

Interventioner mot våld riktat mot kvinnor med funktionsnedsättning

En systematisk kartläggning och granskning

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter och uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att man måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-86885-41-0

Artikelnr 2011-9-4

Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2011

Foto www.benfoto.se

Förord

Regeringen har i skr. 2007/08:39 gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett utbildningsmaterial som belyser problemet med våld som riktas mot kvinnor med funktionsnedsättning. Materialet ska öka kunskapen hos olika personalgrupper och därigenom bidra till en kvalitetsutveckling av stödet till de våldsutsatta kvinnorna.

Som ett led i detta arbete har Socialstyrelsen systematiskt kartlagt litteraturen om interventioner mot våld riktat mot kvinnor med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har även granskat det vetenskapliga stödet för interventionernas effekter. Detta arbete redovisas i denna rapport.

Arbetet med litteratursökning, granskning av litteraturen och sammanställning av resultaten har utförts av en arbetsgrupp bestående av *Per Arne Håkansson*, projektledare, *Christina Ericson* och *Ann-Kristin Jonsson*. *Emelie Engvall* och *Annika Eriksson* har också deltagit i granskningsarbetet. *Bassam El-Khoury*, *Annika Eriksson* och *Ann Jönsson* har lämnat synpunkter på tidigare versioner av rapporten. *Jenny Rehnman* har varit ansvarig enhetschef. Ett tack riktas till dessa personer och till experter och forskare som har bidragit med upplysningar.

Anders Tegnell
Avdelningschef
Avdelningen för kunskapsstyrning

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund, syfte och frågor</i>	8
Begrepp	8
Våld i nära relationer	8
Funktionsnedsättning	8
Frågor	9
<i>Metod</i>	10
Avgränsningar och urvalskriterier	10
Typer av studier	10
Population och problem	10
Interventioner	10
Utvärderingsdesign	11
Effektmått	11
Övrigt	11
Sökning	11
Databassökningar	11
Övriga sökningar	11
Granskning	12
Granskning av publikationernas relevans	12
Granskning av utvärderingarnas tillförlitlighet	12
<i>Resultat</i>	13
Resultat av sökning och granskning av relevans	13
Inkluderade publikationer	13
Resultat av granskning av tillförlitlighet	13
<i>Beskrivning av interventioner</i>	15
Förebyggande interventioner för kvinnor med olika typer av funktionsnedsättningar	15
Safer and stronger program (SSP)	15
A safety awareness program for women with disabilities (ASAP for women)	17
Förebyggande interventioner för kvinnor med utvecklingsstörning	18
An effective strategy-based curriculum for abuse prevention and empowerment (ESCAPE)	18
The personal space program	19
Living safer sexual lives	20
Behandling av våldsutsatta kvinnor med psykisk funktionsnedsättning	21
The trauma recovery and empowerment model (TREM)	21
The SASSI approach	22
<i>Diskussion</i>	24
<i>Referenser</i>	27
<i>Bilaga 1: Sökningar</i>	29
<i>Bilaga 2: Granskningsmall</i>	31

Sammanfattning

Rapporten redovisar dels en systematisk kartläggning av interventioner mot våld, som utövas i nära relationer och riktas mot kvinnor med funktionsnedsättning, dels en granskning av det vetenskapliga stödet för interventionernas effekter.

Efter litteratursökning och granskning identifierades åtta publikationer, som uppfyllde kartläggningens urvalskriterier. Publikationerna innehöll beskrivningar av sju interventioner och utvärderingar av två av dem. Utvärderingarna uppfyllde inte kvalitetsgranskningens krav på tillförlitlighet hos resultaten. Det saknas därför för närvarande vetenskapligt stöd för att de sju interventionerna har effekter. Det kan varken uteslutas att interventionerna har goda effekter eller att de har skadliga effekter, inte heller att de inte har några effekter alls. Publicering av ytterligare två utvärderingar har aviserats.

Sex av interventionerna har utvecklats i USA och en i Australien. Två har utvecklats på senare tid och har ännu inte fått någon större spridning. Övriga interventioner utvecklades åren kring millennieskiftet. En används på flera håll i USA och en annan i Australien. I övriga fall har det inte gått att få information om i vilken utsträckning interventionerna tillämpas.

Fem interventioner har ett förebyggande syfte, medan två är inriktade på konsekvenserna för dem som har utsatts för våld. Alla interventioner är med ett undantag riktade mot fysiskt såväl som psykiskt och sexuellt våld. En är enbart riktad mot sexuellt våld. Målet med interventionerna är i huvudsak att kvinnorna ska tillägna sig kunskaper och förmågor, som minskar risken att utsättas för våld eller gör det lättare att hantera psykiska och sociala konsekvenser av våld.

Interventionernas målgrupper är kvinnor med flera olika typer av funktionsnedsättningar, fysiska, psykiska, intellektuella och kommunikativa. De behandlande interventionerna är dock bara riktade till kvinnor med psykiska funktionsnedsättningar. Ingen av interventionerna är riktad till förövare av våld i nära relationer med kvinnor med funktionsnedsättning.

Det finns ett behov av verkningsfulla interventioner i Sverige. Interventionerna har mål som ses som önskvärda i det svenska samhället och ett innehåll som förmodligen kan anpassas till svenska förhållanden. En väsentlig brist är frånvaron av vetenskapligt stöd för att interventionerna har effekter i den miljö där de har utvecklats. Men även om det hade funnits ett sådant stöd, hade det varit osäkert hur interventionerna skulle fungera i det svenska samhället. Villkoren för kvinnor med funktionsnedsättning kan skilja sig mellan Sverige och USA respektive Australien, och det kan påverka interventionernas funktion och effekter. Om interventionerna introduceras här, är det därför viktigt att deras effekter följs upp och utvärderas.

Bakgrund, syfte och frågor

Kvinnor med funktionsnedsättning kan ha en högre risk än andra kvinnor att utsättas för våld. Även om det saknas säker kunskap om att kvinnor med funktionsnedsättning faktiskt utsätts för mer våld än andra, kan funktionsnedsättningar innebära minskade möjligheter att upptäcka risker för våld och att skydda sig mot våld [1]. Det gäller funktionsnedsättningar som nedsatt rörelseförmåga, nedsatt syn och hörsel och psykiska och intellektuella funktionsnedsättningar. Denna särskilda sårbarhet för våld kan förstärkas av kvinnornas beroende av vårdare och andra personer för sin dagliga livsföring. Funktionsnedsättningarna och beroendet av andra kan också göra det svårare för kvinnorna att berätta om våld som de utsätts för och att söka hjälp. Särskild sårbarhet för våld, beroende av andra och våldets osynlighet i samhället har Brottsförebyggande rådet lyft fram som viktiga teman i forskningen om våld mot personer med funktionsnedsättningar [1].

För att utveckla stödet till våldsutsatta kvinnor med funktionsnedsättning har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett utbildningsmaterial, som kan användas i utbildningen av personal i vård, socialtjänst och ideella organisationer (skr. 2007/08:39). Utbildningsmaterialet ska bland annat redovisa vilka metoder för interventioner som finns och har utvärderats. Därför har Socialstyrelsen gjort en systematisk kartläggning och granskning av litteraturen om interventioner på området. Kartläggningen omfattar interventioner för att förebygga eller behandla effekterna av våld riktat mot kvinnor med funktionsnedsättning. I de fall en intervention har utvärderats har det också gjorts en granskning av det vetenskapliga stödet för interventionernas effekter.

Begrepp

Våld i nära relationer

Med våld avses fysiskt, psykiskt, sexuellt, materiellt och ekonomiskt våld [2]. En särskild form av våld som personer med funktionsnedsättning kan utsättas för är så kallat passivt våld, som är avsiktlig underlåtenhet att ge stöd och hjälp [3].

Med nära relationer avses här inte bara parrelationer och relationer i familj och släkt utan även relationer mellan personer som känner varandra och har haft upprepade kontakter. Exempel kan vara relationer mellan dem som bor tillsammans i gruppboenden och relationer mellan vårdgivare och vårdtagare.

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning definieras av Socialstyrelsen som nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga [4]. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en

medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur.

Frågor

Syftet med kartläggningen är att sammanställa och beskriva interventioner för att förebygga eller behandla effekterna av våld riktat mot kvinnor med funktionsnedsättning. Granskningens syfte är att granska tillförlitligheten hos de vetenskapliga resultaten om interventionernas effekter. Därmed ställdes tre frågor:

1. Vilka interventioner finns för att förebygga eller behandla effekterna av våld riktat mot kvinnor med funktionsnedsättning?
2. Vilka utvärderingar finns av sådana interventioner?
3. Vilket vetenskapligt stöd finns för interventionernas effekter?

Metod

Här redovisas metoden för sökningen efter litteratur och granskningen av densamma. Metoden bygger på Higgins och Greens [5] och Mohers [6] metod för genomförande av systematiska kunskapsöversikter. Det innebär krav på transparens och systematik för redovisning av urvals- och granskningsprocessen och för sammanställning av resultaten.

Avgränsningar och urvalskriterier

Typer av studier

Den sökta litteraturen skulle vara av två typer:

1. Beskrivningar av interventioner
2. Utvärderingar av interventioner

Både beskrivningarna och utvärderingarna skulle uppfylla nedan redovisade kriterier för population, problem och typer av interventioner. Utvärderingarna skulle dessutom uppfylla de beskrivna kriterierna för utvärderingsdesign och effektmått. Slutligen gjordes vissa gemensamma begränsningar av litteraturens publiceringsår och språk.

Population och problem

Interventionerna skulle riktas till någon av följande grupper.

1. För förebyggande interventioner skulle populationen vara vuxna kvinnor (18 år och äldre) med funktionsnedsättning. Populationen för behandlande interventioner var sådana kvinnor som i vuxen ålder utsatts för våld i nära relationer. Det innebär att interventioner för kvinnor som utsatts för våld endast i barndomen uteslöts. Som funktionsnedsättning betraktades nedsättning av fysiska, psykiska, intellektuella eller kommunikativa förmågor.
2. Behandlande interventioner kunde även riktas till vuxna förövare av våld i nära relationer till kvinnor med funktionsnedsättning. Förövarna kunde vara män och kvinnor med eller utan egen funktionsnedsättning.

Med våld avsågs fysiskt, psykiskt, sexuellt, materiellt och ekonomiskt våld. Som en särskild form av våld eller misshandel räknades avsiktlig underlåtenhet att ge stöd och hjälp (passivt våld). Våldet skulle också utövas i en nära relation, det vill säga en relation där personerna känner varandra och har träffats många gånger.

Interventioner

Interventionerna skulle syfta till att förebygga våld, få förövarens våld att upphöra eller behandla effekterna av tidigare våld. Till effekter av våld räk-

nades försämrade psykisk hälsa och livskvalitet. Däremot uteslöts behandlingar av fysiska skador.

Utvärderingsdesign

När en publikation redovisade en effektutvärdering, skulle utvärderingen med hjälp av för- och eftermätningar jämföra en grupp som fick en intervention med en kontrollgrupp utan intervention eller en jämförelsegrupp med en annan intervention. Vid randomisering av grupperna krävdes dock inte förmätning av kontroll- eller jämförelsegruppen. Det ställdes inga andra krav på behandlingen av jämförelsegruppen än att den skulle skilja sig från interventionsgruppens. Det krävdes inte heller att individernas fördelning på interventionsgrupp och kontroll- eller jämförelsegrupp skulle vara randomiserad.

Effektmått

Effektmåtten i utvärderingarna skulle avse 1) förekomst av våld, 2) riskfaktorer för att utsättas för våld eller utöva våld, eller 3) effekter av våld, till exempel följder för den psykiska hälsan och livskvaliteten.

Övrigt

Sökningen begränsades till litteratur publicerad från 1985 och framåt. Dessutom begränsades granskningen till litteratur skriven på svenska, danska, norska, engelska och tyska.

Sökning

Databassökningar

Provsökningar gjordes i databaserna PubMed och PsycInfo för att få en bild av litteraturen på området och utforma den slutgiltiga sökstrategin. Detta gjordes av arbetsgruppen, där en informationsspecialist ingick. Därefter genomfördes sökningar i sju databaser: The Campbell Library, PubMed, PsycInfo, Cinahl, ASSIA, SA/SSA och Kvinnsam. Fem databaser genomfördes elektroniskt i maj 2009 med en komplettering i september 2010 (exempel på söktermer ges i bilaga 1). Två mindre databaser genomfördes för hand (The Campbell Library och Kvinnsam).

Övriga sökningar

Nio forskare och experter inom området kontaktades för information om interventioner, publikationer och eventuella pågående studier. Vidare genomfördes referenslistor i alla potentiellt relevanta publikationer, liksom hemsidan för SAMHSA, USA:s Substance abuse and mental health services administration. Slutligen lästes sammanfattningarna av alla artiklar i årgångarna 2009 och 2010 av Journal of Interpersonal Violence, Rehabilitation Psychology och Violence and Victims.

Granskning

Granskning av publikationernas relevans

För att i ett första steg bedöma om de publikationer som hade identifierats i sökningarna uppfyllde urvalskriterierna läste två personer (EE, PAH) var för sig samtliga sammanfattningar (abstrakt). De bedömde fyra procent av sammanfattningarna olika i första omgången, men efter diskussion och förnyad bedömning uppnådde de enighet.

I ett andra steg granskades alla potentiellt relevanta publikationer i fulltext. Denna granskning gjordes också av två personer oberoende av varandra (AE, PAH). Deras bedömningar av publikationernas relevans överensstämde tillfullo. De publikationer som bedömdes som relevanta och inkluderades omfattade dels beskrivningar av interventioner, dels utvärderingar av interventioner.

Granskning av utvärderingarnas tillförlitlighet

De inkluderade utvärderingarna granskades därefter med avseende på vetenskaplig tillförlitlighet och resultat. Även detta gjordes av två personer oberoende av varandra (CE, PAH). Granskningen gjordes med hjälp av en mall som används av Socialstyrelsen för granskning av effektutvärderingar (bilaga 3). Mallen baseras på bland annat Higgins och Green [5] och ska ge underlag för en bedömning av olika aspekter av möjliga hot mot tillförligheten hos en studie och dess effektmått, så kallad bias. Följande typer av bias bedöms: selektionsbias, behandlingsbias, bedömningsbias och bortfallsbias. Därefter görs en samlad bedömning av effektmåttens tillförlitlighet i studien. Låg risk för bias på alla ovan angivna områden innebär att effektmåttet bedöms ha hög tillförlitlighet. Om det finns en oklar risk för bias på ett eller flera områden bedöms tillförlitligheten vara medelgod. Hög risk för bias på något område innebär att effektmåttet har låg tillförlitlighet.

Resultat

Resultat av sökning och granskning av relevans

De elektroniska sökningarna i fem databaser ledde till att 628 unika, eventuellt relevanta publikationer identifierades. Efter läsning av samtliga sammanfattningar (abstracts) exkluderades 580 publikationer, eftersom de inte handlade om interventioner för att förebygga våld, få våld att upphöra eller behandla effekterna av våld riktat mot kvinnor med funktionsnedsättning.

Ytterligare nio publikationer identifierades som eventuellt relevanta genom kontakter med experter och handsökning i översikter, referenslistor, tidskrifter, på hemsidor och i mindre databaser. Sammanlagt bedömdes 57 publikationer som eventuellt relevanta, varav 56 granskades i fulltext (en fanns inte tillgänglig). Av dessa bedömdes åtta publikationer uppfylla kartläggningens urvalskriterier. Skälen för exklusion av de övriga var i huvudsak följande (endast ett skäl per publikation har räknats).

- Annan målgrupp (barn, inte nära relationer) (n=15)
- Varken interventionsbeskrivning eller effektutvärdering (n=15)
- Otillräcklig beskrivning av interventionen (n=7)
- Utvärdering utan för- och eftermätningar eller jämförelsegrupp (n=6)
- Otillräcklig redovisning av resultat i utvärdering (n=5)

Urvals- och granskningsprocessen illustreras grafiskt i figur 1 på nästa sida.

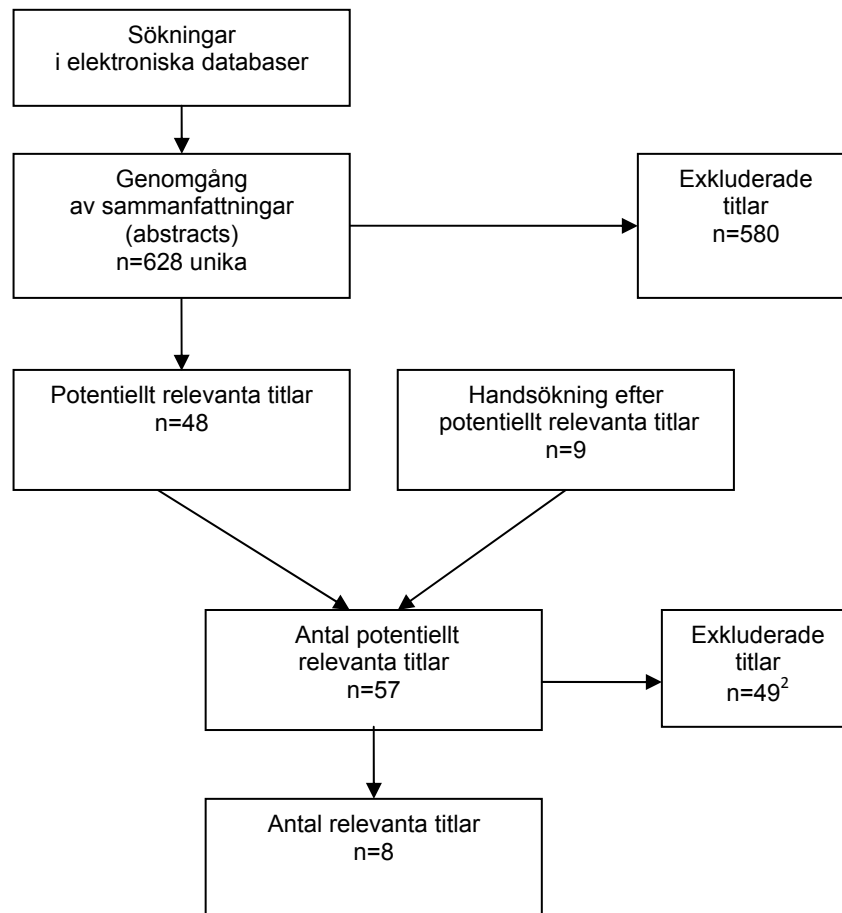
Inkluderade publikationer

De inkluderade publikationerna beskrev sju interventioner. Två av beskrivningarna var manualer. Publikationerna redovisade också två utvärderingar som uppfyllde urvalskriterierna. En publikation innehöll både en interventionsbeskrivning och en utvärdering. De inkluderade publikationerna anges med * i referenslistan.

Resultat av granskning av tillförlitlighet

Granskningen enligt granskningsmallen av de båda inkluderade utvärderingarna ledde till bedömningen att alla effektmått hade låg tillförlitlighet. Resultaten från dessa utvärderingar redovisas därför inte här. Utvärderingarnas kvalitetsbrister anges kortfattat i samband med beskrivningen av interventionerna i nästa kapitel.

Figur 1. Flödesschema¹



¹ Anpassat efter Moher et al [6]

² En artikel fanns inte tillgänglig.

Beskrivning av interventioner

Alla de sju interventionerna utom en har utvecklats i USA. Undantaget kommer från Australien. Interventionerna har olika syften och målgrupper. Fem är förebyggande och två behandlande. De riktar sig till kvinnor med olika typer av funktionsnedsättningar, fysiska, psykiska, intellektuella och kommunikativa. Ingen intervention riktar däremot till förövare av våld. Interventionernas fördelning på förebyggande och behandlande syften och på målgrupper redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Syften och målgrupper för interventioner mot våld riktat mot kvinnor med funktionsnedsättning

Funktionsnedsättningar (målgrupper)	Förebyggande syfte	Behandlande syfte
Flera olika typer	SSP ASAP for women	
Intellektuella	ESCAPE Personal space Living safer sexual lives	
Psykiska		TREM SASSI

Förebyggande interventioner för kvinnor med olika typer av funktionsnedsättningar

Safer and stronger program (SSP)

Safer and stronger program (SSP) är ett dataprogram som presenterades i en artikel 2009 [7] efter att ha utvecklats av Mary Oswald och hennes medarbetare vid flera olika universitet i USA. I väntan på en utvärdering har programmet ännu inte börjat spridas (Oswald, personlig kommunikation).

Målgrupp

SSP har utvecklats för kvinnor med fysiska, intellektuella eller kommunikativa funktionsnedsättningar.

Mål

Programmet ska minska kvinnors utsatthet för våld genom att öka medvetenheten om vad våld och övergrepp är, kunskapen om riskerna, säkerhetstänkandet och kunskapen om möjligheter att få stöd och hjälp. Programmet kan dessutom användas som ett screeninginstrument för att få information om förekomsten av våld och vilka som är utsatta.

Innehåll

SSP innehåller upp till 166 frågor och följdfrågor, interfolierade med korta videofilmer, där kvinnor med olika funktionsnedsättningar berättar bland annat om sina erfarenheter, varningstecken, säkerhetsstrategier och vilken hjälp som finns att få.

Frågorna besvaras i regel med fasta svarsalternativ. De ämnen som frågorna behandlar tas upp i följande ordning:

1. Bakgrundsinformation om ålder, typ av funktionsnedsättning med mera.
2. Medvetenhet om övergrepp. Här ställs bland annat frågor om hur mycket kvinnan har tänkt på sin egen säkerhet och hur mycket hon har funderat på om andra begår övergrepp mot henne.
3. Utsatthet för övergrepp. Frågorna ska ge en bild av vad kvinnan har utsatts för det senaste året. Ett exempel på frågor är: "Har någon under det senaste året vägrat eller glömt att hjälpa dig med viktiga personliga behov som att tvätta dig?".
4. Farliga situationer och varningstecken. Om kvinnan har svarat att hon utsatts för övergrepp ställs följdfrågor om förövaren. Är kvinnan beroende av förövaren för att få vård och omsorg? Är förövaren missbrukare? Om kvinnan inte har utsatts för övergrepp ges i stället information om vad som kan vara tecken på att någon kommer att begå övergrepp.
5. Riskfaktorer. Det innebär att frågor ställs om förhållanden som kan öka risken för att kvinnan utsätts för övergrepp. Exempel: "Är du beroende av endast en person för att få hjälp och har de ingen annan att vända dig till?".
6. Att bli trygg. Syftet med frågorna och informationen här är att öka förmågan att skydda sig själv och att få hjälp av andra. Det ges information om skyddsstrategier, självförsvarstekniker och hjälpinstanser. Till exempel får kvinnan veta hur hon kan välja och ha kontroll över sina personliga assistenter. Det ställs frågor om maktfördelningen i nära relationer, gränssättning och hur kvinnan ställer sig till att avsluta relationer efter kränkningar och våld. Andra frågor gäller hur man skyddar sina ekonomiska tillgångar och om man har vänt sig till polisen och rättssystemet för att få hjälp. Olika säkerhetsåtgärder för att vara beredd på akuta situationer beskrivs också, som att förvara ett extra lager medicin och andra nödvändigheter på en säker plats.
7. Frågor om utsatthet ställs igen. De inledande frågorna om utsatthet det senaste året (punkt 3 ovan) upprepas för att se om programmet har ändrat kvinnans syn på tidigare händelser.
8. Utsatthet under livstiden. Här ställs frågor om utsatthet så långt tillbaka i tiden som kvinnan kan minnas.
9. Hinder mot att berätta. De som har utsatts för våld får frågor om vad som har försvårat, hindrat eller omvänt underlättat för dem att berätta för andra om vad de har varit med om.
10. Utvärdering. Slutligen ställs frågor om vad kvinnan tycker om det program hon håller på att avsluta.

Form

De inledande frågorna om ålder och liknande besvaras tillsammans med en instruktör, som visar hur programmet fungerar. Därefter besvarar kvinnan frågorna själv men med instruktören tillgänglig för stöd och hjälp. Det finns inget hinder för att besvara frågorna anonymt. Kvinnor med nedsatt syn kan använda programmet med hjälp av tekniska hjälpmedel.

Effektutvärdering

En effektutvärdering av Safer and stronger program i form av en randomiserad, kontrollerad studie har publicerats, men den redovisas inte här på grund av låg tillförlitlighet. Effektmåttens validitet hade inte undersökts och analyserna tog inte hänsyn till bortfallet, som var betydligt större i interventionsgruppen än kontrollgruppen [8]. Ytterligare en randomiserad, kontrollerad studie höll på att genomföras vid tiden för arbetet med denna rapport (Oswald, personlig kommunikation).

A safety awareness program for women with disabilities (ASAP for women)

A safety awareness program for women with disabilities (ASAP for women) [9] är ett program för gruppverksamhet. ASAP for women var under utveckling när denna rapport skrevs och har därför bara fått begränsad användning. Utvecklingsarbetet utfördes av Rosemary B Hughes vid University of Montana i USA och hennes medarbetare. Hughes hade också deltagit i utvecklingen av Safer and stronger program.

Målgrupp

Målgruppen för ASAP for women är kvinnor med fysiska, psykiska, intellektuella och kommunikativa funktionsnedsättningar.

Mål

Målet är att kvinnornas säkerhet ska öka genom att deras kunskaper om säkerhetsåtgärder och deras besluts- och handlingsförmåga ökar, liksom att deras sociala relationer och sociala stöd stärks.

Innehåll

Genom samtal i grupp ska deltagarna hitta lösningar på sina problem och kunna fatta bättre personliga beslut. Varje session ska leda fram till en handlingsplan för den kommande veckan för varje deltagare, och följande gång ska deltagarna berätta om framgångar och motgångar i genomförandet av planen. De ska lära av och känna stöd av varandra, och de erbjuds att ingå i ett system för kamratstöd (buddy system). Avslutningen av varje session innehåller också en avslappningsövning. De åtta sessionerna har bland annat följande innehåll.

1. Introduktion, handlingsplanering, kamratstöd, att ta plats och sätta gränser, övning i att lyssna på andra
2. Sunda relationer, introduktion till avslappningsövningar

3. Definition av övergrepp (abuse), olika typer av övergrepp, tecken på övergrepp, makt och kontroll, att söka hjälp
4. Övergrepp och funktionsnedsättning, trauman, att bemästra problem, socialt stöd och sociala nätverk
5. Våldscykel, varningstecken, en modell för att säga nej, gå iväg och berätta för andra, säkerhetsåtgärder mot personliga assistenter
6. Säkerhet och säkerhetsplanering
7. Sexualitet, sexuella rättigheter
8. Rättighetsförklaring för människor med funktionsnedsättning, översikt av ASAP for women, avslutning

Form

Programmet omfattar åtta gruppsessioner á 2,5 timmar. Under utvecklingen av programmet hade gruppledarna tillgång till en preliminär manual med instruktioner för varje session. Deltagarna försågs med en handbok, som även anpassades för dem med nedsatt syn. Gruppledarna var personal med kunskaper om funktionsnedsättningar.

Effektutvärderingar

Resultaten av en randomiserad kontrollerad studie av ASAP for women var under bearbetning när denna rapport skrevs (Susan Robinson-Whelen, personlig kommunikation). Den föregicks av en pilotstudie [9], som inte redovisas här, eftersom den endast hade sju deltagare och saknade kontrollgrupp.

Förebyggande interventioner för kvinnor med utvecklingsstörning

An effective strategy-based curriculum for abuse prevention and empowerment (ESCAPE)

Utbildningsprogrammet An effective strategy-based curriculum for abuse prevention and empowerment (ESCAPE) utvecklades av Ishita Khemka, Linda Hickson och Gillian Reynolds i New York i början av 2000-talet [10]. Det har inte gått att få information om i vilken utsträckning programmet har kommit till användning.

Målgrupp

Programmet är utformat för kvinnor med utvecklingsstörning.

Mål

Målet med ESCAPE är att kvinnorna ska använda mer effektiva beslutsstrategier än tidigare för att skydda sig mot sexuella, fysiska och verbala övergrepp. Detta gäller i synnerhet övergrepp begångna av närstående personer, som en partner, familjemedlemmar, vänner och bekanta.

Innehåll

ESCAPE är uppdelat i tre delar. Del 1 ska ge kunskap om bland annat vad som utmärker respektfulla relationer och olika typer av övergrepp, känslor som uppstår i dessa situationer, individuella rättigheter, självbestämmande och metoder för att stoppa och anmäla övergrepp. I del 2 behandlas stegen i en beslutsprocess, som omfattar identifiering av personliga mål, problem, alternativa handlingsvägar och deras konsekvenser samt slutligen att fatta beslut. I del 3 tillämpas de inhämtade kunskaperna i övningar och diskussioner där deltagarna också använder egna personliga erfarenheter.

Form

Programmet består av tolv lektioner (del 1 och 2) och sex sessioner i en grupp på cirka tre kvinnor (del 3) som hålls en till två gånger i veckan. Varje tillfälle omfattar 40-50 minuter.

Effektutvärdering

En utvärdering utförd av gruppen som utvecklade ESCAPE publicerades 2005 [10]. De använde dock egenkonstruerade mätinstrument utan känd validitet. Det saknas också tillräcklig information om jämförbarheten mellan interventions- och kontrollgrupperna. Tillförlitligheten hos studiens resultat för effektmåten bedöms därför som låg, vilket gör att resultaten inte redovisas här.

The personal space program

The personal space program utvecklades i Maryland, USA, kring millennieskiftet av en frivilligorganisation, som heter The Arc of Maryland. Programmens manual finns tillgänglig på internet [11]. Det har inte gått att få information om i vilken utsträckning programmet används.

Målgrupp

Målgruppen är kvinnor med utvecklingsstörning. Om de nyligen har utsatts för övergrepp när de börjar i programmet måste de också ha fått någon form av behandling för övergreppen.

Mål

Målet är att kvinnorna ska öka sin förmåga att skydda sig själva mot olika former av våld, bland annat sexuella övergrepp och trakasserier.

Innehåll

Deltagarna tränas i att bedöma och reagera på en lång rad interpersonella situationer eller relationer. Man analyserar om människors önskemål är samstämmiga eller motstridiga och lär sig olika sätt att motsätta sig önskemål som man inte delar. Exempel på detta är att säga nej, att gå iväg och att berätta för någon annan vad som har inträffat. Situationerna gestaltas i bilder och rollspel, och diskuteras i grupp.

Form

Maximal gruppstorlek är tio kvinnor med fyra ledare. Minst en av ledarna ska vara en kvinna med utvecklingsstörning. Åtta gruppsessioner à två timmar hålls en eller två gånger i veckan.

Effektutvärderingar

Det saknas information om effektutvärderingar av Personal space.

Living safer sexual lives

Living safer sexual lives är namnet på ett forskningsprojekt som startades för cirka tio år sedan vid universitetet La Trobe i Melbourne, Australien [12]. I djupintervjuer berättade utvecklingsstörda om sin sexualitet och sina sexuella relationer. En slutsats var att omgivningens negativa attityder och bristande acceptans av utvecklingsstördas sexualitet gjorde dem sårbara för sexuella övergrepp, som en del också hade utsatts för. I forskningsprojektet har utvecklats en modell för gruppaktiviteter (workshops). Modellen har under senare år använts i två av Australiens sex delstater, och en manual var när denna rapport skrevs under arbete (Patsie Frawley, personlig kommunikation).

Målgrupp

Gruppaktiviteterna är tänkta för olika grupper som inte blandas: kvinnor med utvecklingsstörning, män med utvecklingsstörning, deras familjer och personal som arbetar med dem.

Mål

Målet är att personer med utvecklingsstörning ska känna sig fria att utveckla tillfredsställande sexuella relationer och därmed bli mindre utsatta för sexuella övergrepp och riskfylld sex (living safer sexual lives).

Innehåll

Modellen har ett likartat innehåll för de olika målgrupperna. Innehållet består av två moduler, varav den ena handlar om värderingar och attityder till sexualitet och relationer och den andra om vad som i en rapport från projektet kallas att ha rättigheter och att vara säker. Man börjar med att ta del av livshistorier från djupintervjuer som förmedlas genom högläsning eller videofilmer, där berättelserna gestaltas av skådespelare. Sedan följer diskussioner, där deltagarna fritt får ge uttryck för sina tankar om sexualitet och relationer utan att behöva referera direkt till personliga erfarenheter. Ledarna ska undvika att ge direkta råd om, som det uttrycks, "vad man ska göra".

Form

Upp till 15 kvinnor träffas fyra gånger och två timmar varje gång. Det kan ske en gång i veckan eller med det intervall som önskas. Grupperna leds av kvinnor som själva har utvecklingsstörning tillsammans med personer som har erfarenhet av arbete kring sexualitet och relationer eller arbete med personer med utvecklingsstörning.

Effektutvärderingar

Någon utvärdering av effekterna av Living safer sexual lives för deltagarna har inte gjorts. Däremot pågick det när denna rapport skrevs en studie av effekterna för de ledare som själva har utvecklingsstörning (Patsie Frawley, personlig kommunikation).

Behandling av våldsutsatta kvinnor med psykisk funktionsnedsättning

The trauma recovery and empowerment model (TREM)

The trauma recovery and empowerment model (TREM) utvecklades på 1990-talet av Maxine Harris och Roger Fallot i Washington DC [13]. Enligt Fallot har programmet fått vidsträckt spridning i USA (personlig kommunikation).

Målgrupp

Målgruppen är kvinnor som har någon form av psykisk störning, eventuellt i kombination med missbruk, och som har utsatts för fysisk misshandel och/eller sexuella övergrepp i barndomen och/eller vuxen ålder (vanligen i både barndom och vuxen ålder). Manualen till The trauma recovery and empowerment model (TREM) ger särskilda anvisningar för hur det ska användas för kvinnor med det som i manualen kallas serious mental illness och chronic mental illness och kan översättas med allvarlig psykisk störning.

Mål

Målet med TREM är att motverka varaktiga kognitiva, känslomässiga och interpersonella konsekvenser av fysisk misshandel och sexuella övergrepp.

Innehåll

Behandlingen består av gruppssessioner med diskussioner och övningar som ska utveckla elva förmågor:

1. Förmåga att känna igen egna kroppsliga tillstånd och egen motivation och att förmedla detta till andra
2. Förmåga att känna igen, undvika och klara av hotande situationer
3. Förmåga att dämpa känslor av olycka, oro och smärta
4. Förmåga att kontrollera intensitet hos och uttryck för emotionella tillstånd
5. Förmåga att se till bådars behovstillfredsställelse i relationer
6. Förmåga att använda adekvata beteckningar för eget och andras beteende
7. Förmåga att se sig själv som den primära källan till handling och initiativ
8. En kombination av kognitiva, emotionella och sociala förmågor för att hantera personliga och interpersonella situationer
9. Förmåga att svara på barns behov

10. Förmåga att se sina handlingar i ett större meningssammanhang
11. Förmåga att dra rimliga slutsatser av tankar, känslor och information och att fatta ändamålsenliga beslut.

Form

Åtta till tio kvinnor träffas med ledare 75 minuter i veckan under nio månader.

Effektutvärderingar

TREM har utvärderats för kvinnor med missbruk och posttraumatiskt stressyndrom [14] men inte för kvinnor med psykisk funktionsnedsättning.

The SASSI approach

The SASSI approach formulerades i en doktorsavhandling [15] framlagd av Terri Maxymillian vid California school of professional psychology i Alameda 1998. SASSI står för stabilization, assessment, safety, structure och internalization. I avhandlingen presenterades också en fallstudie som illustrerar metoden. Det har inte gått att komma i kontakt med Terri Maxymillian, och det är därför okänt hur mycket metoden har tillämpats i övrigt.

Målgrupp

Kvinnor som har allvarlig, flerårig psykisk störning, i form av psykos, depression eller borderlinepersonlighet, och som har utsatts för fysiskt våld av en manlig partner.

Mål

Målet är att våldet ska upphöra och de psykiska symtomen minska.

Innehåll

Metoden är en psykoterapi som genomlöper fem faser, som måste följa i en föreskriven ordning. Det går att backa i ordningsföljden för att sedan gå framåt igen, men ingen fas får hoppas över. Faserna är de följande;

1. Stabilisering: Kvinnan skiljs från våldsutövaren och får vård för fysiska skador. Hennes psykiska symtom dämpas genom mediciner och eventuell inläggning.
2. Bedömning och artikulering: Kvinnan läkarundersöks och genomgår en psykologbedömning. Hennes historia kartläggs genom samtal med henne och andra och genom journalstudier. Hon ska få tillfälle att ostörd berätta om sitt liv som hon själv vill och därmed känna tillit till terapeuten.
3. Säkerhet och stöd: En plan görs upp för hur kvinnan ska sätta sig i säkerhet om hon hotas. Hon får hjälp i kontakterna med polis, socialtjänst och andra. Frågor om beroende, makt och kontroll diskuteras med början i kvinnans relation till terapeuten. Partnervåldets cykliska karaktär med stigande spänning, utlösning i våld och en smekmånadsfas analyseras. Avslappningsövningar, meditation el-

ler andra tekniker används för att kvinnan ska utveckla en känsla av kontroll över sina egna känslor.

4. Struktur: I kontrast till den oförutsägbarhet kvinnan tidigare har levt i ska hon erbjudas struktur genom fasta tider och procedurer för terapin och genom hjälp att organisera sin vardag i övrigt.
5. Internalisering: I denna sista fas ska kvinnan enligt Maxymillian hjälpas ”att internalisera de begrepp som har bearbetats under terapin: självkänsla, egen förmåga, säkerhet och makt över den egna tillvaron”. Här kan en teknik för stegvis måluppfyllelse användas. Kvinnan uppmanas att sätta upp mål, först ett långsiktigt, som att skaffa sig en utbildning, och sedan flera kortsiktiga, som att säga nej till en begäran eller att boka tid på en mottagning. Därefter identifierar kvinnan och terapeuten tillsammans alla stegen på väg till målet.

Form

Terapin ges individuellt med möjligt undantag av den sista fasen, där grupp-terapi kan bli aktuellt. Det kan äga rum i antingen öppen eller sluten vård. Maxymillian anger att terapin ska ges en eller flera gånger i veckan men inte under hur lång tid.

Effektutvärderingar

Det saknas information om effektutvärderingar av SASSI.

Diskussion

Kartläggningen och granskningen utgick från tillgänglig litteratur om interventioner mot våld riktat mot kvinnor med funktionsnedsättning. Sju interventioner identifierades. Fem har till syfte att förebygga våld och två att behandla psykosociala effekter av våld. Med ett undantag riktar alla interventioner sig mot såväl fysiskt, psykiskt som sexuellt våld. En intervention är specifikt inriktad på att förebygga sexuellt våld.

Interventionerna är utvecklade för kvinnor med olika typer av funktionsnedsättningar, såsom fysiska, psykiska, intellektuella och kommunikativa. De behandlande interventionerna riktar sig dock bara till kvinnor med psykiska funktionsnedsättningar. Det är möjligt att det finns behov av behandlande interventioner även för andra grupper, till exempel kvinnor med utvecklingsstörning.

Interventioner särskilt utformade för förövare av våld mot kvinnor med funktionsnedsättning kunde inte heller påträffas. Sådana interventioner behövs bara om detta är en grupp med särskilda egenskaper, som gör att andra interventioner för förövare inte fungerar.

Interventionernas innehåll är ganska likartat. De flesta är inriktade på utveckling av kunskaper och färdigheter. Det gäller också de behandlande interventionerna. Kvinnorna ska få kunskaper om våld och övergrepp, lära sig att se det och upptäcka varningstecken, veta hur de ska skydda sig och söka hjälp, lära sig att känna igen reaktioner på hot och våld och att hantera dem. Flera interventioner har dessutom ett uttalat syfte att stärka självkänsla och handlingskraft (s.k. empowerment). Interventionernas former varierar mellan egenaktivitet, individuella samtal och gruppverksamheter, och de har olika utsträckning i tiden.

Nästan alla interventioner har samma nationella ursprung. Sex interventioner kommer från USA och en från Australien.

De två förebyggande interventionerna för kvinnor med flera olika typer av funktionsnedsättningar – Safer and stronger program (SSP) och A safety awareness program for women with disabilities (ASAP for women) – var vid tiden för kartläggningen under utveckling och hade ännu inte fått någon större spridning. De har delvis utvecklats av samma personer och skulle kunna ses som komplementära. SSP är ett dataprogram för individuell användning och ASAP en gruppverksamhet. Det är tänkbart att de fungerar bra i kombination – och en fråga för fortsatt forskning.

Interventionen för att förebygga sexuellt våld mot kvinnor med utvecklingsstörning, Living safer sexual lives, används på flera håll i Australien. Däremot saknas det information om användningen av de andra två förebyggande interventionerna för kvinnor med utvecklingsstörning, An effective strategy-based curriculum for abuse prevention and empowerment (ESCAPE) och Personal space.

Det finns uppgifter om att den ena behandlingen för våldsutsatta kvinnor med psykisk funktionsnedsättning, The trauma recovery and empowerment

model (TREM), har fått bred spridning i USA. Den andra metoden, SASSI, saknas det återigen information om.

Tre utvärderingar av interventionernas effekter för kvinnor med funktionsnedsättning fanns tillgängliga när kartläggningen gjordes. De gällde SSP, ASAP och ESCAPE. Utvärderingen av ASAP var en pilotstudie som inte uppfyllde urvalskriterierna för kartläggningen genom att sakna jämförelse- eller kontrollgrupp. De andra två utvärderingarna befanns efter granskning inte kunna lämna tillförlitliga resultat om interventionernas effekter. Bristerna gällde mätinstrumentens validitet, interventions- och kontrollgruppernas jämförbarhet och bortfallets storlek och behandling i analysen.

Detta innebär att det saknas tillförlitliga utvärderingar av interventioner mot våld riktat mot kvinnor med funktionsnedsättning. Det kan därför inte uteslutas att de har positiva effekter, att de har skadliga effekter eller att de inte har några effekter alls.

Det innebär också att det finns ett stort behov av utvärderingar. Det är värdefullt att ytterligare två utvärderingar var under arbete när rapporten skrevs. Den ena gällde SSP och den andra ASAP, och båda var randomiserat kontrollerade studier, men behovet av utvärderingar är betydligt större än så.

I Sverige är insatserna mot våld riktat mot kvinnor med funktionsnedsättning begränsade. Socialstyrelsens tillsyn har visat på brister i många kommuner [16]. Det väcker frågan om de interventioner som har redovisats här bör införas i svenska verksamheter.

Våldet mot kvinnor med funktionsnedsättning har förmodligen till stor del samma karaktär i Sverige som i USA och Australien. Interventionernas mål ses som önskvärda också i det svenska samhället. Interventionernas innehåll förefaller också till stor del att vara möjligt att anpassa till svenska förhållanden. Däremot finns det inga vetenskapliga belägg för att interventionerna har positiva effekter.

Även om positiva effekter hade kunnat påvisas i USA eller Australien, är det inte heller säkert att samma effekter skulle visa sig i Sverige. Kanske lever många kvinnor med funktionsnedsättning i en tryggare situation i det svenska samhället med dess välfärdssystem än i det amerikanska. Det kan göra det lättare att berätta om våld och söka hjälp här, och därför kan interventionerna ha en annan verkan under svenska förhållanden än amerikanska. Om interventionerna implementeras i Sverige, är det viktigt att resultaten följs upp och utvärderas.

Vid sidan om själva interventionerna finns det annat som det kan gå att dra lärdom av. Manualen för TREM identifierar en mycket utsatt grupp kvinnor, som förutom allvarliga psykiska problem ofta också har missbruksproblem, och som förutom våld i vuxen ålder ofta också har utsatts för våld som barn. Manualen ger också exempel på hur interventioner kan beskrivas så att de kan tillämpas av andra än dem som har utvecklat dem.

Sammanfattningsvis har ett begränsat antal interventioner mot våld riktat mot kvinnor med funktionsnedsättning kunnat identifieras. Det finns exempelvis inga särskilda interventioner för förövare av sådant våld och inga behandlande interventioner för kvinnor med utvecklingsstörning. Om det finns behov av sådana interventioner har inte undersökts här. Det finns inte

heller några tillförlitliga studier av de identifierade interventionernas effekter, men två randomiserat kontrollerade studier var under arbete när denna rapport skrevs. Möjligheterna kvarstår därför än så länge att interventionerna har positiva effekter, skadliga effekter eller inga effekter alls. Vid sidan om bristen på evidens gör de sociala skillnaderna mellan Sverige och USA respektive Australien det svårt att veta hur interventionerna skulle fungera under svenska förhållanden.

Referenser

Inkluderade publikationer är markerade med *.

1. SOU 2006:65 Att ta ansvar för sina insatser. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. Betänkande av utredningen om socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. Stockholm: Fritzes, 2006
2. Brå, Våld mot personer med funktionshinder, Rapport 2007:26
3. Nationellt råd för kvinnofrid: När man slår mot det som gör ont. Våld mot kvinnor med funktionshinder, 2001
4. Socialstyrelsens termbank. www.socialstyrelsen.se
5. Higgins JPT, Green S (eds): Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.0.0 (updated February 2008). The Cochrane Collaboration, 2008
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The Prisma Group: Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The prisma statement. Annals of Internal Medicine, 2009, vol. 151, 264-269
7. * Oschwald M, Renker P, Hughes RB, Arthur A, Powers LE, Curry MA: Development of an accessible audio computer-assisted self-interview (A-CASI) to screen for abuse and provide safety strategies for women with disabilities. Journal of Interpersonal Violence, 2009, vol. 24 (5), 795-818
8. * Robinson-Whelen S, Hughes RB, Powers LE, Oschwald M, Renker P, Swank PR, Curry MA: Efficacy of a computerized abuse and safety assessment intervention for women with disabilities: a randomized controlled trial. Rehabilitation psychology, 2010, vol. 55 (2), 97-107
9. * Hughes RB, Robinson-Whelen S, Pepper AC, Gabrielli J, Lund Em, Legerski J et al: Development of a safety awareness group intervention for women with disabilities: a pilot study. Rehabilitation psychology, 2010, vol. 55 (3), 263-271
10. * Khemka I, Hickson L, Reynolds G: Evaluation of a decision-making curriculum designed to empower women with mental retardation to resist abuse, American journal on mental retardation, 2005, vol. 110 (3), 193-204.
11. * Personal safety planning awareness choice empowerment. A violence prevention program for women. www.thearcmd.org/files/Final.PDF
12. * Johnson K, Hillier L, Harrison L, Frawley P: Living safer sexual lives. Final report. Australian research centre in sex, health and society, La Trobe University, 2001, www.latrobe.edu.au/arcs/hs/assets/downloads/.../intel_disab.pdf
13. * Harris M, Trauma recovery and empowerment: a clinician's guide for working with women in groups, NY: The Free Press, 1998

14. Amaro H, Dai J, Arévalo S, Acevedo A, Matsumoto A, Nieves et al: Effects of integrated trauma treatment on outcomes in a racially/ethnically diverse sample of women in urban community-based substance abuse treatment. *Journal of urban health: bulletin of the New York academy of medicine*, 2007, vol. 84, nr 4, 508-522
15. * Maxymillian T, Treating battered women with concomitant mental illness: the SASSI approach. A clinical dissertation, The California School of Professional Psychology, Alameda, 1998
16. Socialstyrelsen: Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld – Alla kommuners ansvar. Slutrapport från en nationell tillsyn. 2009. www.socialstyrelsen.se

Bilaga 1: Sökningar

Litteratursökningar gjordes i fem elektroniska databaser. Här ges exempel på söktermer som användes vid sökningen i databasen PsycInfo.

PsycInfo (EBSCO) 2010-09-02 Våldutsatta kvinnor med funktionsnedsättning Sökning gjord vid Socialstyrelsens bibliotek av Ann Kristine Jonsson i samarbete med Per Arne Håkansson			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
1.	DE	DE "Disabilities" or DE "Developmental Disabilities" OR DE "Learning Disabilities" OR DE "Multiple Disabilities" OR DE "Deaf Blind" OR DE "Mental Retardation" OR DE "Borderline Mental Retardation" OR DE "Downs Syndrome" OR DE "Home Reared Mentally Retarded" OR DE "Institutionalized Mentally Retarded" OR DE "Mild Mental Retardation" OR DE "Moderate Mental Retardation" OR DE "Profound Mental Retardation" OR DE "Psychosocial Mental Retardation" OR DE "Severe Mental Retardation" OR DE "Mental Disorders" OR DE "Affective Disorders" OR DE "Anxiety Disorders" OR DE "Autism" OR DE "Chronic Mental Illness" OR DE "Factitious Disorders" OR DE "Neurosis" OR DE "Pervasive Developmental Disorders" OR DE "Pseudodementia" OR DE "Psychosis" OR DE "Schizoaffective Disorder"	165552
2.	FT/TI, AB	TI (communication disorder* OR developmental disability* OR disabled OR disability* OR disabled individual* OR disabled women OR disabled person* OR disabled elders OR intellectual disability* OR intellectual retard* OR mentally disabled OR mentally ill OR mental retard* OR physically disabled OR physical disability* OR physically impaired OR physical impairment*) or AB (communication disorder* OR developmental disability* OR disabled OR disability* OR disabled individual* OR disabled women OR disabled person* OR disabled elders OR intellectual disability* OR intellectual retard* OR mentally disabled OR mentally ill OR mental retard* OR physically disabled OR physical disability* OR physically impaired OR physical impairment*)	92224
3.		1 or 2	208793
4.	FT/TI, AB	TI (woman or women or female or females) or AB (woman or women or female or females)	342351
5.		3 and 4	20632
6.	DE	DE "Partner Abuse" OR DE "Intimate Partner Violence" or DE "Battered Females" or DE "Domestic Violence" or DE "Intimate Partner Violence" or DE "Physical Abuse" or DE "Violence" or DE "Sexual Abuse"	42207
7.	FT/TI, AB	TI (abused females OR abused wives OR abused women OR batterer OR batterer's OR batterers OR batterers' OR battered females OR battered wife* OR conjugal violence OR domestic abuse OR domestic violence OR exposure to violence OR female abuse OR family violence OR gender violence OR interpersonal violence OR marital violence OR maltreatment OR neglect OR offenders OR partner abuse OR partner violence OR physical assault OR spousal violence OR spouse violence OR wife abuse	75114

		OR wife battering OR wife beating OR violence against women OR violent relationships OR woman abuse OR violence exposure OR violent men OR violence or victimization) or AB (abused females OR abused wives OR abused women OR batterer OR batterer's OR batterers OR batterers' OR battered females OR battered wife* OR conjugal violence OR domestic abuse OR domestic violence OR exposure to violence OR female abuse OR family violence OR gender violence OR interpersonal violence OR marital violence OR maltreatment OR neglect OR offenders OR partner abuse OR partner violence OR physical assault OR spousal violence OR spouse violence OR wife abuse OR wife battering OR wife beating OR violence against women OR violent relationships OR woman abuse OR violence exposure OR violent men OR violence or victimization)	
8.		6 or 7	88050
9.		5 and 8	1210
10.		Limiters - Published Date from: 20090501-	91
11.	FT/TI, AB	TI (intervention* or prevention or risk reduction or education or treatment or program or programs or therapy or therapeutics or shelter or shelters or training or counselling) or AB (intervention* or prevention or risk reduction or education or treatment or program or programs or therapy or therapeutics or shelter or shelters or training or counselling)	889628
12.		10 and 11	50

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

Bilaga 2: Granskningsmall

Insats (namnge)

Sammanfattning (c:a 100 ord)

Allmänt

1. Fullständig referens:

Målgrupp och överförbarhet

2. Vilka personer är målgrupp för insatsen?
3. Är populationen i studien överrensstämmande med den tänkta målpopulationen?
4. Hur många personer ingick i studien (redovisa n separat för grupperna)?
5. Hur många enheter ingick i utvärderingen av insatsen (ex individer, kommuner, skolklasser etc.)?
6. Utgör insatsen en modell eller en verksamhetsutvärdering¹?

Insatsen

7. Vilka problem syftar insatsen till att hantera?
8. Vilka är insatsens mål (kortsiktigt, långsiktigt, förbättring, dämpad försämring)?
9. Vilka komponenter innehåller insatsen och hur genomförs den?
10. Om insatsen baseras på en manualbaserad metod, finns det avvikelser (rapporterade eller kända) mellan den ursprungliga insatsen och den aktuella utvärderingen?
11. Hur länge (veckor) och med vilken intensitet (timmar per vecka) pågår insatsen?
12. Hur beaktas behandlingstroheten (ex genom manualer, checklistor, utbildning, support mm)?
13. Hur har metoden utvecklats (teoretisk bas, risk- och skyddsfaktorer (kortfattat))?

Utvärderingen

14. Vilken typ av kontrollgrupp (design) har använts (ex RCT, kvasiexperimentell)?
15. Vad bestod kontrollgruppen av (ex placebo, väntelista, bästa kända behandling, TAU²)?
16. Lista relevanta utfallsmått som var inkluderade i studien

17. Mäter utfallsmåtten insatsens viktigaste mål (primära och sekundära utfallsmått)?
18. Finns relevanta inkluderade utfallsmått rapporterade i resultatet (reporting bias)?
19. Rapporteras beräkning av statistisk styrka för att kunna identifiera och statistiskt säkerställa små effekter?

Allmän information

20. Måste man genomgå någon specifik utbildning för att kunna använda metoden/ genomföra insatsen?
21. Ange kontaktpersoner och/eller företrädare för metoden (om relevant):
22. Finns potentiella risker eller skadliga effekter av insatsen rapporterade (om ja, vilka)?

Resultat

- Rapporteras för de utfallsmått som rapporterats tidigare, fråga nr 16. Redovisa också för varje utfallsmått effektstorlek (ex Hedges g , Cohen's d , OR, RR) samt range, KI och om effekten var statistiskt säkerställd/signifikant).
23. Rapporterat resultat direkt efter insatsens genomförande:
 24. Rapporterat resultat vid uppföljning av insatsen (ange uppföljningstid):

Bedömning av studiens vetenskapliga tillförlitlighet

Bias bedöms för olika områden och för respektive effektmått³. **Låg risk** för bias innebär att möjlig bias sannolikt inte inverkar så att resultatet skulle förändras. **Osäker risk** för bias innebär att möjlig bias inverkar så att det kan finnas tveksamhet avseende resultatets tillförlitlighet och **Hög risk** för bias innebär att antaglig bias inverkar så att det är svårt att lita på resultatets tillförlitlighet.

Selektions bias (selection bias)

25. Var indelningen till olika grupper slumpmässig?
26. Hur genomfördes randomiseringen (ex slumpgenerator)?
27. Hur genomfördes indelningen till grupperna (allocation concealment)?
28. Förekom matchning av grupperna?
29. Finns tillräcklig baslinjeinformation för att säkerställa att grupperna var lika avseende viktiga bakgrundsvariabler (om nej; beskriv vad som saknas)?
30. Var grupperna lika vid interventionens start? Om inte, har man statistiskt försökt kontrollera för skillnaderna?
31. Råder låg, oklar eller hög risk för selektionsbias?

Behandlingsbias (performance bias)

32. För vilka har grupptillhörigheten varit dold (ex deltagare, personer som samlade in data, forskare)?

33. Behandlades grupperna lika i alla avseenden utom vad gäller insatsen?

34. Har grad av behandlingstrohet/adherence uppmätts? (för respektive grupp)?

35. Råder låg, oklar eller hög risk för behandlingsbias (om skillnad mellan effektmått sker redovisning per effektmått)?

Bedömningsbias (detection bias)

36. Finns det skillnader mellan grupperna i hur utfallsmåtten har mätts (dokumenterats)?

37. För vilka har grupptillhörigheten varit dold (ex deltagare, personer som samlade in data, forskare, samma fråga som tidigare, nr 32, också relevant för bedömningsbias)?

38. Är utfallsmåtten objektivt mätta? (ex ej endast självrapportering om andra data hade varit relevant att samla in)?

39. Är de instrument som används utvärderade (och valida och reliabla)?

40. Är det låg, oklar eller hög risk för bedömningsbias (redovisa per effektmått)?

Bortfallsbias (attrition bias)

41. Följdes alla personer upp, om inte, hur stort var bortfallet (redovisa per grupp)?

42. Har hänsyn tagits till bortfall i analyser (enligt intention to treat, beskriv)?

43. Råder låg, oklar eller hög risk för bortfallsbias (om skillnad mellan effektmått sker redovisning per effektmått)?

Sammanfattande bedömning av resultatens tillförlitlighet redovisas per effektmått:

- Låg risk för bias innebär att möjlig bias sannolikt inte inverkar så att resultatet skulle förändras. Det är låg risk för bias för alla områden.
- Osäker risk för bias innebär att möjlig bias inverkar så att det kan finnas tveksamhet avseende resultatets tillförlitlighet. Det råder en oklar risk för bias inom ett eller fler områden.
- Hög risk för bias innebär att antaglig bias inverkar så att det är svårt att lita på resultatets tillförlitlighet Hög risk för bias inom ett eller fler områden.

Granskare och datum:

-
- 1) Verksamhetsutvärdering är ett mått på hur bra en insats fungerar under ”verkliga” förhållanden, modellutvärdering är ett mått på hur bra en insats fungerar under idealiska forskningsförhållanden (se t ex Flay et al, 2005).
 - 2) TAU= treatment as usual
 - 3) Områdena är; selection, performance, attrition, och detection. Från; Higgins JPT, Altman DG (editors). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.0.0 (updated February 2008). The Cochrane Collaboration, 2008.