

Utvärdering av Socialtjänstens och Ideella kvinnojourers Insatser för Våldsutsatta kvinnor



**Karolinska
Institutet**

FORUM
Forskningscentrum för psykosocial hälsa

FÖRORD

Det är socialtjänstens ansvar att ta ett helhetsgrepp om våld i nära relationer samt se till att alla i familjen får den hjälp och det stöd som de behöver (Prop. 2006/07:38). Socialstyrelsen har 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 råd och 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 som har utsatts för våld av en manlig partner i en nära relation. Socialstyrelsen fick också 2008 i uppdrag av regeringen att utvärdera de arbetssätt som används av ideella kvinnojourer i arbetet med våldsutsatta kvinnor. Socialstyrelsen har uppdragit till Docent Anders Tengström och Forskningscentrum för psykosocial hälsa (Forum) att genomföra två studier för att utvärdera dessa verksamheter. I studierna har utfallsmåtten utsatthet för våld, upplevd hälsa samt psykosocial situation använts. Det sammantagna huvudresultaten från båda studierna redovisas i denna rapport.

Fyra olika kommunala verksamheter samt tjugo ideella kvinnojourer har ingått i utvärderingen. Vi vill tacka dem för deras engagemang och arbetsinsatser. Jag och mina medarbetare vill rikta ett särskilt tack till de kvinnor som generöst har delat med sig av sina erfarenheter.

Arbetsgruppen har bestått av Anders Tengström (projektansvarig), Annika Eriksson (projektledare 2008–2009), Socialstyrelsen, Maria Scheffer Lindgren (projektledare 2010-2011), Jessica Bergkvist och Mariana Dufort (doktorander) Klara Hermansson (forskningsassistent), Veronica Dahlberg (administratör), Fredrik Johansson (statistiker), samtliga vid Karolinska Institutet – Forskningscentrum för psykosocial hälsa, Anette Gustafsson (forskningsassistent) och Kristina Edman (forskningsassistent) samt 17 stycken ytterligare forskningsassistenter som förtjänstfullt har arbetat med datainsamlingen. Värdefulla synpunkter har även lämnats av Knut Sundell och Ulla Jergeby vid Socialstyrelsen samt Annika Eriksson vid Brottsförebyggande rådet. Studierna har etikprövats och godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm.

Stockholm - juni 2011

Anders Tengström

FÖRORD	3
SAMMANFATTNING	5
UPPDRAGET	7
Syfte	7
Definitioner	7
METOD	8
Etiska aspekter	8
Studiens design	8
Kommunbaserade verksamheter	8
Ideella kvinnojourer	10
Inklusion till interventionsgruppen	11
Datainsamling	12
Bortfall	12
Instrument	13
Genomförande	15
Gruppen utan intervention	16
Analyser	17
RESULTAT	19
Kvinnornas bakgrund	19
Tidigare kontakt med verksamheter	19
Relation till den partner som hade utövat våld	20
Utsatthet för våld	20
Psykosocial hälsa	22
Socialt stöd	25
Kontroll av aspekter som kan påverka utfallet	26
Kvinnornas upplevelser av erhållna insatser	28
Vårdkontakter under uppföljningsperioden	28
DISKUSSION	30
REFERENSER	34

SAMMANFATTNING

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen genomfört en utvärdering av Socialtjänstens och ideella kvinnojourers insatser för kvinnor som har utsatts för våld av män i nära relationer. I studien var utsatthet för våld, upplevd hälsa samt psykosocial situation övergripande teman.

Studien omfattar 353 kvinnor från fyra olika kommunbaserade verksamheter samt tjugo ideella kvinnojourer i landet. Information samlades in med hjälp av enkäter vid inklusion samt efter tre respektive tolv månader. I studien ingick också 206 våldsutsatta kvinnor som inte erhöll någon intervention och som rekryterades via annons i dagspress. De vanligaste orsakerna till att kvinnorna inte hade haft kontakt med kvinnojour eller socialtjänst var att de inte upplevt behov av hjälp, att de inte visste vart de skulle vända sig samt även känslor av skuld och skam. Data samlades in med hjälp av självskattningsformulär vid inklusion samt efter tolv månader. Resultatet visar att:

- flertalet av kvinnorna i både gruppen med och utan intervention 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. Kvinnorna i båda grupperna hade i genomsnitt sämre psykosocial hälsa än individer i allmänbefolkningen; närmare tre fjärdedelar av kvinnorna uppvisade betydande svårigheter.
- en stor andel av kvinnorna i båda grupper sökte under uppföljningsåret hjälp från somatisk sjukvård (75 %), allmänpsykiatri (42 %), socialtjänstens rådgivning (37 %), socialtjänstens försörjningsstöd (28%), ideella föreningar (25%) och brottsofferjour eller juriststöd (8 %).
- en majoritet av kvinnorna i öppenvård (64 %) och som tagit del av skyddat boende (82 %) rapporterade att de utsatts för fortsatt fysiskt, psykiskt eller sexuell våld under uppföljningsåret. För gruppen som utsatts för våld men inte sökt hjälp saknas uppgift.
- kvinnorna i båda grupper rapporterade små till måttliga förbättringar under året i psykisk hälsa och psykosocial funktion. Bland de med öppenvård minskade andelen med bristande psykisk funktion från 74 till 49 procent, för de med skyddat boende från 72 till 45 procent samt de som utsatts för våld men inte sökt hjälp från 64 till 48 procent. En stor grupp (41 %) rapporterade samma nivå på sina problem vid uppföljningen som vid starten av studien. En lika stor grupp (46 %) rapporterade förbättringar och en mindre grupp (13 %) rapporterade en försämrad psykisk hälsa efter ett år. Alkoholkonsumtion var låg vid alla mättillfällen. Kvinnorna i interventionsgruppen var i hög grad nöjda med de stödinsatser som de erhållit.
- eftersom även de kvinnor som inte erhöll någon direkt insats för sin våldsutsatthet också förbättrades under uppföljningsåret går det inte att dra slutsatsen att de specialiserade insatserna på gruppnivå är effektiva att hjälpa kvinnorna.

Resultatet visar sammantaget att de deltagande kvinnorna var utsatta för omfattande våld, hade en sämre psykosocial hälsa än normalbefolkningen samt att deras behov av vård och stöd var stor. Det framgår också att kvinnornas psykosociala hälsa utvecklades

positivt trots att många utsattes för fortsatt våld under uppföljningsåret. Med tanke på att förbättringarna av psykosocial hälsa var relativt blygsam och att även de kvinnor som inte erhållit specifikt riktade insatser uppnådde en förbättrad psykosocial hälsa går det inte att belägga effekten av de interventioner som getts. Det är därför angeläget att utveckla strukturerade behovs- och riskskattningar samt specifika insatser riktade mot de problem som dessa bedömningar indikerar.

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.

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. År 2008 fick Socialstyrelsen även i uppdrag av regeringen att utvärdera de arbetssätt som används av ideella kvinnojourer i arbetet med våldsutsatta kvinnor. För att utföra uppdraget har ett forskarlag vid FORUM/Karolinska Institutet genomfört en studie där olika verksamheter i socialtjänstens regi samt vid ideella kvinnojourer har utvärderats.

Syfte

Studiens syfte var att utvärdera insatser vid verksamheter inom socialtjänsten och ideella kvinnojourer som vänder sig till kvinnor som har utsatts för våld av en manlig partner i en nära relation. Fokus i studien är på förändringar i psykosocial hälsa och våldsutsatthet över tid. Syftet var också att göra jämförelser med kvinnor som inte erhållit sådana insatser.

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.

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 2008/1269-31 samt 2009/223-31).

Studiens design

Av praktiska skäl ansågs det inte vara genomförbart att låta slumpen fördela deltagarna till de olika interventionerna. Därför är studien kvasiexperimentell och består av en interventionsgrupp där en grupp kvinnor fått kommunbaserad öppenvård eller skyddat boende (interventionsgrupp) och en grupp kvinnor som inte fick någon sådan.

Kommunbaserade verksamheter

Fyra kommunbaserade verksamheterna valdes 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. Utvärderingen i interventionsgruppen 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. Teamet är specialiserat 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.

Denna 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.

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.

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.

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 utgöras av allt mellan 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.

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.

Ideella kvinnojourer

I interventionsgruppen ingick även stödinsatsen skyddat boende som ges inom ramen för ideella kvinnojourer. Tjugo jourer, med en geografisk spridning över hela Sverige, ingick och valdes ut strategiskt i syfte att inkludera ett stort antal kvinnor. Utifrån uppgifter som tillhandahållits genom en tidigare genomförd enkätundersökning valdes ett antal jourer ut för utvärdering. Urvalet skedde utifrån tre kriterier:

- Geografisk spridning över hela landet eftersträvades.
- Prioritet gavs till stora kvinnojourer sett utifrån antalet jourboende kvinnor per år. Målet var att inkludera 200 kvinnor i studien.
- Jämn fördelning mellan jourer anslutna till Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige, ROKS, respektive Sveriges Kvinno- och Tjejjourers Riksförbund, SKR, eftersträvades. Ett misslyckat försök gjordes även att inkludera en av de jourer som inte är ansluten till någon av riksorganisationerna.

Tjugofem jourer kontaktades i syfte att boka ett informationsmöte om studien. Fyra av de kontaktade jourerna tackade nej till informationsmötet och därmed även till deltagande i utvärderingen. Ytterligare en jour gick inte att få kontakt med. Av de 20 jourer som besöktes för ett informationsmöte om utvärderingen beslutade sig samtliga för att delta. De utvalda jourerna var följande: Kvinnojouren Iris i Luleå, Kvinnojouren Boden, Kvinnogemenskap i Sundsvall, Blåklockan i Gävle, Alla Kvinnors Hus i Karlstad, Kvinnojouren i Borlänge, Alla Kvinnors Hus i Stockholm, Systerjouren Somaya i Stockholm, Kvinnohuset Örebro, Kvinnojouren Mira i Nyköping, Kvinnojouren i Norrköping, Kvinnojouren Ellinor i Linköping, Kvinnojouren Linnéan i Lidköping, Kvinnojouren i Jönköping, Kvinnojouren Borås, Kvinnohuset Cassandra i Göteborg, Kvinnojouren KAK i Köping, Helsingborgs kvinnojour, Kvinnojouren i Lund samt Brottsoffer-, kvinno- och tjejjouren i Södertälje. I syfte att kunna uttala sig säkrare utifrån resultatet av de genomförda analyserna valdes jourer ut strategiskt för att nå en tillräckligt stor grupp kvinnor.

Två insatser som kvinnojourerna erbjuder utvärderades: skyddat boende och strukturerad ledarledd gruppverksamhet. Samtliga 20 jourer erbjöd skyddat boende som stödinsats och två av jourerna erbjöd dessutom ledarledd strukturerad gruppverksamhet. Information om vad skyddat boende och gruppverksamhet innebär inhämtades genom samtal med gruppledare och personal vid respektive kvinnojour samt via kvinnojourernas hemsidor och i riksorganisationernas handböcker för att bedriva kvinnojour och arbeta med våldsutsatta kvinnor och barn.

Skyddat boende. Kvinnor som har blivit utsatta för våld och som akut behöver någonstans att bo kan söka sig till en ideell kvinnojour för att få en säng i ett avskilt rum. I vissa fall finns boendet på en hemlig adress, skilt från kvinnojourens övriga verksamhet. I andra fall är boendet en del av exempelvis en villa, där all kvinnojoursverksamhet bedrivs. Kombinationen av de två alternativen existerar även, där boendet och den öppna verksamheten är på samma plats men att denna plats hålls hemlig. Vissa jourer erbjuder kvinnorna en egen lägenhet medan de flesta jourer erbjuder separata rum till kvinnorna i en lägenhet där kök och badrum är gemensamma utrymmen.

Placering på kvinnojoursboende kan inledas på flera olika sätt, till exempel genom kontakt med socialtjänsten eller polisen. Det kan gälla situationer där socialsekreteraren eller den polis som varit i kontakt med kvinnan bedömer att hon inte bör eller kan gå tillbaka till sitt hem. En placering på en kvinnojour förutsätter däremot kvinnans medgi-

vande. Kvinnojoursvistelsen är alltså alltid frivillig. Det är också möjligt för kvinnan att själv kontakta en kvinnojour vid behov av skyddat boende. Många jourer uppger att socialtjänsten däremot ofta också kopplas in för att finansiera kvinnojoursvistelsen. I de fall då kvinnan inte vill att socialtjänsten ska kontaktas får hon ofta själv betala en mindre summa för sin vistelse.

Förutom en säng att sova i erbjuds stödsamtal med personal eller med en ideell jourkvinna. Många kvinnor får även stöd vid myndighetskontakter och eventuella kontakter med rättsväsendet. Vissa kvinnojourer kan även erbjuda så kallad ledsagning, att de följer med kvinnan när hon ska göra ärenden eller ta sig någonstans.

Gruppverksamhet. Gruppverksamheten vänder sig till kvinnor som har blivit utsatta för olika former av våld av sin partner eller före detta partner. Oftast ställs det som krav för att delta att kvinnan har lämnat relationen och att en viss tid har gått sedan våldet utspelade sig, alternativt att kvinnan har bearbetat våldet till viss del i individuella samtal.

Ett av gruppverksamhetens främsta syften är att stärka självkänslan hos kvinnorna genom att de får dela med sig av sina erfarenheter och får insikt om att de inte är ensamma om vad de har upplevt. En tanke är att den isolering och skam som följer av våldet ska brytas genom att man får möjlighet att prata med andra kvinnor som har liknande erfarenheter. Verksamheten är ofta tänkt att påbörja en förändringsprocess hos kvinnorna där de får möjlighet att göra egna, nya, aktiva val.

I gruppverksamheten arbetar man med så kallade rundor vilket ger alla kvinnor möjlighet att tala och att ta plats. Vid de olika träffarna behandlas även olika teman med föreläsningar av gruppledarna, övningar och diskussion. Vanliga teman är lämnande-processen, skuld och skam, självkänsla, sex, våldtäkt och sexualitet, relationer, den egna barndomen, känslor, försvar och tankar samt hur vi själva kan påverka desamma, nya relationer och framtid. Hemuppgifter förekommer också. Samtliga gruppverksamheter hålls av två gruppledare. Ofta har de olika roller, i vissa fall uttalat, där den ena håller i strukturen och den andra har en mer omvårdande och känslöbaserad roll. Även om strukturen i gruppverksamheterna kan se olika ut har gruppledarna alltid en aktiv roll. Det vanliga är att man träffas mellan 10 och 12 gånger, en och en halv till två timmar per gång, en gång i veckan.

Inklusion till interventionsgruppen

Kommunbaserade verksamheter. Samtliga kvinnor som sökte sig till de utvärderade verksamheterna var aktuella för inklusion till 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).
4. Alla de kvinnor som kom att inkluderas i interventionsgruppen hade utsatts för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld i en nära relation av en manlig partner.

Denna grupp kom att omfatta 189 kvinnor i åldrarna 17 till 66 år. Medelåldern var 34 år. Av kvinnorna i interventionsgruppen 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.

Ideella kvinnojourer. I denna grupp ingick kvinnor från 18 år och uppåt som blivit utsatta för våld av en partner eller tidigare partner. Medelåldern var 34 år. Kvinnorna hade sökt sig till någon av de kvinnojourer som ingick i utvärderingen och tagit del av någon av de insatser som utvärderades. Enligt den definition av mäns våld mot kvinnor i nära relation som var utgångspunkt för studien skulle förövaren vara en manlig partner eller före detta partner. Det innebar att de kvinnor som sökte sig till jourerna och som hade utsatts för våld av annan familjemedlem eller av sin kvinnliga partner inte ingick i studien.

Kvinnor som under studiens inklusionsperiod varit aktuella på fler än en av verksamheterna som ingick i studien exkluderades. Detta exklusionskriterium aktualiserades exempelvis vid Alla kvinnors hus i Stockholm. Där tar de ibland emot kvinnor som har varit i kontakt med Kvinnofridsteamet i Rinkeby/Kista, som var en av de verksamheter som ingick i samma utvärdering. Även vid Kvinnohuset i Örebro exkluderades vissa kvinnor som redan deltog i en snarlik studie, där verksamheter för barn som upplevt våld utvärderades.

Totalt inkluderades 164 kvinnor från de 20 jourerna. Från gruppverksamheterna inkluderades 21 kvinnor och övriga 143 befann sig i ett skyddat boende vid studiens början. Antalet kvinnor som inkluderades från varje jour varierade kraftigt, från två till 37. Inklusionsperioden för studien var för de kommunbaserade verksamheterna från september 2008 till och med februari 2010 och för de ideella kvinnojourerna från mars 2009 till och med februari 2010. I interventionsgruppen ingick totalt 353 kvinnor.

Datainsamling

Kvinnorna tillfrågades om de ville delta i studien i samband med att de sökte sig till respektive verksamhet. De fick muntlig och skriftlig information om studien av projektets personal. De kvinnor som valde att delta fick skriva under ett informerat samtycke om deltagande.

Kvinnorna fick besvara enkäter vid inklusion samt tre respektive tolv månader senare. Data samlades in genom självskattningsformulär. Vid dessa tillfällen närvarade forskningspersonal för att kvinnorna skulle ha möjlighet att ställa frågor och kommentera enkäten.

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. Beträffande kommunbaserade verksamheter handlade det i en del fall 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). Totalt föll 12 kvinnor bort vid 3-månadersuppföljningen och ytterligare 45 vid 12-månadersuppföljningen.

Av de kvinnor som rekryterades från ideella kvinnojourer valde 38 kvinnor att tacka nej direkt till jouten, innan de fått information om studien av projektpersonal. Sju kvinnor avböjde deltagande efter att ha fått information om studien och 5 kvinnor avbröt ifyllandet av formulären. 68 kvinnor exkluderades ur studien eftersom de endast spenderade några få nätter på jouten och därmed inte hann bli tillfrågade om att delta. En annan form av bortfall utgjordes av de 16 kvinnor som inte talade något av de språk som enkäterna fanns översatta till och som därmed inte heller kunde tillfrågas om att delta. 38 kvinnor blev inte tillfrågade om att delta av andra skäl. Det kunde exempelvis röra sig om att kvinnojourspersonalen av någon anledning glömt eller inte velat tillfråga en kvinna eller att situationen varit sådan att kvinnan inte kunnat tillfrågas om att delta. Totalt 19 kvinnor föll bort vid tremånadersuppföljningen. Vid tolv månadersuppföljningen blev bortfallet ytterligare 49 stycken.

Vid tremånadersuppföljningen ingick totalt 322 (91 %) kvinnor i interventionsgruppen och vid tolv månadersuppföljningen ingick 228 (65 %) kvinnor.

Instrument

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

Totalt har sex olika instrument och självskattningsformulär använts i enkäterna. Samtliga instrument och självskattningsformulär valdes ut för att svara upp mot studiens 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:

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

Våldets karaktär. Våldets karaktär mättes med två olika versioner av Conflict Tactic Scale, CTS2, CTS2S. 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).

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, mellanmännsliga 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 symptom 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 "väldigt mycket". Den totala summan kan variera mellan 0 och 360 och är till för att tolkas utifrån nio olika symptomområden och tre "globala" index, för att möjliggöra en meningsfull och valid bild av en individs psykiatriska symptom 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, 2002). 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).

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.

Genomförande

Varje verksamhet hade en inklusionsperiod på tolv månader. Inklusionen startade vid olika tidpunkter och datainsamling 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 distribuerades vid inklusionstillfället samt vid tolv månadersuppföljningen bestod av: bakgrundsfrågor, CTS2, OQ, SCL-90, SAS-SR och AUDIT.

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 tog det oftast längre tid. 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.

Kvinnan och projektpersonalen träffades antingen personligen vid uppföljningarna eller, om detta inte var möjligt, erbjöds kvinnorna att få enkäterna hemskickade till sig eller att besvara dem via onlineformulär. Ett annat alternativ var att besvara enkäterna via telefon.

Gruppen utan intervention

Syftet med att inkludera en grupp kvinnor som inte fått någon intervention i studien var att möjliggöra jämförelser avseende eventuella förändringar i psykosocial hälsa och våldsutsatthet med en grupp kvinnor som hade utsatts för våld, men som inte har tagit del av stöd vid någon kommunbaserad eller ideell verksamhet vid studiens början.

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 genom ifyllande av självskattningsformulär. Ett år efter det första mättillfället kontaktades kvinnorna igen för att återigen fylla i de självskattningsformulär som användes vid det första mättillfället. Självskattningsformulären gav svar på frågan om utsattheten för våld och psykosocial hälsa under uppföljningsåret.

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 tidningar/magasin riktade mot kvinnor. 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 informerade 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 19 och 77 år, bosatta i Sverige och med tidigare erfarenhet av våld i nära relationer. Medelåldern låg på 40 år vid tiden för inklusion. 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. Totalt har 162 (79 %) kvinnor följts vid 12 månader i denna grupp som inte fått någon intervention.

Datainsamling. Samma frågeformulär användes som för interventionsgruppen (CTS2, OQ, SAS, SCL-90 samt AUDIT).

Genomförande. När kvinnan anmält sig via hemsidan kontaktades hon för muntlig information om studiens design. 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 erbjöds att fylla i självskattningsformulären via onlineformulär eller hemskickade pappersformulär. Tolv månader efter det första mättillfället kontaktades deltagarna via telefon eller e-post och uppmanades att fylla i uppföljningsformuläret. Det tog mellan 30 och 45 minuter per deltagare att fylla i formulären. 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.

Analyser

Powerberäkning. Powerberäkning i traditionell mening var inte möjlig att göra. Den främsta anledningen är att det inte finns några publicerade studier där liknande insatser jämförs med andra insatser eller inga insatser och att det därför blir omöjligt att estimerade förväntade skillnaderna. Detta medförde svårigheter i att uppskatta vilken urvalsstorlek som var nödvändig för att det skulle gå att upptäcka skillnader mellan de olika interventionsgrupperna och gruppen utan intervention. I brist på vägledning från tidigare studier gjordes bedömningen att cirka 200 kvinnor skulle behövas i interventionsgruppen och minst lika många i en grupp utan intervention. 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. 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. Det externa bortfallet har 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 effekt av en intervention, 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.

Effektmått. 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 effektmått 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. d -värdet ska 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 & Westerland, 2007; Hojat & Xu, 2004).

Jämförelser mellan grupperna. För att studera om interventionsgruppen och gruppen utan intervention 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. Genom denna procedur kan indikation ges på om eventuella effekter av behandling i interventionsgruppen föreligger. För att studera om det fanns skillnader i utfall mellan interventionsgruppen och gruppen utan intervention vid det första mättillfället användes det icke-parametriska signifikanstestet Kruskal-Wallis.

RESULTAT

Kvinnornas bakgrund

Interventionsgruppen. Av de 353 kvinnor som ingick i interventionsgruppen var 49 procent födda i Sverige. Trettiofem procent var födda utanför Europa. Cirka en tredjedel, 28 procent (öppen verksamhet 35 %, skyddat boende 22 %), rapporterade universitetsutbildning som högsta genomförda utbildning. Grundskola som högsta genomförda utbildning rapporterades av 29 procent (17 respektive 38 %). Trettiofyra procent (50 respektive 23 %) av kvinnorna uppgav att de förvärvsarbetade och 22 procent (18 respektive 25 %) av kvinnorna uppgav att de studerade. Bland de kvinnor som inte rapporterade någon sysselsättning var 15 procent (12 respektive 17 %) arbetssökande och 14 procent (12 respektive 15 %) var sjukskrivna eller pensionärer. Knappt hälften av kvinnorna, 42 procent (46 respektive 38 %) upplevde att de hade tillräckligt med pengar i förhållande till behoven medan 12 procent (7 respektive 16) hade stora ekonomiska svårigheter.

Gruppen utan intervention. De flesta av de 206 kvinnorna i gruppen utan intervention 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

Interventionsgruppen. Åttionio procent av kvinnorna i interventionsgruppen 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 till studien hade studiedeltagarna haft kontakt med psykiatrin, socialtjänst, familjerådgivning, familjerätt, vårdcentral och/eller andra verksamheter i varierande utsträckning.

Gruppen utan intervention. 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 någon sådan kontakt. 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

Interventionsgruppen. När det gäller relationen till den partner som utövat våldet så uppgav de flesta kvinnor i interventionsgruppen 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 interventionsgruppen 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.

Gruppen utan intervention. Vid inklusion i studien var de flesta kvinnorna inte längre tillsammans med mannen som utövat 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 mellan interventionsgrupp och gruppen utan intervention.

Signifikanta skillnader mellan interventionsgruppen och gruppen utan intervention återfanns i sju av ett totalt 20-tal olika bakgrundsvariabler. Dessa var ålder, etnicitet, utbildning, om kvinnan har barn, sysselsättning relation till förövaren samt om våld förekommit mellan vuxna då man var barn. Vidare förekom signifikanta skillnader mellan interventionsgrupp och gruppen utan intervention för samtliga förmättningsvärden på de primära utfallsmåtten (se även tabell 3). Dessa skillnader påverkar delvis representativiteten för undersökningen, det vill säga möjligheten att dra generella slutsatser. Samtidigt var vissa av dessa skillnader förväntade och naturliga. Till exempel krävdes att kvinnor i gruppen utan intervention behärskade svenska språket medans detta inte var ett av i interventionsgruppen där tolkar fanns tillgängliga. Begränsningen i studiedesign gör att resultaten gällande jämförelser mellan interventionsgrupp och gruppen utan intervention måste tolkas med en viss försiktighet.

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.

Drygt en tredjedel av kvinnorna i interventionsgruppen uppgav att de hade blivit utsatta för fysiskt våld i tidigare relationer. Cirka hälften av kvinnorna i interventionsgruppen hade blivit utsatta för psykiskt våld i tidigare relationer. För gruppen utan intervention var andelen cirka tio procent större beträffande utsatthet för både fysiskt och psykiskt våld i tidigare relationer.

Tabell 1. Svartsfördelning i procent på bakgrundsfrågan om utsatthet för våld i tidigare förhållanden för interventionsgrupp och för gruppen utan intervention.

	Interventionsgrupp		Ingen intervention	
	Skyddade boenden (n=201)	Öppen verksamhet (n=151)	Totalt (n=353)	Totalt (n=205)
Har du blivit utsatt för fysiskt våld i tidigare förhållanden?	34	34	34	45
Har du blivit utsatt för psykiskt våld i tidigare förhållanden?	44	48	46	54
Har du blivit utsatt för sexuellt våld i tidigare förhållanden?	20	19	19	22

För att studera våldet som kvinnorna utsatts 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 tabell 2 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 tabell 2 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.

Tabell 2. Svartsfördelning i procent avseende fysiskt, psykiskt och sexuellt våld mätt med hjälp av CTS2 vid mättillfälle 1 redovisat för interventionsgruppen och för gruppen utan intervention.

		Skyddadeboenden (n=202)			Öppenverksamhet (n=149)			Inget (n=204)	Signifikanstest		
		För-mät	3 mån	12 mån	För-mät	3 mån	12 mån		För-mät	3 mån	12 mån
Fysiskt	Lindrigt	95	31	49	74	13	32	94	.001 ^a	.001 ^b	.001 ^b
	Grovt	87	18	64	67	7	38	89	.001 ^a	.005 ^b	.001 ^b
	Totalt	96	34	67	74	13	42	95	.001 ^a	.001 ^b	.001 ^b
Psykiskt	Lindrigt	99	59	75	81	41	60	99	.001 ^a	.001 ^b	.002 ^b
	Grovt	91	27	47	73	20	27	89	.001 ^a	.167 ^{ns}	.001 ^b
	Totalt	99	60	76	81	42	60	99	.001 ^a	.001 ^b	.002 ^b
Sexuellt	Lindrigt	62	15	66	46	7	49	65	.001 ^a	.021 ^b	.002 ^b
	Grovt	39	21	50	26	4	38	39	.001 ^a	.001 ^b	.029 ^b
	Totalt	67	24	68	48	10	52	68	.001 ^a	.001 ^b	.002 ^b
Våld	Totalt	99	63	82	81	43	64	100	.001 ^a	.001 ^b	.001 ^b

^{ns} Inga statistiskt signifikanta skillnader förekom mellan grupperna

^a Kvinnorna som hade haft kontakt med öppen verksamhet var utsatta för våld i mindre utsträckning än kvinnorna i övriga grupper enligt Cht-två ($p < 0.05$).

^b De kvinnor som hade haft kontakt med öppen verksamhet var utsatta för våld i mindre utsträckning än kvinnorna i skyddat boende enligt Cht-två ($p < 0.05$).

I svaren om när i tiden olika typer av våld förekommit har vi upptäckt flera motsägelsefulla svar i gruppen utan intervention mellan vad som hänt det senaste året respektive 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.

Kvinnorna i interventionsgruppen som hade bott i skyddat boende var utsatta för våld i större utsträckning än kvinnorna som hade haft kontakt med öppen verksamhet vid första mättillfället, både när det gäller fysiskt-, psykiskt- och sexuellt våld. Vidare rapporterade 91 procent av kvinnorna som hade bott i skyddat boende och 57 procent av kvinnorna som hade haft kontakt med öppen verksamhet 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 gruppen utan intervention 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 86 procent av kvinnorna att de vållats lindriga skador och 67 procent grova skador som en följd av det våld de utsatts för av sin partner eller före detta partner.

Kvinnornas våldsutsatthet mättes också vid 3-månaders uppföljningen och tillfrågades då om sin våldsutsatthet de tre senaste månaderna. Mätperioden är således en annan 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 båda grupperna under denna period var psykiskt våld.

Vid tolv månaders uppföljningen kunde konstateras att förekomsten av fysiskt- psykiskt- och sexuellt våld, både vad gäller de lindriga och de grova typerna av detta våld hade minskat från första mättillfället. Minskningen var dock i många fall relativt marginal, vilket indikerar en fortsatt hög utsatthet för våld för kvinnorna i båda grupperna. Särskilt hög utsatthet rapporterades av kvinnorna i skyddat boende. Bland de kvinnor i interventionsgruppen som hade bott i skyddat boende rapporterade 56 procent att de hade förorsakats skador av det våld de utsatts för under studieperioden. Bland de kvinnor som hade haft kontakt med öppen verksamhet var motsvarande siffra 34 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 gruppen utan intervention, 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.

Analyserna som redovisas i tabell 3 besvarar frågan om det skett en förbättring eller försämring avseende psykosocial hälsa vid tre respektive tolv månader efter första mättillfället. Styrkan i den eventuella förändringen uttrycks med Cohens *d*.

Psykosocial funktion (OQ). Effektstorlekarna som presenteras mellan mättillfällena i tabell 3 för psykosocial funktion kan betraktas vara små till måttliga och inga eller endast obetydliga skillnader föreligger mellan de olika grupperna.

För att bättre spegla förändringar i kvinnornas upplevda psykosocial funktion användes det kliniska gränsvärde som finns angivet för 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.

Tabell 4 Beskriver andel kvinnor i de olika grupperna med ett värde på OQ-30.1 över 44 poäng vid de olika mättillfällena.

Vid första mättillfället hade totalt sett 73 procent av kvinnorna i interventionsgruppen en totalpoäng över 44 på OQ-30.1. Vid tremånadersuppföljningen hade medelvärdena för interventionsgruppen sjunkit, vilket indikerar en upplevd förbättrad psykosocial funktion. Vid detta mättillfälle hade 56 procent av kvinnorna i interventionsgruppen en totalpoäng över 44. I gruppen utan intervention förelåg en icke signifikant trend att andelen över 44 poäng var lägre än i interventionsgruppen.

Vid tolv månadersuppföljningen hade medelvärdena för både interventionsgruppen och gruppen utan intervention förbättrats i jämförelse med det första mättillfället. Vid detta mättillfälle hade totalt sett 47 procent av kvinnorna i interventionsgruppen en totalpoäng över 44 på OQ-30.1. För gruppen utan intervention var motsvarande siffra 48 procent. Inga signifikanta skillnader förelåg mellan grupperna.

Tabell 3. Psykosocialhälsa mätt med OQ-30, SCL-90, SAS-SR samt AUDIT1 vid mättillfälle 1 samt vid tre- och tolv månadersuppföljning: medelvärden, poolade standardavvikelser och effektstorlekar (Cohens d), redovisas för de olika grupperna.

Mått:	Skyddat boende (n=164)					Öppenmottagning (n=189)					Ingen intervention (n=206)		
	Förmätning	3 mån	12 mån	Cohens D (SD) Förm vs 3 mån	Cohens D (SD) Förm vs 12 mån	Förmätning	3 mån	12 mån	Cohens D (SD) Förm vs 3 mån	Cohens D (SD) Förm vs 12 mån	Förmätning	12 mån	Cohens D (SD) Förm vs 12 mån
Psykosocial funktion (OQ)	55,08 ^a	46,50 ^{ns}	43,46 ^{ns}	0,49 ^b (17,49)	0,49 ^{a,b} (23,90)	56,51 ^a	48,67 ^{ns}	44,09 ^{ns}	0,43 ^b (18,09)	0,58 ^{a,b} (21,72)	50,27 ^a	43,89 ^{ns}	0,50 ^{a,b} (13,27)
Psykisk hälsa (GSI)	1,53 ^a	-	1,29	-	0,31 ^{a,b} (0,77)	1,54 ^a	-	1,16	-	0,50 ^{a,b} (0,74)	1,11 ^a	0,99	0,28 ^{a,b} (0,46)
Livsstil (SAS-SR)	2,78 ^a	-	2,52 ^a	-	0,37 ^{a,b} (0,68)	2,36 ^a	-	2,19 ^a	-	0,31 ^{a,b} (0,51)	2,29 ^a	2,18 ^a	0,21 ^{a,b} (0,57)
Alkoholvanor (AUDIT- total)	2,17 ^a	-	2,35 ^a	-	-0,03 ^a (5,08)	4,00	-	3,49	-	0,15 ^a (3,57)	5,07	4,52	0,2 ^{a,b} (2,90)
Alkoholvanor (AUDIT risk)	1,15 ^a	-	1,28 ^a	-	-0,06 ^{a,b} (1,88)	2,42	-	2,14	-	0,18 ^a (1,64)	2,89	2,73	0,11 ^a (1,42)
Alkoholvanor (AUDIT beroende)	1,02 ^a	-	1,13 ^a	-	-0,11 ^a (2,90)	1,58	-	1,38	-	0,09 ^a (2,56)	2,18	1,81	0,21 ^{a,b} (2,02)

^{ns} Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan några grupper föreligger.

^a Skillnad mellan grupperna är statistiskt signifikant enligt Kruskal Wallis ($p < 0.05$).

^b Skillnad över tid är statistiskt signifikant enligt t-test ($p < 0.05$)

Tabell 4. Andel i procent som återfinns över det kliniska gränsvärdet på OQ-30.1 vid olika uppföljnings-tillfällen.

Skyddade boenden (n=202)			Öppenverksamhet (n=149)			Ingen (n=204)		Signifikanstest		
För-mät	3 mån	12 mån	För-mät	3 mån	12 mån	För-mät	12 mån	För-mätning	3 mån	12 mån
72	54	45	74	58	49	64	48	$\chi^2(2)=4,99$ ($p=0,08$)	$\chi^2(1)=0,65$ ($p=0,42$)	$\chi^2(2)=0,64$ ($p=0,73$)

Tabell 5 visar att över 50 procent kvinnorna i interventionsgruppen har en kliniskt relevant förbättring av sin psykosociala funktion ett år efter inklusion i studien. Motsvarande siffra för gruppen utan intervention är 35 procent. Uppmärksammas bör också att en mindre del av kvinnorna rapporterar om en försämrad psykosocial hälsa efter ett år. Generellt är förändringen i gruppen utan intervention mindre under uppföljningsåret vilket speglas i ett signifikant lägre förändringsmedelvärde och en lägre standardavvikelse.

Tabell 5. Andel i procent som uppvisar en kliniskt relevant förbättring, ingen skillnad eller en relevant försämring på OQ-30.1.

Skillnad i OQ Förmätning vs 12 månader	Skyddade boenden (n=202)	Öppenverksamhet (n=149)	Ingen intervention (n=204)	Signifikanstest
-Skillnad på mer än -10 poäng	50	55	35	$\chi^2=33,02$ ($p<0,001$)
-Ej skillnad	33	32	56	
-Skillnad på mer än +10 poäng	17	13	9	
-Medelvärde	-11,62	-12,53	-6,57	$\chi^2=9,52$ ($p=0,009$)
-Standardavvikelse	23,897	21,723	13,266	

Psykisk hälsa (SCL-90). Kvinnornas upplevda psykiska hälsa mättes med SCL-90. Analyserna som presenteras i tabell 3 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.

Som framgår av tabellen 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 månaders uppföljningen rapporterade kvinnorna i samtliga grupper att deras psykiska hälsa förbättrats. Effektstorlekarna för kvinnorna interventionsgruppen är dock små till måttliga enligt Cohens föreslagna nivåer. Även för kvinnorna i gruppen utan intervention hade den psykiska belastningen minskat under uppföljningsåret, dock med låg styrka i förändring. Å andra sidan hade den gruppen en signifikant lägre belastning än interventionsgruppen vid studiens början.

Socialt stöd. Analyserna som presenteras i tabell 3 är kvinnornas upplevelser 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 allmänbefolkningen.

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 förstärktes genomsnittligt för kvinnorna i samtliga grupper vid tolv månadersuppföljningen. Statistiskt signifikanta skillnader förekommer mellan grupperna. De kvinnor som hade haft kontakt med öppen verksamhet och kvinnorna i gruppen utan intervention skattade sin fritid och sitt sociala liv i mer positiva termer än vad de kvinnor gjorde som hade bott i skyddade boenden.

Omkring en tredjedel av kvinnorna i gruppen utan intervention 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.

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

Alkoholvanor. Analyserna som redovisas i tabell 3 visar alkoholkonsumtion, konsekvenser av alkohol och total poäng vid mättillfälle 1 och vid tolv månadersuppföljningen för interventionsgruppen och gruppen utan intervention.

Kvinnorna i interventionsgruppen, det vill säga öppen mottagning och skyddat boende sammantaget, rapporterade på "konsumtionsskalan" en genomsnittligt låg alkoholkonsumtion och alkoholkonsumtionen förändrades endast marginellt mellan det första mättillfället och tolv månadersuppföljningen. För "konsekvensskalan" återfanns samma mönster med genomsnittligt få rapporterade negativa konsekvenser av konsumtionen. Kvinnornas genomsnittliga alkoholvanor i gruppen utan intervention låg under gränsen för vad som anses vara en riskkonsumtion och minskade under uppföljningsåret med små förändringar. Andelen kvinnor med 6 poäng eller mer på totalskalan i AUDIT, vilket definieras som en riskkonsumtion, var vid det första mättillfället 20,5 procent för kvinnorna i öppen mottagning, 10 procent för kvinnorna i skyddat boende samt 27 procent för kvinnorna i gruppen utan intervention. Denna andel minskade till 14 procent för öppen mottagning och för gruppen utan intervention till 25 procent vid uppföljningen. För kvinnorna i skyddat boende var andelen däremot oförändrad.

Sammanfattning. Kvinnorna i samtliga grupper hade i genomsnitt en sämre psykosocial hälsa vid första mättillfället än individer i allmänbefolkningen. Under uppföljningsperioden uppnåddes för interventionsgruppen, sett utifrån grupp nivå 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. Detsamma gäller för kvinnorna i gruppen utan intervention. Alkoholkonsumtionen var låg för samtliga grupper.

Kontroll av aspekter som kan påverka utfallet

Analysen syftar till att studera möjliga aspekter som kan förklara det utfall som uppnått på de undersökta utfallsmåtten för att därigenom få en indikation på om interventionerna har varit effektiva visavi de valda utfallsmåtten. I det första steget användes informationen i de bakgrundsvariabler som samlats på kvinnorna. Med hjälp av logistisk regression upptäcktes att sju olika bakgrundsvariabler signifikant skiljde sig mellan interventionsgrupperna och gruppen utan intervention i flera av utfallsmåtten vid det första mättillfället. Dessa var ålder ($p < 0,001$), etnicitet ($p < 0,001$), vilken utbildningsnivå ($p < 0,001$), om de har barn med partnern ($p < 0,001$), typ av sysselsättning ($p = 0,037$),

relation till partnern ($p=0,029$) samt om det förekom fysiskt våld mellan vuxna när de var barn ($p<0,001$). I nästa steg användes bakgrundsvariablerna och värdena vid det första måttillfället för respektive utfallsmått som kovariater i en kovariansanalys. Som ett sista steg i denna analys lades också grupptillhörighet (intervention / ingen intervention) in i modellen som en ko-variater. Genom denna procedur då man kontrollerar för alla kända skillnader mellan grupperna kan indikation fås på om interventionerna har varit effektiva för respektive utfall vid 12-månadersuppföljningen.

För analysen gällande OQ-12-månadersuppföljning kan konstateras att flera variabler är signifikant kopplade till utfallet (tabell 6). Inte oväntat är förmätningens värde det med störst association och förklarande kraft. Vidare är grupptillhörighet en signifikant ko-variater. Det framkommer att när man tar hänsyn till relevanta faktorer så har deltagarna i gruppen utan intervention ett högre OQ-värde vid 12-månadersuppföljningen. Detta kan tolkas som att interventionsgruppens olika interventioner har varit effektiva att förändra OQ-värdet till det bättre.

Tabell 6. Ko-variansanalys med förklarad varians för de olika primära utfallsmåtten där analys gjorts på alla i studien ingående deltagare.

Mått	Variabler (p-värde)	R^2_{adj}
Psykosocial funktion (OQ) 12 månader	Ålder (0,34) Etnicitet (0,027*) Utbildning (0,041*) Barn (0,54) Syssetsättning (0,989) Relation (0,02*) Våld mellan vuxna (0,763) Öppenvård (0,423) Slutenvård (1) Jämförelsegrupp (0,021*) OQ förmätning ($p<0,001^{***}$)	0,226
Psykisk hälsa (SCL-GSI) 12 månader	Ålder (0,038*) Etnicitet (0,003**) Utbildning (0,106) Barn (0,372) Syssetsättning (0,365) Relation (0,116) Våld mellan vuxna (0,684) Öppenvård (0,862) Slutenvård (1) Jämförelsegrupp (0,212) GSI förmätning ($p<0,001^{***}$)	0,43
Våld någon gång (CTS) 12 månader	Ålder (0,022*) Etnicitet (0,348) Utbildning (0,973) Barn (0,953) Syssetsättning (0,975) Relation (0,709) Våld mellan vuxna (0,437) Öppenvård (0,026*) Slutenvård ($p<0,001^{***}$) Jämförelsegrupp (1) CTS förmätning ($p<0,001^{***}$)	0,11

Samtidigt kan konstateras att den aktuella modellen har ett lågt förklaringsvärde, det vill säga förklarad varians. Detta innebär att det (information) som i allra störst utsträckning förklarar OQ-värdet efter 12 månader inte ingår i modellen. Grupptillhörighet, även om signifikant, förklarar endast en mycket liten del av variansen i modellen och har sannolikt ingen större praktisk betydelse.

För utfallen psykisk hälsa och våld är inte ko-variater grupptillhörighet signifikant och indikerar att grupptillhörighet inte spelar någon roll med hänsyn taget till de andra variablerna i modellen för att förklara värdet vid 12-månaders uppföljningen för respektive utfall. Med andra ord finns i dessa modeller inga påvisbara effekter av intervention då man jämför grupperna på detta sätt.

Kvinnornas upplevelser av erhållna insatser

Hur nöjda deltagarna i interventionsgruppen 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 interventionsgruppen i tabell 7.

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

Tabell 7. Svartsfördelning i procent avseende klientnöjdhet, mätt med hjälp av CSQ-8 i interventionsgrupp. Andel som svarat de två högsta alternativen.

	Skyddat boende	Öppen verksamhet
Hur bedömer du kvaliteten på den hjälp du mottagit?	86	97
Fick du den hjälp du förväntade dig?	78	90
Till hur stor del har vårt program/behandling uppfyllt dina behov?	70	78
Om en vän var i behov av liknande hjälp, skulle du rekommendera vårt program/behandling till henne?	91	98
Hur nöjd är du med hjälpens omfattning?	85	93
Har programmet/behandlingen du fått hjälpt dig att hantera/lösa dina problem på ett bättre sätt?	88	99
Hur nöjd är du generellt sett med den hjälp du fått?	82	95
Om du skulle behöva söka hjälp på nytt, skulle du komma tillbaka till oss då?	87	98

Vårdkontakter under uppföljningsperioden

Formellt stöd. Vid uppföljningen tillfrågades kvinnorna om de haft några kontakter med sjukvården, socialtjänsten eller andra instanser under uppföljningsåret. I tabell 8 redovisas vilka typer av insatser som har varit aktuella under uppföljningsåret för kvinnorna i interventionsgruppen och gruppen utan intervention. Svartsfördelningen avser allt från minst en gång till mer än 20 gånger.

Nittio procent av kvinnorna i interventionsgruppen hade fått någon form av formellt stöd under studieperioden. Över 70 procent av kvinnorna hade haft kontakt med somatisk hälso- och sjukvård. Cirka en tredjedel eller fler av kvinnorna i öppen mottagning och två tredjedelar eller fler av kvinnorna i skyddat boende hade fått råd och stöd av socialsekreterare och minst en tiondel eller fler hade haft kontakt med advokat eller jurist under året de varit aktuella i studien.

Åttiosex procent av kvinnorna i gruppen utan intervention 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 månaders uppföljningen 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. 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.

Tabell 8. Andel kvinnor i procent som hade haft kontakt med följande instanser under uppföljningsåret.

	Öppen mottagning (n=120)	Skyddat boende (n=127)	Inget (n=154)
Somatisk sjukvård	71	82	72
Råd och stöd, Socialtjänsten	38	64	14
Advokat/jurist/BOJ	12	11	3
Psykiatrisk sjukvård	30	51	44
Försörjningsstöd (socialtjänsten)	17	59	11
Kvinnofridslinjen	20	23	8
Ideella föreningar eller religiösa samfund	18	26	25

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 föräldrar via socialtjänsten avser även föräldrastödsprogram.

Informellt stöd. Kvinnorna i interventionsgruppen svarade på om de hade upplevt stöd från den närmsta familjen, släkt, vänner och arbetskamrater/studiekamrater. Åttiosju procent upplevde stöd från familjen. Majoriteten upplevde även stöd från sina vänner och hälften 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.

DISKUSSION

Resultatet visar att deltagarna från utvärderingen har en sämre psykosocial hälsa än allmänbefolkningen och att det finns ett stort behov av stöd och insatser. Det framgår också att kvinnornas hälsa förbättras, om än måttligt, samtidigt som kvinnorna i hög grad även har varit utsatta för våld under studieperioden. Flertalet av studiedeltagarna rapporterade också att de varit utsatta för olika former av våld i tidigare relationer. Det förelåg totalt sett ingen riskkonsumtion av alkohol i någon av grupperna. Den psykosociala hälsan förbättrades även för kvinnorna i gruppen utan intervention under uppföljningsperioden, vilket reser frågetecken om insatserna för interventionsgruppen haft effekt.

Psykosocial funktion

Ett av de primära utfallsmåtten var kvinnornas 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 består av flera 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. Det är lätt att förstå att våldsutsatta kvinnor ofta uppvisar en låg psykosocial funktion.

Vad som är av intresse är att nästan alla kvinnorna i gruppen utan intervention hade lämnat den partner som utsatte dem för våld vid studiens start, men att gruppen trots det hade ett medelvärde på 50 på psykosocial funktion, vilket klart överskrider den kliniska gränsen på 44 poäng. En rimlig tolkning är att våldets konsekvenser har långvariga effekter för kvinnornas förmåga att få sina liv att fungera på ett tillfredsställande sätt.

För interventionsgruppen märktes en förbättring av den psykosociala funktionen redan efter tre månader, med små till måttliga effektstorlekar. Det var i detta skede inte någon märkbar skillnad mellan skyddat boende och mottagningsverksamheten avseende effektstorlek. Vid 12-månadersuppföljningen hade den psykosociala funktionen förbättrats ytterligare för kvinnorna i öppen verksamhet. 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 det vid 12-månadersuppföljningen fortfarande var 47 procent av kvinnorna i interventionsgruppen som hade ett värde över den kliniska gränsen på 44 poäng. I gruppen utan intervention var andelen 48 procent.

Med hjälp av multivariata analyser undersöktes om det fanns en skillnad mellan gruppen som fått insatser och de som inte fått det efter att vi kontrollerat för initiala skillnader i kvinnornas bakgrund och problematik. Av analyserna kan man dra slutsatsen att skyddat boende och de kommunbaserade verksamheterna för kvinnor som utsatts för våld tycks ha mycket svaga effekter på den psykosociala hälsan, om några. Det finns flera förklaringar till det resultatet. Ett 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 är att kvinnorna som är aktuella i re-

spektive verksamhet skiljer sig åt på andra punkter än de som kontrollerats för och att detta förklarar skillnaderna.

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 oförändrad psykosocial funktion. Det kan konstateras att vid 12-månadersuppföljningen rapporterade över hälften av kvinnorna i interventionsgruppen att deras psykosociala funktion hade förbättrats på ett kliniskt meningsfullt sätt. Samtidigt rapporterade 15 procent att deras psykosociala tydligt försämrats. Det antyder att dessa interventioner inte passar alla kvinnor i fråga om psykosocial funktion. Därför är det i framtiden viktigt att studera för vilka och under vilka omständigheter de studerade interventionerna är verksamma.

Psykisk hälsa

Den psykiska hälsan var sämre för kvinnorna som utsatts för relationsvåld än hos normalbefolkningen. Det gäller både för interventionsgruppen och för gruppen utan intervention vid det första mättillfället. Kvinnornas psykiska hälsa motsvarar den för en klinisk population, i praktiken patienter inom den psykiatriska öppenvården. Precis som för psykosocial funktion rapporteras en förbättrad psykisk hälsa för samtliga grupper efter 12 månader. Effektstorlekarna varierar från små till måttliga. Eftersom även kvinnorna i gruppen utan intervention förbättrade sin psykiska hälsa ungefär lika mycket är det svårt att hävda att de specifika interventionerna är drivkraften till det bättre måendet. Det är inte överraskande med tanke på att det inte finns något i interventionerna som specifikt är inriktat på att förbättra det psykiska måendet, i praktiken symtomlindring.

Vad är det då som orsakar den relativa förbättringen i psykisk hälsa? Det troligaste är att psykisk hälsa samvarierar med psykosocial funktion och eftersom det senare ökat förbättras också den psykiska hälsan. Samtliga grupper ligger dock fortfarande över den genomsnittsgräns som definierar en patientgrupp, vilket är problematiskt. En nyligen sammanställd litteraturoversikt 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). Det betyder att långvarig psykisk ohälsa som inte är så allvarlig att den når upp till diagnosnivå, i sig är en risk för att utveckla allvarliga psykiska sjukdomar och att det psykiska tillstånd man befinner sig i kronifieras och försvårar för individen att leva ett fullgott liv. Detta problem behöver tydliggöras hos de som jobbar med att stödja och erbjuda behandling till våldsutsatta kvinnor.

Våldet

Denna studie bekräftar tidigare forskning att hjälpinsatser till våldsutsatta kvinnor sällan eller aldrig påverkar förekomsten av fortsatt våld (Anttila et al, 2006). Tidigare studier visar 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 med långtgående konsekvenser för både kvinnan och hennes omgivning.

Våld är en av de vanligaste orsakerna till skador hos kvinnor (Campbell, 2002). Resultaten från denna studie visar att många av kvinnorna tillfogats grova skador. Om våld-

det är sporadiskt och avbryts av kärleksfulla perioder kan det leda till en ”inlärld hoppfullhet” som håller kvinnan kvar i en osund eller till och med farlig relation. 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 inga fysiska skador alls. Det är i stället de psykiska skadorna som dominerar. De deltagande kvinnorna visar flera symtom på ohälsa och bedöms ha en generell psykiatrisk belastning som ligger kvar över tid.

En annan aspekt av mäns våld mot kvinnor i nära relationer är att många av kvinnorna 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 är därför av stor vikt att både uppmärksamma detta fenomen och att arbeta för att hjälpa 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 det ses som ett misslyckande från samhällets sida att kvinnor som söker sig till de speciella verksamheter som erbjuds i stor utsträckning fortsätter att utsättas för våld som deras barn kan komma att bevittna. Det framstår som angeläget att de specifika verksamheter som finns blir bättre på att göra strukturerade behovsbedömningar av kvinnan och barnens behov, genomföra systematisk riskbedömning av förövaren och som en följd av dessa bedömningar göra en djupgående och över tid hållbar säkerhetsplanering för kvinnan och i förekommande fall hennes barn.

Begränsningar

Den viktigaste begränsningen är att detta är en observationsstudie och inte en experimentell studie. Därmed är det osäkert om kvinnorna i de undersökta grupperna är i genomsnitt lika vid förmätningen. Om det finns initiala skillnader, selektion, kan den helt eller delvis förklara eventuella skillnader vid uppföljningsmätningen efter ett år. Den jämförelsegrupp som använts i studien, våldsutsatta kvinnor som valt att inte kontakta skyddat boende eller öppenvård, skiljer sig delvis 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. Denna studie kan därför inte heller uttala sig om huruvida studerade interventioner är relevanta för dessa grupper.

Mätinstrumenten har över lag fungerat väl. En brist är dock att det inte finns några av kvinnorna oberoende mått på deras psykosociala situation. En annan begränsning är att de viktiga måtten, såsom 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 studien 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. Som en konsekvens har vi tvingast utesluta resultaten om våld under uppföljningsåret för gruppen utan intervention. I interventionsgruppen 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.

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.

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.

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.
- Bergman, H., Källmén, H. & Hermansson, U. (2002) *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test. Manual*. Stockholm: Karolinska Institutet, Magnus Huss klinik
- Borg, E., & Westerlund, J. (2007). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber.
- 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.
- Ekbrand, H. (2006). *Separationer och mäns våld mot kvinnor*. Studies in Sociology No 28. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Malling Thorsen, S. (2002). *SCL 90. Svensk normering, standardisering och validering av symptomskalan*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- 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.
- 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. (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.
- 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*.

- SOSFS 2009:22. *Socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor samt barn som bevittnat våld*. Socialstyrelsen. Allmänna råd.
- 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>
- 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*.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*.
- Weissman, M. (1999). *SAS-SR. Social Adjustment Scale Self-Report*. Manual.