

Behandling av män som utövar våld i nära relationer – en utvärdering

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

ISBN 978-91-86585-40-2
Artikelnr 2010-6-34

Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2010
Foto www.benfoto.se

Förord

På senare år har socialtjänsten, kriminalvården och ideella organisationer utvecklat insatser för män som utövar våld i nära relationer. Enligt regeringen har socialtjänsten ansvaret för att ta ett helhetsgrepp om våldet i nära relationer och se till att alla i familjen får den hjälp och det stöd som de behöver (prop. 2006/07:38 s. 25). Socialstyrelsen har också gett ut allmänna råd (SOSFS 2009:22) som förtydligar socialnämndens ansvar för att ge stöd och hjälp till våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld. De allmänna råden anger att nämnden bör ge föräldrar och andra närstående råd och stöd utifrån behoven hos de barn som har bevittnat våld. Nämnden ansvarar för att sådana insatser håller god kvalitet enligt 3 kap. 3 § SoL, oavsett vem som utför dem.

År 2007 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att utvärdera effekterna av socialtjänstanknutna metoder och arbetssätt för män som utövar våld i nära relationer. Arbetet redovisas i denna rapport.

Åtta olika verksamheter har ingått i utvärderingen. Socialstyrelsen vill tacka dem för deras engagemang och arbetsinsatser. Ett särskilt tack riktas till de män och kvinnor som generöst har försett utvärderingen med uppgifter och erfarenheter.

Arbetsgruppen har bestått av *Christina Ericson*, *Annika Eriksson* (projektledare 2007–2009), *Per Arne Håkansson* (projektledare 2010) och *Siv Nyström*, alla Socialstyrelsen, samt *Susanne Boethius* på Sociologiska institutionen, Lunds universitet, och *Anette Gustafsson* på Institutionen för teknik och samhälle, Högskolan i Skövde. *Bassam El-Khoury*, Socialstyrelsen, har hjälpt till med vissa statistiska analyser. Samråd har skett med Nationellt Centrum för Kvinnofrid, och arbetet har fortlöpande presenterats för en referensgrupp för kvinnofridsfrågor som finns vid Socialstyrelsen. Värdefulla synpunkter har också lämnats av *Cecilia Andrée Löfholm*, *Catrine Kaunitz*, *Kerstin Söderholm Carpelan* och *Anders Tengström*.

Utvärderingen har etikprövats och godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>1. Bakgrund, uppdrag och frågor</i>	8
Uppdraget	8
Behandling av män som utövar våld i nära relationer	9
DAIP	9
WHO:s sammanställning	9
Utvärderingar	10
Svenska verksamheter	11
Frågor	11
<i>2. Metod</i>	13
Utvärderingens design	13
Population och definition av våld	13
Verksamheter	14
Grupper av verksamheter	14
Datainsamling	17
Information om verksamheterna	17
Utfallsmått och självskattningsformulär	18
Bakgrundsdata och data om männens behandling	20
Bortfall	21
Tillvägagångssätt	22
Statistisk analys	23
<i>3. Resultat</i>	24
Männens bakgrund och familjeförhållanden	24
Männens behandling	25
Gruppskillnader vid föremätningen	26
Våld	27
Före behandlingen	27
Förändring	28
Psykisk ohälsa	31
Före behandlingen	31
Förändring	32
Känsla av sammanhang	32
Före behandlingen	32
Förändring	32
Alkohol och narkotika	34
Före behandlingen	34
Förändring	34

Männens syn på behandlingen	35
Kvinnornas syn på behandling och partnerkontakt	38
Kvinnans säkerhet	41
Kriscentrum för män i Malmö	41
Manscentrum i Stockholm	41
ATV Täby	42
Mansmottagningen mot våld i Uppsala	42
Verksamheter utan partnerkontakt	42
Barnens säkerhet	43
Mannens ansvar för våldet	44
Dokumentation och uppföljning	45
4. Diskussion	46
Referenser	49
Tabellbilaga	51

Sammanfattning

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen utvärderat behandling av män som utövar våld i nära relationer. Utvärderingen visar att många män som sökte sig till behandling minskade sitt våld under uppföljningstiden, som var ett år. Männens psykiska hälsa förbättrades också, och alkohol- och narkotikabruket minskade. Resultaten tyder på att behandling av män kan vara ett verksamt medel för att bekämpa våld mot kvinnor i nära relationer.

Studien omfattade verksamheter på åtta platser i landet. Verksamheterna delades in i tre grupper: ATV (Alternativ till våld), kris- eller manscentrum och Utväg. Behandlingsmetoderna i de tre grupperna visade sig vara likartade. Ett centralt tema i behandlingen var att männen ska inse sitt ansvar för våldet.

188 män besvarade flera självskattningsformulär när de började i behandling och 140 av dem samma formulär ett år senare. Bara 16 stycken av de kvinnor som hade utsatts för våld av männen tackade ja till att delta i utvärderingen.

Hälften av männen (51 procent) hade utövat allvarligt fysiskt våld året före behandlingen. Ett år senare var det 23 procent, om man antar att våldet inte minskade bland dem som föll bort vid uppföljningen; annars blir andelen mindre. Det allvarliga psykiska våldet minskade från 59 till 39 procent. De flesta, 78 procent, hade också utövat lindrigt fysiskt våld, som minskade till 43 procent.

Även om männens psykiska problem och alkoholproblem också minskade, var problemen vid uppföljningen fortfarande större än hos en normalgrupp.

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan de tre grupperna av verksamheter i förbättringarna över tid.

Det är inte säkert att förbättringarna berodde på behandlingen. För att veta det hade det krävts skillnader mellan grupperna eller att utvärderingen också hade omfattat en kontrollgrupp som inte fick behandling. Någon sådan fanns inte att tillgå.

De flesta verksamheterna dokumenterade både männens förändringar och sina behandlingsmetoder sparsamt. Verksamheterna behöver utveckla sin dokumentation och uppföljning för att även i fortsättningen kunna förbättra sitt arbete.

Verksamheterna använde olika metoder för att skapa säkerhet för männens kvinnor och barn. Frågan vilka metoder som fungerar bäst kräver sin egen utvärdering.

Sammantagna är resultaten i denna utvärdering lovande. Det behövs dock studier över längre tid och studier som bättre kan avgöra vilka som är de verksamma faktorerna, när män upphör att utöva våld i nära relationer.

1. Bakgrund, uppdrag och frågor

Socialstyrelsen har under dryga tio år arbetat med flera regeringsuppdrag som rör våld i nära relationer. De flesta uppdragen har gällt våldsutsatta kvinnor och i viss mån barn som har upplevt våld i nära relationer. Dessa kvinnor och barn har också varit fokus för arbetet som har pågått i kommuner och landsting. På senare år har det dock kommit att talas mer om dem som utövar våldet. Det ökande intresset har också lett till fler verksamheter och stödinsatser för denna målgrupp, även om det länge har funnits dylika verksamheter. Kriscentrum för män, som delvis fokuserar på män som utövar våld i nära relationer, har exempelvis funnits sedan slutet av 1980-talet. Dessutom har kriminalvården utvecklat program för denna målgrupp sedan början av 1990-talet. I dag är IDAP (Integrated Domestic Abuse Programme) etablerat som ett behandlingsprogram för män som har dömts för att ha utövat våld mot sin partner. I Sverige har det dock inte varit helt okontroversiellt att satsa på behandlingsmetoder och insatser för män som utövar våld i nära relationer. Ibland har det uttryckts farhågor för att sådana verksamheter tar resurser från stödet och insatserna till de kvinnor och barn som drabbas av våldet. Nu tycks det dock råda en större enighet om behovet av sådana insatser, och detta märks också i politiska beslut. Verksamheter för män som utövar våld har exempelvis varit en uttalad målgrupp för de pengar som kommunerna under de senaste åren kunnat söka för sitt arbete med kvinnofrid.

Uppdraget

År 2007 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att utvärdera effekterna av de socialtjänstsanknutna behandlingarna för män som utövar våld i nära relationer. Därmed ingick inte det ovan nämnda IDAP-programmet inom kriminalvården. I uppdraget ingick dock att beakta verksamheternas sätt att dokumentera och följa upp sitt arbete samt hur de arbetar med säkerheten för kvinnorna och barn. Dessutom skulle Socialstyrelsen analysera verksamheternas sätt att få männen att ta ansvar för sitt våld.

Socialstyrelsen har fått ytterligare utvärderingsuppdrag med fokus på våld i nära relationer. Tre andra effektutvärderingar pågår: a) socialtjänstens insatser för våldsutsatta kvinnor, b) socialtjänstens insatser för barn som har upplevt våld i nära relationer samt c) en utvärdering av de ideella kvinnojourernas arbete och insatser för våldsutsatta kvinnor och deras barn. Samtliga dessa utvärderingar ska slutredovisas till regeringen senast den 31 december 2010. De totalt fyra utvärderingarna är samordnade så långt det är möjligt. I görligaste mån används exempelvis samma självskattningsformulär förutom när de är målgruppsspecifika. Projektledarna för de olika utvärderingarna har också träffats regelbundet och hållit varandra informerade om förloppet inom respektive arbete.

De fyra studierna innehåller tillsammans ett material som är unikt både i Sverige och internationellt, då olika metoder för män, kvinnor och barn som på skilda sätt berörs av våld i nära relationer har studeras enligt ett gemensamt upplägg.

Behandling av män som utövar våld i nära relationer

De första programmen för män som utövar våld i nära relationer utvecklades i USA mot slutet av 1970-talet. 1977 etablerades EMERGE i Boston, följt av AMEND i Denver och RAVEN i St. Louis. 1981 startade DAIP (Domestic Abuse Intervention Project) i Duluth, Minnesota. I dag finns det bara i USA över 2 500 olika program [1] även om DAIP förmodligen är den modell som har fått störst genomslag [2]. De flesta program arbetar med färdighetsträning som bygger på KBT-principer. Det finns också de som är psykodynamiskt inriktade samt ett antal andra varianter, exempelvis dialektisk rådgivning, neuropsykologisk behandling, så kallade ”wrap-around services” samt parterapi [3].

DAIP

Många program världen över hämtar hela eller delar av sitt innehåll och sin struktur från DAIP, eller har i olika grad låtit sig inspireras av modellen. IDAP, det program som nu implementeras i den svenska kriminalvården, är ett exempel. DAIP innebär en samordnad insats för att motverka våld mot kvinnor, och bygger på att koordinera olika lokala instanser, dvs. samverkan. Polis, åklagare, kvinnojour samt hälso- och sjukvård ingår exempelvis i arbetet. *Co-ordinated community response* är således ett begrepp som ofta förknippas med DAIP. Inom programmet har man bland annat utvecklat det så kallade Duluth-hjulet, eller ”makt- och kontrollhjulet”, för att beskriva våldet. Hjulet illustrerar hur olika typer av våld från mannens sida (fysiskt, sexuellt, känslomässigt etc.) är en del av en större helhet och att det inte är fråga om tillfälliga urladdningar. Programmet innebär en 28 veckor lång ”utbildning” med en genusbaserad KBT-approach [4]. Enligt vissa uppgifter kan dock verksamheten ha kontakt med förövaren i upp till två år [5].

WHO:s sammanställning

Världshälsoorganisationen (WHO) har sammanställt 56 olika program [2]. I många fall är det rättssystemet som hänvisar männen till dessa program, och deltagandet kan alltså vara obligatoriskt om mannen döms till att gå i behandlingsprogrammet. Enligt WHO-sammanställningen deltar dock majoriteten av klienterna på frivillig basis. 34 procent av programmen beskriver sig som feministiska, dvs. anser att våldet till stor del beror på en maktobalans mellan könen. 27 procent anser att våldet har sin orsak i ”psykopatologi”. Trots skillnader i de underliggande teorierna fann WHO endast små variationer när det gäller innehållet i programmen. Däremot kan syftet variera något. Majoriteten av programmen uppger att de inte bara vill förändra individuella våldsutövaras beteende, utan också familjernas och samhällets

attityder till våld, könsroller etc. Andra verksamheter fokuserar bara på att hjälpa de enskilda klienterna. En del arbetar med att förena familjen medan andra prioriterar offrets säkerhet, vilket enligt många innebär att familjen måste splittras.

Utvärderingar

Det finns ett antal internationella utvärderingar av verksamheter för våldsutövande män, som visar skiftande resultat. WHO menar i en sammanställning att programmen i alla fall påvisar ”blygsamma effekter”, medan andra knappt kan påvisa några effekter alls. Ytterligare andra forskare finner effekter som de anser har substans. Den kanske mest omfattande utvärderingen hittills har gjorts av den amerikanske forskaren Gondolf, och den visar att två tredjedelar av dem som fullföljde programmen var minde benägna att utsätta sin partner för fysiska övergrepp, jämfört med dem som hoppade av programmet [6]. Det visade sig också att interventionen till viss del förhindrar psykiskt våld. Andra utvärderingar visar dock att det fysiska våldet kan minska, men förövarnas emotionella våld är konstant.

Det finns även ett par systematiska översikter på området som synliggör denna osäkerhet kring resultaten. En av dem analyserar specifikt effekterna av KBT för män som utövar fysiskt våld mot sin kvinnliga partner [7], och man fann endast sex experimentella och kvasiexperimentella studier. De olika programmen baserades på individ-, grupp- eller parmöten. Kontrollgrupperna bestod av personer som inte deltog i någon intervention, de som tog del av en annan typ av intervention samt män som stod på kö för att få ingå i något program. Det primära utfallsmåttet gällde fysiskt våld även om andra övergrepp inkluderades, exempelvis verbala angrepp. De sekundära utfallsmåtten gällde självkänsla, ”anger management” etc. Uppföljningstiden varierade i de olika studierna: 0–6 månader, 7–18 månader, samt 19 eller fler månader. Utfallsmåttet kontrollerades med hjälp av en rad källor, som självrapportering, partnerrapportering och registerstudier. Enligt översikten går det inte att påvisa någon positiv effekt av behandlingen eftersom resultaten av de studier som ingår pekar i olika riktningar. Sammanfattningsvis bedöms resultaten av studierna vara för osäkra för att kunna leda till några slutsatser. Författarna till översikten anser att det behövs fler och mer omfattande randomiserade studier för att man ska kunna uttala sig om effekterna.

En annan översikt [6] identifierade 11 experimentella och kvasiexperimentella studier, och författarna drog följande slutsats:

... there is conflicting evidence regarding the effectiveness of batterer interventions (with or without partner participants) in reducing the rate of further intimate partner violence.

Ytterligare en systematisk kunskapsöversikt gäller program för män som döms till behandling, och enligt författarna är det tveksamt hur effektiva programmen är när det gäller att minska våldet [8].

De tidigare utvärderingarna visar att detta är ett problematiskt fält. Mycket av litteraturen på området handlar också i hög grad om olika svårigheter och metodproblem.

Svenska verksamheter

Enligt en kartläggning från 2006 fanns det då omkring 50 verksamheter i Sverige som helt eller delvis vände sig till män som utövar våld i nära relationer [9]. Troligen har det tillkommit fler sedan dess, bland annat eftersom regeringen har avsatt pengar till kommunernas arbete med kvinnofrid som också omfattar verksamheter för våldsutövande män. En uppföljning av dessa bidrag för år 2007–2008 visade att cirka 100 aktiviteter var riktade till våldsutövande män [10]. Kartläggningen från 2006 visar dock att en del av de identifierade verksamheterna saknade strukturerade aktiviteter, och i vissa fall rörde det sig exempelvis mer om individuella stödkontakter. Många av verksamheternas anställda ägnar också bara en mindre del av sin tjänst åt att arbeta med våldsproblematik. De flesta av verksamheterna har tillkommit på senare år, i takt med att behandling för dessa män har fått mer uppmärksamhet.

Det finns få utvärderingar av svenska verksamheter och de flesta är kvalitativt inriktade, exempelvis intervjustudier med personalen eller de män som har tagit del av insatserna. Inom ramen för den här utvärderingen har endast en studie som mäter insatsernas effekter på något annat sätt kunnat identifieras [11]. I den utvärderingen ingick tre verksamheter: Utväg i Skövde (19 män), Frideborg i Norrköping (19 män) samt Karlfrid i Karlstad (14 män). Effekten som studerades var om män som hade dömts för misshandelsbrott i en nära relation eller för kvinnofridsbrott återföll i brott när de hade fått behandling vid någon av de tre verksamheterna. Författarna studerade registreringen av nya brott i kriminalstatistiken och jämförde frekvensen av återfall med en grupp män (34 stycken) som hade dömts för samma brott men som tackat nej till behandling. Enligt författarna hade behandlingen en positiv effekt, men det empiriska materialet är relativt otydligt presenterat och det är därför svårt att dra några slutsatser. Det empiriska underlaget som användes ger också begränsad information om eventuella förekomster av våld.

Frågor

Ett första syfte med den utvärdering som ska redovisas här har varit att utvärdera effekterna av behandling av män som utövar våld i nära relationer. Andra syften har varit att undersöka hur behandlingsverksamheterna hantlar frågor om familjens säkerhet, ansvaret för våldet och dokumentation och uppföljning. Fem frågor ställdes om behandlingens effekter:

1. Använde männen mindre våld i nära relationer efter behandlingen än före?
2. Förändrades männen i fråga om psykisk hälsa, syn på sin livssituation och användning av alkohol och narkotika?
3. Hur uppfattade kvinnorna förändringarna?

4. Fanns det skillnader i förändring mellan män som behandlades i olika verksamheter?
5. Berodde de eventuella förändringarna på behandlingen?

Ytterligare tre frågor ställdes om innehållet i behandlingen och den övriga verksamheten:

6. Vad gjorde verksamheterna för att säkerställa kvinnornas och barnens säkerhet?
7. Vad gjorde verksamheterna för att få männen att ta ansvar för sina handlingar och förstå deras konsekvenser?
8. Hur hanterade verksamheterna dokumentation och uppföljning?

Enligt uppdraget skulle utvärderingen också omfatta barnens upplevelser, men att be barnen berätta om sina upplevelser när problemen fortfarande var aktuella bedömdes inte som lämpligt.

I kapitel 2 redovisas metoden för utvärderingen, och i kapitel 3 presenteras först de resultat som gäller behandlingens effekter och därefter resultaten som gäller behandlingens innehåll.

2. Metod

Utvärderingens design

Utvärderingen lades upp för att göra det möjligt att följa samma personer över tid och att jämföra personer i olika verksamheter. Mätningar gjordes i åtta verksamheter vid två tidpunkter: vid behandlingens början och ett år senare.

Det var inte möjligt att styra hur deltagarna fördelades på olika verksamheter, utan de personer som vände sig till verksamheterna fick ett erbjudande om att delta i studien (kvasiexperimentell design). Det gick inte heller att använda kontrollgrupper som inte fick någon behandling, eftersom sådana grupper inte kunde identifieras. Om det hade varit praktiskt möjligt är frågan dessutom om det hade varit etiskt försvarbart.

Population och definition av våld

Män

Den ena delen av populationen för utvärderingen var våldsutövande män över 18 år som började i behandling i åtta verksamheter under tiden från den 1 april 2008 till den sista mars 2009.

Våldet skulle ha riktats mot en kvinna som levde i parrelation med mannen, och det kunde vara

- fysiskt våld (exempelvis att mannen river, biter, bränner, skakar eller knuffar kvinnan, likaså örfilar, knytnävsslag, sparkar och stryptag)
- systematiska hot om våld (exempelvis hot om att skada kvinnan eller någon som är viktig för henne, som hennes barn eller gemensamma barn)
- sexuellt våld
- psykiskt våld (exempelvis tydligt kontrollerande beteenden, kränkande och nedsättande ord, verbala angrepp på kvinnan som person, kvinna eller mamma, eller angrepp på hennes utseende och hennes vänner och familj).

Inga män uteslöts ur studien, men en del av verksamheterna erbjöd inte behandling till vissa män, till exempel män som missbrukar eller lider av psykisk störning.

Kvinnor

Den andra delen av populationen utgjordes av kvinnorna till de män som började i behandling i tre av verksamheterna. Dessa verksamheter hade vid tiden för föremätningen som rutin att ta kontakt med kvinnorna för att erbjuda dem någon form av samtal, en så kallad partnerkontakt.

Verksamheter

Verksamheterna valdes efter flera kriterier. De skulle tillhöra socialtjänsten eller vara anknutna dit genom att få uppdrag eller finansiering därifrån. De skulle vara så pass stora och etablerade att de kunde bidra med ett inte obetydligt antal män och kunde antas finnas kvar efter ett år. Det skulle också finnas sådana likheter och skillnader mellan verksamheternas behandlingsmetoder att de kunde delas in i grupper, som det var möjligt och meningsfullt att jämföra.

Följande åtta verksamheter kom att ingå i utvärderingen.

1. Mansmottagningen mot våld i Uppsala, MVU
2. ATV Täby
3. Kriscentrum för män i Göteborg
4. Kriscentrum för män i Lund
5. Kriscentrum för män i Malmö
6. Manscentrum i Stockholm
7. Utväg Skaraborg i Skövde
8. Frideborg i Norrköping

Fem av verksamheterna var kommunala (ATV Täby, Kriscentrum i Göteborg, Lund och Malmö samt Frideborg i Norrköping), en var en samverkan mellan flera myndigheter med en av de samverkande kommunerna som huvudman (Utväg Skaraborg), och två verksamheter var ideella organisationer (MVU i Uppsala och Manscentrum i Stockholm).

De tre verksamheter som vid tiden för föremätningen erbjöd kvinnorna partnerkontakt var ATV Täby, Kriscentrum för män i Malmö och Manscentrum i Stockholm. Senare tillkom Mansmottagningen mot våld i Uppsala.

Ytterligare två verksamheter valdes ut från början, men de föll bort på grund av att de upphörde i deras dåvarande form. Båda verksamheterna var till skillnad från de ovanstående manualbaserade. De drevs av socialtjänsten i Botkyrka och Norrtälje.

Grupper av verksamheter

För att kunna jämföra tillräckligt stora grupper män som fått olika behandling delades verksamheterna in i tre grupper, ATV-verksamheter, kris- och manscentrum (KC) och Utväg. Grupperna beskrivs nedan.

ATV-verksamheterna

De två ATV-verksamheter som ingår i studien är ATV-mottagningen i Täby och Mansmottagningen mot våld i Uppsala (MVU). I båda verksamheterna ingår partnerkontakt som en del av verksamheten.

Behandlingsteori: Verksamheterna baserar sitt arbete på en modell som utvecklats vid Alternativ til vold i Oslo. Grundläggande antaganden är att utövaren har ansvar för det våld som utövas, att våld är könsrelaterat och att det är ett sätt att hantera och reagera på en subjektiv upplevelse av vanmakt och maktlöshet. Våldet har en funktion, en inriktning och intention och kan

sättas i samband med mannens manlighetsprojekt. Dessutom utgår man från att våld utgör en säkerhetsrisk för partner och barn.

Mål: Målet är att männen ska upphöra med våld, kontroll och förtryck och i stället hitta andra uttryck för sin ilska och andra känslor.

Intagning: Männen söker sig till verksamheterna frivilligt. Under undersökningsperioden anlätades MVU även av kriminalvården för behandling av män, som i en del fall var dömda till kontraktsvård.

Behandlingens inriktning: Före behandlingen genomförs två till tre kartläggnings- och bedömningssamtal, och den avslutas med en strukturerad avstämning i grupp och ett utvärderingssamtal.

Behandlingen innehåller fem olika teman, nämligen våld, ansvar, sammanhang, konsekvenser och alternativ. Våldet ställs i fokus genom att mannen får möjlighet att tala om sina erfarenheter av våld konkret och detaljerat. På det sättet undviker man att våldet bagatelliseras. Sedan diskuteras ansvaret, så att mannens förklaringar till våldet kan flyttas från partnern till mannen själv och han kan se det egna ansvaret för sina handlingar och intentioner. Därefter sätts våldets funktion in i det sammanhang där det förekommer i mannens liv, socialt och utvecklingspsykologiskt. I slutet av processen behandlas våldets konsekvenser för mannen själv, partnern och barnen. Förmågan att leva sig in i de utsattas känslor diskuteras, liksom alternativa tillvägagångssätt. Ordningen mellan dessa teman är inte strikt, utan de diskuteras med vissa begränsningar efterhand som de kommer upp i samtalen.

Behandlingens längd: Gruppbehandling vid de två verksamheterna pågår kontinuerligt en gång i veckan under ett till två år. Den individuella behandlingen pågår kortare eller längre tid, med varierande intervall.

Kriscentrumverksamheterna (KC)

Fyra av verksamheterna är kriscentrum (KC), nämligen Kriscentrum för män i Göteborg, Kriscentrum för män i Lund, Kriscentrum för män i Malmö och Manscentrum i Stockholm. Kriscentrum för män i Malmö har partnerkontakt.

Verksamheterna vänder sig till en bredare målgrupp än män som utövat våld i nära relationer, exempelvis män som befinner sig i en separation och behöver hjälp för att hantera situationen. De är medlemmar i riksorganisationen Sveriges professionella kriscentra för män och ingår i ett samarbete om behandlingens innehåll och utformning.

Behandlingsteori: Verksamheterna utgår inte från en gemensam teori, utan de är mer pragmatiska i sin inriktning. I Göteborg har man i huvudsak en psykodynamisk grundsyn och betonar vikten av helhetstänkande, reflektion och förståelse. Kriscentrum för män i Lund har utvecklat sin behandlingsmodell med inspiration från ATV, olika kognitionsidéer, inlärningsteorier samt egna erfarenheter från klientarbete. Kriscentrum i Malmö har också hämtat inspiration både från både ATV och EMERGE och från andra liknande verksamheter i Sverige. Man söker förklaringar till våldet på såväl samhällsnivå som individuell nivå. Manscentrum i Stockholm utgår från ett psykodynamiskt synsätt men arbetar också med kognitiva och edukativa metoder.

Mål: Verksamheterna har likartade målsättningar. I det vidare perspektivet har de målet att förebygga våld. I det snävare perspektivet är målet att männens våld och hot ska upphöra och att de ska hitta konstruktiva alternativ.

Intagning: Männen söker sig frivilligt till verksamheterna.

Behandlingen inriktning: De första samtalen utgör en bedömningsfas där männens sociala situation, våldshandlingar och erfarenhet av våld kartläggs, mål formuleras och en bedömning av parternas och eventuella barns skyddsbehov görs. Behandlingen anpassas till varje mans specifika behov. Våld, våldets konsekvenser för mannen, partner och barn och orsaker är centrala teman, liksom könsmakts- och vanmaktsperspektiven.

Behandlingen är inriktad på mannens eget ansvar. Även om beskrivningarna varierar något innehåller behandlingen vissa gemensamma teman.

1. Beskrivning av våldet. Männen får beskriva den värsta, den senaste och den första våldssituationen så detaljerat som möjligt.
2. En historisk kartläggning av mannens nuvarande och tidigare sociala situation, beteende, familjesituation, psykosociala status mm.
3. Empati. Mannen får hjälp att förstå vad kvinnan känner och hur hon har upplevt situationen.
4. Känslobeskrivning. Mannen får beskriva sina känslor i samband med våldet. Alternativa sätt att uttrycka dessa känslor diskuteras.
5. Ansvar för våldet. Man försöker göra mannen medveten om det egna ansvaret för våldshandlingarna.
6. Föräldraskap. Relationen till barnen och hur barnen påverkas av våldet diskuteras.

Våldet är ett centralt tema. Fokus finns på situationen här och nu, på att bryta tankemönster och på mannens eget ansvar för sina handlingar.

Behandlingsform: Samtliga verksamheter erbjuder behandling både individuellt och i grupp.

Behandlingens längd. KC Göteborg och KC Lund anger att samtalsbehandlingens längd kan variera från några enskilda samtal till flera år beroende på hur allvarligt våldet är. KC Malmö och Manscentrum i Stockholm uppger att behandlingen består av i genomsnitt 15 samtal, enskilt eller i grupp. Majoriteten deltar i den individuella behandlingen.

Utväg Skaraborg

Utväg Skaraborg skiljer sig något från ATV-verksamheterna och kriscentrumverksamheterna. Verksamheten uppkom ursprungligen i samverkan mellan olika organisationer och myndigheter som polis, socialtjänst och kriminalvård.

Behandlingsteori: Utväg Skaraborg utgår från att våldet har sitt ursprung i en upplevelse av vanmakt och bygger på en blandning av teoretiska ansatser, som systemteori, empowerment, kognitiv beteendeterapi och ett narrativt perspektiv.

Mål: Männen ska få insikt i sitt eget och andras beteende, upphöra med alla former av våld och hitta alternativa handlingssätt.

Intagning: Männen söker sig frivilligt till verksamheten.

Behandlingsinriktning: Behandlingen är inriktad på att lära mannen ta kontroll över sitt våldsbeteende. Den innehåller flera steg. Först gör man en så kallad "sammanhangsförklaring" och ett försök att skapa kontakt och förmedla en trygg stämning. Därefter försöker man hitta ett gemensamt språk genom att tillsammans definiera våld och komma överens om vad som kännetecknar olika former av våld: fysiskt, psykisk, sexuellt, materiellt och latent våld. Mannen får konkret och detaljerat beskriva våldet, i den värsta, den senaste och den första våldssituationen. De analyserade situationerna beskrivs som behandlingens brytpunkt. I "berättelsen" som sedan följer kartläggs mannens livssituation fram till våldet. Familjekarta, nätverkskarta och livslinjer används som verktyg. På detta sätt identifieras livsprojektet, det vill säga mannens mål, och en diskussion förs om hoten mot detta projekt. När mannen kommer in på det som gjorde att han sökte sig till behandlingen blir det också möjligt för honom att identifiera det han vill ha hjälp med. Händelser och känslor kring en våldssituation kartläggs med "kedjeanalys" för att mannen ska hitta olika, möjliga utvägar och alternativ till våldet. Avstämning av eventuella nya våldshändelser sker vid varje träff.

Några teman som tas upp i samtalen är könsroller, kommunikation, konfliktlösning med ansvar, våld, normer och värderingar, barnperspektiv, jämlikhet, sexualitet, svartsjuka och alkohol.

Behandlingsform: Behandling erbjuds både i individuella samtal och i grupp. Tyngden ligger på gruppbehandling.

Behandlingens längd: Behandlingstiden är fyra till fem samtal i individuell behandling och minst 20 samtal i grupp, men fler vid behov.

Frideborg i Norrköping

Frideborg i Norrköping har liknande mål som övriga verksamheter. Behandlingen bygger på inlärningspsykologi men har psykodynamiska inslag och har hämtat inspiration från Duluthmodellen. Den sker i grupp och har ansvarsfrågan, föräldrarollen och barnperspektivet som en röd tråd. Behandlingen omfattar minst 20 tillfällen.

På grund av en omorganisation under datainsamlingen uppgår antalet män i utvärdering till endast sex stycken. Eftersom deras antal är så ringa, kommer de inte att finnas med i redovisningen när verksamheter jämförs med varandra men väl när resultaten gäller alla verksamheter sammantagna.

Datainsamling

Information om verksamheterna

Information om verksamheterna och innehållet i deras behandlingsmetoder samlades in med hjälp av cirka 20 halvstrukturerade intervjuer med behandlarna, samt via enkäter och studier av tillgängliga dokument, exempelvis verksamhetsberättelser. Eftersom behandlingsmetoderna inte var manualbaserade, var det inte meningsfullt att göra någon studie av behandlingens programtrohet.

Utfallsmått och självskattningsformulär

Det primära utfallsmåttet var männens bruk av våld i formerna ovan. Det användes även andra utfallsmått som inte rörde det uttalade målet med behandlingen, men som ändå bedömdes vara intressanta. Dessa mått var psykisk ohälsa, syn på livssituationen (känsla av sammanhang), alkohol- och drogkonsumtion och hur nöjd mannen eller kvinnan var med behandlingen eller partnerkontakten.

För att mäta dessa utfall användes sju olika självskattningsformulär, som besvarades skriftligt. Männen besvarade de fem första vid både före- och eftermätningen, och de övriga två (CSQ8 och ett egenkonstruerat formulär) bara vid eftermätningen. Kvinnorna besvarade de fem första vid båda tillfällena och det egenkonstruerade formuläret vid eftermätningen (se tabell 1). Formulären presenteras på de följande sidorna.

Tabell 1. Självskattningsinstrument och andra formulär

Formulär	Mäter	Måttillfälle	Män/ Kvinnor
The Conflict Tactics Scale 2 (CTS2)	Våld mot och av partner	Före- och eftermätning	Män Kvinnor
Symptom Checklist (SCL90)	Psykisk ohälsa	Före- och eftermätning	Män Kvinnor
KASAM	Upplevelse av tillvaron som begriplig, hanterlig och meningsfull	Före- och eftermätning	Män Kvinnor
Audit	Riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion, beroende	Före- och eftermätning	Män Kvinnor
Dudit	Missbruk av droger, beroende	Före- och eftermätning	Män Kvinnor
Client satisfaction questionnaire-8 (CSQ-8).	Nöjdhet med behandling	Eftermätning	Män
Formulär om resultat av insatsen	Syn på insatsen och dess resultat	Eftermätning	Män Kvinnor
Formulär om bakgrundsdata	Ålder, utbildning, erfarenheter av våld, relation till partnern m.m.	Före- och eftermätning (två versioner)	Män Kvinnor

CTS2

CTS2 (The Conflict Tactics Scale 2) mäter förekomsten och frekvensen av olika former av våld. CTS och den reviderade versionen CTS2 är förmodligen det mest använda instrumentet för att mäta våld i nära relationer. Det består av 78 frågor eller påståenden, som kan delas upp i olika delskalor. De åtta delskalor som mäter våld och konsekvenser av våld utgörs av fyra par:

- Två skalor för lindrigt respektive allvarligt *psykiskt* våld, det vill säga yttranden eller andra handlingar som är känslomässigt smärtsamma. Exempel på påståenden är "Jag skrek eller vrålade åt min partner" (lindrigt psykiskt våld) och "Jag kallade min partner fet eller ful" (allvarligt psykiskt våld).

- Två skalor som mäter lindrigt respektive allvarligt *fysiskt* våld. Exempel på påståenden är ”Jag knuffade eller skuffade undan min partner” (lindrigt fysiskt våld) och ”Jag slängde min partner mot en vägg” (allvarligt fysiskt våld).
- Två skalor för lindrigt respektive allvarligt *sexuellt* våld, vilket innefattar olika sätt att fysiskt eller psykiskt tvinga partnern till sexuella aktiviteter. Exempel är ”Jag tvingade min partner att ha sex med mig utan kondom” (lindrigt sexuellt våld) och ”Jag använde hot för att få min partner att ha sex” (allvarligt sexuellt våld).
- Två skalor som mäter lindriga respektive allvarliga *skador*, som uppstått på grund av fysiskt eller sexuellt våld. Exempel är ”Min partner fick en stukning, blåmärke eller ett litet sår på grund av ett bråk med mig” (lindrig skada) och ”Min partner behövde uppsöka en läkare på grund av ett bråk med mig, men gjorde det inte” (allvarlig skada) [12].

Svarsalternativen anger antalet gånger händelserna har inträffat det senaste året samt om de har förekommit tidigare. Eftersom svarsalternativen inte bildar en kontinuerlig skala och medelvärden och spridningsmått därför inte kan beräknas, har svaren här behandlats som dikotoma; de har bara använts för information om huruvida våldstypen förekom under året eller inte.

Den sammanlagda skalans interna konsistens var tillräcklig (Cronbachs alfa vid föremätningen = 0,72). Medelvärdet för korrelationerna mellan frågorna i delskalorna var som lägst 0,25, vilket också anses tillräckligt.

SCL90

För att mäta psykisk ohälsa användes SCL90, Symptom Checklist. Detta formulärs validitet och reliabilitet har prövats under svenska förhållanden [13]. I formuläret ställs 90 frågor om i vilken utsträckning respondenten har känt olika psykiska besvär under den gångna veckan. Svaren ges i en framgradig skala från ”inte alls” till ”våldigt mycket”. Förutom sammanfattande mått på psykisk ohälsa ger skalan mått på nio olika komponenter i den psykiska ohälsan, som ångest, depression, tvångsmässighet och psykoticism. Alla delskalorna hade god intern konsistens i urvalet ($0,84 < \text{Cronbachs alfa} < 0,92$). Den interna konsistensen för SCL90 som totalskala var också god (Cronbachs alfa = 0,98).

KASAM

Instrumentet som användes för att mäta syn på livssituationen eller känsla av sammanhang heter KASAM. Det innehåller 29 frågor. KASAM har använts i många studier i både Sverige och andra länder [14, 15]. Instrumentet mäter i vilken utsträckning tillvaron upplevs som begriplig, hanterlig och meningsfull. Svaren är formulerade på olika sätt men varierar alltid i en sju-gradig skala från starkt instämmande till starkt avståndstagande. KASAM hade god intern konsistens (Cronbachs alfa = 0,92).

Audit

Instrumentet Audit användes för att mäta männens konsumtion av alkohol. Det mäter riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion samt tecken på beroende och alkoholrelaterade problem. Audit innehåller tio frågor om männens situation under det senaste året och två frågor som även handlar om tiden före det senaste året. Instrumentet mäter variabler som är föränderliga. Alla delskalorna hade tillräcklig intern konsistens i urvalet ($0,72 < \text{Cronbachs alpha} < 0,83$). Den interna konsistensen för Audit som totalskala var god (Cronbachs alfa = 0,86). Den svenska versionen av Audit är också kvalitetssäkrad när det gäller reliabilitet (test-retest 0,93–0,98) [16]. Det finns också en svensk manual för instrumentet [17].

Dudit

Instrumentet Dudit mäter ett eventuellt missbruk av droger. Det innehåller fyra frågor om personens drogvanor, tre frågor om drogberoende och fyra frågor om drogrelaterade problem [18]. Dudit täcker samma tidsspann som Audit, och särskilt de fyra konsumtionsfrågorna är känsliga för förändringar över tid. Dudit består enbart av en totalskala och den interna konsistensen var god i urvalet (Cronbachs alfa = 0,95). Reliabiliteten hos den svenska versionen har beräknats till 0,80 (Cronbachs alfa) [16]. Både Audit och Dudit rekommenderas i Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

CSQ8

Client satisfaction questionnaire-8, CSQ-8, besvarades endast av männen och bara vid eftermätningen. CSQ-8 är ett välkänt instrument, som mäter hur nöjd en person är med en insats eller behandling. CSQ-8 består av åtta frågor med vardera fyra svarsalternativ, där 1 står för liten grad av nöjdhet och 4 för hög grad [19]. Skalans interna konsistens i studien var 0,83 (Cronbachs alfa).

Egenkonstruerat formulär om resultatet av insatsen

Både männen och kvinnorna fick vid eftermätningen också fylla i ett formulär som hade konstruerats av arbetsgruppen. Det innehöll frågor om hur de hade uppfattat behandlingen eller samtalskontakten och dess resultat. En del av frågorna gav utrymme att svara med egna ord. Formuläret hade olika utformning för män och kvinnor.

Bakgrundsdata och data om männens behandling

Det sista formuläret som männen och kvinnorna besvarade samlade in data om ålder, utbildning, antal barn och liknande, liksom om den aktuella relationen till den partner som hade föranlett kontakten med verksamheten.

Slutligen lämnade behandlarna uppgifter om männens närvaro vid behandlingstillfällena, behandlingens form (grupp eller individuell behandling) och om när behandlingen var slutförd.

Bortfall

Män

Av 228 tillfrågade män tackade 40 nej till att delta, vilket är ett bortfall på 18 procent. Totalt deltog därför 188 män i föremätningen. Eftermätningen omfattade 140 av dessa män, vilket innebär att 26 procent inte gick att nå eller tackade nej till att delta en andra gång. (Bortfallet vid eftermätningen var 14 procent hos ATV, 30 procent hos kriscentrum och 28 procent hos Utväg.) Processen för inklusion och bortfall av män i studien illustreras i figur 1.

En bortfallsanalys visade att det var betydligt vanligare bland dem som föll bort i eftermätningen att ha avbrutit behandlingen (69 procent) än bland dem som deltog (28 procent). I fråga om bakgrundsvariabler och utfallsmått fanns det inga andra signifikanta skillnader än att bortfallet hade lägre värden på CTS2-skalan för lindrigt sexuellt tvång, högre värden på SCL90-skalan för paranoia och lägre värden på Auditskalan (t-test, $p < 0,05$).

Kvinnor

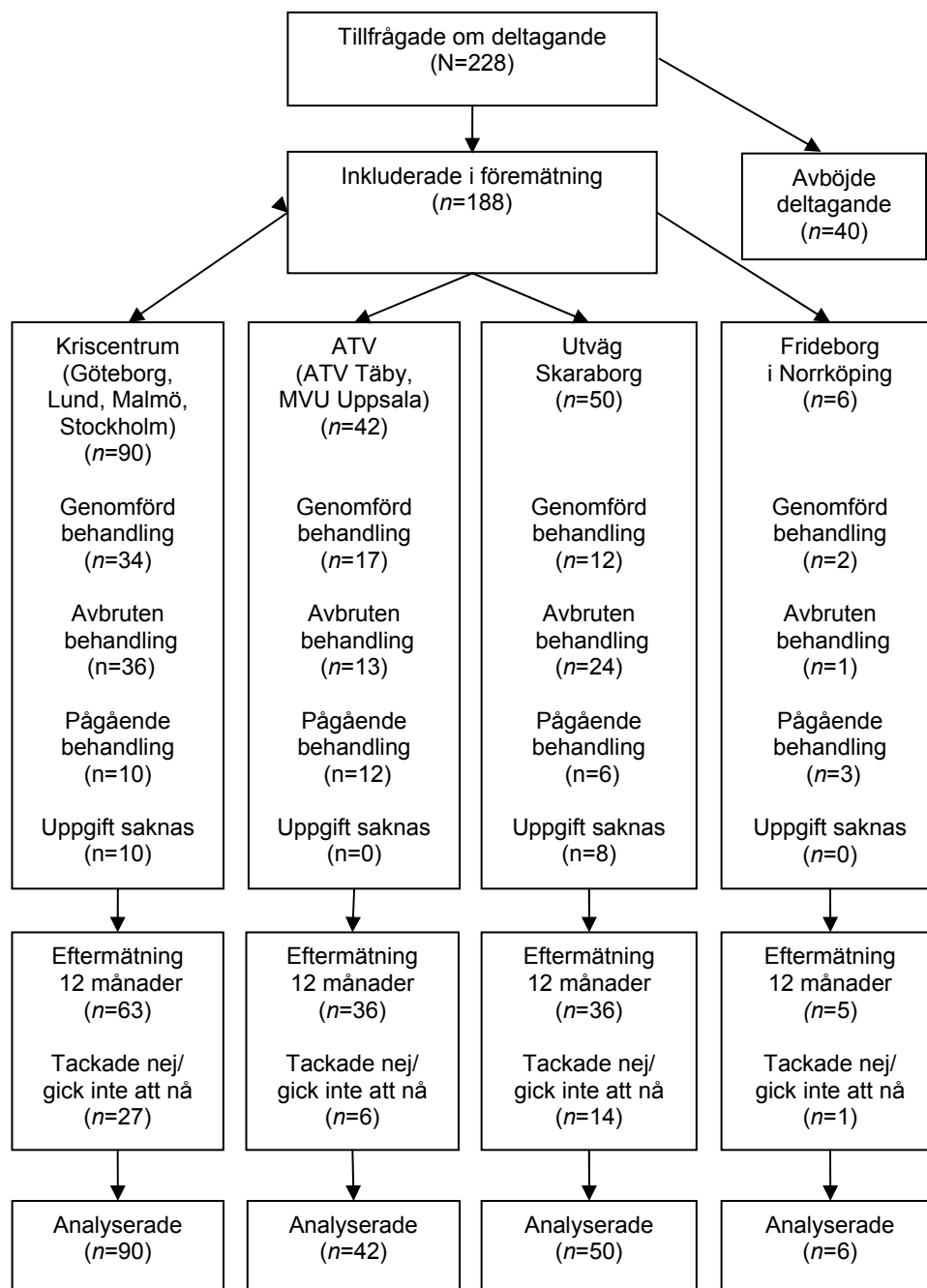
Den kvinnliga populationen utgjordes av kvinnorna till de 63 män som började i samtal i verksamheter med partnerkontakt. Endast 16 av de kvinnorna deltog i föremätningen, vilket motsvarar ett bortfall på 75 procent. Alla kvinnor kunde inte nås med erbjudandet om partnerkontakt, och alla kvinnor som mottog erbjudandet tillfrågades tyvärr inte av verksamheterna om deltagande i utvärderingen. Hur många kvinnor detta gäller är dock okänt.

Ingen kvinna från partnerkontakten vid Manscentrum i Stockholm deltog i föremätningen och endast två från partnerkontakten vid ATV Täby. Övriga 14 kvinnor hörde till partnerkontakten vid Kriscentrum för män i Malmö. Två av dessa tackade nej till att delta i eftermätningen.

Behandling av bortfallet

Bortfallet vid eftermätningen behandlades i de flesta fall enligt *intention to treat*, vilket betyder att individernas värden på utfallsmåtten vid föremätningen fick gälla också vid eftermätningen. Med andra ord antogs någon förändring inte ha skett när eftermättningsformuläret inte hade besvarats. Att endast studera förändringarna hos de personer som faktiskt deltog i båda mätningarna skulle antagligen ha gett en alltför positiv bild av utvecklingen i hela urvalet. Å andra sidan är antagandet bakom *intention to treat* konservativt och leder troligen till en underskattning av de verkliga förändringarna.

Figur 1. Flödeschema för inklusionen av män i studien



Tillvägagångssätt

Behandlarna ombads berätta om utvärderingen för alla män som påbörjade behandling för problem som bedömdes ha med egen våldsutövning att göra. Samtidigt som de klargjorde att deltagandet var frivilligt, skulle de fråga om männen kunde tänka sig att ingå i studien. Om mannen tackade ja, skulle kvinnan också tillfrågas i de tre verksamheter som erbjöd partnerkontakt.

Ett möte arrangerades i verksamhetens lokaler eller på annan plats mellan en datainsamlare och varje man och kvinna som accepterade deltagande. Datainsamlaren informerade på nytt om utvärderingen, frivilligheten och sekretessen kring studien, och mannen eller kvinnan erbjöds att underteckna ett skriftligt samtycke till deltagande. Därefter besvarades föremättningsformuläret skriftligt efter datainsamlarens instruktioner och vid behov förtydliganden av frågorna.

Tolv månader senare sökte datainsamlaren och vissa fall behandlaren kontakt med mannen eller kvinnan på nytt. Det arrangerades om möjligt ett möte med datainsamlaren på lämplig plats, som verksamhetens lokaler eller ett kafé, där eftermätningsformuläret fylldes i. När ett möte i enstaka fall inte kunde komma till stånd gjordes en överenskommelse om att formuläret skulle skickas per post.

Statistisk analys

För att undersöka om det vid föremätningen fanns signifikanta skillnader mellan männen i de tre verksamhetsgrupperna i bakgrundsvariabler och utfallsmått användes chi-två och envägs variansanalys.

Förändringar från före- till eftermätningen i de dikotoma variablerna för olika former av våld i CTS2 analyserades med det icke parametriska testet McNemar. McNemar kan användas för att testa om det finns skillnader mellan svarsfördelningar på samma frågor och från samma grupp vid två olika tidpunkter. Skillnader mellan grupper i dessa förändringar över tid analyserades med chi-två eller Fisher's test (det senare vid fyrfältstabeller). Variabeln för förändring i våldsutövning hade då två värden: upphört med våldet (våld vid föremätningen men inte eftermätningen) och fortsatt med våldet (våld vid både före- och eftermätningen).

Förändringar över tid i de övriga utfallsmåtten analyserades med variansanalys för beroende mätningar (ANOVA) och i vissa fall dito t-test. Skillnader mellan grupper i förändringarna över tid analyserades med kovariansanalys med utfallsvariabeln från föremätningen som kovariat (ANCOVA). Vid jämförelser mellan de tre verksamhetsgrupperna användes som kovariater även de bakgrundsvariabler som differentierade mellan grupperna vid föremätningen. På det sättet kontrollerades för ursprungliga skillnader mellan grupperna.

3. Resultat

Männens bakgrund och familjeförhållanden

Undersökningen omfattade 188 män i åldern 19 till 68 år. Medelåldern vid studiens början var 38 år. Ungefär hälften (53 procent) hade gymnasium som högsta utbildning, och de flesta (68 procent) var förvärvsarbetande. Fler bakgrundsvariabler redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Sociodemografisk bakgrund, män (N=188)

Medelålder	38 år
Födda utomlands	20 %
Universitetsutbildning	28 %
Högst gymnasium	53 %
Högst grundskola	20 %
Förvärvsarbetade	68 %
Studerade	8 %
Långtidssjukskrivna eller arbetslösa	16 %
Pensionärer	4 %

När männen började sin behandling levde de flesta (69 procent) i ett förhållande med den kvinna som de hade utsatt för våld. Drygt hälften (55 procent) hade också barn tillsammans med henne (se tabell 3).

Ett år senare hade förhållandet med den våldsutsatta kvinnan upphört för 22 procent av dem som levde i förhållandet vid behandlingens början och som deltog i eftermätningen (n = 140). Hälften av deltagarna i eftermätningen (49 procent) levde fortfarande i ett förhållande med kvinnan ifråga. 15 procent levde i en ny relation.

Männen började behandlingen för att de hade utövat våld mot sin partner. Vid behandlingens början hade en femtedel (22 procent) dessutom under det senaste året utövat våld mot någon utanför familjen.

Männen fick också ange om de under uppväxten själva hade utsatts för våld av sina föräldrar. Över hälften (58 procent) uppgav att de hade utsatts för fysiskt våld och något under hälften (45 procent) att de hade utsatts för psykiskt våld (tabell 4). En femtedel av alla (20 procent) sa sig ha utsatts för fysiskt våld ofta, och något färre (17 procent) svarade att de ofta hade upplevt psykiskt våld. Över hälften hade också upplevt att den ena föräldern utsatte den andra för psykiskt våld, och en tredjedel svarade detsamma om fysiskt våld.

Tabell 3. Männens familjeförhållanden vid behandlingens början och ett år senare

	Början av behandlingen (N=188)	Ett år senare (n=140)
Levde i förhållande med kvinnan som han utsatt för våld	69 %	49 %
Hade barn tillsammans med kvinnan som han utsatt för våld	55 %	*
Levde inte längre i förhållande med kvinnan som han utsatt för våld	31 %	51 %
Därav:		
Levde i nytt förhållande	6 %	29 %
Hade kontakt minst en gång i veckan med kvinnan som han utsatt för våld	62 %	35 %
Hade inte kontakt med henne	11 %	42 %

* Frågan ställdes inte vid eftermätningen.

Tabell 4. Andelar som hade utsatts för våld av och mellan föräldrar, män (N=188)

Utsatt för fysiskt våld	58 %
Utsatt för psykiskt våld	45 %
Fysiskt våld mellan föräldrarna	33 %
Psykiskt våld mellan föräldrarna	56 %

Männens behandling

En fråga gällde hur männen kom i kontakt med verksamheterna, men den gav utrymme för egna tolkningar och uppgifterna är därför osäkra. En tredjedel (35 procent) uppgav att de själva hade tagit initiativet och hälften så många (17 procent) svarade att det var kvinnans initiativ. Ytterligare 17 procent svarade att de kom via polisen och rättsväsendet. Hos MVU i Uppsala gav dubbelt så många det svaret (36 procent). MVU var den enda verksamhet som lämnade uppgiften för varje man, och där angav man att det var ännu fler som hade kommit via polisen och rättsväsendet (55 procent, nästan uteslutande från kriminalvården). MVU i Uppsala och Utväg Skaraborg hade flest män som själva uppgav sig komma via polis och rättsväsende (i båda fallen 36 procent). Mindre grupper hade kommit via familjerådgivningen, familjerätten, annan socialtjänst, psykiatri och sitt sociala nätverk.

Var åttonde man (13 procent) hade varit i kontakt med verksamheten vid något tidigare tillfälle. Något fler, var femte man (20 procent), hade varit i kontakt med någon annan verksamhet som behandlar "allvarliga relationsproblem där våld kan förekomma", som frågan uttryckte det.

Ett år efter behandlingens början hade enligt behandlarna 38 procent genomfört behandlingen och 43 procent avbrutit den, medan 19 procent fortfarande gick i behandling (N = 170, uppgift saknas för 18 män).

De som genomförde behandlingen hade i genomsnitt haft 23 samtal under tio månader (se tabell 5). Flertalet (69 procent) hade gått i gruppsamtal och haft dubbelt så många samtal som de som gick i individuella samtal (28 jämfört med 14). De som avbröt behandlingen hade i genomsnitt haft 4 samtal under en månad, och i de flesta fall gällde det individuella samtal (72 procent).

Tabell 5. Behandlingstid, antal samtal och typ av samtal för män som hade genomfört behandlingen, avbrutit den respektive fortfarande gick i behandling

	Genomförd behandling (n=64)	Pågående behandling (n=32)	Avbruten behandling (n=74)
Antal månader (typvärde)	10 månader	12 månader	1 månad
Antal samtal (typvärde)	23 samtal	26 samtal	4 samtal
Antal män i grupp- samtal resp. enskilda samtal	45 män i grupp 19 i ensk. samtal	21 män i grupp 11 i ensk. samtal	21 män i grupp 53 i ensk. samtal
Antal samtal för män i gruppbehandling (typvärde)	23 gruppsamtal 5 enskilda samtal	26 gruppsamtal 5 enskilda samtal	1 gruppsamtal 1 enskilt samtal
Antal samtal i indivi- duell behandling (typvärde)	14 samtal	15 samtal	5 samtal

Gruppskillnader vid föremätningen

I den följande redovisningen av förändringarna från före- till eftermätningen i de olika utfallsmåtten kommer jämförelser att göras mellan män som påbörjat behandling hos verksamheter grupperade i de tre grupperna ATV, kriscentrum och Utväg. Om eventuella skillnader i utfall mellan grupperna ska kunna förklaras med skillnader i behandlingen, bör männen i alla andra relevanta avseenden vara lika. Det bästa sättet att skapa likhet mellan grupper är att fördela individerna slumpmässigt (randomisera dem), men det var inte möjligt i det här fallet. Därför har det i stället undersökts vilka skillnader som fanns mellan männen i de tre grupperna vid behandlingens början. Skillnader kunde konstateras i tre bakgrundsvariabler men inte något utfallsmått. Så långt möjligt har hänsyn tagits till dessa skillnader i den fortsatta analysen.

Skillnader fanns i fråga om utbildning, tidigare kontakter med verksamheten och, som tidigare nämnts, om männen hade kommit till verksamheten via rättsväsendet, vilket ofta innebar att de hade fått en dom om kontraktsvård.

Utbildningsnivån var signifikant högre hos männen i grupperna ATV och kriscentrum än i gruppen Utväg (chi-två, $p < 0,05$). Andelen med högskoleutbildning var 39 procent i gruppen kriscentrum, 33 procent i gruppen ATV och 6 procent i gruppen Utväg.

I gruppen ATV var det vanligare att männen också tidigare hade gått i samtal i samma verksamhet (chi-två, $p < 0,05$). I den gruppen hade 24 pro-

cent tidigare gått i ett eller flera samtal mot 9 procent i gruppen kriscentrum och 12 procent i gruppen Utväg. ATV Täby var en ny verksamhet, vilket innebär att skillnaden helt och hållet beror på att en tredjedel av männen hos MVU i Uppsala hade återkommit.

Slutligen hade avsevärt fler i grupperna ATV och Utväg kommit via rättsväsendet än i gruppen kriscentrum (chi-två, $p < 0,05$). Uppgifterna är som tidigare nämnts osäkra och kommer från olika källor, men enligt dem hade 4 procent i gruppen kriscentrum kommit via rättsväsendet jämfört med 38 procent i gruppen ATV och 36 procent i gruppen Utväg.

Våld

För att mäta männens våldsutövning användes självskattningsinstrumentet CTS2 (The Revised Conflict Tactics Scale). Instrumentet består av 78 frågor som kan delas in i tio olika skalor, varav sex skalor mäter förekomsten av olika former av våld i relationen och två skalor skador orsakade av våld (för enkelhetens skull kallas även skador våld i fortsättningen). Det är dessa åtta skalor som kommer att analyseras här. De olika skalorna består av frågor om hur många gånger ett antal konkreta handlingar eller händelser har förekommit de senaste 12 månaderna.

I de analyser som redovisas här har männen fått ett av två värden på skalorna: ”utövat” och ”inte utövat” respektive typ av våld under året. För värdet ”inte utövat” har krävts att alla frågor i skalan hade fått det svaret.

I första hand fokuseras analyserna på huruvida männen uppgav att de hade upphört alternativt fortsatt med att använda olika typer av våld, det vill säga, eventuell förändring vid eftermätningen i förhållande till föremätningen. Ordet ”upphöra” innebär i detta sammanhang att mannen uppgav att han inte hade utövat den aktuella typen av våld vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna, vilket han däremot tidigare hade svarat att han hade gjort under de 12 månader som föregick föremätningen.

Före behandlingen

Tabell 6 nedan visar andelen män som hade utövat olika typer av våld enligt svaren vid föremätningen.

Tabell 6. Andel män som hade utövat olika typer av våld vid föremätningen. Procent (N=188)

Lindrigt psykiskt våld	98
Allvarligt psykiskt våld	59
Lindrigt fysiskt våld	78
Allvarligt fysiskt våld	51
Lindriga skador	61
Allvarliga skador	30
Lindrigt sexuellt våld	23
Allvarligt sexuellt våld	2

Den vanligaste typen av våld var lindrigt psykiskt våld, som hela 98 procent av männen uppgav att de hade utövat vid något tillfälle de senaste 12 måna-

derna. En betydande andel, 78 procent, hade också utövat lindrigt fysiskt våld. Även de allvarliga formerna av våld var vanliga. Allvarligt psykiskt våld hade utövats av 59 procent och allvarligt fysiskt våld av 51 procent. Allvarligt sexuellt våld uppgav däremot bara två procent (fyra män) att de hade gjort sig skyldiga till, vilket är så få att denna typ av våld endast kommer att redovisas undantagsvis i resten av kapitlet.

Förändring

Tabell 7 visar förändringen i våldsutövning hos det totala antalet män som ingick i studien. De män som inte deltog i eftermätningen redovisas med samma värde som i föremätningen. Det betyder att tabellen bygger på antagandet att beteendet inte förändrades hos de män som inte deltog i eftermätningen (bortfallet).

Tabell 7. Förändring i våldsutövning under uppföljningsperioden. Procent (N=188)

	Upphört	Fortsatt	Påbörjat	Aldrig utövat	
Lindrigt psykiskt våld	17*	81	2	0	100
Allvarligt psykiskt våld	23*	36	3	38	100
Lindrigt fysiskt våld	36*	43	0	21	100
Allvarligt fysiskt våld	30*	21	2	47	100
Lindriga skador	31*	30	3	36	100
Allvarliga skador	21*	9	2	68	100
Lindrigt sexuellt våld	14*	9	2	75	100

* Förändringen från före- till eftermätningen är statistiskt signifikant (McNemar, $p < 0,05$).

Av tabellen framgår att lindrigt fysiskt våld hade minskat mest; 36 procent uppgav att de hade upphört med den formen av våld. Något färre hade upphört med allvarligt fysiskt våld (30 procent) och allvarligt psykiskt våld (23 procent). Av de fyra män som hade utövat allvarligt sexuellt våld uppgav tre att de hade upphört med det. Alla förändringar i tabellen som innebär att våld hade upphört är statistiskt signifikanta (McNemar, $p < 0,05$).

Det framgår tydligt att betydande andelar av männen hade fortsatt med olika typer av våld. Flest hade fortsatt utöva lindrigt psykiskt våld, fyra femtedelar. En femtedel hade fortsatt med allvarligt fysiskt våld och mer än en tredjedel med allvarligt psykiskt våld.

Det fanns också enstaka män som enligt eftermätningen hade använt våld som de inte utövat vid föremätningen. Exempelvis svarade 77 män (41 procent) vid föremätningen att de inte hade utövat något allvarligt psykiskt våld, men av dem uppgav 6 stycken vid eftermätningen att de hade använt denna typ av våld. På samma sätt uppgav 4 män vid eftermätningen att de hade utövat allvarligt fysiskt våld under de senaste 12 månaderna, trots att de inte hade gjort det vid föremätningen. En tolkning är att männen hade börjat använda nya typer av våld efter behandlingens inledning. En annan tolkning är att dessa män under behandlingen hade fått insikt om att vissa handlingar faktiskt är våld, och att de inte längre förringade dem.

För många former av våld gäller också att betydande andelar av männen vid varken före- eller eftermätningen uppgav att de hade utövat dem. Tre fjärdedelar uppgav att de aldrig hade utövat sexuellt våld, 68 procent att de aldrig hade åsamkat partnern allvarliga skador och nästan hälften att de aldrig har utövat allvarligt fysiskt våld.

Om bortfallet inte tas med i beräkningarna utan de görs enbart på de män som svarade vid både före- och eftermätningarna, blir andelarna som hade upphört med våldet större och andelarna som hade fortsatt mindre. Exempelvis hade då 40 procent upphört med allvarligt fysiskt våld och 11 procent fortsatt, medan 32 procent hade upphört med allvarligt psykiskt våld och 27 procent fortsatt. Andelar för alla former av våld beräknade utan bortfallet redovisas i tabell B1 i tabellbilagan.

I fortsättningen kommer redovisningen att inriktas på andelen män som uppgav sig ha upphört med de olika formerna av våld. För att göra siffrorna mer jämförbara kommer andelarna att anges som andelar av det antal män som vid föremätningen uppgav att de hade utövat våldet och inte som hittills av alla män, också de som tidigare inte hade utövat det. Med denna mindre bas blir andelarna större.

I tabell 8 nedan redovisas hur stora andelar som hade upphört med de olika formerna av våld av dem som tidigare hade utövat dem. Det redovisas dels för alla män, dels för de tre typerna av verksamheter. (I tabell B2 i tabellbilagan redovisas andelarna utan bortfallet.)

Tabell 8. Andel män som upphört med våld totalt och per verksamhetsgrupp. Chi-två-test av skillnader mellan verksamhetsgrupper i fördelningar mellan dem som upphört och fortsatt med våld. Beräkningarna gjorda endast på män som vid föremätningen angav att de utövat respektive våldstyp. Procent

	Totalt (N=188)	ATV (n=42)	Kris- centrum (n=90)	Utväg (n=50)	Chi-två verksamhets- grupper	
					Chi- två	p
Lindrigt psykiskt våld (n=184)	17*	26*	12	18*	4,34	ej sign
Allvarligt psykiskt våld (n=111)	40*	41	34*	48*	1,52	ej sign
Lindrigt fysiskt våld (n=147)	46*	43*	42*	51*	0,85	ej sign
Allvarligt fysiskt våld (n= 96)	58*	65	53*	57*	0,68	ej sign
Lindriga skador (n=115)	51*	64*	46*	49*	2,12	ej sign
Allvarliga skador, (n=57)	70*	71*	78*	56*	2,49	ej sign
Lindrigt sexuellt våld (n=43)	60*	50	54*	78	1,82	ej sign

* Förändringen från före- till eftermätningen är statistiskt signifikant (McNemar, $p < 0,05$).

I de flesta fall hade hälften eller mer av de män som tidigare utövat våldet upphört med det. Undantaget var lindrigt psykiskt våld som bara en man på sex hade slutat med.

Andelen män som hade upphört med de olika formerna våld skilde sig inte markant mellan verksamhetsgrupperna. Längst till höger i tabellen redovisas signifikanttest av skillnaderna mellan verksamhetsgrupperna i fördelningen mellan dem som hade upphört och fortsatt med våldet. Skillnaderna i denna fördelning var inte i något fall signifikanta (chi-två, $p > 0,05$).

Det är också intressant att undersöka om det finns några skillnader mellan män som fullföljde behandlingen och män som avbröt den. I likhet med ovanstående tabell visar tabell 9 nedan huruvida männen hade upphört med olika typer av våld som de sa sig ha utövat vid föremätningen. (Eftersom bortfallet var stort bland dem som avbröt behandlingen, utesluts bortfallet ur denna redovisning. Annars skulle eventuella skillnader mellan dem som avbröt och fullföljde behandlingen kunna skapas av antagandet att bortfallet inte ändrade beteende.) Av dem som avbröt behandlingen och ingår i redovisningen gick ungefär två tredjedelar i individuella samtal, i genomsnitt fem stycken, och en tredjedel i gruppssamtal, i genomsnitt elva stycken.

En större andel av männen som hade fullföljt sin behandling jämfört med dem som avbrutit den uppgav att de hade upphört med psykiskt våld och allvarligt fysiskt våld. Det är dock bara för lindrigt psykiskt våld som skillnaden är statistiskt säkerställd. För lindrigt sexuellt våld går skillnaden till och med tydligt i motsatt riktning, men här är antalet män litet.

Tabell 9. Andel män som upphört med våld uppdelat på avbruten och genomförd behandling. Fisher's test av skillnader mellan de två grupperna i fördelningar mellan dem som upphört och fortsatt med våld. Beräkningarna gjorda endast på män som vid föremätningen angav att de utövat respektive våldstyp och som deltog i eftermätningen. Procent

	Avbruten behandling (n=41)	Genomförd behandling (n=57)	Fisher's test p
Lindrigt psykiskt våld (n=96)	17*	36*	0,042
Allvarligt psykiskt våld (n=59)	52*	69*	ej sign
Lindrigt fysiskt våld (n=75)	65*	68*	ej sign
Allvarligt fysiskt våld (n= 50)	78	89*	ej sign
Lindriga skador (n=60)	77*	73*	ej sign
Allvarliga skador (n=34)	88*	88*	ej sign
Lindrigt sexuellt våld (n=27)	89	72*	ej sign

* Förändringen från före- till eftermätningen är statistiskt signifikant (McNemar, $p < 0,05$).

En annan tänkbar förklaring till det minskade våldet än behandlingen kan vara att männen inte längre hade en relation till sin partner och därmed inte kunde utöva våld på samma sätt. Våldet kan visserligen fortsätta i form av förföljelser, olika typer av våld i samband med umgänge med gemensamma barn och liknande – ibland talas det exempelvis om "separationsvåld" – men det borde ändå minska.

Som tabell 10 visar är tendensen att de separerade männen i högre grad uppgav att de hade upphört med flera typer av våld, jämfört med dem som fortfarande hade en relation med den utsatta kvinnan. Det skulle kunna tolkas som att våldet upphörde på grund av att männen inte längre levde med henne. Samtidigt är skillnaden bara signifikant för lindrigt psykiskt våld, som bara några få av dem med fortsatt relation hade upphört med. Övriga former av våld hade stora andelar slutat utöva, trots att de fortfarande hade ett förhållande med kvinnan.

Tabell 10. Andel män som upphört med våld uppdelat på män som separerat och fortsatt med relationen. Fisher's test av skillnader mellan de två grupperna i fördelningar mellan dem som upphört och fortsatt med våld. Beräkningarna gjorda endast på män som vid föremätningen angav att de utövat respektive våldstyp och som deltog i eftermätningen. Procent

	Separerade (n=67)	Fortsatt relation (n=64)	Fisher's test p
Lindrigt psykiskt våld (n=128)	37*	10	< 0,0005
Allvarligt psykiskt våld (n=78)	58*	43*	ej sign
Lindrigt fysiskt våld (n=101)	68*	52*	ej sign
Allvarligt fysiskt våld, (n=65)	80*	73*	ej sign
Lindriga skador (n=77)	74*	61*	ej sign
Allvarliga skador (n=41)	87*	83*	ej sign
Lindrigt sexuellt våld (n=30)	75*	70*	ej sign

* Förändringen från före- till eftermätningen är statistiskt signifikant (McNemar, $p < 0,05$).

Psykisk ohälsa

Före behandlingen

Den psykiska hälsan undersöktes med skattningsskalan SCL90, som med 90 frågor mäter personens upplevelse av olika psykiska symtom den senaste veckan. Vid föremätningen var den självupplevda psykiska hälsan hos männen markant sämre än hos en normalgrupp svenska män. Medelvärdena på tio av de tolv indexen och delskalorna i SCL90 låg på ungefär samma nivå som för en grupp manliga patienter som användes för normeringen av den svenska versionen av skalan [16]. Patientgruppen i normeringsstudien var blandad och bestod bland annat av patienter med neuros-, borderline- och psykosdiagnoser samt tungt missbruk. Deras medelvärde var 1,02 på ett index som anger den allmänna nivån på de psykiska svårigheterna, ett så kallat globalt svårighetsindex (GSI). För männen i en normalgrupp var det 0,32. Motsvarande värde för männen i mansverksamheterna var detsamma som för patientgruppen, 1,02.

De två delskalor där männen i mansverksamheterna skilde sig från patientgruppen var en delskala för fientlighet, där medelvärdet låg väsentligt högre, och en delskala för fobisk ångest, där det låg väsentligt lägre men ändå högre än i normalgruppen (se tabell B3 i tabellbilagan för alla värden). Det fanns också skillnader mellan männen som började i behandling i de tre verksamhetsgrupperna, men de var inte signifikanta för någon av delskalorna och något index (variationsanalys, $p > 0,05$).

Förändring

Vid eftermätningen hade den psykiska hälsan förbättrats. Medelvärdena på alla index och delskalor var signifikant lägre, även om de fortfarande låg över normalgruppens. Medelvärdet för globalt svårighetsindex var 0,76. Liksom tidigare ingår bortfallet i beräkningarna med antagandet att männen som föll bort inte förändrades.

Tabell 11 visar variansanalyser av svårighetsindex och skalan för fientlighet. I kolumnen "Tid" ser man att den totala förändringen från föremätningen till eftermätningen för alla män var signifikant för både svårighetsindexet och fientlighetsskalan ($p < 0,0005$). Effektstorlekarna varierade mellan ganska liten (0,25) till medelstor (0,46) för de olika verksamhetsgrupperna (kolumnerna längst till höger). Dessa skillnader i förbättring av den psykiska hälsan mellan verksamhetsgrupperna var dock inte signifikanta ($p > 0,05$ i kolumnen "Verksamhetsgrupp*tid").

Förbättringen för dem som hade fullföljt behandlingen var inte signifikant större än för dem som hade avbrutit den, även om det fanns en icke signifikant skillnad i den riktningen (se tabell B4 i bilagan).

Känsla av sammanhang

Före behandlingen

Till skillnad från de psykiska symtomen ovan anses det som mäts med instrumentet Känsla av sammanhang (KASAM) vara en personlig resurs för individen – synen på tillvaron som begriplig, hanterlig och meningsfull. Medelvärdet på skalan för icke kliniska grupper har i internationella undersökningar ofta legat kring 150. För en grupp män i den svenska Lundbystudien var medelvärdet 155, trots att de hade haft minst tre barnpsykiatriska riskfaktorer i barndomen [20]. Männen i mansverksamheterna hade vid föremätningen ett medelvärde som indikerade en svagare känsla av sammanhang, 128. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan männen som började i behandling i de tre verksamhetsgrupperna (variensanalys, $p > 0,05$).

Förändring

Vid eftermätningen hade männens genomsnittliga känsla av sammanhang ökat till 135, vilket var en signifikant ökning men med begränsad effektstorlek. Skillnaderna i ökning mellan verksamhetsgrupperna var däremot inte signifikanta (se tabell 11).

Män som hade genomfört behandlingen visade en på gränsen till signifikant större ökning av sin känsla av sammanhang än de män som hade avbrutit den ($p = 0,057$, se tabell B4 i bilagan).

Tabell 11. Psykisk ohälsa, känsla av sammanhang och Audit- samt Duditpoäng för tre verksamhetsgrupper: medelvärden och standardavvikelser vid före- och eftermätning, tidseffekter, grupp effekter och effektstorlekar (Cohen´s d)

	Medelvärden (standardavvikelser)						Tid (före – efter)				Verksamhetsgrupp * tid				Effektstorlekar (Cohen´s d)		
	ATV (n=42)		Kriscentrum (n=90)		Utväg (n=50)		df	F	p	p	df	F	p	p	ATV	Kris- centr	Utväg
	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter											
Psykisk ohälsa, GSI	0,91 (0,72)	0,72 (0,66)	1,04 (0,75)	0,78 (0,69)	1,07 (0,71)	0,77 (0,75)	1,179	30,22	0,000		2,175	0,90	ej sign		0,28	0,36	0,41
Fientlighet	1,00 (0,94)	0,61 (0,73)	1,07 (0,83)	0,74 (0,85)	0,98 (1,01)	0,74 (0,88)	1,179	27,41	0,000		2,175	0,84	ej sign		0,46	0,39	0,25
KASAM	134,0 (27,0)	138,4 (28,3)	128,2 (26,6)	133,8 (27,8)	124,8 (24,5)	134,0 (29,4)	1,175	17,87	0,000		2,171	1,21	ej sign		0,16	0,21	0,34
Audit	6,62 (5,53)	5,10 (4,18)	7,69 (5,72)	7,31 (5,87)	9,48 (6,99)	8,24 (7,23)	1,178	7,13	0,008		2,174	1,68	ej sign		0,31	0,07	0,17
Dudit	2,10 (6,34)	0,57 (2,29)	1,97 (5,96)	1,31 (4,43)	1,08 (3,04)	0,94 (3,15)	1,176	7,20	0,008		2,172	1,51	ej sign		0,32	0,09	0,05

Alkohol och narkotika

Alkohol- och narkotikaanvändning undersöktes med hjälp av screeninginstrumenten Audit och Dudit. Audit mäter alkoholvanor, riskfylld konsumtion och tecken på beroende och alkoholskador. Dudit mäter grad av drogmissbruk och beroende [16].

Före behandlingen

För Audit finns gränsvärden dels för riskfylld konsumtion och dels för tyngre missbruk, som kan ses som tecken på beroende och alkoholskador. Gränsvärdet för riskkonsumtion är 8 poäng och gränsvärdet för alkoholskador eller beroende 19 poäng. Dessa gränsvärden ger möjlighet att uppskatta alkoholproblemen bland männen i mansverksamheterna. För Audit finns också referensvärden för den allmänna befolkningen, vilket gör det möjligt att jämföra Auditpoängen för männen i mansverksamheterna med Auditpoängen för ett statistiskt urval män ur befolkningen [21].

I mansverksamheterna fanns 5 procent som inte rapporterade någon alkoholkonsumtion. Andelen män med riskfylld konsumtion (8-19 poäng) uppgick till 30 procent, medan andelen män med tecken på beroende och alkoholskador (över 19 poäng) uppgick till 7 procent. Dessa andelar kan jämföras med män i den allmänna befolkningen, där 10 procent återfinns i gruppen utan någon alkoholkonsumtion, medan 18 procent finns i gruppen riskfylld konsumtion (8-19 poäng) och endast några få män överskrider gränsen för tecken på beroende och alkoholskador (19 poäng). Medelvärdet för männen i den allmänna befolkningen uppgår till 5,0, vilket kan jämföras med männen i mansverksamheterna, vars medelvärde uppgick till 7,9 vid föremätningen. Jämfört med män i den allmänna befolkningen hade männen i mansverksamheterna en betydligt större andel i risk- och beroendegrupperna och i genomsnitt ett betydligt högre medelvärde.

Förändring

I kolumnerna ”Före” i tabell 11 redovisas medelvärden för de Audit- och Duditpoäng som männen rapporterade innan de började behandlingen i mansverksamheterna. För samtliga män hade alkohol- och narkotikaproblemen minskat vid eftermätningen. Männens medelvärde för Audit minskade från 7,9 till 7,0, vilket är en signifikant skillnad. Medelvärdet för Dudit minskade från 1,8 till 1,1, och även denna skillnad är signifikant. Det fanns således en förändring som gick i positiv riktning i fråga om alkohol- som narkotikaproblem för männen i alla verksamheterna sammantagna.

Tabellen visar att effektstorlekarna var små överlag men positiva. ATV-verksamheternas effektstorlekar uppgick till cirka 0,3 för Audit- och Duditskalorna, det vill säga en liten men tydlig förändring. Effekterna var något mindre i de andra verksamheterna, men skillnaderna var inte statistiskt signifikanta (kolumnen ”Verksamhetsgrupp*tid”).

Förändringen skulle kunna förklaras av att några män (14 stycken) under undersökningsperioden också deltog i missbruksbehandling. Skillnaden kvarstår dock när man kontrollerar för detta.

Det fanns en signifikant skillnad i utvecklingen av alkoholproblemen mellan dem som fullföljde behandlingen i mansverksamheterna och dem som avbröt den. Problemen minskade för dem som fullföljde och ökade för dem som avbröt. Däremot fanns det inte någon signifikant skillnad mellan de två grupperna i förändringen av narkotikaproblemen (tabell B4 i bilagan).

Männens syn på behandlingen

Vid eftermätningen gav männen ett gott betyg åt behandlingen. De åtta frågorna i Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ8) kan som mest ge 32 poäng och 8 poäng som sämst. Männen gav behandlingen i genomsnitt 27 poäng.

De allra flesta var nöjda med behandlingen och ansåg att den hade god kvalitet (88 procent i båda fallen). Över hälften (54 procent) ansåg att behandlingen hade gett dem stor hjälp att hantera sina problem på ett bättre sätt och ytterligare 40 procent att de hade fått viss hjälp med det (se tabell 12).

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan de tre grupperna av verksamheter när det gäller antalet poäng på CSQ8 (variansanalys, $p < 0,05$).

Tabell 12. Svarsfördelningar på frågor i CSQ8. Procent

Hur bedömer du kvaliteten på den hjälp du mottagit? (n=137)	Utmärkt 49	Bra 39	Mindre bra 7	Dålig 5	100
Hur nöjd är du, generellt sett, med den hjälp du fått? (n=135)	Mycket nöjd 58	För det mesta nöjd 30	Neutral eller lite missnöjd 10	Riktigt missnöjd 2	100
Har behandlingen hjälpt dig hantera/lösa dina problem på ett bättre sätt? (n=136)	Ja, den var till stor hjälp 54	Ja, den hjälpte till viss del 40	Nej, den hjälpte verkligen inte 5	Nej, den verkar ha förvärrat saker 1	100
Till hur stor del har verksamhetens program/behandling uppfyllt dina behov? (n=137)	Nästan alla mina behov 28	De flesta av mina behov 53	Endast några av mina behov 15	Inga av mina behov 4	100
Skulle du rekommendera vårt program till en vän i behov av liknande hjälp? (n=136)	Ja, absolut 70	Ja, jag tror det 26	Nej, jag tror inte det 2	Nej, absolut inte 2	100

Något färre men fortfarande de flesta av dem som hade avbrutit behandlingen var nöjda (79 procent) och ansåg att de hade fått hjälp att hantera sina problem (87 procent). Skillnaden var främst att fler valde de svagare svarsalternativen; att de var nöjda ”för det mesta” (50 procent) och att behandlingen hjälpte ”till viss del” (63 procent). Skillnaden mellan dem som hade

avbrutit och dem som hade fullföljt behandlingen var signifikant (chi-två, $p < 0,05$).

Vid sidan om CSQ8 ställdes ytterligare några frågor om behandlingen och dess effekter. Svaren redovisas i tabell 13. En majoritet ansåg att behandlingen i hög grad eller till en del hade gjort dem bättre på att hantera sin ilska (78 procent), hjälpt dem att förbättra relationen till partnern (63 procent), hjälpt dem att bli en bättre förälder (63 procent) och fått dem att må bättre (74 procent). En stor majoritet svarade också att verksamhetens arbetssätt hade passat dem bra (89 procent). Svaren skilde sig inte i något fall signifikant mellan verksamhetsgrupperna (chi-två, $p > 0,05$).

Tabell 13. Svarsfördelningar på ytterligare frågor om behandlingen och dess resultat. Procent

Har kontakten med verksamheten...	I hög grad	Delvis	Lite	Inte alls	
... fått dig att bli bättre på att hantera ilska/ aggressivitet (n=138)	45	33	14	8	100
... hjälpt dig att få en bättre relation till din partner (n=138)	39	24	15	22	100
... hjälpt dig att få en bättre relation till ditt/dina barn? (n=101)	35	25	9	31	100
... hjälpt dig att bli en bättre förälder? (n=100)	32	31	16	21	100
... fått dig att må bättre? (n=139)	42	32	19	7	100
	Utmärkt	Bra	Mindre bra	Dåligt	
Sättet man arbetade på i verksamheten passade mig (n=137)	51	38	7	4	100

Männen fick också möjlighet att med egna ord kommentera en del av frågorna eller motivera sina svar. Mer än hälften utnyttjade den möjligheten, och en del uttryckte mycket tydligt att behandlingen hade inneburit en stor förändring för dem.

Finns inte ord för att uttrycka den glädje och tacksamhet jag känner för att jag kom i kontakt med denna verksamhet. Detta har inte bara förändrat resten av mitt liv, utan också inneburit att jag lärt mig om mitt förflutna.

Jag kan bara buga och bocka. Det jag absolut inte trodde skulle hända har hänt. Det som jag tidigare inte såg som ett problem, har i mina ögon blivit ett problem och sedan löst och utrett och jag kan bara hoppas att detta fortlöper för jag är väldigt glad och tacksam för att jag fick denna möjlighet, och jag tror att de runt omkring mig känner likadant.

Att gå i verksamheten på eget bevåg – att jag fick ta det beslutet själv var nog viktigt. Sedan att det nog var det bästa som kunde ha hänt. Alla straff i världen skulle inte ha bitit så bra som detta. Jag är jätteglad för att detta varit möjligt och det går inte att mäta hur tacksam jag är för detta. Har ändrat hela min syn på mig själv och de jag lever med till det positiva.

På fullaste allvar. Jag känner mig bättre på alla plan. Bästa jag varit med om.

Flera män lämnade kommentarer om hur de hade förändrats genom behandlingen, till exempel: ”jag har blivit bättre på att hantera konflikter”, ”jag har blivit tryggare”, ”jag har blivit lugnare”, ”har fått större självinsikt”, ”jag har fått större förståelse för vad psykiskt våld utlöser”, ”insett att svartsjuka inte bör finnas i en relation; blir kontroll, destruktivt och förstör” och ”jag har fått insikt i vad min partner går igenom när jag utsätter henne för miss-handel”.

Flera påpekade att de hade fått insikt om sina missbruksproblem och hade gjort något åt dem tack vare behandlingen. En man skrev att verksamheten var utmärkt eftersom ”den visade mig vägen till en annan verksamhet, alkoholtagningen”.

Många kommentarer gällde hur männen hade förändrats som pappor: ”jag har blivit mer lyhörd mot barnen”, ”jag har mer tålamod med mina barn”, ”jag lyssnar bättre på dem och förstår dem bättre”, ”jag tänker mer på hur min son kan påverkas av konflikter”, ”jag gapar inte åt barnen när de gjort något fel utan försöker i stället förklara”, ”jag har stressat ner och blivit mycket lugnare nu – barnen tycker mer om mig nu än förut”, ”jag lägger mer tid på mina barn” och ”jag övar på att på att se barnets perspektiv i min vardag”. Tre män beskrev förändringen på följande sätt:

En bättre relation till mitt barns mor gör att barnet självt mår bättre. Barnet utsätts inte längre för dom skadliga situationerna som kunde uppstå.

Jag använder inte sura eller aggressiva röster eller blir irriterad på barnen som förut. Jag har börjat lyssna på dom och inte stressa dom i vissa situationer och deras rädsla har försvunnit mer och mer.

... det känns som om det finns mer kärlek, de kommer mer till mig och säger pappa, pappa.

Några män som svarade att behandlingen inte hade hjälpt dem att få en bättre relation till sina barn förklarade svaret: de ansåg att de redan hade en bra relation till barnen.

Även frågan om verksamheternas arbetssätt ledde till många kommentarer. Många var positiva till gruppbehandlingen. De tyckte att det var bra att

utbyta erfarenheter, känna igen sig i andras berättelser och inse att de inte var ensamma om sina problem. Andra påpekade att de fick råd och tips av de andra i gruppen, fick lära sig att lyssna med medkänsla och att uttrycka sina egna känslor. En man beskrev det så här:

Gruppsamtal var bra. Höra andras situationer, diskutera lösningar, få andra synvinklar.

Flera uppskattade att behandlingen var inriktad på problemlösning och gav dem nya verktyg, som kunde användas i konflikter och konkreta situationer.

Arbetet är mycket praktiskt och realistiskt. Fokus på verkligheten och vardagslivet. Alla problem/utmaningar gick/går att prata om, analysera och få hjälp att vädra och lösa.

Flera män gav också behandlarna positiva omdömen. En man skrev att gruppledarna var bra och kändes pålitliga och respektfulla. ”Bra bemötande”, ”bra samtalsstöd” och ”bra ledning” var andra kommentarer.

Det fanns också negativa kommentarer, även om de var betydligt färre än de positiva. Några uttryckte missnöje med gruppformen. En man gillade inte att det hela tiden kom in nya män i gruppen och att man då enligt hans uppfattning fick börja om från början. En annan ansåg att grupperspektivet gjorde att det inte fanns tid för hans problem. Någon ansåg att han bara upprepade sig själv i gruppen, samtidigt som han inte fick någon feedback. En annan man var kritisk mot att gruppledarna inte bröt in när det blev för mycket pikar eller när flera skrattade åt någon i gruppen.

En man var bekymrad över att verksamheten har anmälningsskyldighet för barn som far illa och tyckte att han hela tiden var tvungen att väga sina ord. Några män klagade över att tiderna var svåra att förena med deras arbete. Flera ansåg sig också behöva mer behandling än vad de erbjöds, och en man var kritisk mot att det fanns för lite personal i verksamheten.

Kvinnornas syn på behandling och partnerkontakt

De få kvinnor som deltog i eftermätningen delade uppfattningen att männen hade förändrats till det bättre genom behandlingen. Av de tolv som då fortfarande hade kontakt med mannen var det bara en kvinna som svarade att hennes man använde våld som tidigare. Nio kvinnor svarade att mannen undvek att använda våld i situationer där han tidigare brukade göra det, och två kvinnor svarade att han inte längre hamnade i sådana situationer.

Svaren på andra frågor redovisas i tabell 14. De visar att kvinnorna ansåg att mannens beteende och relation till henne och barnen hade förbättrats.

Tabell 14. Kvinnornas syn på mannens behandling. Absoluta tal

Har kontakten med verksamheten gjort att mannen ...	I hög grad	Delvis	Lite	Inte alls
... har blivit bättre på att hantera ilska och aggressivitet? (n=13)	5	4	3	1
... har blivit bättre på att hantera konflikter (n=14)	4	5	3	2
... har fått en bättre relation till dig? (n=14)	4	3	5	2
... har blivit en bättre förälder? (n=11)	3	5	2	1
... har fått bättre relation till sina barn? (n=11)	3	3	4	1

Några kvinnor beskrev mannens förändring med egna ord:

De har lärt min man att en diskussion inte behöver sluta med våld.
Lärt han att diskutera.

Han fick se "normala" mäns värderingar.

Han har fått förbereda sig och fundera på svåra situationer som att jag t ex träffar någon annan och han har väl börjat förstå att man inte får bete sig hur som helst mot människor oavsett vad man tycker.

Mannens förändring som förälder beskrev kvinnorna bland annat på följande sätt: "Att barnen inte behöver bli inblandade i relationen", "Att tänka på dem först, sedan på oss", "Lyssnar mer på dem, accepterar deras åsikt", "Större tolerans mot oväntade (oplanerade) situationer där han tidigare kunde bli irriterad" och "Hjälpsam".

När det gäller verksamhetens sätt att arbeta med kvinnorna var tio av de fjorton som deltog i eftermätningen nöjda, och de hade alla haft regelbunden kontakt med verksamheten. De fyra kvinnor som var mindre nöjda uppgav att de bara hade blivit kontaktade ett fåtal gånger, och alla hade önskat en tätare kontakt.

Bra! Fortsatte med uppföljning trots partners avbrott med verksamheten. Omtanken var det bästa.

Att de finns tillgängliga är bra. De erbjöd att jag fick ta kontakt. De förklarade tydligt vad som hände, bra att få bekräftelse på att behandlingen fortlöper bra.

De var tillgängliga direkt, har förstått våra problem, har kontaktat oss ibland för att fråga hur det går, de verkligen bryr sig!

Vetskapen att de finns och att jag märkte skillnad hos min partner under den tid han gick där har fått mig att känna hopp inför framtiden.

Lång tid sen senaste kontakten. Cirka fyra samtal sammanlagt där två av de senaste varit väldigt korta på grund av tidsbrist.

Önskade mer kontakt med mig för att se att det går bra hemma.

De flesta ansåg att partnerkontakten hade varit till hjälp och att den hade fått dem att må bättre. Två kvinnor tyckte sig dock inte ha fått någon hjälp alls (se tabell 15).

Tabell 15. Kvinnornas syn på partnerkontakten. Absoluta tal

	I hög grad	Delvis	Lite	Inte alls
Har partnerkontakten varit till hjälp för dig? (n=14)	6	3	3	2
Har partnerkontakten fått dig att må bättre? (n=14)	5	3	4	2
Fick du den hjälp du var i behov av? (n=14)	5	4	3	1

Några av kvinnorna försökte förklara på vilket sätt de hade blivit hjälpta och varför de börjat må bättre. De två kvinnor som inte ansåg sig ha fått hjälp kommenterade inte sitt svar.

Jag har någon att prata med, som lyssnar och stödjer mig.

Känns tryggt att det är någon annan än bara jag som vet om det.

Det var bra eftersom jag stannade upp och reflekterade över var jag befann mig just då i vår relation.

Genom att ge min man verktyg att hantera situationer som tidigare varit svåra har det varit en mycket bra hjälp att bryta våldet.

Kvinnans säkerhet

I uppdraget att utvärdera mansverksamheter ingick också att undersöka hur de arbetar för att skapa säkerhet för dem som utsätts för våldet. Samtliga verksamheter uppgav att de prioriterar säkerheten för mannens partner och barn, men de har olika sätt att göra det. Våldsutsatta kvinnor kan exempelvis erbjudas partnerkontakt, personliga samtal och samarbete med kvinnoverksamheter. Nedan följer en mer detaljerad beskrivning av vad de olika verksamheterna erbjuder den utsatta partnern.

Kriscentrum för män i Malmö

På Kriscentrum för män i Malmö har man en utarbetad metod, den så kallade partnerkontakten. För att få ta del av behandlingen måste mannen uppge namn, telefonnummer och adress till den han har använt våld mot. En behandlare kontaktar sedan kvinnan per brev och därefter telefon för att erbjuda fortsatta telefonsamtal eller personliga möten. I brevet förmedlas även kontaktuppgifter till Kriscentrum för kvinnor. Om kvinnan väljer att delta i partnerkontakten tar en kollega till mannens behandlare hand om den fortsatta kontakten med henne. Mannen kan inte ta reda på vad som sägs mellan kvinnan och Kriscentrum. Man svarar inte på några frågor om partnerkontakten, och behandlaren uppmanar mannen att inte bekymra sig om den. Syftet med partnerkontakten är att kvinnan ska få information om hur det går i behandlingen samt få en möjlighet att prata om sin egen situation. Kontakten med kvinnan sker ungefär var sjätte till åttonde vecka under mannens behandlingstid och ibland även efter avslutad behandling. Tanken är att kvinnans säkerhet ökar med partnerkontakt, eftersom den ger ett mått på hur mannens behandling fungerar. En del kvinnor upplever också samtalen som terapeutiska, och behandlarna tror att de kan vara värdefulla för partnern.

Manscentrum i Stockholm

Även på Manscentrum i Stockholm måste mannen uppge namn, telefonnummer och adress till den person som har utsatts för våldet. Samarbetsverksamheten Ersta Fristad skickar sedan ut ett brev med erbjudande om att delta i deras gruppverksamhet. Ersta Fristad är fristående från Manscentrum, men har åtagit sig att ta emot kvinnorna till de män som går vid Manscentrum. Kvinnorna får stödsamtal i grupp men ingen information om mannens behandling. Gruppverksamheten är med andra ord inte en partnerkontakt som den i Malmö utan en behandling i sig. Ersta Fristad har dock lockat så få kvinnor att Manscentrum tänker göra om sin partnerkontakt så att den mer kommer att likna den i Malmö. Ersta Fristad kommer samtidigt att finnas kvar som ett gruppalternativ för de kvinnor som vill ha behandling. Manscentrum samarbetar även med den ideella kvinnojouren Alla kvinnors hus, som erbjuder enskilda samtal.

ATV Täby

Även ATV Täby har en uttalad partnerkontakt. Behandlingskontraktet som mannen undertecknar i början av kartläggningsfasen inkluderar ett erbjudande till hans partner. Verksamheten skickar också ut ett standardbrev med en beskrivning av verksamheten och partnererbjudandet, och där finns även kontaktuppgifter till en terapeut. Partnererbjudandet går ut på att kvinnan ska delta i stödsamtal, och hon bestämmer tillsammans med ATV Täby hur stödet ska se ut. Det kan exempelvis vara krissamtal eller terapeutiska kontakter, mer eller mindre regelbundet. Partnern kan visa att behandlingen går åt rätt håll, men kvinnan får inte veta vad som sägs i mannens samtal. Om mannen hoppar av behandlingen får dock kvinnan information om det som en säkerhetsåtgärd, och behandlarna är villiga att bryta sekretessen om de anser att det finns en risk för kvinnans eller barnens säkerhet. Verksamheten har funnit många fördelar med att ha partnerkontakt, både när det gäller arbetet i de specifika fallen men även genom att parens berättelser har gett behandlarna mer erfarenhet och generella kunskaper om våld.

Mansmottagningen mot våld i Uppsala

Mansmottagningen mot våld i Uppsala upprättade partnerkontakt hösten 2008 i ett tidsbegränsat projekt. Verksamheten hade tidigare träffat många våldsutsatta kvinnor och valde nu att systematisera proceduren och införa partnerkontakt som rutin. Verksamheten tar reda på kvinnans kontaktuppgifter via mannen, frivården eller i vissa fall från henne själv. Därefter får hon via brev eller telefon information om att mannen har påbörjat sin behandling samt ett datum för ett möte med en medarbetare från verksamheten. Mannen som går i behandling får endast veta att kvinnan erbjuds att delta i partnerkontakten men inte hur den utvecklas. Man har anställt en psykolog och en psykoterapeut som ansvarar för kontakterna med kvinnorna, båda med stor erfarenhet av arbete med våldsutsatta personer. Om kvinnan väljer att delta kan hon få upp till tio terapeutiska samtal. Hon erbjuds även att delta i en gruppbehandling för våldsutsatta kvinnor. Partnerkontakten anses öka kvinnans säkerhet eftersom hon kan höra av sig till sin kontaktperson om hon utsätts för hot eller våld.

Verksamheter utan partnerkontakt

Det finns även verksamheter som inte har någon uttalad kontakt med partnern. På Kriscentrum för män i Lund har man ingen kommunikation med partnern, utan behandlarna känner bara till det som mannen själv berättar. Man diskuterar dock att införa partnerkontakt liknande den i Malmö. Samtidigt är behandlarna rädda att förtroendet mellan behandlaren och mannen skulle minska, särskilt om han och partnern ger motstridiga uppgifter. För behandlarna har det varit svårt att avgöra vad som är det optimala arbetssättet.

Även Kriscentrum för män i Göteborg har funderat på att införa partnerkontakt. Verksamheten har i enstaka fall haft informella kontakter med kvinnorna till de män som går i behandling eller med kvinnoamordnare, som i sin tur har haft förbindelser med kvinnorna.

Frideborg i Norrköping har inte heller någon partnerkontakt men strävar efter att ha någon sorts kontakt med kvinnorna. Behandlarna uppgav att de undersöker vad partnerkontakten skulle innebära i teori och praktik samt om de kan utveckla en sådan verksamhet. De beskrev kvinnornas och barnens säkerhet som den högsta prioriteten i verksamheten.

På Utväg Skaraborg anser man att partnerkontakt kan vara problematiskt, eftersom många kvinnor vill vara så långt borta som möjligt från mannen. I stället försöker man att på olika sätt öka säkerheten för kvinnorna och barnen. Verksamheten bedrivs i mycket nära samarbete med Utväg kvinnor och Utväg barn, som till och med finns i samma lokaler. Alla män får information om Utväg för kvinnor och för barn, och man vill att mannens familj ska få kontakt med dessa verksamheter. Många har också vänt sig dit. Samordnaren för män, samordnaren för kvinnor och samordnaren för barn har då en fortlöpande dialog och försöker att utbyta information utan att bryta sekretessen. I vissa fall förekommer även parsamtal som ett led i behandlingen. Man arbetar också med att involvera andra personer ur mannens nätverk för att därigenom öka säkerheten för kvinnan och barnen.

Samtliga verksamheter uppgav att de ständigt diskuterar hur de ska skapa säkerhet och trygghet för kvinnorna. Det fanns dock skilda meningar om hur man gör det på bästa sätt.

Barnens säkerhet

Samtliga verksamheter framhöll att barnens säkerhet är högt prioriterad i arbetet. När Manscentrum i Stockholm får kontakt med en ny man frågar man alltid ifall han har barn och om de i så fall har varit närvarande när våldet utövades. Syftet är att kartlägga risksituationen för barnen och för partnern. Behandlarna brukar sedan ge männen en realistisk bild av konsekvenserna för den eller dem som har utsatts för våldet. Barnens säkerhet betonas. Får man veta att mannen har utövat våld mot något barn anmäls det genast till socialtjänsten.

Vid Kriscentrum för män i Malmö, Kriscentrum för män i Lund, Utväg Skaraborg och Frideborg är föräldraskap ett obligatoriskt och viktigt tema som tas upp i behandlingen. I Malmö vill behandlarna hjälpa männen att bli bättre pappor, vilket är viktigt för barnens trygghet och för att förebygga mer våld. Kriscentrum för män i Lund har en uttalad policy om att barnperspektivet ska finnas med i behandlingen, och man diskuterar ständigt relationen till barnen och hur barnen påverkas av våldet. Behandlarna upplyser även männen om att det finns ett kriscentrum för barn, dit barnen är välkomna. På Frideborg försöker behandlarna alltid få med ett barnperspektiv oavsett vilket tema som behandlas, och behandlingen handlar mycket om mannens ansvar gentemot barnen och partnern.

Även vid Kriscentrum för män i Göteborg är skyddet för barn prioriterat. Vid alla insatser beaktas barnens situation och vilka konsekvenser de kan få för barnen. Syftet är att ge männen kunskap om barns utveckling och om utsatta barns behov samt visa hur barnen påverkas av våld i familjen. Behandlarna använder sig bitvis av ett psykoedukativt förhållningssätt för att mannen ska få veta mer om barns utvecklingsprocess.

Behandlarna vid ATV Täby betonade att de har ett starkt barnperspektiv och fokuserar särskilt mycket på barnen under den fas i behandlingen som rör konsekvenserna av våldet. I Täby finns även en barnverksamhet som bygger på behandlingsmodellen Trappan. När männen har kommit en bit in i behandlingen kan deras barn delta i den, men de bör ha fyllt fyra år för att kunna tillgodogöra sig samtalen.

Vid mansmottagningen i Uppsala finns en särskild gruppbehandling för pappor och blivande pappor som har utövat våld mot sin partner. I denna grupp är barnen i fokus hela tiden. Barnperspektivet är även närvarande i den behandling som ges till blandade grupper med både pappor och andra män och i den individuella behandlingen.

På Utväg Skaraborg får mannen börja sin behandling med att beskriva sin "familjekarta" och sitt vardagsliv. Om familjen inte redan har kontakt med Utväg för barn och Utväg för kvinnor, föreslås mannen förmedla kontakten med de verksamheterna. Utväg har också en särskild pappagrupp med fokus på föräldrarollen och mannens relation till barnen, men upplägget i övrigt är detsamma som i Utvägs vanliga gruppverksamhet för män.

Mannens ansvar för våldet

Samtliga verksamheter ser ansvarsfrågan som central i behandlingen. Flera framhöll att det är den viktigaste förändringsmekanismen för att männen ska upphöra med sitt våld. Att mannen ska ta fullt ansvar för sitt våld är ett mål för behandlingen i alla verksamheterna.

Ansvarsfrågan kan också kopplas till motivationen att förändras. Behandlarna påpekade att män som vänder sig till dem efter påtryckningar kanske inte är lika motiverade till förändring som andra. I sådana fall ska behandlarna förändra den yttre motivationen till en inre, bland annat genom att visa männen att de äger problemet, dvs. att de har ansvar för det våld som har ägt rum och konsekvenserna av det. Flera behandlare framhöll att många män inledningsvis förringar och distanserar sig från våldet. Många lägger ansvaret på sin partner: "hade hon bara inte tjatat så mycket" och liknande.

Ett vanligt inslag i behandlingen är att mannen får beskriva en våldshändelse som har satt djupa spår i honom, alternativt tre olika våldshändelser: den första, den senaste och den värsta. Dessa våldshändelser analyseras och bearbetas i detalj så att mannen tvingas se sin egen roll i våldet. Kriscentrum för män i Göteborg kallar sin variant på denna övning för "heta stolen", som alla män måste sitta i. Mannen får då i detalj berätta om våldet medan behandlaren ställer konkreta och detaljerade frågor. Mannen kan i denna situation inte förringa våldet och peka på förmildrande omständigheter. Behandlare beskrev hur de kan vara ganska tuffa i de samtal som handlar om att klarlägga våldet, just för att många män har trängt bort eller förringat det som skett. Behandlarna framhöll att detta är ett viktigt led i att ge mannen insikt om sitt beteende och ett steg mot att han ska ta ansvar för det.

Flera nämnde också att mannens ansvarstagande ökar med hjälp av diskussioner om konsekvenserna för dem som männen har utsatt för våld. Via behandlaren får mannen ta del av våldet ur kvinnans och barnens perspektiv. Enligt en behandlare är det "sällan roligt för männen att höra och förstå".

Flera behandlare berättade att de successivt kan se hur männen tar mer ansvar allteftersom behandlingen fortskrider. Från att först ha förringat våldet ser mannen sin egen roll i det som har hänt och att det är han som ensam bär ansvaret för våldet, oavsett vad kvinnan har gjort eller sagt.

Dokumentation och uppföljning

Ingen av verksamheterna arbetar manualbaserat, men ett par av dem har en metodhandbok som beskriver hur behandlingen går till.

Merparten av verksamheterna för inte journaler över männen, men några gör arbetsanteckningar efter varje samtal för att föra behandlingen vidare. I arbetsanteckningarna kan det exempelvis förekomma uppgifter om vilka teman som har hanterats och behandlarens egna reflektioner. Anteckningarna fungerar som ett stöd för behandlaren inför varje möte. När behandlingen är avslutad förstörs dessa anteckningar.

Alla verksamheter har också någon typ av verksamhetsstatistik med exempelvis uppgifter om klienternas ålder, antal barn, yrke och problembild. Delar av statistiken redovisas ofta i en årlig verksamhetsberättelse, som ger en bild av antalet klienter, verksamheternas ekonomi, personal, samarbete med andra etc.

Flera av verksamheterna använder någon typ av frågeformulär i de inledande samtalen med männen för att bland annat få information om vilka typer av våld de har utövat. Formuläret kan också användas för uppföljningar. Manscentrum i Stockholm använder det exempelvis när kontakten med en man ska avslutas. I ett utvärderande samtal går man då tillbaka till det första formuläret och stämmer av hur våldet och mannens känslomässiga problem etc. har förändrats. De flesta verksamheterna arbetar med sådana uppföljnings- och utvärderingssamtal.

Ett annat exempel är Mansmottagningen i Uppsala, som har ett avslutande behandlingssamtal för att se var mannen befinner sig i förhållande till våldet. Man går bland annat igenom ifall det har förekommit något mer våld, hur mannen resonerar kring ansvarsfrågan, om han hittar alternativ till våldet och vilket förhållande han har till eventuella barn.

Utväg Skaraborg har ett särskilt avstämningssamtal tre månader efter det sista behandlingstillfället. Kriscentrum för män i Lund har också avslutande samtal med männen där man stämmer av nuläget med de mål som inledningsvis sattes upp. Uppföljningen vid Kriscentrum för män i Malmö anpassas individuellt och kan variera i tid och omfattning. En del män träffar man exempelvis en gång i månaden, andra kanske var tredje månad under en period.

Ett par av verksamheterna har också via enkäter följt upp ett antal av männen de har kommit i kontakt med. Kriscentrum för män i Malmö har på detta sätt följt cirka 100 män och Mansmottagningen i Uppsala drygt 120 män.

Sammanfattningsvis har de flesta verksamheterna en begränsad dokumentation av behandlingsmetoderna. De flesta för inte journaler men gör arbetsanteckningar, som inte bevaras. Samtliga verksamheter för någon form av verksamhetsstatistik och har rutiner för att följa upp sina klienter, oftast ganska snart efter behandlingens slut.

4. Diskussion

Resultaten talar tydligt för att männens våld minskade på kort sikt. Den psykiska hälsan förbättrades också, känslan av sammanhang ökade något och alkohol- och narkotikabruket minskade. En första slutsats är att behandlingen inte var skadlig, en slutsats som en nordamerikansk kunskapsöversikt inte ville utesluta [8].

Den minskning av våldet som resultaten visar på inträffade redan under behandlingstiden. Eftermätningen gjordes i de flesta fall efter behandlingens slut, men frågorna i CTS2 gäller det senaste året, som här till stor del sammanföll med behandlingstiden. För det första hann behandlingen inte verka fullt ut på det sätt som den kanske behöver, och för det andra säger resultaten inget om hur varaktiga förändringarna är. För att komma till rätta med dessa tillkortakommanden måste uppföljningen fortsätta över längre tid. Det är då också en fördel om inte bara männens uppgifter utan även andra data kan användas. I det här fallet kommer det att bli möjligt att analysera registerdata om våldsbrott.

Eftersom männen själva lämnade uppgifterna om sin våldsutövning är det troligt att de underskattade den, men minskningen i det rapporterade våldet motsvarar sannolikt ändå en verklig minskning. Underskattningarna var troligen större vid föremätningen än vid eftermätningen. Därför kan den verkliga minskningen också vara större än den rapporterade. Beräkningarna bygger dessutom på det konservativa antagandet att männen i bortfallet inte förändrade sitt beteende, vilket även det kan ha lett till att förändringarna snarare har underskattats än överskattats.

Förbättringarna gällde alla tre grupperna av verksamheter (ATV, kriscentrum och Utväg). Det gör det svårt att avgöra om förbättringarna berodde på behandlingen eller inte. För att kunna avgöra det hade det då krävts en kontrollgrupp som inte fick behandling, men en sådan uppläggning var inte möjlig. I brist på kontrollgrupp skulle frågan kunna belysas av jämförelser mellan dem som fullföljde och avbröt behandlingen, särskilt som nästan hälften av männen avbröt den. De som avbröt och kunde jämföras hade dock fått en hel del behandling, och det fanns bara två signifikanta skillnader i resultat mellan grupperna: i minskningarna av lindrigt psykiskt våld och alkoholkonsumtion. Frågan om förbättringens orsaker kvarstår med andra ord.

Andra orsaker än behandlingen skulle kunna vara ett fast beslut hos männen att ändra sig, som ledde till resultat oavsett behandlingen, eller tidens gång, som övervann en tillfällig kris. Det senare skulle till exempel kunna vara förklaringen till förbättringen i psykisk hälsa. Samtidigt ansåg de flesta männen att det var just behandlingen som hjälpte dem till ett ändrat beteende och bättre välbefinnande. Frågan kan dock bara avgöras om man lyckas göra jämförelser som inte var möjliga i den här studien.

Att resultaten inte skilde sig tydligt åt mellan de tre grupperna av verksamheter överensstämmer med internationell forskning, som sällan har visat

några tydliga skillnader i utfall mellan olika behandlingsformer mot våld [1]. En orsak kan vara att de faktiska skillnaderna mellan behandlingsformerna är små.

Efter intervjuer med behandlarna framstod de åtta verksamheterna som mer lika än vad de antogs vara när studien planerades. De två manualbaserade verksamheter som skulle ingå föll också bort på ett tidigt stadium. Därför motsvarar gruppindelningen kanske inga avgörande skillnader i behandlingsmetoderna.

En likhet mellan verksamheterna var att alla fokuserade på frågan om mannens ansvar för våldet. Om detta är avgörande för resultatet bör det också ha bidragit till likheterna i utfallet.

Däremot arbetade verksamheterna på olika sätt för att säkerställa kvinnans och barnens säkerhet. En del verksamheter erbjöd ingen partnerkontakt alls, och där den förkom var det i olika former. Verksamheterna diskuterade också hur de på bästa sätt ska skapa säkerhet för kvinnorna och barnen. Den här studien kan dock inte ge svaret, utan frågan kräver sin egen utvärdering.

Verksamheternas egen dokumentation och uppföljning var ofta sparsam. Med bättre dokumentation och regelbunden uppföljning av männen över längre tid skulle verksamheterna kunna systematisera sina erfarenheter och utvärdera och utveckla sina egna arbetssätt. Sådan lokal uppföljning skulle kunna underlättas om verksamheterna fick tillgång till ett enkelt och gemensamt uppföljnings- eller bedömningsinstrument. Även verksamheternas behandlingsmetoder behöver dokumenteras bättre.

Sammanfattningsvis är resultaten i denna utvärdering lovande. Det behövs studier över längre tid och studier som bättre kan avgöra vilka som är de verksamma faktorerna. Resultaten tyder ändå på att behandling kan minska mäns våld mot kvinnor i nära relationer. Verksamheterna behöver samtidigt utveckla sin dokumentation och uppföljning för att få bättre underlag för ett fortsatt förbättringsarbete.

Studien visar slutligen att det är fullt möjligt att få män som har identifierats som våldsutövare att ställa upp i undersökningar, vilket är en mycket positiv erfarenhet.

Referenser

1. Saunders D. G. Group Interventions for Men Who batter: A Summary of Program Descriptions and Research. *Violence and Victims*. 2008; 23(2):156-172.
2. Perspectives with Perpetrators of Intimate Partner Violence: A Global Perspective. WHO; 2003.
3. Gondolf E.W. Evaluating batterer counseling programmes: A difficult task showing some effects and implications. *Aggression and Violent Behaviour*. 2004; 9:695-713.
4. Perpetrators Programmes for Male Domestic Violence Offenders: What do we know about effectiveness. *CJSW*; 2003. Paper 4.
5. Att motverka våld mot kvinnor – internationella erfarenheter. *Socialstyrelsen*; 2002.
6. Wathen H.L. MacMillan C.N. Prevention of Violence against Women. Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMA*; 2003; 169(6):582-584.
7. Smedslund G, Dalsbo TK, Steiro AK, Winswold A, Clench-Aas J. Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Campbell Collaboration*; 2007.
8. Feder L, Wilsson D.B, Austin, S. Court-Mandated Interventions for Individuals Convicted of Domestic Violence. *Campbell Systematic Reviews*. 2008; 12.
9. Mäns våldsutövande – barns upplevelser. En kartläggning av interventioner, kunskap och utvecklingsbehov. *Näringsdepartementet*; 2006.
10. Fördelade utvecklingsmedel till stöd för våldutsatta kvinnor 2007-2008. *Socialstyrelsen*. 2009; Delrapport 2.
11. Bergström L, Rudqvist A. Mansfrid. En utvärdering av behandling av för män som dömts för våld i nära relationer. *Karlstad universitet*; 2006.
12. Straus MA, Hamby SL, Warren WL. The Conflict Tactics Scale handbook. *Western Psychological Services*. Los Angeles; 2003.
13. Fridell M. SCL 90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. *Statens institutionsstyrelse*; 2002.
14. Cederblad M. Hansson K. Känsla av sammanhang – ett centralt begrepp i hälsoforskning. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1996; 152-158.
15. Hansson K. Olsson, M. Känsla av sammanhang – ett mänskligt strävande. *Nordisk Psykologi*. 2001; 53(3): 238-255.
16. Armelius, Bengt-Åke, Bihlar, Berit, Falke, Claudia, Fridell, Mats, Hillarp Katz, Lova, Reitan, Therese BiB 2010 Bedömningsinstrument inom behandling och forskning för missbruks- och beroendevården. (2010) *Statens institutionsstyrelse, SIS*

17. Wennberg, P. Källmén, H. Hermansson, U. Bergman, H. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT: Manual. Magnus Huss kliniken Karolinska universitetssjukhuset; 2006.
18. Berman, Anne. H, Bergman, Hans, Palmstierna, Tom & Schlyter, Frans (2007) Dudit The drug use disorder identification test Manual. Karolinska Institutet, Institutionen för kliniskt vetenskap, Sektionen för beroendeforskning
19. Granello DH, Granello PF. Lee F. Measuring treatment outcomes and client satisfaction in a partial hospitalization program The Journal of Behavioral Health Services and Research. 1999; 26(1): 50-63.
20. Hansson, K. Cederblad M., Känska av sammanhang. Studier från ett salutogent perspektiv. Forskning om barn och familj, nr 6, 1995, Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet.
21. Bergman, H. Källmén, H. Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet. Läkartidningen. 2000; 97(17).

Tabellbilaga

Tabell B1. Förändring i våldsutövning. Endast män som deltog i både före- och eftermätningen. Procent (N=140)

	Upphört	Fortsatt	Påbörjat	Aldrig utfört	
Lindrigt psykiskt våld	23*	75	2	0	100
Allvarligt psykiskt våld	32*	27	4	37	100
Lindrigt fysiskt våld	48*	29	1	22	100
Allvarligt fysiskt våld	40*	11	3	46	100
Lindriga skador	42*	18	4	36	100
Allvarliga skador	29*	4	3	64	100
Lindrigt sexuellt våld	18*	6	2	74	100

* Förändringen från före- till eftermätningen är statistiskt signifikant (McNemar, $p < 0,05$).

Tabell B2. Andel män som upphört med våld totalt och per verksamhetsgrupp. Chi-två-test av skillnader mellan verksamhetsgrupper i fördelningar mellan dem som upphört och fortsatt med våld. Beräkningarna gjorda endast på män som vid föremätningen angav att de utövat respektive våldstyp och som deltog i eftermätningen. Procent

	Totalt (N=140)	ATV (n=36)	Kris- centrum (n=63)	Utväg (n=36)	Chi-två verksamhets- grupper	
					Chi- två	p
Lindrigt psykiskt våld (n=132)	23*	31*	17	25*	2,62	ej sign
Allvarligt psykiskt våld (n=78)	54*	53	51*	58*	0,29	ej sign
Lindrigt fysiskt våld (n=103)	62*	52*	62*	71*	2,24	ej sign
Allvarligt fysiskt våld (n= 67)	79*	92	74*	76*	1,72	ej sign
Lindriga skador (n=80)	70*	78*	66*	67*	0,89	ej sign
Allvarliga skador (n=44)	87*	91*	100*	67*	7,98	0,02
Lindrigt sexuellt våld (n=32)	76	63*	75	88*	1,33	ej sign

* Förändringen från före- till eftermätningen är statistiskt signifikant (McNemar, $p < 0,05$).

Tabell B3. Medelvärden på SCL90-variabler för män i en svensk normalgrupp, en patientgrupp och undersökningsgruppen vid före- och eftermätningarna

Delskalor och index i SCL-90	Normal-grupp (N=309)	Patienter (N=738)	Mansverk-samheter, föremätning (N=188)	Mansverk-samheter, eftermätning (N=188)
Globalt svårighetsindex, GSI	0,32	1,02	1,02	0,76
Summa positiva symtom, PST	21,33	45,72	43,24	34,30
Positivt symtomstörnings-index, PSDI	1,32	1,86	1,94	1,72
Somatisering	0,35	0,87	0,78	0,60
Obsessiv-kompulsivitet	0,50	1,22	1,23	0,95
Interpersonell sensitivitet	0,33	1,12	1,06	0,77
Depression	0,40	1,30	1,43	1,04
Ångest	0,33	1,14	1,14	0,84
Fientlighet	0,26	0,71	1,03	0,70
Fobisk ångest	0,09	0,78	0,44	0,33
Paranoidt tänkande	0,32	1,01	1,07	0,86
Psykoticism	0,14	0,73	0,61	0,44

Tabell B4. Psykisk ohälsa, känsla av sammanhang och Audit- samt Duditpoäng för genomförd och avbruten behandling: medelvärden och standardavvikelser vid före- och eftermätning, gruppeffekter och effektstorlekar (Cohen´s d)

	Medelvärden (standardavvikelser)				Behandlingsstatus * tid			Effektstorlekar (Cohen´s d)	
	Genomförd behandling (n=57)		Avbruten behandling (n=41)		df	F	p	Genomförd behandling	Avbruten behandling
Psykisk ohälsa (GSI)	Före	Efter	Före	Efter	1,95	2,41	ej sign	0,65	0,40
Fientlighet	0,86 (0,60)	0,50 (0,51)	1,16 (0,72)	0,84 (0,86)					
	0,89 (0,78)	0,43 (0,63)	1,08 (0,89)	0,65 (0,84)	1,95	1,29	ej sign	0,65	0,50
KASAM	131,9 (21,1)	142,9 (24,2)	125,9 (24,6)	130,8 (26,4)	1,92	3,72	ej sign (0,057)	0,48	0,19
Audit	7,58 (5,04)	5,98 (4,50)	8,88 (7,16)	9,73 (8,61)	1,95	7,21	0,009	0,33	0,11
Dudit	1,44 (5,04)	0,60 (2,13)	2,44 (6,71)	2,15 (5,85)	1,93	3,18	ej sign	0,22	0,05

