För jämförelsegrupp 2 var motsvarande siffra 69 procent.

Vid tremånadersuppföljningen hade medelvärdena för både studiegruppen och jämförelsegrupp 2 sjunkit, vilket indikerar en upplevd förbättrad psykosocial funktion.

Vid tremånadersuppföljningen hade 57 procent av kvinnorna i studiegruppen en totalpoäng över 44. För jämförelsegrupp 2 var motsvarande siffra cirka 54 procent. Sextioen procent av kvinnorna i studiegruppen hade en kliniskt relevant förbättring vid tremånadersuppföljningen och 29 procent hade en kliniskt relevant försämring. I jämförelsegrupp 2 var motsvarande siffror 57 och 27 procent.

Tabell 6. Psykosocial funktion mätt med OQ-30.1 vid mättillfälle 1 och tolv månadersuppföljning: medelvärden, poolade standardavvikelser och effektstorlekar (Cohens *d*), redovisat för studiegrupp, jämförelsegrupp 1 och jämförelsegrupp 2.

		Mättillfälle 1		Tolv månadersuppföljning		Mättillfälle 1 vs tolv månadersuppföljning ^{ns}	
		n	medelvärde	n	medelvärde	SD _{poolad}	<i>d</i>
Studiegrupp	Totalt	189	55,94	125	43,59	19,07	0,61
	Skyddade boenden	59	56,22	36	44,94	20,37	0,47
	Mottagningar	130	55,81	89	43,04	18,55	0,68
Jämförelsegrupp 1	Totalt	206	50,27**	116	56,66***	21,10	-0,34
Jämförelsegrupp 2	Skyddade boenden	151	54,75	62	41,58	21,22	0,55

** Skillnaden mellan jämförelsegrupp 1 och övriga grupper är statistiskt signifikant enligt Kruskal Wallis ($p = 0,003$).

*** Skillnaden mellan jämförelsegrupp 1 och övriga grupper är statistiskt signifikant enligt Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

^{ns} Skillnaden mellan mättillfälle 1 och tolv månadersuppföljningen är inte statistiskt signifikant enligt Kruskal Wallis.

Vid tolv månadersuppföljningen hade medelvärdena för både studiegruppen och jämförelsegrupp 2 förbättrats i jämförelse med det första mättillfället och tremånadersuppföljningen. För kvinnorna i jämförelsegrupp 1 hade den psykosociala funktionen försämrats vid tolv månadersuppföljningen, vilket tyder på en viss dysfunktionalitet i relation till vad befolkningen generellt antas ha.

Vid tolv månadersuppföljningen hade 46 procent av kvinnorna i studiegruppen en totalpoäng över 44 på OQ-30.1. För jämförelsegrupp 1 var motsvarande siffra 78 procent och för jämförelsegrupp 2 var motsvarande siffra 37 procent.

Sjuttio procent av kvinnorna i studiegruppen hade en kliniskt relevant förbättring vid tolv månadersuppföljningen medan 22 procent av kvinnorna hade en kliniskt relevant försämring. I jämförelsegrupp 1 hade 12 procent en kliniskt relevant förbättring och 48 procent hade en kliniskt relevant försämring vid tolv månadersuppföljningen. I jämförelsegrupp 2 var motsvarande siffror 63 procent (förbättring) och 19 procent (försämring).

Ett negativt värde på Cohens d indikerar en negativ utveckling i kvinnornas psykosociala funktion under uppföljningstiden. Effektstorlekarna som presenteras mellan mättillfällena i tabell 5 kan betraktas vara små med något undantag, medan effektstorlekarna som presenteras mellan mättillfällena i tabell 6 kan betraktas vara små till måttliga utifrån de nivåer som finns föreslagna för Cohens d .

Psykisk hälsa

Kvinnornas upplevda psykiska hälsa mättes med SCL-90. Analyserna som presenteras i tabell 7 redovisas med ett globalt svårighetsindex, GSI, som är ett mått på den generella psykiska besvärnivån. I en svensk normeringsstudie (Fridell et al., 2002) hade normalgruppen ett GSI-värde på 0,49 medan patientgruppen hade ett GSI-värde på 1,21.

Tabell 7. Psykisk hälsa mätt med SCL-90 vid mättillfälle 1 och tolv månadersuppföljning: GSI, poolade standardavvikelser och effektstorlekar (Cohens d), redovisat för studiegrupp, jämförelsegrupp 1 och jämförelsegrupp 2.

		Mättillfälle 1		Tolv månadersuppföljning		Mättillfälle 1 vs tolv månadersuppföljning ^{***}	
		n	GSI	n	GSI	SD _{poolad}	d
Studiegrupp	Totalt	189	1,55	125	1,10	0,70	0,51
	Skyddade boenden	59	1,67	36	1,21	0,81	0,42
	Mottagningar	130	1,50	89	1,05	0,65	0,57
Jämförelsegrupp 1	Totalt	206	1,11 ^{***}	116	0,72 ^{***}	0,44	0,77
Jämförelsegrupp 2	Skyddade boenden	151	1,47	62	1,26	0,65	0,23

^{***} Skillnaden mellan jämförelsegrupp 1 och övriga grupper samt mellan mättillfällena är statistiskt signifikanta enligt Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

Som framgår av tabell 7 uppgav kvinnorna i samtliga grupper i genomsnitt en hög belastning avseende psykisk hälsa. En majoritet hade ett GSI-värde långt över 0,49 vilket innebär att de mådde substantiellt sämre än kvinnor i allmänhet. Vid tolv månadersuppföljningen rapporterade kvinnorna i samtliga grupper att deras psykiska hälsa förbättrats. För kvinnorna i jämförelsegrupp 1 har respondenternas psykiska belastning minskat avsevärt och tangerar gränsen för vad som bedöms vara en stor förändring.

Effektstorlekarna som presenteras för samtliga grupper i tabell 7 är små till måttliga enligt Cohens föreslagna nivåer.

Socialt stöd

Analyserna som presenteras i tabell 8 är kvinnornas upplevelse av sin sociala situation och i vilken utsträckning vänner och närstående funnits där som ett stöd för dem, både vad gäller att finnas till hands och vad gäller att kunna prata om känsliga saker. I en amerikansk normeringsstudie från 1978 var medelvärdet för kategorin ”Socialt liv och fritid” 1,83 för allmänbefolkning.

Tabell 8. Socialt stöd mätt med SAS-SR kategori ”Socialt liv och fritid”: medelvärden, poolade standardavvikelser och effektstorlekar (Cohens *d*), redovisat för studiegrupp, jämförelsegrupp 1 och jämförelsegrupp 2.

		Mättillfälle 1		Tolv månadersuppföljning		Mättillfälle 1 vs tolv månadersuppföljning ^{ns}	
		n	medelvärde	n	medelvärde	SD _{poolad}	<i>d</i>
Studiegrupp	Totalt	189	2,42	125	2,20	0,62	0,23
	Skyddade boenden	59	2,76	36	2,40	0,75	0,36
	Mottagningar	130	2,26***	89	2,10*	0,55	0,16
Jämförelsegrupp 1	Totalt	206	2,25***	116	2,07*	0,62	0,24
Jämförelsegrupp 2	Skyddade boenden	151	2,62	62	2,39	0,61	0,26

* Skillnaden mellan jämförelsegrupp 1 och kvinnorna som hade haft kontakt med mottagningarna i förhållande till övriga grupper är statistiskt signifikant enligt Kruskal Wallis ($p < 0,034$)

*** Skillnaden mellan jämförelsegrupp 1 och kvinnorna som hade haft kontakt med mottagningarna i förhållande till övriga grupper är statistiskt signifikant enligt Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

^{ns} Skillnaden mellan mättillfälle 1 och tolv månadersuppföljningen är inte statistiskt signifikant enligt Kruskal Wallis.

Den subjektiva upplevelsen av att kunna anförtro sig till vänner och närstående och upplevelsen av att kunna ägna sig åt fritidsintressen eller göra saker av sociala skäl genomsnittligt förstärkts för kvinnorna i samtliga grupper vid tolv månadersuppföljningen. Statistiskt signifikanta skillnader förekommer mellan grupperna. De kvinnor som hade haft kontakt med mottagningar och kvinnorna i jämförelsegrupp 1 skattade sin fritid och sitt sociala liv i mer positiva termer än vad de kvinnor gjorde som hade bott i skyddade boenden, både för studiegruppen och jämförelsegrupp 2.

Omkring en tredjedel av kvinnorna i jämförelsegrupp 1 upplevde att de alltid kunde tala om sina känslor och problem med någon, medan cirka 13 procent upplevde att de vanligtvis inte kunde det och nästan vart tionde kvinna (7,5 %) hade ingen att prata med. Vidare uppgav 4 procent att de inte hade någon vän. I jämförelsegrupp 2 upplevde 94 procent av kvinnorna att de hade åtminstone en vän att anförtro sig åt och de flesta upplevde att de någon att prata med.

Effektstorlekarna för samtliga grupper är enligt Cohens föreslagna nivåer dock obefintliga eller marginella vilket indikerar inga eller endast små praktiska förbättringar.

Alkoholbruk

Analyserna som redovisas i tabell 9 visar alkoholkonsumtion, konsekvenser av alkohol och total poäng vid mättillfälle 1 och vid tolv månadersuppföljningen för studiegruppen, jämförelsegrupp 1 och jämförelsegrupp 2. Vid jämförelser mellan grupperna, utifrån bakgrundsvariablerna, fanns indikationer på att högre ålder samvarierar med en högre riskkonsumtion av alkohol.

Tabell 9. Alkoholbruk mätt med AUDIT: medelvärden, poolade standardavvikelser och effektstorlekar (Cohens *d*), redovisat för studiegrupp, jämförelsegrupp 1 och jämförelsegrupp 2.

Studiegrupp			Mättillfälle 1 vs tolv månadersuppföljning	
Totalt				
	Mättillfälle 1 (n=189)	Tolv månadersuppföljning (n=125)	SD _{poolade}	<i>d</i>
Alkoholkonsumtion	2,03	2,14	1,63	0,11
Konsekvenser av alkohol	1,33	1,39	2,31	0,02
Total poäng	3,37	3,53	3,36	0,07
Jämförelsegrupp 1			Mättillfälle 1 vs tolv månadersuppföljning	
Totalt				
	Mättillfälle 1 (n=206)	Tolv månadersuppföljning (n=116)	SD _{poolade}	<i>d</i>
Alkoholkonsumtion	2,89 ^{***}	1,85	1,57	0,59
Konsekvenser av alkohol	2,18 ^{***}	3,16 ^{***}	2,95	-0,38
Total poäng	5,07 ^{***}	4,95 ^{***}	5,57	-0,04
Jämförelsegrupp 2			Mättillfälle 1 vs tolv månadersuppföljning	
Skyddade boenden				
	Mättillfälle 1 (n=151)	Tolv månadersuppfölj. (n=62)	SD _{poolade}	<i>d</i>
Alkoholkonsumtion	1,24	1,37 ^{***}	4,79	-0,03
Konsekvenser av alkohol	1,12	2,02	1,18	-0,79
Total poäng	2,36	3,32	3,55	-0,18

*** Skillnaden mellan grupperna är statistiskt signifikant enligt Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

Kvinnorna i studiegruppen rapporterade på ”konsumtionsskalan” en genomsnittligt låg alkoholkonsumtion. Dessutom förändrades alkoholkonsumtionen inte särskilt mycket mellan det första mättillfället och tolv månadersuppföljningen. För ”konsekvensskalan” återfanns samma mönster med genomsnittligt få rapporterade negativa konsekvenser av konsumtionen. Då AUDIT-skalans totalpoäng summerades kan konstateras att 18 procent av kvinnorna hade 6 poäng, det vill säga en nivå som indikerar riskkonsumtion av alkohol, eller mer på AUDIT-

skalan vid mättillfälle 1. Samma andel, 18 procent, hade vid tolv månaders uppföljningen en fortsatt riskfylld alkoholkonsumtion.

Kvinnornas genomsnittliga alkoholvanor i jämförelsegrupp 1 låg under gränsen för vad som anses vara en riskkonsumtion och förblev i stort sett oförändrade under uppföljningsåret. Andelen kvinnor med 6 poäng eller mer på totalskalan i AUDIT vid det första mättillfället var 23 procent, vilket definieras som en riskkonsumtion. Denna andel ökade till 28 procent vid uppföljningen. Vid en uppdelning av totalpoängen avseende de frågor som handlar om konsumtion respektive konsekvenser av alkohol upptäcktes däremot skillnader mellan mättillfällena. Resultatet visar att trots att kvinnorna i jämförelsegrupp 1 i genomsnitt konsumerade mindre alkohol vid uppföljningen rapporterade de flesta fler negativa konsekvenser av sin konsumtion.

Kvinnorna i jämförelsegrupp 2 rapporterade överlag en låg alkoholkonsumtion vid båda mättillfällena. Cirka 10 procent hade en riskfylld alkoholkonsumtion vid båda mättillfällena.

Effektstorlekarna för samtliga grupper är enligt Cohens föreslagna nivåer obefintliga eller marginella, vilket indikerar inga eller endast små praktiska förbättringar.

Sammanfattning

Kvinnorna i samtliga grupper hade i genomsnitt en sämre psykosocial hälsa vid första mättillfället än individer i allmänbefolkningen. Under uppföljningsperioden uppnåddes, sett utifrån gruppnivå och trots att flertalet av kvinnorna var fortsatt utsatta för våld under studieperioden, en förbättring i den psykosociala hälsan, dock med låga till måttliga effektstorlekar. Kvinnorna i jämförelsegrupp 1, som inte tidigare sökt hjälp för sin våldsutsatthet, hade en hög psykosocial belastning vid inklusionen i studien. Denna belastning kvarstod vid uppföljningen efter ett år. I motsats till detta förbättrades den psykiska hälsan för denna grupp under studieperioden. Alkoholkonsumtionen var låg för samtliga grupper. En större andel av kvinnorna i jämförelsegrupp 1 uppvisar dock en riskkonsumtion av alkohol vid båda mättillfällena vid jämförelse med studiegruppen och jämförelsegrupp 2. Vidare rapporterade de fler negativa konsekvenser av sin alkoholkonsumtion.

Sammantaget var effektstorlekarna enligt Cohens föreslagna nivåer obefintliga eller små för samtliga grupper. Minst förändring hittades i kvinnornas sociala situation och alkoholvanor.

Förändring mellan det första mättillfället och 12-månadersuppföljningen

Kvinnorna i studiegruppen och i jämförelsegrupp 2 (Kvinnojoursgruppen) upplevde på de flesta områden sin psykosociala hälsa som förbättrad, vilket framgår redan av resultaten ovan. Resultaten för jämförelsegrupp 1 är mer tvetydiga. Multipel regressionsanalys genomfördes, där 12-månadersuppföljningen användes som utfallsmått och det första mättillfället, bakgrundsvariabler samt de tre grupperna (studiegrupp och jämförelsegrupper) användes som prediktorer. Den justerade förklaringsgraden av variansen för de olika måtten låg mellan 26 och 34 procent.

Kvinnornas upplevelser av erhållna insatser

Hur nöjda deltagarna i studiegruppen (n = 176) var med insatserna de erhöll vid verksamheterna besvarades vid tremånadersuppföljningen med hjälp av Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). Svartsfördelningen på respektive fråga i CSQ-8 presenteras för studiegruppen i tabell 10.

Tabell 10. Svartsfördelning i procent avseende klientnöjdhet, mätt med hjälp av CSQ-8 i studiegruppen.

Hur bedömer du kvaliteten på den hjälp du mottagit?	Utmärkt	Bra	Mindre bra	Dålig
	45 %	48 %	6 %	1 %
Fick du den hjälp du förväntade dig?	Ja, absolut	Ja, för det mesta	Nej, inte riktigt	Nej, absolut inte
	40 %	45 %	14 %	1 %
Till hur stor del har vårt program/behandling uppfyllt dina behov?	Nästan alla mina behov	De flesta av mina behov	Endast några av mina behov	Inga av mina behov
	30 %	44 %	24 %	2 %
Om en vän var i behov av liknande hjälp, skulle du rekommendera vårt program/behandling till henne?	Ja, absolut	Ja, för det mesta	Nej, inte riktigt	Nej, absolut inte
	72 %	24 %	2 %	2 %
Hur nöjd är du med hjälpens omfattning?	Mycket nöjd	För det mesta nöjd	Neutral eller missnöjd	Riktigt missnöjd
	40 %	47 %	11 %	2 %
Har programmet/behandlingen du fått hjälpt dig att hantera/lösa dina problem på ett bättre sätt?	Ja, den har varit till stor hjälp	Ja, den hjälpte till viss del	Nej, den hjälpte verkligen inte	Nej, den har förvärrat mina problem
	42 %	51 %	6 %	1 %
Hur nöjd är du generellt sett med den hjälp du fått?	Mycket nöjd	För det mesta nöjd	Neutral eller missnöjd	Riktigt missnöjd
	48 %	41 %	9 %	2 %
Om du skulle behöva söka hjälp på nytt, skulle du komma tillbaka till oss då?	Ja, absolut	Ja, för det mesta	Nej, inte riktigt	Nej, absolut inte
	64 %	29 %	5 %	2 %

Genomsnittspoängen på CSQ-8 för studiegruppen låg på 27 poäng vilket visar att kvinnorna var i hög grad nöjda med de insatser de tagit emot.

Vårdkontakter under uppföljningstiden

Formellt stöd

Vid uppföljningen tillfrågades kvinnorna om de haft några kontakter med sjukvården, socialtjänsten eller andra instanser under uppföljningsåret. I tabell 11 redovisas vilka typer av insatser som har varit aktuella under uppföljningsåret för kvinnorna i studiegruppen, i jämförelsegruppen och vid de ideella kvinnojourerna samt vilka insatser som varit aktuella för barnen till kvinnorna i studiegruppen och vid de ideella kvinnojourerna. Svarsfördelningen avser allt från minst en gång till mer än 20 gånger.

Tabell 11. Andel kvinnor i procent som hade haft kontakt med följande instanser under uppföljningsåret.

	Studiegrupp (n=104)	Jämförelsegrupp 1 (n=50)	Jämförelsegrupp 2 (n=43)
Somatisk sjukvård	71	72	93
Råd och stöd, Socialtjänsten	43	8	63
Advokat/jurist/BOJ	22	22	63
Psykiatrisk sjukvård	30	44	51
Försörjningsstöd (socialtjänsten)	7	10	-
Kvinnofridslinjen	22	4	27
Kriscenter/kvinnjour	-	6	-
Ideella föreningar eller religiösa samfund	39	22	26
Familjerätt	39	-	57
Stöd till förälder via socialtjänst	49	-	48
Stöd till barnet via socialtjänst eller BUP	56	-	57
MVC/BVC	30	-	71

Definitioner: Somatisk vård avser besök på akutmottagning, vårdcentral eller hos sjukgymnast/arbetsterapeut. Psykiatrisk vård avser besök på exempelvis psykiatrisk öppenvårdsmottagning, samtal hos psykolog/kurator. Ideella föreningar avser till exempel Röda korset, religiöst samfund etc. Stöd till förälder via socialtjänsten avser även föräldrastödsprogram.

Nittio procent av kvinnorna i studiegruppen hade fått någon form av formellt stöd under studieperioden. Cirka 70 procent av kvinnorna hade haft kontakt med somatisk hälso- och sjukvård. Cirka en tredjedel eller fler hade fått råd och stöd av socialsekreterare och minst en tredjedel eller fler hade haft kontakt med advokat eller jurist under året de varit aktuella i studien. Resultaten indikerar att insatser är vanliga också till barnen och i egenskap av förälder. Mer än hälften av kvinnorna uppger att de fått stöd via socialtjänsten, både för barnen och för egen del.

Åttiosex procent av kvinnorna i jämförelsegrupp 1 hade fått någon form av formellt stöd under studieperioden. Mest förekommande var kontakt med den somatiska vården, 72 procent, och nästan hälften hade haft kontakt med den psykiatriska sjukvården. Vid tolv månadersuppföljningen tillfrågades kvinnorna i denna grupp om anledningen till varför de inte hade sökt hjälp eller stöd från socialtjänsten eller en kvinnojour på grund av det våld de utsatts för. 59 svar erhöles inför denna rapport. Det vanligaste svaret var att kvinnorna inte upplevt sig vara i behov av hjälp (46 %). En annan anledning var att de inte vetat vart de skulle vända sig (14 %). Andra anledningar som nämndes var upplevelse av rädsla och skam.

Alla kvinnor i jämförelsegrupp 2 hade fått någon form av formellt stöd under studieperioden. Nästan samtliga, 93 procent, hade haft kontakt med någon form av somatisk hälso- och sjukvård. Drygt 60 procent hade haft kontakt med socialtjänsten för råd och stöd, och hade även haft kontakt med antingen en advokat eller en jurist. Hälften av kvinnorna hade haft kontakt med psykiatrisk sjukvård. Även här indikerar resultaten att insatser är vanliga till barnen. Över hälften hade haft kontakter som både avser barnen och i egenskap av förälder.

Informellt stöd

Kvinnorna i studiegruppen svarade på om de hade upplevt stöd från den närmsta familjen, släkt, vänner och arbetskamrater/studiekamrater. Åttiofem procent upplevde stöd från familjen. Majoriteten upplevde även stöd från sina vänner och två tredjedelar upplevde stöd från övrig släkt och arbets- och studiekamrater. Andra människor som också fanns till hands och som de upplevde stöd ifrån var sin nuvarande partner, sina barn, grannar, kyrkan, Röda korset, kuratorer, lärare i barnens skola etc.

Även kvinnorna i jämförelsegrupp 2 upplevde stöd från vänner och familj, drygt 60 procent upplevde att de hade fått ganska mycket eller väldigt mycket stöd från både vänner och familj. En tredjedel upplevde även stöd från övrig släkt, kolleger och studiekamrater.

Intervjuerna utifrån DIARI

Nedan följer en beskrivning av kvinnorna i jämförelsegrupp 1 utifrån de olika faktorerna i DIARI. Tabellen visar andelen kvinnor som skattats ha en låg, medel eller hög grad/förekomst av respektive faktor.

Tabell 12. Fördelning av DIARI-skattningar, redovisat i procent.

Förhållandets natur	Låg	Mellan	Hög
Emotionell relation	23	60	17
Satsning på förhållandet	9	46	45
Nöjd med förhållandet	18	74	8
Social kontext	Låg	Mellan	Hög
Kulturella normer	30	65	5
Avsaknad av formellt stöd	12	52	36
Avsaknad av informellt stöd	26	62	12
Avsaknad av resurser	55	41	4
Beroenden	56	36	8
Misshandelns natur	Låg	Mellan	Hög
Systematisk och skiftande	5	11	84
Fysiskt grov eller upptrappad	11	20	69
Psykiskt grov eller upptrappad	6	22	72
Kronisk eller frekvent	6	17	77
Oregelbunden	22	50	28
Karaktärsdrag hos kvinnan	Låg	Mellan	Hög
Negativ syn på världen	27	61	12
Negativ syn på jaget	28	55	17
Förklaring till misshandeln	44	48	8
Hanteringssätt	5	79	16
Traditionella könsroller	64	33	3
Bakgrund barnmisshandel	45	28	27
Misshandel mellan föräldrar	52	31	17
Fysiskt våld tidigare partner	58	15	27
Psykiskt våld tidigare partner	59	13	28
Traumatisk bakgrund	45	21	34
Bakgrund av psykisk ohälsa	24	26	50
Nuvarande psykisk ohälsa	40	36	24
Missbruk eller beroende	80	17	3
Mental kollaps	29	26	45
Karaktärsdrag hos mannen	Låg	Mellan	Hög
Beroende och tillgivenhet	24	56	20
Ytlig charm/manipulering	9	16	75
Hävdar försök till förändring	23	67	10
Visar ånger	34	48	18

Skattningarna enligt DIARI bekräftar övriga resultat i denna delstudie. Andelen kvinnor i våldsfrågorna är genomgående störst i gruppen ”Hög”, vilket innebär en hög grad av utsatthet. De flesta kvinnor hade således blivit utsatta för systematiskt, grovt och frekvent våld. En tredjedel beskrev våldet som oregelbundet, vilket tyder på att relationerna även omfattades av perioder utan våld.

Skattningarna visar vidare på en generell psykisk belastning där majoriteten av kvinnorna har haft en bakgrund av psykisk ohälsa, men även en nuvarande psykisk ohälsa, i antingen stor eller måttlig utsträckning. Kvinnorna bedömdes även ha en måttlig eller hög upplevelse av informellt socialt stöd, såsom hjälp från vänner och familj, medan få upplevde det formella stödet från till exempel myndigheter eller socialtjänst i lika stor utsträckning.

Barnens bevittnande av våld

De kvinnor i studiegruppen som hade barn tillsammans med den våldsutövande partnern eller före detta partnern fick möjlighet att rapportera i vilken utsträckning de trodde att barnen hade bevittnat våldet.

Tabell 13. Svartsfördelning i procent avseende de kvinnor i studiegruppen som rapporterade att deras barn bevittnat fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld, mätt med hjälp av CTS2-b vid mättillfälle 1.

		Studiegrupp			
		Mättillfälle 1			
		Skyddade boenden (n=24)	Mottagningar (n=54)	Totalt (n=78)	<i>p</i>
Fysiskt	Lindrigt	91	67	74	$p = 0,037^a$
	Grovt	71	49	56	ns
	Totalt	88	65	72	$p = 0,045^a$
Psykiskt	Lindrigt	100	81	87	$p = 0,025^a$
	Grovt	78	60	66	ns
	Totalt	100	82	87	$p = 0,027^a$
Sexuellt	Lindrigt	-	-	-	-
	Grovt	4	4	4	ns
	Totalt	4	4	4	ns
Våld	Totalt	100	83	89	$p = 0,033^a$

^a De kvinnor som hade bott i skyddat boende rapporterade i större utsträckning att deras barn bevittnat det våld de utsatts för enligt chi-tvåtest ($p < 0,05$).

^{ns} Inga statistiskt signifikanta skillnader.

Tabell 14. Svarsfördelning i procent avseende de kvinnor i studiegruppen som rapporterat att deras barn bevittnat fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld, mätt med hjälp av CTS2-b vid tolv månadersuppföljningen.

		Studiegrupp			
		Tolv månadersuppföljning			
		Skyddade boenden (n=15)	Mottagningar (n=33)	Totalt (n=48)	<i>p</i>
Fysiskt	Lindrigt	67	18	33	$p = 0,001^{**}$
	Grovt	53	12	25	$p = 0,002^{**}$
	Totalt	67	21	35	$p = 0,002^{**}$
Psykiskt	Lindrigt	60	39	46	ns
	Grovt	60	18	31	$p = 0,004^{**}$
	Totalt	67	39	48	ns
Sexuellt	Lindrigt	-	-	-	-
	Grovt	20	-	6	$p = 0,028^*$
	Totalt	20	-	6	$p = 0,028^*$
Våld	Lindrigt	67	42	50	ns

* De kvinnor som hade bott i skyddat boende rapporterade i större utsträckning att deras barn bevittnat det våld de utsatts för enligt chi-tvåtest ($p < 0,05$).

** De kvinnor som hade bott i skyddat boende rapporterade i större utsträckning att deras barn bevittnat det våld de utsatts för enligt chi-tvåtest ($p < 0,01$).

ns Inga statistiskt signifikanta skillnader.

Tabell 13 och 14 visar att de kvinnor som hade bott i skyddat boende i större utsträckning rapporterade att deras barn bevittnat det våld de utsatts för.

Styrkor och svårigheter hos barnen

Föräldraversionen av SDQ mäter styrkor och svårigheter hos barn. En poäng > 13 på delskalan ”totala svårighetspoäng” indikerar vissa beteendeproblem och en poäng > 16 indikerar allvarliga beteendeproblem. En poäng > 5 på delskalan ”prosocialt beteende” ska betraktas som att barnet uppvisar en förmåga att dela med sig till andra, visa hänsyn och att vara hjälpsam.

Analyserna som presenteras i tabell 15 består av tre grupper, beroende på vilken insats barnens mödrar har fått. I den första barngruppen ingår samtliga barn till kvinnor i studiegruppen, i den andra barngruppen ingår barn till de kvinnor som har bott på skyddat boende i Malmö och i Stockholm (skyddade boenden) och i den tredje barngruppen ingår barn

till de kvinnor som haft kontakt med Kvinnofridsteamet, Utväg och den öppna mottagningen på Kriscentrum för kvinnor i Stockholm (mottagningar).

Tabell 15. Totala svårighetspoäng och prosocialt beteende, mätt med hjälp av föräldraversionen av SDQ, fördelat efter kön och grupp vid första mättillfället och tolv månadersuppföljningen: medelvärden.

Studiegrupp								
	Mättillfälle 1				Tolv månadersuppföljning			
	Prosocialt beteende		Total svårighetspoäng		Prosocialt beteende		Total svårighetspoäng	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
Totalt	2,80 (n=50)	3,51 (n=65)	10,70	8,89	8,17 (n=18)	8,47 (n=30)	11,28	9,77
Skyddade boenden	2,73 (n=11)	3,36 (n=22)	11,27	9,36	9,00 (n=7)	9,09 (n=11)	7,43	10,09
Mottagningar	2,82 (n=39)	3,58 (n=43)	10,54	8,65	7,64 (n=11)	8,11 (n=19)	13,73	9,58

Resultatet i tabell 15 visar att både pojkar och flickor i de respektive grupperna uppvisar en låg grad av prosocialt beteende enligt mödrarnas skattningar vid det första mättillfället. Vid tolv månadersuppföljningen har substantiell förbättring skett enligt mödrarnas skattningar. Både pojkar och flickor uppvisar en högre grad av prosocialt beteende. Den totala svårighetspoängen tycks i de flesta fall inte förändras särskilt mycket över det år som studien pågår, med ett tydligt undantag. De mödrar som hade haft kontakt med mottagningarna rapporterade en ökning avseende deras söners svårigheter under uppföljningsperioden.

Vid mättillfälle 1 förelåg statistiskt signifikanta skillnader mellan flickor och pojkar både vad gäller prosocialt beteende ($p = 0,031$) och total svårighetspoäng ($p = 0,002$). Vid tolv månadersuppföljningen förelåg en statistiskt signifikant skillnad mellan mottagningar och skyddade boenden avseende sönerns totala svårighetspoäng ($p = 0,049$). Samtliga analyser är utförda enligt Mann-Whitneys U-test.

Sammanfattning

Barnen hade i stor utsträckning bevittnat det våld som deras mödrar utsatts för. Trots det uppvisade de på grupp nivå inga allvarliga beteendesvårigheter. Pojkarna uppvisade dock enligt de använda mätinstrumenten mer problem än flickorna. På grupp nivå uppvisade barnen högre grad av prosocialt beteende vid tolv månadersuppföljningen än vid det första mättillfället.

Delstudie 2

Sammanlagt har 52 003 personer besvarat den nationella folkhälsoenkäten under 2004–2009 och av dessa var 28 570 kvinnor, det vill säga 54,9 procent av individerna. Totalt har 205 kvinnor rapporterat våld i hemmet enligt folkhälsoenkäten, vilket utgör 0,7 procent av kvinnorna i materialet. I analyserna redovisas endast siffror för de svarande kvinnorna, uppdelat efter dem som har uppgett att de blivit utsatta för våld i hemmet och de som inte uppgett sådana omständigheter. Nedan visas en översikt över de kvinnor som besvarat enkäten uppdelat efter ålder och våld i hemmet.

Tabell 23. Ålder i procent bland kvinnor som rapporterat om våld i hemmet respektive inte rapporterat om våld i hemmet.

Ålder (n=28570)	Ej utsatta för våld i hemmet (n=28365)	Utsatta för våld i hemmet (n=205)
Upp till 25 år	12	27
26 till 35 år	14	21
36 till 65 år	53	44
66 år eller mer	21	8

Tabellen visar att det är fler yngre kvinnor som rapporterat om våld i hemmet och att andelen minskar med högre ålder.

Social situation

Respondenternas sociala situation beskrivs utifrån utbildning, huvudsysselsättning, ekonomiska förhållanden och upplevda sociala stöd.

Utbildning

Vad gäller utbildning framgår av resultaten att det finns skillnader mellan de som rapporterat om våld i hemmet och övriga kvinnor.

Tabell 24. Utbildningsnivå i procent bland de kvinnor som rapporterat om våld i hemmet respektive inte rapporterat om våld i hemmet.

Utbildning (n=25983)	Ej utsatta för våld i hemmet (n=25786)	Utsatta för våld i hemmet (n=197)
Upp till tvåårig gymnasieutbildning	45	48
Treårig gymnasieutbildning till två år på universitet	33	38
Tre år på universitet	22	14

Störst skillnad finns i andelen högutbildade som var högre bland de som inte rapporterat om våld. Denna skillnad är statistiskt signifikant ($p < 0,001$).

Sysselsättning

Det finns en signifikant skillnad avseende huvudsysselsättning bland de som har blivit utsatta för våld i hemmet och de som inte har det ($p < 0,001$).

Tabell 25. Sysselsättning i procent bland de kvinnor som rapporterat om våld i hemmet respektive inte rapporterat om våld i hemmet.

Huvudsysselsättning (n=28180)	Ej utsatta för våld i hemmet (n=27982)	Utsatta för våld i hemmet (n=198)
Arbetar	49	46
Sjuk	7	14
Arbetslös	4	8
Studerar	8	13
Pensionär	21	8
Annat	11	11

Av de som rapporterat våld i hemmet var andelen sjuka och arbetslösa dubbelt så hög jämfört med de som inte rapporterar en våldutsatthet i hemmet. Andelen studenter var också högre medan andelen pensionärer var lägre i gruppen som rapporterat om våld i hemmet.

Ekonomiska förhållanden

Enligt folkhälsoenkäten lever kvinnor som blivit utsatta för våld i hemmet under sämre ekonomiska förhållanden än kvinnor som inte blivit utsatta det senaste året.

Tabell 26, Ekonomiska förhållanden i procent bland de kvinnor som rapporterat om våld i hemmet respektive inte rapporterat om våld i hemmet.

Ekonomisk marginal (n=28224)		Ej utsatta för våld i hemmet (n=28024)	Utsatta för våld i hemmet (n=200)
Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle du klara det?	Ja	77	47
	Nej	23	53
Ekonomisk kris (n=28288)		Ej utsatta för våld i hemmet (n=28088)	Utsatta för våld i hemmet (n=200)
Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar, mm?	Nej	83	49
	Ja, vid ett tillfälle	7	15
	Ja, vid flera tillfällen	10	36

Mer än hälften av kvinnorna (52,5 %) som rapporterat om våld i hemmet saknade ekonomisk marginal. Bland de övriga kvinnorna var andelen som inte skulle kunna skaffa fram 15 000 kronor på en vecka 23,1 procent. Även frågan om ekonomisk kris visar på skillnader mellan grupperna. En tredjedel av de våldsutsatta kvinnorna (36 %) svarade att de vid flera tillfällen hade haft svårt att klara sina löpande utgifter det senaste året. Bland de övriga kvinnorna uppgav endast 10 procent samma svar. Skillnaderna gällande ekonomisk kris och ekonomisk marginal är statistiskt signifikanta ($p < 0,001$).

Socialt stöd

Det upplevda sociala stödet ser olika ut bland de kvinnor som det senaste året blivit utsatta för våld i hemmet och de som inte har det. Denna skillnad är statistiskt signifikant ($p < 0,001$).

Tabell 27. Socialt stöd i procent bland de kvinnor som rapporterat om våld i hemmet respektive inte rapporterat om våld i hemmet.

Emotionellt stöd (n=27674)		Ej utsatta för våld i hemmet (n=27482)	Utsatta för våld i hemmet (n=192)
Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?	Ja	91	72
	Nej	9	28
Praktiskt stöd (n=27826)		Ej utsatta för våld i hemmet (n=27629)	Utsatta för våld i hemmet (n=197)
Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?	Ja, alltid	69	40
	Ja, för det mesta	27	37
	Nej, för det mesta inte	3	15
	Nej, aldrig	1	8

Andelen som saknade någon att anförtro sig åt var större bland de som uppgivit att de blivit utsatta för våld i hemmet, 28 procent jämfört med 9 procent. Frågan om huruvida man har någon som hjälper till med praktiska problem vid behov visar också på skillnader mellan grupperna. Nästan en fjärdedel av de våldsutsatta kvinnorna (23 %) uppgav att de inte hade eller för det mesta inte hade någon som kan hjälpa dem, medan endast 4 procent uppgav detsamma bland övriga de kvinnorna. Mer än två tredjedelar (69 %) av de som inte blivit utsatta för våld i hemmet uppgav att de alltid har någon som hjälper till med praktiska problem. Motsvarande siffra för dem som blivit utsatta var 40 procent.

Självskattad allmän hälsa

Frågan om självskattad allmän hälsa kan tolkas på olika sätt men anses omfatta både fysisk och psykisk hälsa. Svaren på frågan om allmän hälsa i folkhälsoenkäten skiljer sig signifikant åt mellan grupperna ($p < 0,001$).

Tabell 28. Allmän hälsa i procent bland de kvinnor som rapporterat om våld i hemmet respektive inte rapporterat om våld i hemmet.

Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? (n=28180)	Ej utsatta för våld i hemmet (n=27826)	Utsatta för våld i hemmet (n=197)
Mycket bra	20	12
Bra	48	38
Någorlunda	25	31
Dåligt	6	15
Mycket dåligt	1	4

De kvinnor som rapporterat att de blivit utsatta för våld i hemmet upplevde sig ha sämre hälsa än de övriga kvinnorna. På frågan om självskattad allmän hälsa rapporterade cirka 67 procent av de våldsutsatta en dålig eller mycket dålig hälsa. Motsvarande siffra för de andra kvinnorna var cirka 49 procent.

Antal symptom

De kvinnor som rapporterat om våld i hemmet led av fler psykosomatiska symptom eller besvär än de övriga kvinnorna. Kvinnor som blivit utsatta för våld i hemmet det senaste året besvärades i genomsnitt av fem till sex (medelvärde = 5,35) psykosomatiska symptom av de totalt tolv som efterfrågas i folkhälsoenkäten. Motsvarande siffra för övriga kvinnor är tre till fyra (medelvärde = 3,79). Skillnaden i psykosomatiska symptom eller besvär är statistiskt signifikant ($p < 0,001$).

Psykiskt välbefinnande

Frågan om psykiskt välbefinnande utgår från the Global Health Questionnaire (GHQ) och består av tolv underfrågor. Enligt instrumentet finns statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna ($p < 0,001$).

Tabell 29. Psykiskt välbefinnande i procent bland de kvinnor som rapporterat om våld i hemmet respektive inte rapporterat om våld i hemmet.

Psykisk välbefinnande (n=28061)	Ej utsatta för våld i hemmet (n=27865)	Utsatta för våld i hemmet (n=196)
Under tre poäng	85	53
Över tre poäng	15	47

Nästan hälften av de kvinnor som rapporterat utsatthet för våld i hemmet (44,9 %) hade ett nedsatt psykiskt välbefinnande medan motsvarande siffra för övriga kvinnor var 13,2 procent.

De våldsutsatta kvinnorna hade ett genomsnittligt GHQ-värde på 4,11 medan de övriga kvinnornas genomsnittsvärde låg på 1,25, en statistiskt signifikant skillnad ($p < 0,001$).

Suicidtankar/suicidförsök

Både vad gäller tankar och försök till självmord finns det skillnader mellan de kvinnor som blivit utsatta för våld i hemmet och de som inte varit utsatta.

Tabell 30. Suicidtankar och -försök i procent bland de kvinnor som rapporterat om våld i hemmet respektive inte rapporterat om våld i hemmet.

Suicidtankar/-försök (n=21659)	Ej utsatta för våld i hemmet (n=21499)	Utsatta för våld i hemmet (n=160)
Nej	86	47
Försökt men inte övervägt	1	6
Övervägt men inte försökt	9	22
Både försökt och övervägt	4	25

Över 30 procent av de som rapporterat om våld i hemmet uppgav att de försökt ta sitt liv. Endast 5 procent av de övriga kvinnorna uppgav samma svar. Skillnaden är statistiskt signifikant ($p < 0,001$).

Läkemedelsanvändning

De kvinnor som rapporterat om våld i hemmet använde fler mediciner än övriga kvinnor och denna skillnad är även statistiskt signifikant ($p > 0,001$). De använde mellan två och tre olika läkemedel i genomsnitt (medelvärde = 2,34) medan den genomsnittliga läkemedelsanvändningen för övriga kvinnor var mellan en och två (medelvärde = 1,69) de senaste tre månaderna.

Vårdkontakter

Frågan om vårdkontakter avser de senaste tre månaderna vid tillfället då respondenterna besvarade folkhälsoenkäten.

Tabell 31. Vårdkontakter de senaste tre månaderna i procent bland de kvinnor som rapporterat om våld i hemmet respektive inte rapporterat om våld i hemmet.

Vårdkontakter (n=28170)		Ej utsatta för våld i hemmet (n=27973)	Utsatta för våld i hemmet (n=197)
Har du under de senaste tre månaderna haft kontakt med sjukvården?	Ja	47	39
	Nej	53	61

De kvinnor som rapporterat om våld i hemmet hade haft mindre kontakt med sjukvården de senaste 3 månaderna än övriga kvinnor. Nästan hälften av de övriga kvinnorna (47 %) hade haft kontakt med sjukvården. Motsvarande siffra för de våldsutsatta kvinnorna var 39 procent. Skillnaden i vårdkonsumtion är statistiskt signifikant ($p < 0,001$).

Alkoholvanor

Inga signifikanta skillnader gällande respondenternas alkoholkonsumtion framgick mellan de kvinnor som rapporterat om våld i hemmet och de som inte rapporterat om detta.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis framkommer i studien att det i ett befolkningsrepresentativt urval finns en högre belastning avseende hälsofrågor, psykosociala- och socioekonomiska omständigheter hos de kvinnor som rapporterat om våld i hemmet än hos de som inte rapporterat något våld i hemmet.

5 DISKUSSION

Resultatet visar att deltagarna från utvärderingen i delstudie 1 har en sämre psykosocial hälsa än allmänbefolkningen och att det finns ett stort behov av stöd och insatser. Det framgår också att olika insatser leder till positiva, om än måttliga, förändringar av den psykosociala hälsan, samtidigt som kvinnorna i hög grad har varit utsatta för våld även under studieperioden. Flertalet av deltagarna i delstudie 1 rapporterade dessutom att de varit utsatta för olika former av våld i tidigare relationer. I studiegrupperna förelåg totalt sett ingen riskkonsumtion av alkohol. Den psykosociala hälsan förbättrades generellt även för kvinnorna i de båda jämförelsegrupperna under uppföljningsperioden. Den psykosociala funktionen hos kvinnorna i jämförelsegrupp 1, som inte erhållit behandling, försämrades däremot något under studieperioden. Å andra sidan förbättrades den psykiska hälsan för denna grupp. Vid det första mättillfället var deltagarnas psykosociala hälsa sämre än för en normalpopulation. Detta framkom genom bedömningsinstrumentet DIARI, som användes för denna grupp. Vidare framgick från dessa intervjuer att det förelåg en rad olika faktorer som kan påverka risken för framtida våld. Barnen till kvinnorna i studiegruppen hade i hög grad bevittnat det våld som deras mödrar utsatts för, men uppvisade trots detta inga stora beteendesvårigheter. Pojkarna uppvisade dock mer problem än flickorna. Barnens genomsnittliga prosociala beteende förbättrades under studieperioden. I linje med övriga resultat visar delstudie två, utifrån ett befolkningsrepresentativt urval, att kvinnor som blivit utsatta för våld i hemmet har en hög psykosocial belastning. Jämförelserna mellan denna grupp och de kvinnor som inte rapporterat om våld i hemmet i folkhälsoenkäten visar på skillnader i ekonomiska förhållanden, socialt stöd, sysselsättning, självskattad hälsa, psykosomatiska besvär och läkemedelskonsumtion. Däremot rapporterade gruppen våldsutsatta om färre kontakter med sjukvården än icke-våldsutsatta.

Psykosocial funktion

Ett av de primära utfallsmåtten för delstudie 1 var att studera psykosocial funktion. Med det ska förstås förmågan, viljan och orken att ta sig an vardagslivet och ordna för sig på ett sätt som blir funktionellt för en själv och ens omgivning. Psykosocial funktion byggs upp av många olika delaspekter som samverkar till att ge den aktuella nivån. På det konkreta planet handlar psykosocial funktion om vad individen måste lägga sin tillgängliga psykiska energi på. Att vara våldsutsatt innebär i många fall att den tillgängliga energin binds i att hantera känslan av otrygghet och rädsla, våldet i sig, oro för sig själv och sina barn, ekonomi, arbete

och relationer samt att kanske behöva dölja sin utsatthet och våldets konsekvenser för sin omgivning. Utifrån denna beskrivning är det inte svårt att förstå att våldsutsatta kvinnor på gruppnivå uppvisar en relativt sett en låg psykosocial funktion.

Vad som kanske är av än större intresse är att kvinnorna i jämförelsegrupp 1, där en överväldigande majoritet har våldet ett antal år bakom sig och där nästan alla vid inklusion i studien har lämnat den partner som utsatte dem för våld, har ett medelvärde på 50 på OQ, en bra bit över den kliniska gränsen på 44 poäng. En rimlig tolkning är att våldets konsekvenser har kvarhållande effekter över en längre tid på kvinnornas förmåga att få sina liv att fungera på ett tillfredsställande sätt. Vid 12-månadersuppföljningen hade dessutom medelvärdet på OQ stigit till 56 poäng, vilket är i linje med de medelvärden man kan förväntas hitta hos psykiatripatienter i öppenvård. En något förbryllande aspekt i detta sammanhang är att den vanligaste angivna orsaken att inte söka hjälp bland kvinnorna i denna grupp var att de inte tyckte sig behöva det. En slutsats från föreliggande studie är att, som tidigare känt, finns våldets konsekvenser kvar över tid och påverkar tydligt den psykosociala funktionen. En annan slutsats är att kvinnor som av olika anledningar inte söker hjälp på grund av sin våldsutsatthet kan ha avsevärda svårigheter att få livet att fungera. Därmed blir utmaningen för vårt samhälle att erbjuda tillräckligt attraktiva stöd- och behandlingstjänster och att dessutom göra dem så välkända att denna förmodat stora grupp kvinnor förmås att aktivt söka hjälp.

För den grupp av kvinnor som fick någon form av intervention i delstudie 1 märktes en förbättring av den psykosociala funktionen redan efter 3 månader, med låga till måttliga effektstorlekar. Det var i detta skede ingen skillnad mellan skyddat boende och mottagningsverksamheten avseende effektstorlek. Vid 12-månadersuppföljningen hade den psykosociala funktionen förbättrats ytterligare. Effektstorlekarna var nu på medelhög nivå. Nu märktes även en skillnad mellan mottagningsverksamhet och skyddat boende där den förra verksamheten hade högre effektstorlek. Avslutningsvis kan man också konstatera att de största förbättringseffekterna av psykosocial funktion skedde mellan inklusion i studien och 3-månadersuppföljningen. Därefter avtog förbättringstakten. Den sammantagna förbättringen av psykosocial funktion måste dock betraktas i ljuset av att vid 12-månadersuppföljningen var det fortfarande 46 procent av kvinnorna i interventionsgruppen som hade ett värde över den kliniska gränsen, 44 poäng. För kvinnorna i jämförelsegrupp 1 var andelen 78 procent och i jämförelsegrupp 2 var andelen 37 procent.

Flera slutsatser kan dras av detta. Det kan konstateras att interventioner, till exempel skyddat boende och mottagningar, tycks ge effekt på den psykosociala hälsan – överlag är effekten svag till måttlig, men kan öka över tid. Anledningen till att man kan dra den slutsatsen är att det finns tidigare forskning som visar på just detta samt att kvinnorna i jämförelsegrupp 1 inte förbättrades lika mycket avseende psykosocial funktion under uppföljningsåret. Dessutom kvarstod i denna grupp en stor andel kvinnor som fortfarande hade så mycket psykosociala svårigheter att de var mer lika klienter i en patientpopulation.

Då man studerar effektstorlekarna för grupperna mottagningar och skyddat boende gällande psykosocial funktion kan man förledas att dra den enkla slutsatsen att gruppverksamhet är mer effektivt än skyddat boende. Av flera skäl kan dock ingen sådan slutsats dras. Ett skäl är att interventionerna har helt olika syften och inte kan ersätta varandra utan bara komplettera varandra. Ett annat är att många kvinnor erhåller båda typerna av interventioner. Ett tredje skäl är att kvinnorna som är aktuella i respektive verksamhet skiljer sig åt på ett antal andra punkter och att detta kanske bättre kan förklara skillnaderna.

En tredje slutsats att dra gällande psykosocial funktion är att insatserna inte behöver vara särskilt långa eller omfattande för att visa på genomsnittligt positiva effekter. Då man studerar effektstorlekarna vid de olika mätpunkterna framstår det tydligt att huvuddelen av förbättringen ligger inom de tre första månaderna efter att interventionen påbörjats.

Genom att använda OQ för att mäta psykosocial funktion erbjöds möjligheten att studera en ofta förbisedd aspekt inom interventionsforskning: för hur stor andel kvinnor interventionen har förbättrat, försämrat eller varken förbättrat eller försämrat den psykosociala funktionen. Det kan konstateras att vid 12-månadersuppföljningen rapporterade 70 procent av kvinnorna i studiegruppen att deras psykosociala funktion hade förbättrats på ett kliniskt meningsfullt sätt. Däremot rapporterade också 22 procent att deras psykosociala funktion försämrats. Det framstår som tydligt att dessa interventioner inte hjälper alla kvinnor i fråga om psykosocial funktion, vilket också framgår av resultaten för jämförelsegrupp 2. Därför är det i framtiden viktigt att studera för vilka och under vilka omständigheter förevarande interventioner är verksamma.

Psykisk hälsa

På samma sätt som för psykosocial funktion kan man förvänta sig att den psykiska hälsan hos en grupp kvinnor som utsätts för relationsvåld är sämre än hos motsvarande normalbefolkning. Resultaten i denna studie pekar just på det, att den psykiska hälsan på gruppnivå för såväl studiegruppen som för jämförelsegrupperna vid det första mättillfället ligger väl i spannet av vad man i normeringsstudier klassar som en klinisk population, i praktiken patienter inom den psykiatriska öppenvården. Precis som för psykosocial funktion rapporteras en förbättrad psykisk hälsa för samtliga grupper vid 12-månadersuppföljningen. Effektstorlekarna varierar från små till måttliga och det finns ingen skillnad mellan gruppen skyddat boende och mottagningsgruppen eller mellan dessa båda och jämförelsegrupperna. Sammanfattningsvis kan konstateras att kvinnornas psykiska hälsa förbättrats vid uppföljningen, men det är oklart/ej troligt att effekterna av detta går att tillskriva interventionerna som studiekvinnorna tagit del av. Orsaken till detta är troligtvis att det inte finns något i interventionerna som specifikt är inriktat på att förbättra det psykiska måendet, i praktiken symtomlindring, vilket gör det svårt att säga vad i interventionen som skulle kunna vara verksamt för den psykiska hälsan. Eftersom kvinnorna i jämförelsegrupp 1 förbättras i motsvarande utsträckning som interventionsgrupperna under uppföljningen är det svårt att hävda att de specifika interventionerna är drivkraften till det bättre måendet.

Vad kan då den relativa förbättringen bero på? Den troligaste anledningen är den att det psykiska måendet samvarierar i hög grad med den psykosociala funktionen och då den senare ökar förbättras också det psykiska måendet. Detta gäller dock inte kvinnorna i jämförelsegrupp 1 där psykosocial funktion försämras, samtidigt som psykisk hälsa förbättras vid uppföljningen. En förklaring kan vara att nästan hälften av kvinnorna i den gruppen varit i kontakt med den psykiatriska vården någon gång under uppföljningsåret.

Faktum är att den förbättring som sker av den psykiska hälsan är relativ. Samtliga grupper ligger fortfarande över den genomsnittsgrens som definierar en patientgrupp. Detta senare resultat är problematiskt. En nyligen sammanställd litteraturöversikt från Statens folkhälsoinstitut pekar på att även lindriga psykiska symtom ökar risken för allvarlig psykisk sjukdom längre fram i livet samt att självmordstankar, långvarig nedstämdhet och subklinisk depression ökar risken för ytterligare allvarliga psykiska problem (Ljungdahl et al, 2007). Med andra ord, att gå år ut och år in med en psykisk ohälsa som kanske inte är så allvarlig att

den når upp till diagnosnivå är i sig en risk för att utveckla allvarliga psykiska sjukdomar och att det psykiska tillstånd man befinner sig i kronifieras och försvårar för individen att må bra och att leva ett fullgott liv utifrån sina önsknings. Med bakgrund i kunskap som denna studie gett vid handen och den mer övergripande kunskapen om utveckling av psykisk sjukdom är det angeläget att denna fråga lyfts hos de aktörer som jobbar med att stödja och erbjuda behandling till våldsutsatta kvinnor.

Våldet

Denna studie bekräftar vad tidigare studier visat, nämligen att hjälpinsatser för att man är våldsutsatt i sin relation sällan eller aldrig påverkar förekomsten av mer våld på något tydligt sätt (Anttila et al, 2006). Att kvinnorna som söker stöd och insatser har blivit utsatta för våld även under uppföljningstiden kan kanske tyckas förvånande. Tidigare studier visar dock att våldet ofta ökar i samband med uppbrottet från den våldsutövande mannen (Ekbrand, 2006; DeKeseredy, Rogness& Schwartz, 2004). Uppbrottsprocessen från en våldsam relation beskrivs inom forskningen som farlig och som ett komplext fenomen där många faktorer påverkar utvecklingen (Campbell, 2002; Holmberg & Enander, 2004; Scheffer Lindgren & Renck, 2008). För många innebär uppbrottet ett risktagande och långtgående konsekvenser för både kvinnan och hennes övriga omgivning.

Våld är en av de vanligaste orsakerna till skador hos kvinnor (Campbell, 2002). Resultaten från denna studie visar att många av kvinnorna, som en följd av våldet, tillfogats grova skador. En tredjedel av kvinnorna i jämförelsegrupp 1 beskrev dessutom det våld de utsatts för som oregelbundet enligt skattningarna i DIARI. Om våldet är sporadiskt och avbryts av kärleksfulla perioder kan det leda till en ”inlärdd hoppfullhet” som kan hålla kvinnan kvar i den osunda eller till och med farliga relationen. Kvinnan blir alltså mer benägen att låta sig påverkas av hennes partners ömhet och ursäkter, som typiskt kommer efter de våldsamma perioderna och ingår som ett inslag i det som brukar benämnas ”våldets normaliseringsprocess” (Lundgren, 2004). I många fall uppvisar kvinnorna dock inga fysiska skador alls. Det är i stället de psykiska skadorna som dominerar. Kvinnorna som deltagit i delstudie 1 visar flera symtom på ohälsa och bedöms ha en generell psykiatrisk belastning som ligger kvar över tid. Detta bekräftas även av resultaten i delstudie 2, där data från den nationella folkhälsoenkäten användes och där de kvinnor som rapporterat om våld i hemmet uppgav en sämre självskattad hälsa, fler psykosomatiska besvär och en högre läkemedelskonsumtion än dem som inte rapporterat om utsatthet för våld i hemmet.

En annan aspekt av mäns våld mot kvinnor i nära relationer är att en majoritet av kvinnorna i delstudie 1 rapporterade att de utsatts för våld i minst en tidigare relation. Denna återupprepning av våldsutsatthet över relationer är viktig att lyfta fram som det problem det är. Genom att våldsutsattheten löper över så långa tider och kvinnan ofta tvingas ge upp kontroll och egenmakt ökar risken ytterligare för utvecklandet av psykisk sjukdom inklusive PTSD, låg psykosocial funktion, suicidförsök och bristande förmåga och ork till ett adekvat föräldraskap. I detta sammanhang är det tiden av utsatthet som är det intressanta. Tidslängden av utsatthet har en koppling till hur våldet så att säga normaliseras för kvinnan, det vill säga hur våldet så småningom upplevs som en normal del av tillvaron (Lundgren, 2004). Tidslängden av utsatthet har också betydelse för hur självkänsla, självförtroende, syn på sig själv och andra, känsloliv, egna förmågor och brister, förväntningar och drömmar om livet förändras. Ju längre man exponeras för våld i sina kärleksrelationer, desto mer faller dessa värderingar, förmågor och förhoppningar isär och omöjliggör för kvinnan att leva det liv hon egentligen önskar leva. Det får därför anses vara av stor vikt att både uppmärksamma detta fenomen och att i samhället arbeta med att föra undan de hinder som föreligger för kvinnor att söka stöd och hjälp. Helst borde kvinnan söka denna hjälp redan vid det första tillfället som hon blir eller känner sig utsatt i sin relation. Avslutningsvis måste samhället bli bättre på att hjälpa de kvinnor som söker hjälp för sin våldsutsatthet, på så sätt att en mer omfattande och strukturerad genomgång görs av kvinnans behov och vilka omständigheter som kan påverka riskerna för henne att råka ut för nytt våld både i den aktuella relationen och i framtida relationer.

Kontextuella faktorer och konsekvenser av våld

Resultaten från delstudie 2, inom vilken våld i hemmet studerades utifrån ett befolkningsperspektiv, stämmer väl överens med tidigare forskning kring kontextuella faktorer och konsekvenser som omger kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Eftersom folkhälsoenkäten är en tvärsnittstudie går det inte att etablera vad som orsakar de stora skillnaderna mellan dem som rapporterar utsatthet för våld i hemmet och dem som inte gör det. Dock är det svårt att tänka sig alternativa förklaringsmodeller till varför dessa kvinnor skulle rapportera som de gör runt sin hälsa mm. Skillnaderna i enkätsvaren är genomgripande vad gäller de två undersökningsgrupperna; det är allt från högre arbetslöshet, sämre ekonomiska förhållanden och mindre socialt stöd, till hälsoaspekter såsom suicidförsök och självrapporterat psykiskt välbefinnande som ligger långt under vad man kan förvänta sig att

hitta i normalpopulationen. Det är uppenbart att det som tas upp i enkäten och de skillnader som de våldsutsatta kvinnorna anger jämfört med icke-våldsutsatta kvinnor är konsekvenser av våldet de utsatts för. Då det är känt att denna typ av konsekvenser ökar risken för att ånyo utsättas för våld är det angeläget att, som tidigare nämnts, fördjupa våra bedömningar av kvinnornas behov och konsekvenserna av våldet, för att bättre kunna hjälpa kvinnor att uppnå ett liv utan våld.

Ett första försök att skapa en bredare bedömningsstruktur runt våldsutsatta kvinnor är DIARI, Decision Making In Abusive Relationships Interview som i denna studie används för första gången i Sverige. Genom att gå igenom kvinnans behov och de omständigheter som finns runt henne på grund av det våld hon utsätts för och skapa en sammantagen bedömning av hennes behov och risker kan man arbeta med mer skräddarsydda och specifika insatser. Därmed kan insatserna anpassas efter de unika omständigheter som råder för just denna kvinna. Denna utveckling bedöms som nödvändig, eftersom förevarande utvärdering visar på att våldsutsattheten i stor utsträckning består, trots att kvinnan befinner sig i en stöd- och behandlingsmiljö. Utvecklingen är också nödvändig utifrån att närmare en fjärdedel av kvinnorna uppvisar en försämrad psykosocial funktion efter att de fått stöd och hjälp. Sammantaget växer bilden fram av att det som krävs är en ökad professionalisering på området mäns våld mot kvinnor i nära relationer. Ett sätt att uppnå detta är genom att i det förebyggande arbetet använda strukturerade checklistor för bedömning av behov och omständigheter, för att i nästa steg kunna möta upp mot kvinnans unika behov och förutsättningar. Utprovandet av DIARI i Sverige ska ses som ett första steg i den riktningen. Resultaten från DIARI visar också på att det finns ett antal omständigheter och konsekvenser av våldet som måste uppmärksammas; som exempel kan nämnas, den stora andel som bedöms ha bristande formellt och informellt stöd, kvinnornas negativa syn på sig själva och världen och den stora andel kvinnor som har tidigare våldshistoria med början i barndomen. Det ska betonas att det inte är andelarna i sig som är viktiga i detta sammanhang, utan den unika behovsprofil som varje kvinna bedöms ha. Det är utifrån den som hjälpen ska utformas.

Begränsningar

Föreliggande studie har sammantaget en rad begränsningar. Först måste det på nytt fastslås att de data som härstammar från 12-månadersuppföljningen i delstudie 1 är preliminära och att data som fortsatt samlas in kan komma att ändra resultaten i någon riktning. De resultat som ändå finns är i många fall osäkra, inte bara för att det saknas data, utan också för att det är

relativt få individer i vissa analyser, vilket leder till att en enskild individs svar kan få oproportionellt stor betydelse vid gruppredovisningar.

Mätinstrumenten har över lag fungerat väl i studien, men designen av studien har ett inbyggt problem, nämligen att de viktiga måtten, så som psykosocial funktion, psykisk hälsa och våld endast mäts vid två till tre tillfällen under ett år. Mer optimalt hade varit att ha tätare mätning, för att bättre följa utvecklingen och för att enskilda mätningar inte ska få för stort genomslag på helhetsbilden. Skillnader i bakgrundsvariabler hos kvinnorna och hur man svarat på de primära utfallsmåtten vid den första mätningen förklarade i relativt liten utsträckning hur man svarade på de primära utfallsmåtten vid tolv månadersuppföljningen. Detta innebär att resultatet vid 12-månadersuppföljningen i relativt stor utsträckning beror på vad som har hänt kvinnorna under uppföljningsåret, snarare än vilka andra förutsättningar och omständigheter som funnits i deras liv längre tillbaka i tiden.

I delstudie 1 användes CTS2 där kvinnorna besvarade frågor om det våld som förekommit det senaste året, tidigare än det senaste året eller inte alls. I svaren gällande när i tiden olika typer av våld förekommit har det uppenbart uppstått missförstånd hos en del kvinnor, vilket har resulterat i motsägelsefulla svar. Vi har haft möjlighet att korsvalidera denna typ av data och känner oss säkra på detta. Som en konsekvens av detta har vi för jämförelsegrupp 1, jämfört med data från studiegruppen, inte kunnat uttala oss om det våld som kan ha förekommit året innan deltagarna gick med i studien samt under uppföljningsperioden för studien. Detta är ett allvarligt avbräck för denna delstudie. I studiegruppen förelåg inte dessa problem, eftersom det i praktiskt taget alla fall fanns en forskningsassistent med i rummet då kvinnan fyllde i CTS2, som både fanns till hands för frågor, men som också kontrollerade svaren innan de skildes åt.

En ytterligare begränsning som gäller datainsamlandet är att studien var tvungen att förlita sig enbart på mamman som referent för barnens mående. Det är brukligt att ha två oberoende informanter i barn och ungdomsstudier. Det kan vara föräldrar, barnen själva, skolpersonal, behandlingspersonal eller andra vuxna. I denna studie var detta inte möjligt eftersom samtycke då skulle ha krävts från båda vårdnadshavarna. Den andra vårdnadshavaren var i denna studie oftast förövaren, vilket försvårade en sådan procedur. Dessutom tvingas kvinnorna i denna studiepopulation ofta flytta och barnen byta skola eller förskola med ständigt nya vuxna runt sig. Barnen till kvinnorna i studiegruppen hade, trots det våld de hade

bevittnat, små beteendesvårigheter om man tittar på gruppnivå. Det är alltså möjligt att orsaken till detta står att finna i en bristfällig datainsamlingsprocedur. Men det kan förstås lika gärna vara så att de insatser och stöd som kvinnorna erhållit från verksamheterna även gagnat barnen och deras relation till barnen.

Den stora begränsningen med utvärderingen i delstudie 1 är att den inte har en ordentlig kontrollgrupp. I föreliggande studie har vi använt oss av jämförelsegrupper där det inte är fullt klarlagt hur dessa kvinnor skiljer sig från dem som ingår i utvärderingen. Möjligheten att generalisera och uttala sig om effekter av interventionerna blir därför begränsad. Studien har trots detta möjliggjort ett första kunskapsinhämtande runt den våldsutsatta grupp av kvinnor som inte återfinns i våra stöd- och insatssystem samt att belägga samma psykosociala utsatthet som återfinns i de kliniska grupperna på befolkningsnivå. Våldsutsatta kvinnor med missbruk och psykisk sjukdom brukar oftast hänvisas till andra verksamheter. Föreliggande studie kan därför inte heller uttala sig om huruvida studerade interventioner är relevanta för dessa grupper.

I delstudie 2, där svar från den nationella folkhälsoenkäten använts, finns det två tydliga validitetsproblem. (1). Det är oklart om förövaren av det våld som kvinnan rapporterar runt verkligen är en manlig partner eller någon annan person. Rimligen finns det i den grupp som rapporterar våld olika gärningsmän (kvinnor) som har olika relation till offret. (2). Detta innebär ett stort mörkertal och att sambandet mellan våldsutsatthet och psykosociala problem, hälsofrågor och socioekonomiska svårigheter är underskattat i denna studie. Dessutom var det endast 0,7 procent av de deltagande kvinnorna i folkhälsoenkäten som rapporterade någon form av utsatthet för våld i hemmet under det senaste året, en prevalens som ligger långt under det som rapporterats från omfångsundersökningar avseende våldsprevalens både i Sverige och internationellt (Johnson & Sacco, 1995; Heiskanen, Piispa, & Aromaa, 1998; Tjaden, & Thoennes, 2000; WHO, 2002; Haaland, Clausen, & Schei, 2005; WHO, 2005). Våldet anses dessutom vara universellt underrapporterat (Watts, & Zimmerman, 2002).

Framtiden

Av Sveriges kommuners och landstings [SKL] Kartläggning av kvinnofridsarbetet i kommuner, landsting och regioner (2009) framgår att bilden nu är annorlunda än den som visats i tidigare kartläggningar, och att det inte längre är tal om att inte prioritera frågan om

mäns våld mot kvinnor i nära relationer. Det låter lovande för det fortsatta kvinnofridsarbetet inom kommunerna.

Bedömningsinstrumentet DIARI kan ge socialtjänsten ett verktyg att arbeta mer klientspecifikt för att förebygga upprepat våld. Det anses angeläget att fortsätta arbetet med utprovning och validering av DIARI och andra specifika instrument som kan användas för kartläggning och vård- och säkerhetsplanering.

Resultaten från det befolkningsrepresentativa urvalet i delstudie 2 visar att de omständigheter som återfinns hos kvinnor som söker hjälp i Socialtjänsten också återfinns bland den kvinnliga befolkningen i stort. En fördel med att använda sig av information från den nationella Folkhälsoenkäten är bland annat att risken för underrapportering är mindre än om vi hade använt oss av data från register, eftersom informationen erhålls direkt från respondenterna. Ytterligare en fördel är att uppgifterna är relativt aktuella. Syftet har varit att lyfta fram jämförelsen mellan våldsutsatta kvinnor och övriga kvinnor som inte utsätts för våld. Denna studie är inte någon prevalensstudie. Dock gör den jämförbart låga prevalensen om 0,7 % det tydligt och önskvärt att man, i enlighet med etablerade definitioner av mäns våld mot kvinnor i nära relationer, vidareutvecklar och preciserar frågorna avseende våldsutsatthet i hemmet i den nationella folkhälsoenkäten.

Resultaten från delstudie 1 är endast preliminära, eftersom inte alla kvinnor har hunnit följas upp vid tiden för denna delrapport. En slutrapport kommer att presenteras då det definitiva resultatet erhållits. Då förbättringarna efter insatserna är relativt blygsamma studerat i ett 12-månaders perspektiv anses det även angeläget att kunna följa dessa grupper för att studera effekterna av insatser och förekomst av våld på längre sikt.

En kompletterande studie kommer att genomföras inom ramen för delstudie 1. Studien syftar till att göra en kostnad-nytta-analys (Cost-Benefit Analysis) av de insatser som kvinnorna i delstudie 1 blivit föremål för. Genom analysen kommer de olika insatsernas effektivitet att studeras utifrån ett ekonomiskt perspektiv.

REFERENSER

- Anttila, S., Ericson, C., Glad, J., Fredriksson, M., Olofsson, H., & Smedslund, G. (2006). *Utfall och effekter av sociala metoder för kvinnor som utsatts för våld i nära relationer: En systematisk översikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Arnell, A., & Ekblom, I. (2007)...och han sparkade mamma...trappanmodellen i möte med barn som bevittnar våld. Rädde Barnen: Gothia.
- Bergman, H., & Källmen, H. (2000). Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-test. *Läkartidningen*, 97(17).
- Borg, E., & Westerlund, J. (2007). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber.
- Boström, G., & Nykvist, K. (2004). *Bakgrund till enkätfrågorna i den nationella folkhälsoenkäten 2004*. Stockholm.
- Boström, G. (2010) *Vad betyder bortfallet för resultatet i folkhälsoenkäter?*, Hämtad 19 januari, 2010, från Statens folkhälsoinstitut:http://www.fhi.se/Documents/Statistik-uppfoljning/Folkhalsoenkaten/vad_betyder_bortfallet100330.pdf
- Brottsförebyggande Rådet (2005). *Våldtäkt. En kartläggning av polisanmälda våldtäkter*. BRÅ-rapport 2005:7.
- Bybee, D., & Sullivan, C. M. (2005). Predicting re-victimisation of battered women 3 years after exiting a shelter program. *American Journal of Community Psychology*, 36, 85-94.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 359, 1331-1336.
- DeKeseredy, W.S., Rogness, M., & Schwartz, M.D. (2004). Separation/divorce sexual assault: The current state of social scientific knowledge. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 675-691.

- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist – 90 - R. Administration, Scoring, and Procedures*. Manual.
- Domino, M., Morrissey, J., Chung, S., Huntington, N., Larson, M., & Russell, L. (2005). Service Use and Costs for Women With Co-occurring Mental and Substance Use Disorders and a History of Violence. *Psychiatric Services*, 56(10), 1223-1232.
- Ekbrand, H. (2006). *Separationer och mäns våld mot kvinnor*. Studies in Sociology No 28. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Eriksson, M. (2008). Barn som upplever våld – män som utövar våld. I Heimer, G., & Sandberg, D. (red) (2008). *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.
- Fahlberg, G., & Magnusson, N. (2002). *Socialtjänstlagarna*. Stockholm: Liber.
- Feder, G., Hutson, M., Ramsay, J., & Taket, A. (2006). Women Exposed to Intimate Partner Violence. *Arch Intern Medicine*, 166(9), 22-37.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Malling Thorsen, S. (2002). *SCL 90. Svensk normering, standardisering och validering av symptomskalan*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Förenta Nationerna (1993). *Deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor*.
- Ghent, W., Da Sylva, N., & Farren, M. (1985). Family violence: guidelines for recognition and management. *Canadian Medical Association Journal*, 132(1), 541-548.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Haaland, T., Clausen, S., & Schei, B. (2005). *Vold i parforhold – ulike perspektiver, resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. NIBIR-rapport 2005:3.

Heiskanen, M., Piispa, M., & Aromaa, K. (1998). *Faith, hope, battering: A survey of men's violence against women in Finland*. Helsinki: Statistics Finland.

Hojat, M., & Xu, G. (2004). A visitor's Guide to Effect Sizes; Statistical Significance Versus Practical (Clinical) Importance of Research Findings. *Advances in Health Sciences Education*, 9, 241-249.

Holmberg, K., & Enander, V. (2004). *Varför går hon? Om misshandlade kvinnors uppbrottsprocess*. Ystad: Kabusa.

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS). (2006). *Insatser mot hedersrelaterat våld – resultatutvärderingar i andra länder*.

Johnson, H., & Sacco, V.F. (1995). Researching violence against women: Statistics Canada's national survey. *Canadian Journal of criminology* July, 281-304.

Lambert, M. J., Finch, M. A., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (2005). Administration and Scoring Manual, OQ-30.2, A Brief Outcome and Tracking Questionnaire for Adults.

Larsen, D., Attkisson, C. C., Hargreaves W., & Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.

Ljungdahl, S., Malmgren, L. & Bremberg, S. (2007). *Lindriga psykiska symtom och risk för psykisk sjukdom – en systematisk litteraturöversikt*. Statens folkhälsoinstitut 2007:19, Isbn: 978-91-7257-535-6.

Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A-M. (2001). *Slagen Dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning*. Stockholm: Brottsoffermyndigheten.

Lundgren, E. (2004). *Våldets normaliseringsprocess*. Stockholm. ROKS.

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.

McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring Health. A guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.

Moracco, K., Runyan, C., Bowling, J., & Earp, J. (2007). Women's experiences with violence: a national study. *Women's Health Issues*, 17, 3-12.

Nicholls, T., Koch, W., & Kropp, R. (2004). *Decision Making In Abusive Relationships Interview: Professional Guidelines For Conducting Risk Needs Assessments With Women*. Burnaby: Mental Health, Law, and Policy Institute.

Nilsson, L. (2002). *Våld mot kvinnor i nära relationer. En kartläggning* Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Proposition 2006/07:38. *Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor*.

Proposition 2007/08:39. *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld samt våld i samkönade relationer*.

Scheffer Lindgren, M., & Renck, B. (2008). Intimate partner violence and the leaving process: Interviews with abused women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 3, 113-124.

Socialstyrelsen (2001). *Våga se - kunna handla. Utväg Skaraborg - samverkan för kvinnofrid*.

Socialstyrelsen (2002). *Barn i skuggan av våldet*.

Socialstyrelsen (2003). *Våldsutsatta kvinnor: Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal*.

Socialstyrelsen (2005). *När mamma blir slagen – Att hjälpa barn som levt med våld i familjen*.

Socialstyrelsen (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor: en samhällsekonomisk analys*.

Socialstyrelsen (2009). *Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld – Alla kommuners ansvar.*

SOSFS 2009:22. *Socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor samt barn som bevittnat våld.* Socialstyrelsen. Allmänna råd.

Socialstyrelsen (2010). *Behandling av män som utövar våld i nära relationer – en utvärdering.*

Socialtjänstlagen (Lag 2001:453).

Statens folkhälsoinstitut (2009). *Hälsa på lika villkor? En undersökning om hälsa och livsvillkor i Sverige 2009*, Hämtad 20 januari, 2010, från Statens folkhälsoinstitut:
<http://www.fhi.se/Documents/Statistik-uppfoljning/Folkhalsoenkaten/Enkatformular-LISTA/Formular-nationell-2009.pdf>

Statens offentliga utredningar (2006:65). *Att ta ansvar för sina insatser: socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor.* Stockholm: Regeringskansliet.

Statistiska centralbyrån (2009). *"Hälsa på lika villkor?" Enkätundersökning 2009, Nationellt urval*, Hämtad 20 januari, 2010, från Statens folkhälsoinstitut:
<http://www.fhi.se/Documents/Statistik-uppfoljning/Folkhalsoenkaten/Resultatarkiv/Tekniskrapport/Teknisk-rapport-2009.pdf>

Straus, M. A., Hamby, S. L., & Warren, L. W. (2003). *The Conflict Tactics Scales Handbook.*

Straus, M. A., & Douglas, E. M. (2004). A Short Form of the Revised Conflict Tactics Scales, and Typologies for Severity and Mutuality. *Violence and Victims*, 5, 507-520.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2009). *Kartläggning av kvinnofridsarbetet i kommuner, landsting och regioner.*

Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). *Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence against Women: Findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC: National Institute of Justice.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*.

Watts, C., & Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet* 359, 1232-1237.

Weinehall, K. (2005). "Take my father away from home": children growing up in the proximity of violence. In Eriksson, M., Hester, M., Keskinen, S., & Pringle, K. (eds) (2005). *Tackling Men's Violence in Families. Nordic Issues and Dilemmas*. Bristol. The policy Press.

Weissman, M. (1999). *SAS-SR. Social Adjustment Scale Self-Report*. Manual.

Wennberg, P., Källmén, H., Hermansson, U., & Bergman, H. (2006). *The alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT*. Manual.

Wenzel, S., Tucker, J., Elliott, M., Marshall, G., & Williamson, S. (2004). Physical violence against impoverished women: a longitudinal analysis of risk and protective factors. *Women's Health Issues*, 14, 144-154.

Wolfe, D. A., & Jaffe, P. G. (1999). Emerging strategies in the prevention of domestic violence. *The Future of Children*, 9, 133-144.

World Health Organization (1997). *Violence against women: a priority health issue*. Geneva.

World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva.

World Health Organization (2005). *WHO Multi country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Geneva.

Zlotnick, C., Johnson, D.M., & Kohn, R. (2006). Intimate Partner Violence and Long-Term Psychosocial Functioning in a National Sample of American Women. *Journal of interpersonal violence* 21, 262-275.