

Metoder i arbetet med våldsutövare

En förstudie

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda de

ISBN 978-91-86885-61-8

Artikelnr 2011-10-19

Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2011

Foto www.benfoto.se

Förord

Regeringen gav i februari 2011 Socialstyrelsen i uppdrag att göra en förstudie, som kartlade behandlingsmetoder för våldsutövare i nära relationer och metoder för att öka de våldsutsattas säkerhet under behandlingen. I uppdraget ingick också att lämna förslag på åtgärder för att utveckla socialtjänstens arbete med våldsutövare. Uppdraget redovisades till regeringen i oktober 2011.

Socialstyrelsen publicerar här förstudien, som kan vara av intresse för dem som på olika sätt är berörda av arbetet med våldsutövare: behandlare, verksamhetsansvariga, våldsutövare, deras närstående och andra.

Underlag till förstudien har bland annat varit enkäter till behandlingsverksamheter för våldsutövare. Samråd har skett med Kriminalvården, Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket och Statens beredning för medicinsk utvärdering. Socialstyrelsen tackar för värdefulla upplysningar och synpunkter.

Rapporten har utarbetats på Socialstyrelsens avdelning för kunskapsstyrning. Per Arne Håkansson har skrivit om behandlingsmetoder, Siv Nyström om riskbedömning och lokal uppföljning, Christina Ericson om partnerkontakt och Catrine Kaunitz om spridning och implementering av metoder. Knut Sundell har varit ansvarig enhetschef.

Anders Tegnell

Avdelningschef

Avdelningen för kunskapsstyrning

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Uppdraget</i>	8
Genomförande	8
Rapportens innehåll	9
<i>Metoder för arbete med våldsutövare</i>	10
Kognitiv beteendeterapi	10
Duluthmodellen	10
Integrated Domestic Abuse Programme (IDAP)	12
Utväg Skaraborg	12
Psykodynamisk terapi	13
Process-Psychodynamic Treatment (PPT)	14
Terapi byggd på Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)	14
Integrerade metoder	15
Alternativ till våld (ATV)	15
Icke-våldsgrupp för män	17
Systematiska översikter	18
Metoder i svensk socialtjänst	19
Svenska utvärderingar	22
Slutsatser om behandlingsmetoder	22
<i>Säkerhet för kvinnor och barn</i>	24
Riskbedömningsmetoder	24
Ett urval relevanta riskbedömningsinstrument	25
Partnerkontakt	27
Partnerkontakt med begränsat antal kontakttillfällen (IDAP)	27
Partnerkontakt med utökat stöd	30
Partnerkontakt i svensk socialtjänst	32
Slutsatser om säkerhetsarbete	33
<i>Spridning och implementering</i>	35
IDAP i svensk kriminalvård	35
ATV i svensk socialtjänst	36
Studier av implementering av metoder för våldsutövare	36
Internationell forskning om implementering	37
Slutsatser om spridning och implementering	39

<i>Lokal uppföljning</i>	40
Vad är lokal uppföljning?	40
Mansverksamheternas uppföljning	42
Uppföljningsinstrument	42
Slutsatser om lokal uppföljning	43
<i>Bilaga</i>	45
Systematiska översikter om behandlingsmetoder för våldsutövare	45
Babcock 2004: Marginella effekter av Duluthmodellen och KBT	45
Feder 2008: Värdet av KBT inom rättsväsendet kan ifrågasättas	46
Smedslund 2011: Ingen evidens för effekter av KBT	48
<i>Referenser</i>	49

Sammanfattning

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen gjort en förstudie inför sitt kommande arbete för att bidra till utvecklingen av socialtjänstens arbete med våldsutövare i nära relationer. Förstudien beskriver behandlingsmetoder, säkerhetsarbete för kvinnor och barn, erfarenheter av spridning och implementering av metoder och metoder för lokal uppföljning.

Efter en kartläggning skiljer förstudien på tre typer av behandlingsmetoder: kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk terapi och integrerade metoder. En enkät till behandlingsverksamheter tyder på att integrerade metoder är den vanligaste typen i svensk socialtjänst.

Tre systematiska översikter om kognitiv beteendeterapi säger antingen att metoden har obetydliga effekter eller att det saknas evidens för att metoden är effektiv. Systematiska översikter om övriga metoder har inte kunnat identifieras. Dessa resultat ger inte skäl för verksamheter som använder en av de tre typerna av metoder och vill nå bättre resultat, att byta till någon av de andra.

Trots att det finns tillförlitliga riskbedömningsmetoder som kan förutsäga våld och som är prövade under svenska förhållanden, är det få behandlingsverksamheter som använder dem. Många verksamheter har någon form av kontakt med våldsutövarens partner, så kallad partnerkontakt, men formerna varierar.

En erfarenhet från både Sverige och England är, att det kan vara särskilt svårt att implementera partnerkontaktverksamhet och att få samverkan mellan den och behandlingsverksamheten att fungera.

Lokal uppföljning kan användas för att bedöma hjälpbehov, följa utvecklingen hos dem som får behandling och mäta resultatet av behandlingen. Uppföljningen bör bland annat omfatta insamling av individuppgifter före och efter behandling och uppgifter om den verkliga behandlingens överensstämmelse med en på förhand beskriven metod.

Uppdraget

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att göra en förstudie om behandlingsmetoder för våldsutövare och metoder för att öka de våldsutsatta säkerhet under behandlingen. Socialstyrelsen skulle även lämna förslag på åtgärder för att utveckla socialtjänstens arbete med våldsutövare.

En rättslig bakgrund till uppdraget var att 5 kap. 11 § socialtjänstlagen, SoL, ändrades den 1 juli 2007 så att socialnämndens ansvar för att ge stöd och hjälp till brottsoffer, främst våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld, framgår tydligare. Socialnämnden har enligt SoL det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden (4 kap. § 1 SoL). Socialnämnden har ansvar för att ta ett helhetsgrepp när det gäller frågan om våld mot kvinnor i nära relationer (prop. 2006/07:38 s. 25). Det innebär att nämnden utöver ansvaret för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld även har ansvar för att personer som utövar våld erbjuds det stöd och den hjälp som de kan behöva för att kunna förändra sitt beteende. Regeringen anser att insatser som riktas till våldsutövande män är en viktig del i arbetet för att bekämpa och förebygga mäns våld mot kvinnor.

Socialstyrelsen har också haft andra uppdrag för att förbättra kunskapsstödet till socialtjänsten när det gäller arbetet mot våld i nära relationer. Det har bland annat resulterat i Socialstyrelsens allmänna råd om socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor samt barn som bevittnat våld (SOSFS 2009:22) och en därtill hörande handbok [1]. I de allmänna råden ges rekommendationer bland annat om socialnämndens utredningsansvar och riskbedömningar för kvinnan.

Genomförande

Förstudien har i huvudsak genomförts med hjälp av litteraturstudier och enkäter till verksamma på området. Litteratur om behandlingsmetoder för våldsutövare, säkerhetsarbete, riskbedömningar, partnerkontakt, implementering, lokal uppföljning med mera har sökts i elektroniska databaser som PsycInfo, ASSIA och SSA och på internet. Av särskilt intresse har varit så kallade systematiska översikter, som sammanställer och värderar resultaten av utvärderingar av effekterna av arbetsmetoder.

Information om svenska behandlingsverksamheter för våldsutövare inom eller med anknytning till socialtjänsten har inhämtats genom tre korta enkäter skickade med e-post. Sammanlagt kunde 63 verksamheter identifieras, som samtliga fick enkäterna.

Information har också inhämtats från företrädare för flera statliga myndigheter: Kriminalvården, Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket och Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Rapportens innehåll

De två följande kapitlen redovisar kartläggningar av behandlingsmetoder för våldsutövare och metoder för att öka de våldsutsattas säkerhet under behandlingen, riskbedömningar och så kallad partnerkontakt.

Nästa kapitel handlar om spridning och implementering av arbetsmetoder och redovisar både generella erfarenheter och forskningsresultat och sådana som gäller metoder i arbetet med våldsutövare.

I det sista kapitlet beskrivs dels hur verksamheter för våldsutövare följer upp sitt arbete, dels en modell för lokal uppföljning som ger underlag för förbättringsarbete.

Metoder för arbete med våldsutövare

I litteraturen om behandling av våldsutövare i länder som USA, Kanada och Storbritannien framträder grovt sett två typer av behandlingsmetoder: dels kognitiv och inlärningsteoretiskt inriktade metoder, dels emotionellt och livshistoriskt inriktade metoder. Den första typen kallas ofta kognitiv beteendeterapi, den senare psykodynamisk terapi. Den första tycks vara dominerande i både litteraturen och praktiken [2, 3].

I Norge har utvecklats en metod som heter Alternativ till våld, ATV, och har drag av båda typerna. En enkät som Socialstyrelsen har gjort och som redovisas här tyder på att det är den mest använda metoden i svensk socialtjänst.

De olika typerna av metoder beskrivs kortfattat i detta kapitel. Kapitlet sammanfattar också tre sammanställningar och analyser av den internationella forskningen om behandlingseffekter, så kallade systematiska översikter. Översikterna refereras mer utförligt i bilagan.

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi har sina rötter i behaviouristisk psykologi, social inlärningsteori och kognitiv psykologi. De teoretiska utgångspunkterna är att beteende är inlärt, att inlärning sker genom att beteenden får positiva och negativa konsekvenser, att inlärning kan ske genom observation av andras beteenden och konsekvenserna för dem, och att tankar styr beteenden. Terapiens mål är att personen ska lära sig nya sätt att tänka och handla.

I den vetenskapliga litteraturen karakteriseras behandlingsprogram för våldsutövare ofta som kognitiv beteendeterapi utan att programmet ges en närmare beskrivning eller ens ett namn. Några exempel på program som nämns är dock EMERGE, Manalive Program, Domestic Abuse Intervention Project (DAIP), Domestic Violence Accountability Program (DVAP), Men's Group Program, Men's Choices Program och Substance Abuse Domestic Violence Treatment (SADV), alla med nordamerikanskt ursprung. Exempel på program i Storbritannien är Integrated Domestic Abuse Programme (IDAP) och CHANGE.

Det mest spridda programmet tycks vara DAIP, som också kallas Duluthmodellen. I en enkät bland mansverksamheter i USA redovisad 2009 [2] uppgav hälften (53 procent) att de använde denna modell. Resultatet gäller dock bara för de 15 procent av de 1 890 tillfrågade verksamheterna som svarade. Vilka metoder övriga verksamheter använde framgår inte.

Duluthmodellen

Duluthmodellen skapades på 1980-talet i ett samarbete mellan rättsliga myndigheter, psykisk hälsovård och kvinnorörelsen i staden Duluth i Minnesota, USA [4].

En väsentlig del av Duluthmodellen är en gruppverksamhet, som ska lära män att inte använda våld. Männen kan delta frivilligt, men det är vanligare att de har ålagts att delta av rättsväsendet. I modellen ingår också att de våldsutsatta kvinnorna ska få information om programmet som mannen genomgår. De ska dessutom få veta hur de kan värna sin säkerhet och vilka möjligheter de har att få stöd. De får också bedöma hur männens våldsbeteende förändras under tiden i programmet.

Duluthmodellen bygger på en teori om våld. Teorin säger att våld är ett maktmedel. Våld har inte sina orsaker i emotionella problem som bristande impulskontroll, bristande självkänsla eller bristande förmåga att kommunicera. Män använder våld med en bestämd avsikt, och avsikten är att få kontroll över kvinnor. Männens makt och kontroll över kvinnor ingår i samhällsordningen och därmed i socialiseringen av barn till vuxna män och kvinnor. Även våldet är ett inlärt beteende. Det får stöd av tankar som rättfärdigar mäns makt och våldsanvändning, till exempel att bara en kan bestämma, att kvinnor vill bli dominerade av män och att det är naturligt för män att slå om de blir arga eller kränkta.

Syftet med programmet är att mannen ska ändra åsikter och beteenden. Det har en tydlig pedagogisk inriktning och kallas bland annat utbildning, studiecirkel och uppfostringsprogram i den svenska översättningen av en manual från 1993 [4]. Programmet har fem mål. Männen ska:

- förstå att våld är ett medel för att kontrollera andra
- förstå de kulturella och sociala orsakerna till sin våldsanvändning
- förstå de negativa konsekvenserna av våldet både för andra och honom själv och därmed bli motiverad för förändring
- ta ett personligt ansvar för det våld han har utövat
- lära sig beteenden som inte är kontrollerande och våldsamma

I gruppen används olika medel för att påverka männens tänkande och beteende: korta föreläsningar, gruppdiskussioner, videofilmer, som illustrerar mäns kontrolltekniker och våldshandlingar, formulär för att analysera sådant beteende, rollspel, praktiska övningar i jämställt och respektfullt beteende, och handlingsplaner med personliga mål, som följs upp varje vecka.

Efter möten för inskrivning och introduktion träffas männen i grupp 24 gånger, i regel en gång i veckan. Mötena ägnas åt åtta förutbestämda teman, som vart och ett behandlas vid tre tillfällen. Vid det första mötet beskrivs en viss typ av kontroll- och våldsbeteende, vid det andra får männen analysera hur de själva har använt beteendet och vid det tredje får de öva sig i att använda beteendets positiva motsats.

Dessa åtta teman eller motsatspar med negativa och positiva beteenden beskrivs på följande sätt i manualen från 1993. De ingår också, något annorlunda formulerade, i de två cirkelar eller hjul som används i Duluthmodellen: makt- och kontrollhjulet och jämställdhetshjulet.

- Fysiskt våld – icke-våld
- Skräckinjagande beteende – icke hotfullt beteende
- Förödmjukelser – respekt
- Isolering – tillit och stöd
- Förminskande och förnekande – ärlighet och ansvarsskyldighet

- Sexuellt våld – sexuell hänsyn
- Manlig dominans – partnerförhållande
- Tvång och hot – förhandling och ärlighet

Integrated Domestic Abuse Programme (IDAP)

Duluthmodellen används inom den engelska kriminalvården men kallas där IDAP, Integrated Domestic Abuse Programme. Med hjälp av det engelska Home Office började den svenska kriminalvården införa IDAP 2004. Våren 2011 användes det på 24 frivårdskontor och fem kriminalvårdsanstalter.

Behandlingen av män enligt IDAP i den svenska kriminalvården är i allt väsentligt detsamma som Duluthmodellen så som den kodifierades i manualen från 1993. Grunden för programmet är fortfarande att män ska ändra sitt tänkande kring våld, inse de negativa konsekvenserna både för offren och sig själva och lära sig nya icke kontrollerande beteenden. Våldet ses i huvudsak som instrumentellt: det är ”en avsiktlig makt- och kontrollhandling som baseras på ett åsiktssystem” [5, 6]. En förändring är att ett nionde tema har lagts till – ansvarsfullt föräldraskap – och antalet sessioner därför ökat till 27.

I programmet ingår inte bara gruppverksamheten utan också flera insatser som framför allt ska öka kvinnans säkerhet: fortlöpande informationsutbyte med henne (partnerkontakt), riskbedömning med hjälp av uppgifter från både mannen och kvinnan, och individuell återfallsprevention efter avslutad gruppverksamhet.

För att en man ska få delta krävs att riskbedömningen visar att han har hög eller medelhög risk att utöva våld på nytt. Riskbedömningen görs av mannens handläggare och av en särskild person som ansvarar för partnerkontakten. Det görs inte av gruppledarna, som för övrigt ska vara en man och en kvinna. Handläggaren har också individuella samtal med mannen för att motivera till deltagande, ge stöd i arbetet med hemuppgifter och för att vidta kompletterande, förebyggande åtgärder när gruppverksamheten har avslutats. En annan del av programmet är att annan personal som mannen har kontakt med ska ha kännedom om programmet och dess syn på våld i nära relationer.

Utväg Skaraborg

Utväg Skaraborg bildades 1996 som en verksamhet både för dem som utövar våld och för dem som drabbas. Bakom verksamheten stod kvinnojourer, kriminalvård, polis, socialtjänst och hälso- och sjukvård i flera kommuner i västra Sverige. Senare tillkom liknande verksamheter i andra kommuner i regionen under namnen Utväg Södra Älvsborg och Utväg Göteborg.

Verksamheten för våldsutövande män utformades under inspiration av bland annat Duluthmodellen, men som verksamheten beskrivs i senare dokument [7, 8] är innehållet inte lika hårt strukturerat. Beteckningen kognitiv beteendeterapi används inte heller, men målet är fortfarande att männens tankar eller berättelser om våldet ska förändras och därmed också deras beteende.

Grupper med fem till åtta män och två gruppleddare träffas en gång i veckan under 20 veckor. Utväg kontaktar de flesta männen efter att de har blivit polisanmälda och försöker motivera dem att börja i en grupp.

Männen får berätta om det våld de har utövat, och gruppleddarna ställer många frågor och för in nya tankar. Det ska leda till att männens berättelser förändras. Utväg har hämtat en metod som kallas kedjeanalys från dialektisk beteendeterapi och anpassat den till analysen av enskilda våldshändelser. Ett annat redskap i samtalen är familje- och nätverkskartor, som har hämtats från familjeterapin.

Det är vanligt att mannen minimerar våldets betydelse, ser det som isolerade episoder utan större konsekvenser, och förlägger ansvaret utanför sig själv, ofta till den utsatta kvinnan och hennes beteende före våldet. Andra vanliga förklaringar är att han var berusad, trött eller utarbetad. Det är också vanligt att mannen anser att han utövade våld därför att han förlorade kontrollen över sig själv. Syftet med samtalen och kedjeanalysen är att männen ska inse det ohållbara i sådana berättelser och ersätta dem med berättelser där våldet får en central plats i familjens liv och där mannen bär det fulla ansvaret för sitt val av handlingssätt. Männen ska också hitta andra sätt att lösa sina problem än att använda våld.

När de 20 gruppsamtalen har genomförts är det meningen att en rad teman ska ha behandlats, framför allt frågorna om mannens ansvar för våldet och våldets konsekvenser för kvinnan och barnen, men också teman som våldets olika former, makt och kontroll i nära relationer, synen på manligt och kvinnligt och mannens och kvinnans viktiga mål i livet, så kallade livsprojekt.

Psykodynamisk terapi

Psykodynamisk terapi har sin grund i psykoanalytiska teorier om hur mönster i tidiga relationer till framför allt föräldrar överförs till senare relationer. En tanke bakom terapi med våldsutövare är att våld kan ha rötter i barndomsupplevelser av att till exempel ha avvisats känslomässigt av föräldrarna och kanske dessutom ha utsatts för fysiskt våld [9]. Män tenderar att vända sådana trauman i utåtriktad aggression, medan kvinnor i stället kan vända dem inåt mot sig själva i till exempel depression eller självskadebeteende. En annan tanke är att pojkar lär sig att tränga bort känslor och att se behov av närhet till andra som skamliga. Det kan förutom skam skapa känslor av isolering, ångest, vanmakt och ilska, och våldet kan vara ett sätt att försöka dämpa sådana känslor och få kontroll över situationen [9]. Kvinnan kan bli en omedveten representant för mannens egna, otillåtna känslor och behov, som han bekämpar genom att gå till fysisk attack mot henne [10].

Här beskrivs två psykodynamiska metoder som har praktiserats i USA. En terapeutisk ansats som har rötter i psykoanalysen men inte beskrivs här är den som bygger på anknytningsteorin. Anknytningsteorin är en teori om hur barnets tidiga relationer till sina omsorgspersoner präglar senare relationer. Teorin har fått stor spridning under senare år. Det har också lämnats förslag på hur den kan användas i behandlingen av våldsutövare [11], men det är oklart om förslagen har omsatts i praktiken.

Process-Psychodynamic Treatment (PPT)

Inom ramen för ett forskningsprojekt, som Daniel Saunders vid Michigan-universitetet i USA och hans medarbetare bedrev på 1990-talet, utformade de en psykodynamisk gruppbehandling för våldsutövande män, Process-Psychodynamic Treatment (PPT) [9, 12].

Det övergripande syftet med terapin är att männens våld ska upphöra genom att tre delmålen uppnås:

- Att mannens isolering minskar och hans känslomässiga engagemang i andras välbefinnande ökar
- Att rötterna i barndomen till könsrollsförväntningar och beteenden byggda på skam undersöks
- Att förmågan att uttrycka känslor direkt och ansvarsfullt ökar

Männen träffas två och en halv timme i veckan under 20 veckor. Sessionerna delas in i fyra, ungefär lika långa faser. I den första fasen är målet att skapa känslomässig trygghet och tillit. Männen får i hemuppgift att skriva små självbiografier som berättar om relationer till föräldrar och syskon, eventuella övergrepp och konsekvenserna av dem. Ett syfte är att övergreppen ska bekräftas av andra, vilket ska öka förmågan att uthärda psykisk smärta och öka impuls kontrollen.

Många män i behandling har missbruksproblem. I den andra fasen tar man upp frågor om missbruk, självdestruktivt beteende och hur det bidrar till känslan av att förlora kontrollen. Övningar genomförs för att bearbeta skamkänslor och somatiska spänningar. Man tränar sig också i att förlåta andra genom att skriva brev exempelvis till en förälder.

I den tredje fasen bearbetar man svårigheter att vara nära andra familjemedlemmar i både barndomen och vuxenlivet. Övningar handlar om roller i familjen, smärtan i att leva utan intimitet, osunda gränser och kontrollerande relationer.

Den fjärde fasen är inriktad på förändring av nuet, att ge upp kontrollbehov, utveckla relationer som är till ömsesidig glädje och att se sig själv i ett nytt perspektiv. Avslutande teman är hur man avslutar relationer och upplevelser av övergivenhet.

Ett resultat i forskningsprojektet var att den psykodynamiska metoden ledde till större minskningar i våldsbeteende hos män med en beroende personlighet än hos män med antisociala drag, medan det omvända gällde kognitiv beteendeterapi [12].

Terapi byggd på Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)

Två psykoterapeuter och forskare i USA, Rosemary Cogan och John Porcerelli, har utvecklat en psykoanalytisk metod för behandling av våldsutövande män i grupp [13]. Gruppterapin pågår under åtta veckor med två sessioner à två timmar i veckan. Den kan följas av individuell terapi.

Metoden bygger på en mer generell metod för analys av dominerande teman i människors relationer till andra, Core Conflictual Relationship Theme eller CCRT, utarbetad av Lester Luborsky [14].

Luborsky hävdar att det finns ett dominerande tema i människors sätt att förhålla sig till andra och sätt att tänka om sina relationer. Ett sådant kärn-

tema består av tre delar: subjektets önskan eller avsikt, den andras reaktion och subjektets svar på den andras reaktion. Enligt Cogan och Porcerelli är kärntemat hos våldsutövare ofta att han vill dominera, att den andra blir arg och motsträvig, och att våldsutövaren också blir arg. Önskan att dominera kan i sin tur analyseras som ett svar på reaktioner som har fått våldsutövaren att känna sig utsatt, hjälplös och sårbar, det vill säga som inte har tillfredsställt hans behov av att till exempel som barn bli omhändertagen och få omvårdnad. Kärntemat vänder då hans passiva upplevelse till en aktiv handling där han dominerar den andra.

Syftet med terapin är att individen ska bli medveten om sitt kärntema, frigöra sig från det, uppfatta andra människor mer realistiskt och därför kunna förhålla sig till dem med större empati och förståelse. I terapin sker det genom att terapeuterna tolkar vad som sker i terapirummet, framför allt vilka tankar och känslor de själva väcker hos patienterna. Terapin är därför ostrukturerad. Terapeuterna förhåller sig neutralt och talar till en början inte om något särskilt.

I mansgrupperna är erfarenheten att männen ofta allierar sig med den manliga terapeuten, vänder sig till honom och närmast fryser ut den kvinnliga terapeuten. När den manliga terapeuten gör gruppen uppmärksam på detta kan männen börja tala om sina känslor för den kvinnliga terapeuten och andra kvinnor och vilka tankar känslorna är förknippade med. Det ökade medvetandet om oroande tankar och obehagliga känslor i relationer till kvinnor ska göra det möjligt för männen att ändra sitt förhållningssätt så att det blir mer vuxet och verklighetsanpassat. Mannen ska bli kapabel att se den kvinna han har utsatt för våld som en egen person, med egna tankar och känslor och egna styrkor och svagheter. Då ska det också bli möjligt för honom att uppskatta och älska henne som den hon är.

Integrerade metoder

Det finns metoder som har drag av både kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi. De betonar både tankemässiga och känslomässiga orsaker till våld, och de är inriktade både på inlärning och på förståelse av den personliga och livshistoriska bakgrunden till användning av våld. Även om det säkert kan variera hur stor plats dessa olika element tar i behandlingen, kan metoderna därför ses som integrerade.

Alternativ till våld (ATV)

Alternativ till våld (ATV) var en av de första verksamheterna i Europa som gav samtalsbehandling till våldsutövande män. Den startade 1987 som en försöksverksamhet i Oslo finansierad av regeringen och kommunen [15, 16]. År 2011 fanns det åtta ATV-verksamheter i Norge, liksom verksamheter i alla de övriga nordiska länderna [17]. Som kommer att redovisas nedan var det också den metod som oftast användes inom svensk socialtjänst.

ATV utgår från en teori om våld som säger att det är ett medel för att uppnå och upprätthålla makt [18]. Det är enligt teorin nästan alltid ett kontrollerat, målstyrt beteende som syftar till att uppnå dominans över andra. Det brukar bara väljas som handlingsalternativ i situationer när det fungerar

som ett snabbt och effektivt medel för att uppnå målet. Våldet förstärks på så sätt av sina positiva konsekvenser för våldsutövaren.

Även om våldet är förnuftsstyrt har det enligt teorin känslomässiga drivkrafter. Det drivs av en känsla av vad som kallas vanmakt eller maktlöshet, som ges en vid innebörd. Vanmakt definieras av Per Isdal som ett tillstånd där behov, målsättningar och förväntningar inte uppfylls [18]. Det kan vara fundamentala behov som hunger och törst, behov av trygghet och beskydd eller behov av att bli sedd, hörd och förstådd. Det kan vara patriarkala förväntningar om att som man vara överordnad och ha kontroll över kvinnor. Det kan också vara behov av att förstå och ha kontroll över egna känslor, till exempel en upplevelse av att känslor av rädsla, ångest, förtvivlan, sorg eller övergivenhet håller på att ta överhanden. Maktlöshetskänslan i den aktuella situationen kan ha sin grund i liknande känslor i barndomen som har skapats av bristande omsorg, avvisande, förluster, våld och övergrepp. Isdal ser övergrepp och misshandel under uppväxten som den viktigaste orsaken till allvarligt våld senare i livet. Våldet ”vänder upp och ner på barndomsupplevelserna – från vanmakt till makt”.

Behandling enligt ATV-modellen ges normalt i grupper med rullande intag men kan också ges individuellt [15, 16, 19]. Behandlingstiden är inte bestämd i förväg utan anpassas efter behovet och varierar mycket. Med ett möte i veckan är genomsnittet för gruppbehandling något mellan 15 månader och två år och för individuell behandling mellan åtta och tio månader.

Efter tre inledande kartläggningssamtal genomgår behandlingen av varje man fyra faser, där senare faser förutsätter att målen för de tidigare har uppnåtts.

Målet för den första fasen är att mannen ska erkänna vilket våld han har utövat och sluta att förneka eller bagatellisera det. Det görs bland annat genom att han får beskriva åtminstone tre våldshändelser – den första, den senaste och den värsta – och besvara många detaljerade och konkreta frågor om dem. Han får också ge en översiktlig bild av allt våld han har använt i sitt liv. Frågorna börjar med fysiskt våld men ger också våldsbegreppet en vidare innebörd genom att ta upp andra former, som psykiskt och sexuellt våld.

Genom den konkreta genomgången av våldshändelser ska mannen bli medveten om inre signaler som förebådar att han använder våld och lära sig att dra sig ur situationer där de väcks eller att hindra sig själv från att bli våldsam.

I den andra fasen är målet att mannen ska inse att han själv har valt våldet som ett av flera möjliga handlingsalternativ, att han har haft en avsikt med det och att han därför bär det fulla ansvaret för våldet. Han ska sluta att förklara våldet med offrets beteende, till exempel fruns tjat. Han ska också visa för dem han har utsatt för våld och andra att han påtar sig det fulla ansvaret.

Insikten om ansvaret uppnås genom att man fortsätter att i detalj analysera våldshändelser och urskilja de olika stegen i förloppet. Mannen ska bli medveten om att det finns andra handlingsalternativ och träna sig i att använda dem, till exempel att tala öppet och ärligt om problem, uttrycka egna känslor och vara lyhörd för andras.

I fas tre är målet att mannen ska förstå orsakerna till våldet och vilket sammanhang det har med hans övriga liv. Orsakerna söks i första hand på

fyra områden: 1) mannens individuella livshistoria, som ofta innehåller upplevelser av våld och kränkningar, 2) det kulturella sammanhanget och mannens internaliserade föreställningar om vilka roller och rättigheter som tillkommer kvinnor och män, 3) hur mannen genom att bland annat bagatellisera våldet och ge offret skulden har gjort det möjligt att fortsätta använda våld, och 4) mannens bristande sociala färdigheter och bristande förmåga att uttrycka känslor, kommunicera, visa empati, samarbeta och hantera närhet och konflikter. Detta ger anledning att i terapin arbeta med känslomässig sensitivitet och kommunikation, förmågan att känna igen och hantera bland annat känslan av maktlöshet och med förståelsen av den livshistoriska bakgrunden till sådana känslor, liksom med frågor om mansideal och jämställdhet mellan könen.

Först när uppgifterna i dessa tre faser är lösta blir det möjligt att förstå och leva sig in i konsekvenserna av våldet för dem som har utsatts, kvinnan och barnen, vilket är målet för den sista och fjärde fasen. Här genomförs övningar där mannen får ta offrens positioner och försöka leva sig in i hur hans våld har påverkat dem. Inlevelsen med offren är en viktig spärr mot att ta till våld igen.

Något som brukar upplevas som särskilt svårt av männen är att tala med barnen om våldet. Ett kriterium för att behandlingen kan avslutas är att mannen har tagit initiativ till flera samtal med barnen och tydligt tagit på sig det fulla ansvaret för det våld de har fått uppleva.

Icke-våldsgrupp för män

Per Isdal, som var en av de två psykologer som startade ATV, har på uppdrag av Utväg Göteborg och Utväg Södra Älvsborg utvecklat en mer fast strukturerad variant av metoden, som kallas icke-våldsgrupp för män. Han har också skrivit en handbok för icke-våldsgruppen [20].

Isdal betonar betydelsen av att ge männen positiv feedback. De ska bemötas med respekt, värme, förståelse och tro på deras potential att förändra sig. Genom att männens fungerande sidor blir synliga i gruppen och deras självkänsla på det sättet stärks, ska en inre förändring bli möjlig som leder till att våldet upphör.

De fyra faserna i ATV har utvecklats till åtta teman, som vart och ett behandlas under tre gruppmöten. Gruppen samlas därmed 24 gånger. Den ska bestå av fem till åtta män och ha två gruppledare.

Icke-våldsgruppen använder tre medel eller så kallade arbetsområden för att uppnå målet att våldet ska upphöra. Det första är kunskapsförmedling. Männen ska få kunskap om sitt våldsproblem och dess konsekvenser för andra. Kunskapen har formen av följande åtta teman.

- Vad är våld? Definitioner och våldsformer
- Olika former av psykiskt våld
- Sex, intimitet och kärlek. Sexualiserat våld
- Alternativ till våld. Vad som menas med icke-våldsamma reaktionsformer
- Ansvar. Utövaren måste ta på sig ansvaret för våldet.

- Far och barn. Vad gör våldet med barnen och hur är jag som far? Om-sorgsförmåga och föräldraskap
- Orsaker till våld. Varför använder jag våld och vad vill jag med mitt våld? Våldet ur olika perspektiv: samhälleliga, relationella och individu-ella
- Vad åstadkommer våld? Konsekvenser. Vad gör våldet med partner och barn?

Ett tema behandlas bland annat genom att deltagarna arbetar med övningar, som kan vara frågor att besvara eller uppgifter att lösa enskilt eller gemen-samt. Övningarna ska stimulera till reflektion och diskussion i gruppen.

Det andra medlet eller arbetsområdet är bearbetning av verkliga vålds-händelser i mannens liv, också här den första, den senaste och den värsta. Händelserna rekonstrueras konkret och detaljerat steg för steg. Det som tidi-gare upplevdes som känsloexplosioner eller att förlora självkontrollen ska nu sättas i ett sammanhang av lugn, tankar och målinriktning.

Det tredje arbetsområdet kallas träning. På samma sätt som tidigare hän-delser bearbetas ska problematiska situationer som uppkommer under be-handlingens gång analyseras i gruppen. Mannen ska på det sättet bättre för-stå sina och andras känslor, tankar och avsikter och lära sig nya sätt att han-tera relationer och konflikter. Det viktigaste alternativet till fysiskt och psy-kiskt våld är att kunna uttrycka tankar och känslor i ord.

Systematiska översikter

Litteratursökningar i fyra databaser har identifierat tre översikter, som sys-tematiskt har sökt, granskat, värderat och vägt samman forskning om effek-terna av behandlingsmetoder för våldsutövare. Databaserna var PsycInfo, ASSIA, SSA och The Campbell Library. Alla tre översikterna handlar om olika former av vad som här har kallats kognitiv beteendeterapi, men som översikterna kategoriserar på olika sätt. Systematiska översikter om psyko-dynamisk terapi eller andra metoder för behandling av våldsutövare påträff-fades inte i sökningarna. Slutsatserna i de tre översikterna refereras kort här, medan mer utförliga redovisningar av översikterna lämnas i bilagan.

I en översikt från 2004 ställde Babcock med flera [21] frågan om det fanns skillnader i effekter mellan Duluthmodellen, kognitiv beteendeterapi och en grupp med blandade metoder. Översikten omfattade 22 studier, de flesta gjorda på 1980- och 1990-talen.

Svaret på frågan blev nej; det fanns inte några signifikanta skillnader i ef-fekter mellan de tre grupperna. Effekterna av metoderna var dessutom mycket små. Effekterna innebar att andelen män som återföll i våld minskade med fem procentenheter, från normalt cirka 65 procent till cirka 60.

Samtidigt påpekade författarna till översikten en rad brister och metod-problem i studierna, vilket reser tvivel om huruvida det är möjligt att dra några slutsatser om behandlingsmetodernas effekter på det sätt som förfat-tarna gjorde.

I en översikt publicerad 2008 ställde Feder med flera [22] strängare kvali-tetskrav på de studier som togs med. Tio studier ingick i översikten. Nio av dem fanns också med i Babcocks översikt. I alla studierna var behandlingen

en del av rättväsendets åtgärder mot mannen. Behandlingsmetoderna kategoriserades som kognitiv beteendeterapi, psykoedukativa metoder eller både och.

Metodproblemen betraktades som allvarliga i alla tio studierna. Ändå blir det inte riktigt klart om författarna ansåg att det saknas evidens för att metoderna har effekt eller om de ansåg att studierna ändå visar att metoderna inte har effekt. Deras slutsats var att det kan ifrågasättas om de studerade behandlingarna har något värde.

Den mest rigorösa av de tre översikterna har gjorts av Smedslund med flera [23] och reviderades senast i maj 2011. Den omfattar sex randomiserat kontrollerade studier av kognitiv beteendeterapi. Två av studierna publicerades efter år 2000. Fyra av dem ingick också i Babcocks eller Feders översikter.

Smedslunds slutsats är att det saknas tillräcklig evidens för att kognitiv beteendeterapi har effekt på mäns våld mot kvinnor i nära relationer. Fem av de sex studierna bedömdes ha låg tillförlitlighet, och tillförlitligheten hos den sjätte studien ansågs osäker.

Sammantaget visar översikterna att forskningen om effekter av behandling av våldsutövare är förenad med flera svårigheter. Ett problem är att det är svårt att mäta förändringar i våldsanvändning, bland annat därför att mycket våld inte registreras i kriminalregister och att uppgifter från de våldsutsatta kvinnorna ofta saknas. Ett annat problem är att det är svårt att göra jämförelser mellan våldsutövare som får och inte får behandling, när de inte befinner sig i kriminalvården. Män som inte är intresserade av att delta i behandling är knappast heller intresserade av att delta i studier av behandling. Ett tredje problem är att männen i studierna därför ofta har fått både behandling och straff, vilket gör det svårt att skilja effekterna av det ena från effekterna av det andra.

Metoder i svensk socialtjänst

Socialstyrelsen har skickat en enkät om behandlingsmetoder till 63 verksamheter som tar emot män som utövar våld i nära relationer. Enkäten besvarades av 41 verksamheter eller 66 procent. Verksamheterna kallas ofta kriscentrum för män, mansmottagning och liknande. Det stora flertalet har kommuner som huvudmän.

Antalet män som började i behandling 2010 var i genomsnitt 39 per verksamhet (medelvärde) och varierade från en man till 141, enligt de 32 verksamheter som svarade på frågan. I minst ett fall gällde dock svaret det totala antalet män som gick i behandling under året och inte hur många som började, varför det verkliga antalet måste vara mindre.

Det stora flertalet verksamheter (86 procent, 36 stycken) uppgav att individuella samtal var den vanligaste formen av behandling. I fyra verksamheter (10 procent) var gruppterapi med män den vanligaste formen, och det förekom i hälften av verksamheterna (52 procent, 22 stycken). Åtta verksamheter (20 procent) bedrev även parterapi.

Den dominerande behandlingsmetoden var ATV (se tabell 1). Hälften (20 verksamheter, 49 procent) svarade på en öppen fråga om namnet på sin metod att de använde ATV enbart (13 verksamheter), ATV tillsammans med

en annan metod (3 verksamheter) eller att deras metod var inspirerad av ATV (4 verksamheter).

Tabell 1. Metoder som verksamheterna uppgav sig använda (N=41)

Metod	Antal	Procent
ATV	13	32
ATV och annan metod	3	7
ATV-inspirerad metod	4	10
Egen metod	16	39
Annan metod	5	12
	41	100

Flertalet av de övriga (16 verksamheter, 39 procent) svarade att de använde en egen behandlingsmetod utan namn. Fem verksamheter (12 procent) uppgav att de använde andra metoder (nämligen Utväg Skaraborg, säkerhetsprogrammet, Möta Pappor med Våldsproblematik, psykodynamisk metod och gruppanalytisk metod). De tre verksamheter som svarade att de kombinerade ATV med en annan metod uppgav att metoden heter Family violence prevention, Repulse vuxen och gestaltterapi.

Tio av de 16 verksamheterna med egen metod hade endast individuella samtal (och i ett fall också parterapi); sex verksamheter bedrev också grupp-terapi.

Av de 25 verksamheter som uppgav sig använda en namngiven metod svarade 17 (68 procent) att det finns en manual till metoden och 14 (56 procent) att de använde den. De 13 verksamheter som arbetar enligt ATV var inte överens i frågan om det finns en manual; åtta svarade att det gör det och fyra att det inte gör det. Alla som använder en ATV-inspirerad metod svarade att deras metod inte har någon manual. De fem som följer andra metoder uppgav att metoderna har manualer.

För att få viss information om metodernas innehåll och eventuella skillnader mellan dem ställdes elva frågor med fasta svarsalternativ. Tabell 2 redovisar svaren för dem som använder ATV eller en ATV-inspirerad metod och dem som använder en egen metod. Eftersom grupperna är jämnstora anges svarsfrekvenserna i absoluta tal.

Svarsmönstret i de två grupperna är likartat. Skillnaden tycks vara att det psykodynamiska inslaget är större i ATV än i de verksamheter som använder egna metoder. Svaren på frågorna 7 till 10 visar att verksamheter som tillämpar ATV ägnar sig mer åt männens psykiska och känslomässiga problem, deras individuella livshistoria, otrygga anknytning och tidigare traumatiska upplevelser. Det finns också en tendens till att ATV-verksamheterna i större utsträckning tar upp strukturella frågor som maktbalansen mellan kvinnor och män i samhället (fråga 1). Det finns en stor enighet mellan verksamheterna om att behandlingen ska ge männen insikt om sina makt- och kontrolltekniker, sitt personliga ansvar för våldet och våldets konsekvenser för kvinnan och barnen, liksom att männen ska lära sig nya tanke- och beteendemönster.

Tabell 2. I vilken utsträckning använder er behandling följande medel (eller om man vill, delmål) för att uppnå det överordnade målet att männen ska sluta utöva våld? Absoluta tal

Fråga	Svar	ATV n=17	Egen metod n=16
1. Att mannen får kunskap om hur män som grupp utövar makt och kontroll över kvinnor.	Till ingen/liten del	4	6
	Till viss del	5	5
	Till stor del	8	5
2. Att mannen får insikt om vilka metoder han själv använder för att utöva makt och kontroll i sin parrelation/familj.	Till ingen/liten del	1	0
	Till viss del	1	1
	Till stor del	15	15
3. Att mannen får insikt om interaktionsmönster i sin parrelation/familj.	Till ingen/liten del	0	0
	Till viss del	3	3
	Till stor del	13	12
4. Att mannen får insikt om sitt eget ansvar för våldet.	Till ingen/liten del	0	0
	Till viss del	0	0
	Till stor del	17	16
5. Att mannen får insikt om våldets konsekvenser för kvinnan.	Till ingen/liten del	0	0
	Till viss del	0	0
	Till stor del	17	16
6. Att mannen får insikt om våldets konsekvenser för barnen.	Till ingen/liten del	0	0
	Till viss del	0	0
	Till stor del	17	16
7. Att mannen bearbetar sina psykiska och känslomässiga problem.	Till ingen/liten del	0	0
	Till viss del	7	9
	Till stor del	9	6
8. Att mannen förstår orsaker till våldsanvändningen i sin individuella livshistoria.	Till ingen/liten del	0	0
	Till viss del	1	7
	Till stor del	16	9
9. Att mannen bearbetar sina problem med anknytning.	Till ingen/liten del	2	4
	Till viss del	7	8
	Till stor del	8	4
10. Att mannen bearbetar sina egna traumatiska upplevelser, till exempel att själv ha utsatts för våld eller bevittnat våld.	Till ingen/liten del	1	0
	Till viss del	6	12
	Till stor del	10	4
11. Att mannen lär sig att tänka och handla på nya sätt.	Till ingen/liten del	0	0
	Till viss del	1	0
	Till stor del	16	16

Svenska utvärderingar

Effekterna av IDAP i den svenska kriminalvården har utvärderats i en stor, i september 2011 ännu opublicerad registerstudie genomförd av Kriminalvårdens utvecklingsenhet. En grupp på ungefär 340 män som dömts för våld mot sin partner och deltagit i Kriminalvårdens IDAP-program mellan 2004 och 2007 jämfördes med ungefär 450 män som dömts för grov kvinnofridskränkning men inte deltagit. Jämförelsen gällde bland annat återfall i relationsbrott under i genomsnitt fyra och ett halvt år. Andelen som återföll i relationsbrott var 19 procent och skilde sig inte åt mellan behandlings- och kontrollgruppen. Närmare slutsatser av resultatet bör anstå tills det har publicerats.

Mellan 2008 och 2010 utvärderade Socialstyrelsen sju socialtjänstanknutna mansverksamheter som delades in i tre grupper: ATV, Utväg Skaraborg och mans- eller kriscentrum [24]. De fyra mans- och kriscentrumen använde inte någon enhetlig metod utan blandade influenser från kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk terapi och ATV. Antalet män i de tre grupperna var 42 (ATV), 50 (Utväg) och 90 (kriscentrum). Studien saknade tillgång till en obehandlad kontrollgrupp.

Bland alla män sammanlagt halverades andelen som uppgav sig ha utövat allvarligt fysiskt våld det senaste året från 51 procent vid behandlingens början till 23 procent ett år senare. Det allvarliga psykiska våldet minskade också under året men inte lika mycket, från 59 till 39 procent. Det fanns också signifikanta minskningar av psykisk ohälsa och missbruk. Minskingarna var ungefär lika stora i de tre behandlingsgrupperna och skilde sig inte åt på något signifikant sätt. Det gick därför inte att veta om männens förbättringar berodde på behandlingen eller på andra faktorer.

Slutsatser om behandlingsmetoder

Det finns både gemensamma drag och skillnader mellan de olika behandlingsmetoderna. Ett centralt inslag i flera metoder är den detaljerade analysen av enskilda våldshändelser i männens liv. Det ingår i såväl IDAP och Utväg Skaraborg som ATV och icke-våldsgruppen. Att mannen ska förstå att det är han själv som väljer våldet som ett av flera handlingsalternativ och att han bär ansvaret för sitt val ingår i alla metoder utom de psykodynamiska. Mannens livshistoria och känslomässiga orsaker till hans våld tas upp i de psykodynamiska terapierna, ATV och icke-våldsgruppen. Både IDAP och icke-våldsgruppen har en fast struktur med ett förutbestämt tema för varje session, medan de övriga metoderna inte är lika strukturerade och en av de psykodynamiska extremt ostrukturerad.

Slutsatserna i de tre systematiska översikterna skiftar mellan att kognitiv beteendeterapi har obetydliga effekter till att det saknas evidens för att metoden har effekter. Forskningen om psykodynamisk terapi, ATV och andra metoder är begränsad, och någon sammanfattande värdering av deras evidens tycks ännu inte ha gjorts. Därför finns möjligheten både att kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk terapi, ATV och andra metoder har kliniskt

signifikanta effekter och att de inte har det. Forskningsresultaten ger ännu inte skäl för verksamheter som använder en av de tre typerna av metoder och vill nå bättre resultat, att byta till någon av de andra.

Bristen på evidens för psykodynamisk terapi och ATV beror på att forskningen är begränsad och evidensen inte tycks ha värderats. När det gäller kognitiv beteendeterapi är det oklart om metoden har obetydliga effekter eller om metoden saknar evidens därför att forskningen brottas med betydande metodproblem. Två problem har särskild relevans för möjligheterna att utvärdera socialtjänstens metoder:

- När behandlingen är frivillig är det mycket svårt att få tillgång till en kontrollgrupp med våldsutövare utan behandling som våldsutövare som får behandling kan jämföras med. Sannolikheten är liten att våldsutövare som inte går i behandling vill delta i studier om behandling.
- Behandlingsmetoderna i socialtjänsten har mycket gemensamt. De skillnader som finns kan vara av underordnad betydelse för behandlingens resultat.

Forskning kräver jämförelser. Slutsatser om behandlingsmetoders positiva effekter måste bygga på konstaterade skillnader i effekter mellan olika grupper, antingen mellan dem som fått eller inte fått behandling eller mellan dem som fått olika typer av behandling. De två nämnda metodproblemen gör det svårt att göra sådana jämförelser i den svenska socialtjänsten.

Socialstyrelsens utvärdering var ett försök att jämföra effekterna av olika behandlingsmetoder utan att ha tillgång till en obehandlad kontrollgrupp. Resultaten tydde på kortsiktiga, positiva förändringar hos männen, men det gick inte att konstatera några skillnader mellan män som fått behandling enligt de olika metoderna. Resultaten var därmed öppna för flera tolkningar. De kunde bero på att de olika behandlingsmetoderna gav ungefär samma positiva resultat, och kanske inte var så olika, eller de kunde bero på faktorer som inte har med behandlingsmetoderna att göra.

En planerad, fortsatt uppföljning av männen i Socialstyrelsens utvärdering kan ge information på längre sikt. Det är dock bara möjligt att hämta data från kriminalregister. En förutsättning för att kunna dra slutsatser om effekter är också att det börjar uppträda skillnader mellan behandlingsgrupperna, vilket det inte gjorde vid den första uppföljningen.

Säkerhet för kvinnor och barn

Utöver behandlingen av våldsutövande män har mansverksamheterna i uppgift att förebygga våld mot partner och eventuella barn. Det ingår därför även ett säkerhetsarbete som är riktat mot utsatta kvinnor och barn, i vilket dels riskbedömning och dels partnerkontakt utgör två centrala delar. I det här kapitlet redovisas kunskap och andra erfarenheter av riskbedömning och partnerkontakt. Utifrån detta dras sedan några slutsatser om möjliga utvecklingsarbeten i syfte att förbättra det förebyggande arbetet med partner och barn.

Riskbedömningsmetoder

Riskbedömningsinstrument används för att identifiera individer som har en förhöjd risk att utsättas för framtida våld. Idag används riskbedömningsinstrument inom polisen och kriminalvården, men de är mer sällsynta i mansverksamheter. I huvudsak förekommer kliniska riskbedömningar i mansverksamheterna, det vill säga bedömningar baserade på professionellas subjektiva överväganden utan stöd av instrument. Enligt enkätundersökningen förekommer riskbedömningar hos 26 av de 36 enheter som svarade, men endast fyra av dessa enheter använder någon systematisk riskbedömningsmetod. Forskning visar dock att kliniska bedömningar utan stöd påverkas mer av subjektiva, irrationella och icke relevanta faktorer än riskbedömningar med stöd av instrument [25]. En förklaring är att det saknas regler för vilka riskfaktorer som bör ingå i bedömningen. Dessutom minskar transparensen i bedömningarna [26-28].

Riskbedömning med stöd av instrument som baseras på vetenskaplig kunskap brukar delas in i aktuariska och kliniska bedömningar med beslutsstöd, så kallade strukturerade professionella bedömningar (SPD).

Aktuariska riskbedömningar baseras på sannolikhetsberäkningar av en kombination av riskfaktorer och ger tillförlitliga och relevanta förutsägelser. En svaghet är att de tar större hänsyn till statiska, oföränderliga riskfaktorer (till exempel våldshistoria) än till dynamiska riskfaktorer som direkt kan relateras till riskreduktionen (ilska). De missar dessutom ofta personens skyddsfaktorer och klientspecifik information som är relevant men sällan förekommer, till exempel mordhot [29].

Strukturerade professionella bedömningar (SPD) är baserade på empirisk kunskap och tar även hänsyn till dynamiska faktorer och relevanta men sällan förkommande faktorer. Utöver testresultatet ingår även andra omständigheter av relevans som till exempel de utsatta kvinnornas uppfattning, vilket förbättrar de utsattas säkerhet. Risken bedöms utifrån tre risknivåer: låg, medium och hög. Till skillnad från de aktuariska riskbedömningsinstrumenten saknar SPD-instrument cut-offgränser; generellt gäller att ju fler riskfaktorer desto större är risken. En enskild riskfaktor, som till exempel risk för mord, kan betyda att personen placeras i kategorin hög risk.

SPD-instrument har visat sig förutsäga våld med medelstora eller höga effekttorlekar och ge vägledning i valet av intervention. Svagheten är interbedömarreliabiliteten som i vissa studier visat sig alltför låg [30-34]. Inget av de riskbedömningsinstrument som finns idag betraktas som gyllene standard [29].

Det råder enighet bland forskare inom området om att instrument som används för att bedöma våld i nära relationer ska:

- baseras på information som hämtas från flera olika källor, som förövaren, partner, andra informanter och befintliga register, och som innehåller dynamiska riskfaktorer
- kunna förutsäga hot om framtida våld
- ha fokus på att säkerställa fysisk, känslomässig och psykologisk säkerhet för alla familjemedlemmar [29].

Det finns också enighet om att en bedömning av psykopati ska göras vid särskilt svårt våld och psykiska störningar.

Ett urval relevanta riskbedömningsinstrument

Det finns några riskbedömningsinstrument som har utvecklats i syfte att underlätta bedömningen av våld i nära relationer, varav några har översatts till svenska och har använts och testats i kriminalvård och polisarbete.

Spousel assault risk assessment guide (SARA)

Spousel assault risk assessment guide (SARA) [35] mäter risken för våld mot en kvinnlig partner och bygger på forskning om karakteristiskt våldsbe- teende och vad som förutsäger kriminellt våld. Instrumentet består av 20 frågor. SARA innehåller dels 10 generella riskfaktorer och dels 10 riskfak- torer för partnervåld:

Generella faktorer: tidigare angrepp mot familjemedlemmar, angrepp mot främlingar och bekanta, överträdelser vid tillfällig frigivning, aktuella rela- tionsproblem, arbetsproblem, om personen varit offer för eller vittne till familjevåld under barn- och ungdomsåren, aktuellt missbruk, självmord/ självmordsförsök, psykotiska problem och personlighetsstörningar.

Riskfaktorer för partnervåld: tidigare fysiska, sexuella övergrepp, vapen- hot, dödshot, ökning av antalet övergrepp eller upptrappning av våld i över- greppen, överträdelser av besöksförbud, förnekande och attityder som stöder partnervåld.

Bedömningen ska även ta hänsyn till intervjuer med offret, kriminalregis- ter eller andra källor. Den slutliga riskbedömningen har tre nivåer: låg, me- del eller hög. SARA:s användbarhet har testats i en prospektiv studie som genomfördes inom polisen. Studien visar att polisen inte hade några svårig- heter att förstå och använda instrumentet för riskbedömning och val av in- sats. Instrumentets prediktiva validitet är lovande även om enskilda frågor visade sämre resultat. SARA används för riskbedömning vid 14 av 25 po- lismyndigheter [36]. Det används även i Kriminalvården.

Brief spousel assault form for the evaluation of risk (B-SAFER)

Inom polisen används även Brief spousel assault form for the evaluation of risk (B-Safer) [37] och Danger Assessment (DA) [38].¹ B-SAFER, som är en utveckling av SARA, är indelad i tre områden. De två första innehåller faktorer som beskriver hur allvarligt förövarens våld mot partnern är, med avseende på specifikt våld och på förövarens bakgrund och psykosociala anpassning i nuläget och tidigare. Det tredje området innehåller faktorer som avspeglar offrets sårbarhet i nuläget. De två första områdena beskriver förövarens våldsbeteende, medan det tredje området ger information nödvändig för beslut om skydd för offret. Det finns också möjligheter att dokumentera sällsynta och ovanliga riskbeteenden. Bedömaren uppmanas att ta hänsyn till olika våldsscenarier med hänsyn till våldets svårighetsgrad, varaktighet, frekvens och hur nära förestående våldet är. Användaren gör en bedömning av hög, medium eller låg risk.

En studie visar att instrumentet har god validitet. Den visar också att offrets sårbarhet spelar en central roll i bedömningen av partnervåld [39].

Danger Assessment (DA)

Danger Assessment [38] finns översatt till svenska. På svenska kallas instrumentet Frågeinstrument för bedömning av farlighet. Instrumentet är avsett för parrelationer och används för att beräkna risken för att kvinnor utsätts för ytterligare våld. Instrumentet innehåller 20 frågor, som mäter övergreppens svårighetsgrad och frekvens, varav 19 ingår i riskanalysen. Frågor ställs om förövarens historia av våld i nära relationer och annat våld, tillgången till vapen, missbruk, självmordsbenägenhet och svartsjuka. DA kompletteras med en intervju med offret. Kvinnan pekar ut vilka dagar som de fysiska övergreppen har ägt rum i en kalender och övergreppen rankas på en skala från 1 till 5. Risken beräknas på fyra nivåer, från låg till hög risk. Kalendern ska öka kvinnans medvetenhet om övergreppen och minska förnekanden. Instrumentet har visat god test-retestreliabilitet, intern konsistens och prediktiv validitet.

DA har prövats under svenska förhållanden i en tidigare studie av instrument riktade till kvinnor och barn som bevittnat våld [40].

The Ontario Domestic Assault Assessment (ODARA)

The Ontario Domestic Assault Assessment (ODARA) [41] är ett instrument som också används internationellt. ODARA är ett kort aktuariskt riskbedömningsinstrument som utvecklats för att förutsäga risken för att en man som begått övergrepp mot sin kvinnliga partner kommer att göra det igen. Det visar sannolikheten att en man begår nya övergrepp mot sin partner, jämför mannens risknivå med andra män som begått övergrepp, förutsäger tiden för återfall, antalet återfall och hur svåra skador som förväntas. Instrumentet kan användas av polis, brottsoffersservice, hälsovård och frivård.

ODARA består av 13 ja/nej frågor om den anklagades våldshistoria, senaste övergrepp och personliga förhållanden. Risken kategoriseras i sju ka-

¹ Man använder dessutom SAM (Stalking Assessment and Management) och Patriark (hetersreiterat våld).

tegorier, där 0 är den lägsta risken och 7 den högsta. Instrumentet är nytt, och det saknas kunskap om psykometriska egenskaper.

Domestic violence screening inventory (DVSI)

Domestic violence screening inventory (DVSI) [42] är ett kort riskbedömningsinstrument som innehåller 12 sociala faktorer och beteendefaktorer som är relaterade till återfall i våld av förövare i frivård. Riskfaktorerna är baserade på forskningsresultat och konsultation med domare, jurister och annan personal. De sociala faktorerna omfattar anställning och sociala relationer. Beteendefrågorna summerar förövarens våldshistoria i nära relationer och annat våld. Ett kodningsschema finns. DVSI har god samtidig validitet och skattningarna korrelerar med SARA. Det har också visat god prediktiv validitet.

Partnerkontakt

Partnerkontakt är en verksamhet för kvinnor, vars partner eller före detta partner går i behandling för våld som han utövat mot henne. Partnerkontakt innebär att en kontaktperson tar kontakt med kvinnan i syfte att planera säkerheten för henne och eventuella barn. Kvinnan får information om mannens behandling och en möjlighet att förmedla information av relevans till mannens behandlare. Dessutom får hon information om samhällets stöd. En bedömning av risken för ytterligare våld mot kvinnan och eventuella barn ingår ibland.

Två kategorier av partnerkontaktverksamheter kan urskiljas. Den ena ger ett mer begränsat stöd, fyra till sex kontakttillfällen, och hänvisar kvinnor som behöver ytterligare stöd till andra stödverksamheter. Den andra ger ett utökat stöd inom ramen för partnerkontaktverksamheten. Säkerhetsplanering och information om stödinsatser ingår i båda.

Dessa två modeller beskrivs nedan, och när utvärderingsresultat finns redovisas även dessa. Utvärderingar av partnerkontaktverksamhetens effekter saknas dock. Därutöver redovisas erfarenheter av partnerkontaktverksamheter i socialtjänsten.

Partnerkontakt med begränsat antal kontakttillfällen (IDAP)

I IDAP:s modell för partnerkontakt [43] ingår ett begränsat antal kontakttillfällen [44]. Det är ett krav att en partnerkontaktperson ska kontakta den partner som mannen har utsatt för våld. Kriminalvården använder IDAP, och partnerkontakten pågår där under den tid som mannen får behandling som ett led i kriminalvårdspåföljden.

Syftet med IDAP:s partnerkontaktverksamhet är att höja säkerheten för den utsatta kvinnan och eventuella barn. Säkerhetsplaneringen är därför central. Kvinnan ges fortlöpande information om mannens behandling, och kontakten med kvinnan underlättar IDAP:s bedömning av mannens förändring [45]. Kontakten ses inte som en behandling utan som en begränsad informations- och stödkontakt under mannens förändringsarbete [6]. Kvinnan deltar frivilligt, men mannen tillåts inte delta i programmet om han inte

medger att kvinnan får kontaktas. Kvinnan erbjuds partnerkontakt oavsett om hon har separerat från mannen eller inte [6].

I partnerkontaktarbetet ingår:

- Säkerhetsplanering för kvinnan och barnen
- Riskbedömning
- Rådgivning gällande samhällets resurser (kvinnojourer, brottsofferjourer m.m.)
- Information om IDAP och vad kvinnan kan förvänta sig av mansprogrammet
- Information till kvinnan om mannens deltagande i programmet
- Information från kvinnan om mannen som kan användas som referens i bedömningen av mannens framsteg

Partnerkontaktverksamhet omfattar cirka fyra till sex tillfällen. Vid det första tillfället genomförs SARA-intervjun, som riskbedömningen sedan baseras på. Vid de övriga kontakttillfällena tillfrågas kvinnorna om sin situation och om vilka eventuella förändringar de ser hos sin partner eller före detta partner. Informationen vidarebefordras sedan till behandlarna i IDAP. Om information om återfall kommer fram vid ett kontakttillfälle råds kvinnorna att polisanmäla [6].

Partnerkontaktpersonerna rekryteras dels internt inom Kriminalvården, dels externt från till exempel kvinnojourer eller socialtjänst. Partnerkontaktpersonerna får en tvådagarsutbildning för sitt uppdrag. Personal som på ett eller annat sätt är involverad i själva behandlingen av männen ska enligt manualen inte ta på sig partnerkontaktpersonernas uppgifter.

Utvärdering

IDAP:s partnerkontakt har utvärderats både av Kriminalvården i Sverige och av forskare i Storbritannien [46, 47]. Den brittiska studien baseras på kvalitativa intervjuer med 13 kvinnor och två partnerkontaktpersoner. Den svenska studien bygger på kvantitativa uppgifter från 29 kvinnor (av 80 kontaktade), varav endast fem (5) hade tackat nej till att delta i partnerkontaktverksamheten. Några jämförelser mellan grupperna som tackat ja respektive nej kunde därför inte göras. Studierna är små, ingen jämförelsegrupp ingick och inte heller några uppföljningsintervjuer.

Resultat från båda studierna visar att kvinnorna var nöjda med partnerkontaktverksamheten. I den svenska studien uppgav en majoritet (75 procent) att partnerkontakten bidragit till att öka deras säkerhet [46], att partnerkontakten bidragit till bättre kunskaper om vart de ska vända sig om de blir utsatta för hot om våld eller våld (88 procent) och att syftet med partnerkontaktverksamheten var tydligt. Den brittiska studien visar att partnerkontaktverksamheten snarare uppfattades som en stödverksamhet än som säkerhetsplanering och informationsutbyte. Få kom ihåg detaljer ur sin säkerhetsplan, och planen upplevdes inte ge någon hjälp, eftersom liknande frågor diskuterats med polisen och de redan hade tagit del av säkerhetsåtgärder. Kvinnorna i den brittiska studien beskrev en högre nivå av råd och stöd än vad som kan förväntas av en partnerkontaktperson, och de fick stöd betydligt längre än vad som krävdes. Utvärderarna diskuterar möjligheten

att införa ett mer omfattande stöd än fyra till sex träffar. Studien visar dessutom att partnerkontaktpersonerna inte tyckte om att hänvisa kvinnorna vidare till andra verksamheter på grund av 1) att det saknades service att hänvisa till, 2) att servicen låg långt från kvinnans bostad och 3) att kvinnorna tog emot hjälp först när de blev uppringda av partnerkontaktpersonen. Utvärderarna drog också slutsatsen att kommunikationen mellan partnerkontaktverksamheten och behandlingsverksamheten måste förbättras. Detta bekräftades till viss del av uppgifter från Kriminalvården i Sverige, som menar att samverkan mellan de olika parterna inom IDAP (behandlare, handläggare och partnerkontaktperson) inte sker på ett likartat sätt över landet [47].

Kriminalvårdens erfarenheter

Enligt företrädare för Kriminalvården har partnerkontaktorganisationen inom IDAP varit betydligt svårare att implementera än behandlingsprogrammet för männen. De pekar särskilt på bristen på partnerkontaktpersoner och att arbetssätten varierar beroende på var partnerkontaktpersonerna befinner sig. Ett annat problem har varit att partnerkontaktmanualen inte ingår som en del i IDAP-manualen, utan utgörs av en separat manual. Detta har bland annat bidragit till att partnerkontakten uppfattats mer som en stödfunktion än som en del av programmet för männen. Ytterligare ett problem är att de partnerkontaktpersoner som vanligtvis arbetar vid en kvinnojour har haft svårare att sätta gränsen vid fyra till sex tillfällen. Man har också lagt märke till att kvinnorna oftare tackar nej till partnerkontakt när en kriminalvårdare är partnerkontaktperson. När en frivillig stödarbetare är partnerkontaktperson händer det istället att de vill ha mer stöd än det som erbjuds.

Kriminalvården rekommenderar att partnerkontaktarbetet hålls åtskilt från stödarbetet med kvinnan [48]. Kriminalvården har en policy om hur partnerkontaktpersonen ska hantera information om nytt våld, brott mot besöksförbud med mera. Policyn anses oförenlig med mer terapeutiskt stödarbete. Partnerkontaktuppdraget är kopplat till mannens deltagande i behandlingsprogrammet. Information om mannen som kommit fram under samtal med partnerkontaktpersonen kan få konsekvenser. I det personliga stödarbetet kan kvinnan däremot säga saker i förtroende utan att det förs vidare till mannens behandlare. Om samma person fungerar både som stöd- och partnerkontaktperson, begränsas kvinnans möjligheter att berätta om sina erfarenheter. En sammanblandning av dessa två funktioner kan vara problematisk även för dem som arbetar med partnerkontakt, eftersom de avgör vilken information som kan respektive inte kan föras vidare till mannens behandlare. Kriminalvården försöker undvika en sammanblandning av dessa funktioner och föredrar därför att partnerkontaktarbetet och det stödjande arbetet utförs av olika personer. Det kan innebära att partnerkontaktarbetet och stödarbetet löper parallellt, eftersom kvinnan kan behöva stödet samtidigt med partnerkontaktträffarna, vilka vanligtvis är utspridda under hela den period som mannen deltar i behandling.

Kriminalvården har också konstaterat att informationsutbytet mellan behandlare, IDAP-handläggare och partnerkontaktperson inte fungerat helt tillfredsställande.

Partnerkontakt med utökat stöd

Partnerkontaktverksamheter med ett utökat stöd beskrivs i två brittiska publikationer [49, 50]. Mansverksamheterna i dessa studier riktar sig till män som sökt hjälp på eget initiativ. Både mans- och partnerkontaktverksamheterna drivs av frivilligorganisationer. Också Alternativ till Våld (ATV) i Norge har partnerkontaktverksamheter med utökat stöd, även om stödet är mindre omfattande än i de brittiska verksamheterna. ATV:s verksamhet bygger också den på frivillighet hos männen.

Options

South Tyneside Domestic Abuse Perpetrator Programme (STDAPP) som funnits sedan 2006, driver partnerkontaktverksamheten Options. Kvinnor som är utsatta för våld kan även vända sig direkt till Options, som ger dem stöd och tillfälle att prata om sina erfarenheter. Options och STDAPP har ett informationsutbyte för att förbättra kvinnans och eventuella barns säkerhet. I genomsnitt får kvinnorna stöd i 34 veckor, men antalet veckor har varierat från en vecka till 85. Options erbjuder utbildning som hjälper kvinnorna att känna igen våldsamt beteende, zonterapi, huvudmassage, aromterapi, terapi-sessioner och en kontaktperson som hjälper till med olika praktiska frågor som boende, barnomsorg med mera [49].

Options har utvärderats i en studie baserad på intervjuer med elva kvinnor [49]. Kvinnorna intervjuades före partners behandling, men eftersom endast två av dem kunde följas upp efter, kunde man inte dra några slutsatser om partnerkontaktens effekter.

Women's Support Service (WSS)

Domestic Violence Intervention Project (DVIP) är det övergripande namnet på ett Duluthinspirerat program som finns i bland annat London [50]. I DVIP ingår Violence Prevention Programme (VPP) för männen och Women's Support Service (WSS) för kvinnor som blivit våldsutsatta.

WSS erbjuder:

- säkerhetsplanering för kvinnor och barn som befinner sig i omedelbar fara för att bli våldsutsatta
- stöd och identifiering av resurser som kan öka kvinnornas kontroll över sitt och sina barns liv
- känslomässigt stöd och gruppverksamhet för att underlätta förståelsen av våldets orsaker

WSS tar emot både kvinnor som själva söker sig dit och kvinnor som kontaktas för att partnern behandlas i VPP. Det strukturerade och tidsbestämda stöd som gavs tidigare har senare ersatts med ett stöd helt anpassat efter kvinnornas behov och omständigheter. I gruppverksamheten kan exempelvis kvinnorna själva bestämma vilka frågor som ska behandlas.

WSS kontaktas så snart mannen accepteras för gruppverksamhet i VPP. En inbjudan skickas till kvinnan där hon erbjuds att delta i en informationsgrupp om VPP:s program. Om kvinnan inte svarar kontaktas hon per telefon.

Informationsutbyte mellan VPP och WSS sker minst en gång i veckan. Om mannen inte dyker upp till sin gruppverksamhet, försöker WSS nå kvinnan.

Kontakten inleds med enskilda samtal och en bedömning av kvinnans behov, hennes personliga säkerhet med mera. I WSS modell ingår två bedömningssamtal och fyra till sex sessioner med fokus på kvinnans situation och hur problemen kan lösas. Säkerhetsplaneringen är individuell och startar med att kvinnan får berätta vilka former av våld hon har utsatts för, hur ofta, om och i så fall hur detta har förändrats över tid. Man använder formuläret "Personalized safety plan for abused women".

Gruppverksamhetens syfte är att ge stöd till självhjälp och att underlätta vardagen. Männens beteenden och hur de har utvecklats över tid diskuteras. Gruppen arbetar bland annat med att öka kvinnornas självkänsla och kunskap om hur våldet påverkar barnen. Kvinnorna kan få tillgång till en kontaktperson ("advocacy") som hjälper dem att kontakta viktiga instanser som exempelvis bostadsföretag, polis och advokat.

Utvärdering av WSS

DVIP utvärderades i en processutvärdering från 1998 [50]. Utvärderingens resultat baseras på analyser av registerutdrag för 796 kvinnor, ifyllda enkäter för 32 kvinnor, djupintervjuer med 11 kvinnor samt en fokusgrupp med kvinnor. Djupintervjuer utfördes också med fem partnerkontaktpersoner. WSS fick goda omdömen. De individuella samtalen uppskattades, och gruppsamtalen uppfattades som stärkande. Utvärderarna slutsats var att proaktiva och ihärdiga uppföljningsförsök ger resultat. Eftersom skam och skuld gör att kvinnorna ofta tvekar att ringa, ger proaktiva kontakter kvinnorna ett socialt stödnätverk tidigare än de annars skulle ha fått ett.

En slutsats är att avsevärda resurser krävs om alla kvinnor som behöver partnerkontakt ska få tillgång till den. En annan är att de olika interventionerna – individuellt stöd, gruppsamtal och andra former av stöd – tillgodoser olika behov, och att kvinnorna behöver samtliga.

ATV:s partnerkontakt i Norge

Partnerkontaktverksamheten knuten till Alternativ till våld (ATV) i Norge varierar från verksamhet till verksamhet. De har dock gemensamt att mannen måste gå med på att hans partner eller före detta partner blir kontaktad för att få delta i behandlingen [51].

Vid Osloverksamheten kallas rutinmässigt alla kvinnor vars män ska börja i ATV:s behandling till ett informationssamtal, som hålls av mannens behandlare. Samtalets fyra mål är: 1) att säkra att kvinnan har information om ATV:s mansbehandling och att hon har realistiska föreställningar om behandlingens effekt, 2) att gå igenom kvinnans egen säkerhet och ta reda på behoven av ytterligare hjälp från ATV eller andra instanser, 3) att se till

att kvinnan har förstått våldets allvar och 4) informera om skyldigheten att rapportera om att eventuella barn far illa [51].

ATV i Oslo använder en checklista över vad det första samtalet med mannens behandlare ska innehålla. Kartläggning av kvinnans behov av hjälp utförs, och erbjudande om individuella samtal och/eller deltagande i ATV:s gruppverksamhet ges. De individuella samtalen är begränsade till fem gånger och gruppverksamheten till cirka 10-15 träffar, men de kan utökas i mån av resurser. Tidigare erbjöd ATV stöd under längre perioder, men av resurs-skal ges inte längre denna form av utvidgad hjälp. ATV-verksamheten använder sig av riskbedömningsinstrumentet Danger Assessment (DA) och Abuse index i det fortsatta arbetet med kvinnan. Även eventuella barn erbjuds hjälp vid någon av ATV:s barnverksamheter [51].

Partnerkontakt i svensk socialtjänst

34 av de 63 verksamheter som fick Socialstyrelsens enkät svarade på frågorna om partnerkontakt. Av dessa 34 verksamheter hade 27 någon form av partnerkontakt knuten till sin behandling av män som utövar våld i nära relationer. Det fanns både verksamheter som betonade att de saknade tydliga rutiner för partnerkontakten och sådana som såg partnerkontaktverksamheten som en obligatorisk del av behandlingen.

Huvudsyftet för de allra flesta verksamheterna är att öka kvinnans och eventuella barns säkerhet med hjälp av riskbedömning och säkerhetsplanering. Partnerkontaktverksamheten ska dels ge information till mannens behandlare om fortsatt våld under behandlingstiden, dels informera kvinnan om mannen exempelvis avbryter sin behandling. Ett annat syfte är att informera kvinnorna om vilken hjälp som finns att tillgå för dem. Det är emellertid inte heller helt ovanligt att verksamheterna beskriver samtalen med partnern som behandlande.

Antalet samtal varierar mellan ett och 22 i de olika verksamheterna. Några verksamheter verkar ha en mer strukturerad partnerkontakt med ett fast antal träffar. Andra anger att antalet träffar beror på vilka önskemål som finns, kvinnans behov eller ärendets karaktär. Några har ingen gräns för hur många samtal som kan ges. Verksamheter med en mer strukturerad partnerkontakt har mellan tre och sex samtal.

Ett fåtal verksamheter använder samma behandlare för både kvinnan och mannen. Nästan samtliga av dem som inte använder samma behandlare poängterar att det finns ett löpande informationsutbyte mellan kvinnans partnerkontaktperson och mannens behandlare.

De allra flesta verksamheterna anser att partnerkontaktverksamheten fungerar bra. Några har dock stött på problem med kvinnor som tackar nej till partnerkontakt för att de har missförstått syftet och tror att de ska engagera sig i mannens behandling. I vissa verksamheter har kvinnan efterfrågat tätare och mer behandlande kontakter än vad verksamheterna har kunnat erbjuda. Tids- och resursbrist uppfattar många som ett stort problem. En annan frågeställning har etisk karaktär, nämligen om partnerkontakten kan få till följd att kvinnan river upp problem som hon har lämnat bakom sig. Oklarheter om hur den information man får i samtalen ska användas är en annan fråga som tas upp.

Sju verksamheter har inte någon partnerkontaktverksamhet. En av dessa är Utväg Skaraborg, som har ersatt partnerkontaktverksamheten med vad de kallar för nätverkskontakt. Nätverkskontakt innebär bland annat att en inventering av mannens nätverk görs i början av behandlingen, och att han sedan själv utser en stödperson som ska hjälpa honom att föra ett liv utan våld. Nätverkspersonen deltar sedan i en behandlingssession för att få information om behandlingen. Utväg uppger att de valde bort partnerkontakt för att behandlingen är frivillig och inte myndighetsutövning. Trots att deltagande är frivilligt, menar man att kvinnan kan uppleva ett krav att delta i mannens behandling även när hon inte vill, och denna belastning vill inte Utväg lägga på henne. Verksamheten är dock positiv till partnerkontakten i basverksamheter, såsom kommunal socialtjänst och frivårdsinsatser. Samma verksamhet nämner att i några få fall, där kvinnan, mannen och barnen alla har varit aktuella i verksamhetens behandlingsprogram, har sekretessen mellan programmen lyfts på kvinnans initiativ.

En annan verksamhet anser att partnerkontaktverksamhet kan "störa" behandlingen, eftersom mannen kan anpassa sig efter kvinnans önskemål utan att beteendeförändringen är integrerad i honom själv.

Slutsatser om säkerhetsarbete

Riskbedömningar med stöd av instrument ger mer tillförlitliga bedömningar och ett relevant underlag för bedömning av risk. De kan förbättra bedömningarnas kvalitet, ge mer enhetliga bedömningar och underlätta mansverksamhetens behandlingsplanering och användning av resurser.

Endast ett fåtal av de socialtjänstanknutna mansverksamheterna använder idag riskbedömningsinstrument som stöd, trots att det finns ett antal relevanta och tillförlitliga riskbedömningsmetoder, som är översatta till svenska och prövade under svenska förhållanden.

Strukturerade professionella bedömningar (SPD) förefaller väl avpassade för mansverksamheternas partnerkontaktverksamhet. Förutom beslutsstöd ger de användaren möjlighet att ta hänsyn till andra omständigheter av relevans för bedömningen, till exempel extraordinärt våld och offrens uppfattningar.

Två frågor som behöver utredas är de följande.

- Vilken/vilka riskbedömningsmetoder är bäst lämpade för mansverksamheternas säkerhetsarbete?
- Bör riskbedömningen utföras av en särskild riskbedömare eller av mansverksamheternas behandlare?

De flesta mansverksamheterna har någon form av partnerkontaktverksamhet. Partnerkontaktens utformning varierar dock och har ännu inte funnit en tillfredsställande form. Det finns två modeller: en med ett begränsat stöd, fyra till sex kontakttillfällen, där kvinnor som behöver ytterligare stöd hänvisas till andra stödverksamheter, och en annan med ett utökat stöd. Båda modellerna omfattar säkerhetsplanering och informationsförmedling mellan kvinnan och mannens behandlare. De två modellerna har samma syften:

- Att öka säkerheten för kvinnan och barnen
- Att kvinnan och barnen ska få adekvat stöd
- Att ge information som är till gagn för mannens behandling

Det överordnade syftet måste alltid vara kvinnans och barnens säkerhet. Om det syftet råkar i konflikt med syftet att gagna mannens behandling, måste det senare syftet ge vika. Det innebär att mannens behandlare aldrig får använda information från kvinnan på ett sätt som utsätter henne för fara, vilket det kan göra om informationen väcker hans ilska och han förstår varifrån den kommer.

Den viktigaste frågan vid val av modell är vilken som optimerar kvinnans och barnens säkerhet. Om det inte finns någon skillnad mellan modellerna i det avseendet, kan svaren på frågorna hur modellerna uppfyller de två andra syftena få påverka valet.

Andra frågor som påverkar valet är hur genomförbara de båda modellerna är och vilka problem de är förenade med. Två praktiska problem tycks vara gemensamma:

- Svårigheter att rekrytera kvinnor som är aktuella för partnerkontakt och partnerkontaktpersoner till dessa kvinnor. En förklaring som mansverksamheterna själva ger är brist på resurser, men det finns även andra tänkbara förklaringar som till exempel organiseringen av resurserna eller de arbetsformer som används. Strukturerad riskbedömning (SPD) skulle kunna underlätta rekryteringen eftersom de visar vilka kvinnor som är i störst behov av partnerkontakt. Ett förslag är en undersökning av hur användningen av SPD kan användas i rekryteringen och om den bidrar till effektivare användning av resurserna.
- Brister i informationsutbyte och samverkan mellan dem som arbetar med partnerkontakt och dem som arbetar med behandlingen av männen.

Spridning och implementering

Spridning av kunskap och metoder kan vara formell och medveten – till exempel genom reklam och föreläsningar – eller informell – till exempel att kollegor pratar med varandra. Planerad, riktad spridning benämns i engelsk implementeringsforskning *dissemination*. Oplanerad och spontan spridning – som sker av sig själv – går under namnet *diffusion* [52]. När det gäller behandlingsmetoder för våldsutövare är forskningen om båda företeelserna begränsad. De sökningar som har gjorts efter studier om implementering av behandlingsmetoder för våldsutövare resulterade bara i ett fåtal relevanta träffar. I detta avsnitt refereras därför också implementeringsforskning från andra områden. Det motiveras av att samma faktorer framstår som viktiga för lyckat förändringsarbete på många olika områden.

IDAP i svensk kriminalvård

Som framgår av kapitlet om behandlingsmetoder är Duluthmodellen den behandlingsmodell som tycks ha fått störst genomslag i USA. Det finns en väl utvecklad infrastruktur runt modellen. Organisationen Domestic Abuse Intervention Programs (DAIP) är en icke-kommersiell stiftelse som sprider, handleder och utbildar, och staden Duluth är fortfarande säte för organisationen [53]. Hur spridningen av metoden konkret har gått till finns inte beskrivet, men organisationen har sedan många år en utarbetad struktur för kommunikation, marknadsföring och information, såväl när det gäller behandling av våldsutövande män, kvinnors skydd generellt samt metodutveckling, kvalitetssäkring och fortbildning för dem som arbetar enligt Duluthmodellen.

Inom ramen för den svenska kriminalvårdens satsning på behandlingsprogram med vetenskapligt stöd inventerades i början av 2000-talet befintliga nationella och internationella program för behandling av män som utövar våld i nära relationer. Ett led i arbetet är att programmen ska genomgå en vetenskaplig granskning, en så kallad ackreditering. I ackrediteringsprocessen granskas programmen utifrån tio programkriterier. Ett program kan få högst två poäng per kriterium om dessa uppfyllts helt, en poäng för kriterier som uppfyllts delvis och noll poäng för kriterier som inte uppfyllts alls.

Kriminalvårdens inventering resulterade i ett samarbete med kriminalvården i England och Wales. Samarbetet ligger till grund för det program som Kriminalvården använder idag, IDAP, som är baserat på Duluthmodellen.

Vid ackrediteringen fick IDAP 19 poäng av maximalt 20. Det kriterium som inte uppfylldes helt var kravet på vetenskapligt stöd för effekter. Detta berodde på att det vid ackrediteringstillfället ännu inte utförts någon utvärdering av programmet. När Kriminalvårdens utvärdering av IDAP offentliggörs hösten 2011 kommer huvudkontoret att ta ställning till om programmet ska fortsätta. Enligt Mari-Anne Tobiasson, ansvarig för IDAP inom krimi-

nalvården var stödet från centrala personer inom brittiska IDAP ovärderligt under ackrediteringsprocessen och implementeringen av programmet [54].

Tobiasson och Eriksson [6] beskriver erfarenheterna från implementeringen av IDAP. Enligt författarna var den största utmaningen att få alla delar att fasa in i varandra på ett effektivt sätt, en svårighet som förstärktes av att regelverk och rutiner inte är anpassade efter arbetssättet. Säkerhetstänkandet för kvinnor, som är grunden i Duluthmodellen, samt riskbedömning av mannen är fortfarande utvecklade områden i Sverige och förändringen kommer att ta tid.

Enligt de ansvariga för IDAP inom Kriminalvården, Anita Dalerus och Marianne Tobiasson [55], är samverkan mellan de olika aktörerna i programmet ett av de svåraste områdena. Det är också svårt att få information från kvinnan och svårt att veta hur den information som kommer fram ska användas. Erfarenheten är att partnerkontakten är den del av modellen som är svårast att implementera. Det är till exempel lätt att kontakten med kvinnan blir av stödkaraktär, vilket inte är meningen, då information och säkerhet är syftet med kontakten enligt IDAP-modellen.

Tobiasson och Dalerus menar att en svårighet när det gäller att implementera program för våldutövare i socialtjänsten kan vara, att fokus traditionellt är riktat mot den som söker behandling. Därmed finns risken att man missar risk- och säkerhetsbedömningen för kvinnan och barnen. En erfarenhet är att det lätt blir konflikter mellan dem som behandlar männen och dem som har kontakt med kvinnan. En helhetssyn bland alla som arbetar kring en familj är nödvändig. Att utveckla en fungerande partnerkontaktverksamhet kräver därför planering, samordning, tid och pengar.

ATV i svensk socialtjänst

Den svenska kartläggningen av metoder inom socialtjänsten visar att norska ATV var den dominerande behandlingsmetoden. Hälften av verksamheterna svarade att de enbart använde ATV, ATV tillsammans med en egen metod eller att deras metod var inspirerad av ATV. Initiativet till samarbete med de norska företrädarna för programmet kom från svenska kommuner, som letade efter nya metoder [56]. I likhet med IDAP har inte ATV spridits aktivt av metodutvecklarna, utan dessa har blivit kontaktade av verksamheter i Sverige som varit intresserade av metoden. Den norska stiftelsen har därefter haft utbildningar i Sverige [57].

Studier av implementering av metoder för våldsutövare

Forskarna Bilby och Hatcher [58] beskriver framgångsfaktorer för effektiv implementering av IDAP inom frivården i England och Wales. Studien bygger på intervjuer med nyckelpersoner vid implementeringen såsom chefer, behandlare och samarbetspartners (till exempel polis och socialtjänst). I sina slutsatser lyfter författarna fram behovet av att koordinera de olika insatser som ingår i IDAP och att i detta syfte bland annat arbeta med formella protokoll för informationsutbyte. Många instanser är direkt och indirekt berörda

i IDAP-programmet, och även yrkeskategorier som inte direkt medverkar bör få information om programmet, till exempel i form av föreläsningar. Att tydliggöra ansvar och rollfördelning är en viktig punkt. IDAP-programmet innebär mycket administration och särskild hänsyn måste tas till detta vid implementeringen och i planeringen för det fortsatta arbetet. Författarna pekar också på betydelsen av system för att försäkra sig om att man arbetar med programmet på ett optimalt sätt, där hänsyn tas till lokala variationer, behov och resurser. Författarna pekar också ut personalfrågorna som centrala: att initialt bedöma vilka medarbetare som är mest motiverade och bara utbilda dem, att arbetsbelastningen är rimlig och att extra resurser avsätts för handledning och ”boostersessions” för nyutbildade. Författarna betonar också betydelsen av en lång förberedelsestid och att göra klart innan hur stora resurser som finns att tillgå.

Även Bullock med kollegor [59] har studerat implementeringen av program för våldsutövare inom frivården i England och Wales. Studien har genomförts med hjälp av kvalitativa intervjuer med behandlarna som arbetade med programmen. Författarna identifierade följande faktorer som betydelsefulla när det gäller att se till att programmen fungerar i praktiken.

- Hur remitteringen går till (behovet är större än antalet platser). Om för många remitteras snävar man av inklusionskriterierna för att få delta i programmet, och målgruppen blir därmed inte i enlighet med programmet.
- I vilken utsträckning man följde upp programtrohet varierade beroende på hur mycket man hade att göra och vilken kunskap behandlaren hade om programmet.
- Hur man arbetade med riskbedömningar skiljde sig åt beroende på arbetsbelastning och hur väl personalen kände till riktlinjerna i programmet angående detta.

Partnerkontakt var en del i alla program som implementerades. Studien visar dock att kvinnornas deltagande generellt var lågt. Ett faktum som föreföll vara beroende av hur snabbt kontakt tas med kvinnan. Informationen mellan mannens behandlare och kvinnans partnerkontaktperson fungerar inte alltid. Trots den stora betydelsen fanns kvinnans partnerkontakt ofta i utkanten av arbetet med riskbedömningen. Betydelsen av koordination av informationsflödet betonas även. Författarna framhåller betydelsen av övervakning av behandlarna: att alla får rätt träning och inser sin avgörande roll i programstrukturen. För att detta ska fungera krävs system för att kontrollera att programmet genomförs som det är tänkt.

Internationell forskning om implementering

Med implementering avses de procedurer som används för att införa nya arbetsmetoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att metoderna används som det är avsett och med varaktighet [60]. En bristfällig implementering innebär många risker. Ett vanligt fenomen är till exempel att nya metoder blir en marginell verksamhet och främst en angelägenhet för eldsjälarna snarare än en del av den ordinarie verksamheten [61, 62]. Hur bedömer man då om en implementering har lyckats? Det huvudsakliga utfalls-

måttet när det gäller framgångsrik implementering är att metoden varaktigt används – så som den är tänkt att användas – i den ordinarie verksamheten [63].

Kunskapen om vad som leder till en lyckad implementering har ökat under det senaste decenniet, och idag finns en teoretisk bild av vad som ökar sannolikheten att förändringsarbete ska lyckas. Fortfarande handlar det dock om rimliga hypoteser, baserade på korrelativa data, som i mindre utsträckning har testats i kontrollerade studier.

För det första krävs en effektiv och stabil organisation med låg personalomsättning. Arbetsplatsen får inte i alltför hög grad präglas konflikter, och det är viktigt att det finns ett gemensamt övergripande mål för verksamheten. Andra viktiga faktorer är att organisationen kännetecknas av god förmåga till nytänkande och problemlösning.

I en implementeringsprocess är det viktigt att behovet av förändring först är kartlagt – att det finns ett arbetssätt man vill ändra eller något som behöver läggas till. Nästa steg är att undersöka förutsättningarna för förändring och förankra behovet. Åtaganden och resurser bör också kartläggas tidigt i processen, och det är viktigt att från början planera för administrativt stöd och strukturer för samverkar med andra aktörer. Först när dessa steg är avklarade är det dags att välja vilken metod som bäst svarar mot behoven samt planera utbildning och genomförande. En annan faktor som betonas i forskningen är hur viktigt det är att se på implementering som en process och inte en enskild händelse. En framgångsrik förändringsprocess tar tid (två till fyra år).

En effektiv implementering utförs inte heller steg för steg. Det krävs parallella aktiviteter över tid. Fixsen med kollegor [64] talar om ”implementation drivers”, det vill säga kärnkomponenter som innebär stöd på flera nivåer för att skapa ett system, som ger förutsättningar för praktiker att använda interventioner på ett så optimalt sätt som möjligt. Kärnkomponenterna utgörs av personalens kompetens, organisatoriskt stöd och ledarskap (se figur). De tre delarna är integrerade med varandra och fungerar kompensatoriskt. Svagheter i en del, till exempel personal med bristande utbildning, kan kompenseras av styrkor i en annan.



Personalens *kompetens* handlar dels om urval – att rätt person ska vara på rätt plats – men också om betydelsen av coachning och träning i de nya metoderna. Om detta ska vara möjligt krävs en *organisation* som har politiskt stöd, fungerande administration, ett väl utvecklat beslutsstöd samt system för uppföljning. En framgångsrik förändringsprocess kräver också ett *ledarskap* som kan hantera både ”byråkratiska” och proaktiva frågor när det gäller förändringsarbete. Att kontinuerligt utvärdera verksamheten är nödvändigt bland annat för att följa upp behandlingstroheten.

Slutsatser om spridning och implementering

Forskningen om spridning och implementering av behandlingsmetoder för våldsutövare i nära relationer är begränsad. Erfarenheter från implementeringen av IDAP i såväl Sverige som England och Wales är att det har varit särskilt svårt att implementera partnerkontaktverksamhet och att få samverkan mellan den och behandlingsverksamheten att fungera.

Även om forskningen om behandlingsmetoder för våldsutövare är begränsad, talar det mesta för att framgångsfaktorerna för implementering är gemensamma för många områden. De kärnkomponenter som identifierats i forskning om implementering är bland annat personalens kompetens, ledarskap och stöd i organisationen. En faktor som betonas är hur viktigt det är att se på implementering som en process på flera parallella nivåer och inte en enskild händelse.

Lokal uppföljning

Syftet med lokal uppföljning av klienternas förändring är att få ett väl underbyggt kunskapsunderlag för kontinuerlig förbättring och effektivisering av arbetet. Lokal uppföljning ska inte sammanblandas med studier av behandlingseffekter. I stället fyller det en särskilt viktig funktion när behandlingsinterventionernas vetenskapliga stöd är svagt. De frågor som lokal uppföljning av klienter svarar på har central betydelse både i det enskilda klientarbetet och för verksamheten:

- Vilket hjälpbehov har en enskild eller en grupp klienter?
- Förbättras en enskild eller en grupp klienters situation?
- Finns det ett samband mellan insatsen och förbättringen?

Dessa frågor kräver systematisk dokumentation av klientuppgifter, vilket saknas idag i mansverksamheterna i Sverige. I det följande redogör vi dels för vad en lokal uppföljningsmodell med ambition att ge svar på dessa tre frågor bör omfatta och dels för hur mansverksamheterna dokumenterar och följer upp idag.

Vad är lokal uppföljning?

Vad en mansverksamhet vill uppnå med dokumentationen och uppföljningen är avgörande för vilken uppföljningsmodell som är lämplig. Här utgår vi från att verksamheten kontinuerligt vill förbättra och utveckla sitt arbete och därför söker svar på de tre inledande frågorna, det vill säga att de söker kunskap om

1. enskilda mäns och hela gruppens situation, problem eller behov före behandling
2. vilka behandlingsinsatser männen får
3. hur männens situation och problem förändras efter behandling.

Om verksamheterna gör för- och eftermätningar med relevanta mått kan de få kunskap både om den enskilde klientens situation vid behandlingsstarten och om huruvida situationen har förändrats efter behandlingen. Denna kunskap har värde i behandlingsplaneringen för enskilda klienter. Om klientuppgifterna samlas in systematiskt kan verksamheterna även sammanställa uppgifterna på gruppnivå. De kan då göra beskrivningar både av hela behandlingsgruppens situation eller hjälpbehov före och efter behandlingen och av gruppens förändring över tid. Det ger kunskap som kan användas för verksamhetsutveckling [65].

Lokal uppföljning enligt denna modell ställer således krav på

- för- och eftermätningar
- systematik och kontinuitet i dokumentation och uppföljning
- tillförlitliga och acceptabla bedömningsmetoder.

Ytterligare några krav bör vara uppfyllda om resultatet ska användas för utveckling av behandling och verksamhet:

- **Målgruppen**

En behandlingsinsats riktar sig till en viss målgrupp och klienternas behov bör stå i överensstämmelse med den hjälp som erbjuds. Om en verksamhet systematiskt och kontinuerligt dokumenterar relevanta klientuppgifter och sammanställer målgruppsbeskrivningar kan eventuella förändringar i behandlingsbehoven följas. Förändringar i målgruppens situation och behov kan till exempel vara tecken på att antingen rekryteringen eller behandlingen behöver förändras.

- **Behandlingsinsatsen**

Behandlingens innehåll bör matcha målgruppens behov av förändring. Såväl behandlingsteorin, behandlingens mål som en förändringsteori, som visar hur behandlingens innehåll och aktiviteter kan tänkas leda till den förväntade förändringen, bör beskrivas i en manual. Beskrivningarna i manualen bör vara så tydliga att behandlingen även kan utföras av andra verksamheter.

- **Implementering**

Att införa och genomföra en behandlingsinsats kräver resurser och kompetens, adekvat utbildning, tränings- och stödfunktioner. För att upprätthålla kvaliteten, undvika oavsedda avsteg och få kontroll över förändringar bör verksamheterna dessutom göra uppföljningar av behandlingstrohet.

- **Förändring och effekter av insatsen**

En analys av behandlingseffekter kan göras på basis av klienternas förändring från för- och eftermätning, under förutsättning att man har använt relevanta utfallsvariabler. En förändring ses som meningsfull om den har värde för klienterna, är teoretiskt rimlig och statistiskt signifikant. Om en förändring som inträffar under behandlingstiden går i förväntad riktning, kan behandlingsinsatsen vara en av flera förklaringar. Säkrare slutsatser om behandlingens effekter kräver kontrollerade studier där alla tänkbara faktorer kan kontrolleras, så kallade effektstudier eller effektutvärderingar [66]. Istället kan verksamheterna få rimliga förklaringar och indikationer på förbättringsbehov.

Utöver kunskap om målgruppens behov och klienternas förbättring kan uppföljning med för- eftermätningar användas för analyser som är av värde i planerings- och utvecklingsarbetet:

1. Rekryteras och behandlas rätt målgrupp?
2. Genomförs behandlingen på rätt sätt?
3. Ger behandlingen de förväntade resultaten?
4. Bör verksamheten förändra och utveckla sina behandlingsinsatser?

Denna information har relevans bland annat för utvecklingen och effektiviseringen av behandlingsinsatsen.

Mätningar bör utföras med vetenskapligt utprovade instrument med relevanta utfallsvariabler och tillförlitliga mått på förändring. De ger tillförlitli-

ga mätningar och enhetliga mått som möjliggör jämförelser mellan behandlingsverksamheter på olika orter.

Mansverksamheternas uppföljning

Idag dokumenterar mansverksamheterna sparsamt [24]. Dokumentationen består av arbetsanteckningar som används som stöd i behandlingen. Viss verksamhetsstatistik förs (ålder, antal barn, yrke och problembild) och används i de flesta fall för den årliga verksamhetsberättelsen. Uppföljning förekommer men genomförs inte systematiskt, och en gemensam struktur och uppföljning saknas. De olika verksamheternas beskrivningar av behandlingsinsatsen varierar. Uppföljning av programtrohet görs inte.

Enkätundersökningen visar att insamling av information som kan användas för beskrivning av klienter före insats förekommer i fem av 36 svarande enheter. Två verksamheter samlar in information om männen både före och under behandlingen, medan tre verksamheter endast samlar in information under behandlingen. Likaså tre verksamheter samlar in information såväl före som under och efter behandlingen. Sjutton verksamheter uppger att de sammanställer resultatet, och nitton uppger att inte gör det. Av verksamheterna uppger elva att de använder standardiserade intervjuformulär som grund för sammanställningar av resultat och tio att de använder egenkonstruerade formulär.

Några standardiserade instrument som nämns är Känsla av sammanhang (KASAM), ATV:s intervjuguide, The domestic violence assessment (DVSA) och Domestic violence (Svaw). Några få nämner Addiction severity index (ASI), Audit och Tankar om våld/Tankar om konsekvenser. En slutsats är att uppföljningar baserade på standardiserade metoder är ovanliga. Att döma av de formulär som nämns är uppföljningen mer sällan inriktad på förändringar i våldsbeteendet.

Socialstyrelsens utvärdering av mansverksamheter [24] och enkätundersökningen visar att det finns ett visst intresse för dokumentation och uppföljning. Flera verksamheter har till exempel konstruerat egna formulär för dokumentation. Mansverksamheternas dokumentation av klientuppgifter är dock inte tillräcklig för uppföljning av klienternas förändring. Det saknas i många fall beskrivningar av målgrupp och behandlingsinsats, och metoder saknas för att följa programtroheten och utvärdera resultaten.

Mansverksamheterna har uppföljningssamtal med männen under och efter behandlingen. De tillfrågas om sin situation och om förändringar i våldet och våldsrelaterade problem. Uppföljning av detta slag saknar dock den struktur, systematik och tillförlitlighet som krävs för att mäta resultat och dra slutsatser. Uppgifterna är inte standardiserade, och de kan inte ackumuleras och redovisas. Uppgifterna kan inte heller användas som utfallsmått eller för att mäta förändring. Dessutom saknas en förmätning (baslinje) att jämföra med, och det finns därför en risk att förändringen överskattas.

Uppföljningsinstrument

Socialtjänstens klientgrupper har ofta mångfacetterade hjälpbehov, och ett och samma instrument täcker därför sällan samtliga utfall av relevans. För

mansverksamheternas del är våld det mest relevanta utfallet, men även andra utfall kan vara relevanta, till exempel missbruk och psykisk hälsa. I utvärderingen av mansverksamheter [24] användes flera instrument för att mäta våld i nära relationer och andra relevanta utfall: CTS-2, SCL90, KASAM, Audit, Dudit och CSQ-8 [67-70].² I Kriminalvården används SARA, Audit, Dudit (alkohol- och narkotikavanor) och sex andra instrument.³ Inget av dessa har ännu använts för bedömning av hjälpbehov eller för uppföljning. Instrumenten är fria att använda men har inte prövats för uppföljning i reguljär verksamhet. Inventeringen är ofullständig, och det kan finnas andra relevanta instrument.

Slutsatser om lokal uppföljning

Mansverksamheterna har visat intresse för lokal uppföljning. Med systematisk dokumentation och uppföljning kan mansverksamheterna få kunskap om männens situation och resultatet av behandlingsinsatsen, det vill säga kunskaper som kan användas för behandlingsplanering och utveckling av behandlingsprogram, planering av resurser, verksamhetsuppföljning med mera. Ett likartat sätt att följa upp klienter och klientgrupper har också fördelen att olika verksamheters behandlingsresultat kan jämföras. Inget uppföljningsinstrument har dock prövats i mansverksamheterna.

En modell för lokal uppföljning bör innehålla:

1. Dokumentation av klientuppgifter: en förmätning, som kan visa männens situation och hjälpbehov före behandlingsinsatsen, och en eller två eftermätningar (en vid avslut), som kan visa skillnaden mellan mätningarna, det vill säga hur männens våld förändras, för vilka män våldet minskar och för vilka det ökar.
2. En plan för när och hur informationen ska samlas in, vilka som ska omfattas och kontinuiteten i informationsinsamlingen samt utfall och förslag på lämpliga instrument och mått.
3. En manual med adekvat beskrivning av insatsen, anvisningar om hur insatsen ska genomföras, utbildningskrav och andra krav, behandlingsteori, förändringsteori samt vilka aktiviteter som ingår och hur dessa ska utföras.
4. Formulär för att följa upp programtrohet.
5. En plan för vilka resurser som krävs (utbildning, tekniskt och annat stöd med mera) för att sammanställa, analysera och tolka resultatet.

² CTS2: förekomst och frekvens av olika former av våld. SCL90, Symptom Checklist: 90 frågor om olika psykiska besvär under den gångna veckan. KASAM: 29 frågor om synen på livssituationen eller känsla av sammanhang. Audit och Dudit: alkohol- och narkotikavanor. CSQ-8: hur nöjd en person är mer allmänt.

³ Ratos (Revised Attitude To Offending Scale): attityder till våld i nära relationer. LCS (Locus of Control Scale): i vilken grad personen tar ansvar för sina personliga problem. IBWB (Inventory of beliefs that support Wife Beating): attityder till kvinnor. ARI (Abusive Relationship Inventory): bortförklaringar till varför man har slagit någon, kontrollbehov, legalt berättigande och hustrumisshandelsattityder. IRS (Interpersonal Relationship Scale): sex aspekter av svartsjuka; hot mot exklusiv gemenskap, självbejakande. RSQ (Relationship Scale Questionnaire).

6. En plan för hur uppföljningsmodellen ska implementeras och upprätthållas (stödfunktioner, utbildning och handledning, teknik, resurser med mera).

Valet av uppföljningsinstrument bör föregås av en kravspecifikation, som visar vilka utfall och uppföljningsmått som är relevanta för behandling av våld i nära relationer och relaterade problem. Instrumentet bör mäta våld, psykisk hälsa och eventuellt missbruk. En prövning av instrumentets tillförlitlighet och förmåga att mäta förändring av våld i nära relationer kan också bli aktuell.

I lokal uppföljning samlar man information som kan vara känslig för klienten. Respekten för klientens integritet kräver att varje klient informeras om syftet och ges möjlighet att själv bestämma vilka frågor han eller hon vill besvara. När man väljer instrument bör hänsyn tas till de behandlings-etiska grundprinciperna, det vill säga att information ska vara tillräcklig, väsentlig och korrekt och att endast samla in sådana uppgifter som anses nödvändiga i klientarbetet (valet av insats) och för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring [71, 72]

Man måste också tänka på att implementering av lokal uppföljning är ett långsiktigt förändringsarbete som kräver planering och uthållighet. Implementeringsförsök inom till exempel missbruksområdet har visat att det inte räcker med utbildning i instrumentet. Det behövs planering, handledning, stöd och teknik för sammanställning och redovisning. Dessutom behövs utbildning i hur informationen ska analyseras och förstås [73]. Ledning och chefer har visat sig spela en avgörande roll för hur väl man lyckas. Såväl personalens som ledningens och chefernas behov av information, utbildning och stöd bör beaktas när förändringsarbetet påbörjas [60].

Bilaga

Systematiska översikter om behandlingsmetoder för våldsutövare

Här refereras tre systematiska översikter om effekter av behandling av våldsutövare. En systematisk översikt ska värdera och väga samman all relevant forskning om en given fråga. Den ska tydligt redovisa kriterierna för vilka studier som ingår i översikten och hur de har identifierats. Den ska också kvalitetsgranska studierna och svara på frågan vilken vetenskaplig evidens det finns för att frågan ska besvaras på det ena eller andra sättet.

Systematiska översikter har här sökts i fyra databaser: PsycInfo, ASSIA, SSA och The Campbell Library. Sökningarna resulterade i att följande tre översikter identifierades.

Babcock 2004: Marginella effekter av Duluthmodellen och KBT

I en systematisk översikt publicerad 2004 undersökte Babcock och medarbetare om det fanns skillnader i effekt mellan Duluthmodellen och kognitiv beteendeterapi i grupp [21]. De gjorde jämförelsen trots att de tyckte att de båda modellerna hade utvecklats på ett sätt som gjorde det allt svårare att se några skillnader mellan dem.

Tjugotvå effektstudier identifierades genom sökningar i en databas (PsycInfo), och resultaten i studierna vägdes samman i en metaanalys. Nästan alla studierna hade gjorts på 1980- och 1990-talen. Den senaste var från 2003.

Det effektmått som användes var återfall i fysiskt våld efter behandlingens slut (en dikotom variabel med värdena återfall och icke återfall). Uppgifterna om återfall kom antingen från dem som hade utsatts för våldet eller från ett kriminalregister. Studier som bara byggde på uppgifter från de våldsutövande männen själva togs inte med.

Slutsatsen blev att det inte fanns några signifikanta skillnader i återfall i våld mellan män som behandlats enligt Duluthmodellen och män som fått kognitiv beteendeterapi. Effekterna var marginella för båda metoderna, liksom för en tredje grupp med blandade metoder. Effekterna i den tredje gruppen skilde sig inte signifikant från de andra.

Effekter kan sammanfattas på olika sätt. Ett sätt är att ange en effektstorlek i form av Cohens d . Effektstorlekar på 0,20 brukar räknas som svaga, 0,50 som medelstarka och 0,80 som starka. I de fem mest rigorösa studierna var d liten: 0,09 när data kom från partnern och 0,12 när de kom från ett kriminalregister. I de studierna hade männen fördelats slumpmässigt mellan behandlings- och kontrollgrupper (randomiserat kontrollerade studier, RCT). En effekt i den uppmätta storleksordningen innebär enligt författarna att andelen män som återfaller i våld minskar med fem procentenheter, från normalt cirka 65 procent till cirka 60.

Effekten var större i de 17 studier där fördelningen mellan behandlings- och kontrollgrupperna inte var slumpmässig: Cohen's d blev 0,23 med registerdata och 0,34 med partnerdata. Här bestod kontrollgruppen i de flesta fall av män som hade hoppat av behandlingen.

Översiktens författare påpekar att män som hoppar av en behandling antagligen inte är jämförbara med män som fullföljer den. Det är till exempel möjligt att avhoppare har sämre förutsättningar att uppnå positiva resultat än de som fullföljer. Skillnader i resultat mellan dem som fullföljer och dem som hoppar av kan alltså beror på egenskaper hos männen själva i stället för på skillnader i behandling (det kan uttryckas som att det finns ett selektionsproblem i studierna).

I de flesta studierna var behandlingen ett led i en rättslig reaktion på människens våld. Män som har dömts eller på något sätt tvingats gå i behandling kan vara mindre motiverade än män som gör det frivilligt. Författarna såg detta som en möjlig orsak till de små effekterna i studierna.

Kombinationen av behandling och rättsliga sanktioner skapar också ett metodologiskt problem. Effekten av behandlingen blandas med effekten av sanktionen. För att effekten av behandlingen ska synas i studierna måste den lägga sig ovanpå effekten av sanktionen, men det är inte säkert att effekterna summeras på det sättet. Behandlingen kan ha en effekt när den ges utan sanktion, men den effekten kan döljas när behandlingen ges tillsammans med en sanktion som har en liknande effekt.

Författarna påpekar även andra metodologiska problem som kan ha minskat möjligheterna att påvisa effekter. När uppgifterna om våldsanvändning hämtas från dem som utsatts för våldet är det vanligt att många inte vill delta, med andra ord att bortfallet blir stort. Problemet med kriminalregister å andra sidan är antagligen att en stor del av det verkliga våldet inte registreras.

Ett annat problem som påpekas är att det dikotoma effektmåttet återfall i våld är okänsligt. Våldet måste upphöra helt för att förändringar ska räknas. En minskning av våldet i allvarlighetsgrad eller omfattning ger inget utslag.

Feder 2008: Värdet av KBT inom rättsväsendet kan ifrågasättas

Feder och medarbetare publicerade 2008 en systematisk översikt om effekter av behandling beslutad inom rättsväsendet [22]. Den byggde på betydligt mer omfattande sökningar än Babcocks översikt. Behandlingen kategoriserades som psykoedukativ, kognitivt beteendeterapeutisk eller både och.

Tio studier ingick i översikten. Nio av dem var desamma som i Babcocks översikt. Fyra studier var randomiserat kontrollerade studier, medan sex hade icke randomiserade behandlings- och kontrollgrupper. Kraven på de icke randomiserade studierna var högre än hos Babcock: antingen skulle grupperna vara matchade eller skulle ursprungliga skillnader mellan dem ha kontrollerats statistiskt. Samtidigt accepterades studier där kontrollgruppen bestod av män som hade hoppat av behandlingen.

Som effektmått användes uppgifter om våld utövat minst sex månader efter avslutad behandling. Det framgår inte om det krävdes att våldet skulle vara fysiskt, psykiskt, sexuellt eller av annat slag. Uppgifterna härrörde från kriminalregister eller den våldsutsatta partnern. Om en studie bara byggde

på uppgifter från våldsutövaren själv, uteslöts den. Effektmåttet kunde vara både förekomst av våld (dikotom variabel) och frekvens av våld (kontinuerlig variabel).

Författarna drog slutsatsen att det kan ifrågasättas om de studerade behandlingarna har något värde. Det är inte riktigt tydligt om de ansåg att det saknades evidens för att behandlingarna har effekt eller att det fanns evidens för att behandlingarna saknar effekt, vilket naturligtvis inte är samma sak. Å ena sidan skrev de att det inte fanns något ”starkt stöd” för att behandlingarna minskar framtida våld. Å andra sidan ansåg de att resultaten inte gav ”tilltro till att behandlingarna kommer att visa sig ha effekt”.

Effekterna varierade med datakällor och studiernas design. Störst sammanvägd effekt ($d=0,97$) visade tre icke randomiserade studier, som jämförde registerdata för män som fullföljde behandlingen med registerdata för män som avbröt den. Författarna såg resultatet som otillförlitligt, bland annat eftersom effekten kunde bero på andra skillnader mellan grupperna än att den ena fullföljde behandlingen och den andra inte (det vill säga selektion). Den statistiska kontrollen i studierna för ursprungliga skillnaderna mellan grupperna bedömde författarna som otillräcklig.

När registerdata användes i randomiserade studier blev den sammanvägda effekten liten ($d=0,26$). Men författarna tvivlade även på detta resultat, bland annat för att skillnaden mellan grupperna i en av studierna kunde bero på skillnader i grad av övervakning och inte nödvändigtvis på skillnader i behandling.

Fyra studier, varav tre randomiserade, använde partnerdata. I de studierna blev den sammanvägda effekten av behandlingen noll.

Författarna ansåg att alla de tio studierna var behäftade med allvarliga metodproblem. Förutom det tidigare nämnda gällde det effektmåttens tillförlitlighet eller validitet och möjligheterna att generalisera resultaten till andra män (studiernas externa validitet).

Uppgifter i kriminalregister är beroende av anmälningsbenägenhet, och anmälningsbenägenheten kan påverkas av behandlingen. Kvinnor kan låta bli att polisanmäla våld för att inte minska sina mäns möjligheter att fortsätta i behandling. Resultatet kan bli att behandlingen framstår som mer framgångsrik än den är.

Partnerdata lider av att bortfallet brukar bli stort och att bortfallet kan skilja sig mellan behandlings- och kontrollgrupperna. I studierna varierade bortfallet mellan 30 och 80 procent. Författarna bedömde risken som stor, att kvinnor som faller bort ur studier är mer utsatta för våld än de som deltar eller stannar kvar. (Anmärkningen tyder på studierna inte använde den analysmetod som kallas intent-to-treat.)

Författarna ställde sig också tveksamma till studiernas generaliserbarhet. Två studier hade urvalskriterier för männen som de bedömde gynnade behandlingens effekt, men de ifrågasatte också om inte många behandlingar vänder sig till särskilt motiverade män, som svarar bättre på behandling än våldsutövare i allmänhet.

Smedslund 2011: Ingen evidens för effekter av KBT

I en systematisk översikt, som senast reviderades i maj 2011, undersökte Smedslund och medarbetare effekterna av kognitiv beteendeterapi på mäns våld mot sin kvinnliga partner [23]. Översikten omfattade sex randomiserat kontrollerade studier. Det var alla studier som kunde identifieras i omfattande sökningar, som var obegränsade i fråga om språk och land. Två av studierna hade publicerats efter år 2000. Fyra studier ingick också i Babcocks översikt och tre i Feders.

Som kognitiv beteendeterapi räknades alla metoder som författarna till studierna eller översikten bedömde innehålla sådana element. Duluthmodellen räknades dit. Formen kunde vara såväl individuell terapi, parterapi som gruppterapi.

Som effektmått användes både fysiskt och psykiskt våld, och data kunde härröra från såväl kriminalregister som den våldsutsatta och våldsutövaren själv. Effektmåttet kunde vara både en dikotom och en kontinuerlig variabel.

Fyra av de sex studierna gällde män som hade fått behandling som en åtgärd inom rättsväsendet.

Slutsatsen i översikten var att det inte fanns tillräcklig evidens för att säga något om effekterna av kognitiv beteendeterapi på mäns våld mot kvinnor i nära relationer.

Fyra studier hade kontrollgrupper som inte fick någon behandling. Endast en av studierna visade en statistiskt signifikant effekt som var till fördel för kognitiv beteendeterapi. Den sammanvägda effekten i de fyra studierna var att risken för våld efter behandling var 14 procent lägre bland dem som hade fått kognitiv beteendeterapi jämfört med dem som inte hade fått det. Det var dock inte statistiskt säkerställt att effekten av beteendeterapi verkligen var positiv (det 95-procentiga konfidensintervallet omfattade både positiva och negativa värden).

En av studierna var den tidigare nämnda, där psykodynamisk terapi (PPT) jämfördes med kognitiv beteendeterapi [12]. Där var effekten något större för den psykodynamiska behandlingen, men skillnaden var inte statistiskt signifikant. Den sjätte studien slutligen jämförde kognitiv beteendeterapi riktad mot våld och missbruk med tolvstegsprogrammet, som enbart riktas mot missbruk. Olika effektmått gav resultat i olika riktningar.

Författarna till översikten bedömde att det fanns så stora kvalitetsbrister i fem av de sex studierna att resultaten hade låg tillförlitlighet. Resultaten i den återstående studien bedömdes ha osäker tillförlitlighet. Bristerna gällde bland annat randomiseringsförfarandet, stort bortfall och hanteringen av bortfallet i analysen, liksom att tillhörigheten till behandlings- och kontrollgrupperna inte var dold för forskare, intervjuare, terapeuter eller deltagare i studierna.

Referenser

1. Våld. Handbok om socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Socialstyrelsen, 2011. www.socialstyrelsen.se.
2. Price BJ, Rosenbaum A. Batterer intervention programs: a report from the field. *Violence and Victims*, vol. 24, nr 6, 2009.
3. Rivett M, Rees A. Working with perpetrators and victims of domestic violence. I: Green S, Lancaster E, Feasy S (red). Addressing offending behaviour. Context, practice and values. Cullompton: Willan Publishing, 2008.
4. Pence E, Paymar M. Utvecklingsprogram för män som misshandlar. Duluthmodellen. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen, 1994.
5. IDAP. Integrated Domestic Abuse Programme – behandlingsprogram för män som misshandlar. Ansökan om ackreditering. Kriminalvården, opublicerad, 2006.
6. Tobiasson M-A, Eriksson M. IDAP – behandlingsprogram för män som misshandlar. I: Berman A H, Farbring C-Å, (red). Kriminalvård i praktiken. Strategier för att minska återfall i brott och missbruk. Lund: Studentlitteratur, 2010.
7. Våga se – kunna handla. Utväg Skaraborg – samverkan för kvinnofrid. Socialstyrelsen, 2001. www.socialstyrelsen.se
8. Hydén M. Mansgrupp Utväg Skaraborg. En manual. Opublicerat manuskript, januari 2011.
9. Browne KO, Saunders DG, Staecker KM. Process-psychodynamic groups for men who batter: a brief treatment model. *Families in Society*, vol. 78, nr 3, 1997.
10. Goldner, V. The treatment of violence and victimization in intimate relationships. *Family Process*, vol. 37, nr 3, 1998.
11. Sonkin DJ, Dutton D. Treating assaultive men from an attachment perspective. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, vol. 7, nr 1-2, 2003.
12. Saunders DG. Feminist-cognitive-behavioral and process-psychodynamic treatment for men who batter: interaction of abuser traits and treatment models. *Violence and Victims*, vol. 11, nr 4, 1996.
13. Cogan R, Porcerelli JH. Psychoanalytic psychotherapy with people in abusive relationships: treatment outcome. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, vol. 7, nr 1-2, 2003.
14. Luborsky L, Crits-Christoph P. Understanding transference. The core conflictual relationship theme method. Washington: American Psychological Association, 1998.

15. Isdal P, Råkil M. Volden er mannens ansvar – behandling av mannlige voldsutøvere som tiltak mot kvinnemishandling. I: Råkil, M (red). Menns vold mot kvinner. Behandlingserfaringer og kunnskapsstatus. Oslo: Universitetsforlaget, 2002.
16. Isdal P, Råkil M. Omöjliga män eller män med möjligheter? I Metell B, Eriksson M, Isdal P, Lyckner B, Råkil M. Barn som ser pappa slå. Stockholm: Gothia Förlag, 2001.
17. <http://atv-stiftelsen.no>
18. Isdal P. Meningen med våld. Stockholm: Förlagshuset Gothia, 2001.
19. Råkil M. A Norwegian integrative model for treatment of men who batter. The Family Violence & Sexual Assault Bulletin, vol. 18, nr 1, 2002.
20. Isdal P. Handbok. Icke-våldsgрупп för män. Utväg Göteborg, Utväg Södra Älvsborg, 2009.
21. Babcock JC, Green CE, Chet R. A meta-analytic review of domestic violence treatment. Clinical Psychology Review, vol. 23, 2004.
22. Feder L, Wilson DB, Austin S. Court-mandated interventions for individuals convicted of domestic violence. Cambell Systematic Reviews 2008:12. www.campbellcollaboration.org.
23. Smedslund G, Dalsbø TK, Steiro AK, Winswold A, Clench-Aas J. Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. Cambell Systematic Reviews 2011:1. www.campbellcollaboration.org.
24. Behandling av män som utövar våld i nära relationer – en utvärdering. Socialstyrelsen, 2010. www.socialstyrelsen.se.
25. Payne JW, Bettman J R, Luce, MF. Behavioral decision research. An Overview. I: Birnbaum M red. Measurement, judgment and decision making. Handbook of perception and cognition. San Diego, CA: Academic Press; 1998. s. 309-359.
26. Barrick JA, Spilker BC. The relations between knowledge, search strategy, and performance in unaided and aided information search. Organizational behavior and human decision processes 2003; 90:1-18.
27. Wason PC. On a failure to eliminate hypotheses in a conceptual task. Quarterly Journal of Experimental Psychology 1960; 12:129-140.
28. Walker BS, Spengler PM. Clinical judgment of major depression in AIDS patients. The effects of clinician complexity and stereotyping. Professional Psychology: Research and practice 1995; 26:269-273.
29. Nicholls TL, Desmaris SL, Douglas KS, Kropp PR (2007) Violence risk assessments with perpetrators of intimate partner abuse I: Hamel J, Nicholls TL, red. Family interventions in domestic violence. A Handbook of gender-inclusive theory and treatment. New York, Springer Publishing Company; 2007. s. 275- 301.
30. Arbesi PA. Review of the HCR-20. Assessing risk for violence. I: Plake BS, Impara JC, Spies RA, red. The fifteenth mental measurements yearbook. Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurements; 2003.

31. Buchanan A. Review of the book HCR-20. Assessing risk for violence. Version 2. Criminal Behaviour and Mental health 2001; 11:77-89.
32. Cooper C. Review of the HCR-20. Assessing Risk for Violence. I: Plake BS, Impara JC, Spies RA, red. The fifteenth mental measurements yearbook. Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurements; 2003.
33. Mossman D. Commentary. Assessing the risk of violence – Are “accurate” predictions useful? Journal of American Academy of Psychiatry and Law 2000; 28:272-281.
34. Witt PH. A practitioner’s view of risk assessment. The HCR-20 and SVR-20. Behavioral Sciences and Law 2000; 18:791-798.
35. Kropp PR, Hart SD, Webster C, Eaves D. Manual for spousal assault risk assessment guide. 3rd ed. Toronto: Multi-Health Systems; 1999.
36. Strukturerad riskanalys vid våld mot närstående. En lägesbeskrivning av polisens arbete. Brottsförebyggande rådet; 2010.
37. Kropp PR, Hart SD, Belfrage H. The brief spousal assault form for the evaluation of risk (B-SAFER). Vancouver: Proactive resolutions; 2005.
38. Campbell JC, Nursing assessment of risk of homicide for battered women. Advances in Nursing Science 1986; 3:67-85.
39. Belfrage H, Strand S. Structured Spousal violence risk assessment. Combining risk factors and victim vulnerability factors. International Journal of Forensic Mental Health 2008; 7(1):39-46.
40. Socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och deras barn. Utveckling och prövning av standardiserade bedömningsinstrument. Socialstyrelsen 2009. www.socialstyrelsen.se
41. Hilton NZ, Harris GT, Rice ME, Lang C, Cormier CA, Lines KJ. A brief actuarial assessment for the prediction of wife assault recidivism. The Ontario domestic assault risk assessment. Psychological assessment 2004; 16:267-275.
42. Williams KR, Houghton AB. Assessing the risk of domestic violence reoffending. A validation study. Law and Human behavior 2004; 28:437-455.
43. Healey K, Smith C, O’Sullivan C. Batterer Intervention: Program Approaches and Criminal Justice Strategies. Washington: U.S. Department of Justice Office of Justice Programs; 1998.
44. Integrated Domestic Abuse Programme (IDAP) – behandlingsprogram för män som misshandlar. Partnerkontaktmanual. Kriminalvården. Årtal saknas.
45. http://www.kriminalvarden.se/upload/Informationsmaterial/IDAP_1003.pdf
46. Yourstone Cederwall J, Freij I. Utvärdering av partnerkontakt kopplat till IDAP. Stockholm: Kriminalvården; 2010.
47. Madoc-Jones I, Roscoe K. Women’s safety service within the Integrated Domestic Abuse Programme: perceptions of service users. Child and Family Social Work 2010; 15:155-164.

48. Möte med representanter för Kriminalvården 2011-05-18 (Anita Dahlérus, Mari-Anne Tobiasson och Ingrid Freij).
49. Williamson E, Hester M. Evaluation of the South Tyneside Domestic Abuse Perpetrator Programme (STDAPP) 2006-2008. Bristol: University of Bristol; 2009.
50. Burton S, Regan L, Kelly L. Supporting women and challenging men. Lessons from the Domestic Violence Intervention project. Bristol: The Policy Press; 1998.
51. Mejlkonversation med Ragna Cecilie Lundgaard, specialist i psykologi, chef för Alternativ til Volds (ATV) avdelning i Oslo, 2011-06-14.
52. Gustle LH. Implementering och korttidsuppföljning av multisystemisk terapi. En randomiserad multicenterstudie angående Multisystemisk terapi. Akademisk avhandling. Lunds Universitet: Institutionen för Psykologi, 2007.
53. www.duluth-model.org
54. Telefonsamtal med Mari-Anne Tobiasson, Kriminalvården, 2011-06-17.
55. Möte med representanter för Kriminalvården 2011-05-18 (Anita Dahlérus, Mari-Anne Tobiasson och Ingrid Freij).
56. Personlig kontakt med Eva Malmqvist, behandlare ATV i Täby, 2011-06-15
57. Personlig kontakt med Marius Råkil, Stiftelsen Alternativ till Våld (ATV), 2011-08-29.
58. Bilby C, Hatcher R. Early stages in the development of the integrated domestic Abuse Programme (IDAP): implementing the Duluth Domestic Violence pathfinder. Home Office Online Report 29/04, 2004.
59. Bullock K, Sarre S, Tarling R, Wilkinson M. The delivery of domestic abuse programmes. An implementation study of the delivery of domestic abuse programmes in probation areas and her Majesty's Prison Services. Ministry of Justice Research Series 15/10; 2010.
60. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231); 2005.
61. Implementering av nya behandlingsprogram i kriminalvården. Rapport 20. Kriminalvårdens forskningskommitté. Norrköping; 2006.
62. Kaunitz C, Strandberg A. Aggression Replacement Training (ART). I: Sverige – evidensbaserad socialtjänst i praktiken? Socionomens forskningssupplement 2009;6: 36-50.
63. Mihalic S, Irwin K, Fagan A, Ballard D, Elliott D. Successful program implementation: lessons from blueprints. U.S. Department of Justice. Juvenile Justice Bulletin, 2004.

64. Fixsen DL, Sundell K, Blase KA, Van Dyke M. Implementing evidence-based programs for an aging population. National Implementation Research Network and the National Board of Health and Welfare. 2011.
65. Tengvald K. Perspektiv på uppföljning, utvärdering och kvalitets-säkring. I: Berglund M, Andréasson S, Bergmark A, Oscarsson L, Tengvald K, Öijehagen A. Dokumentation inom missbruksvården. 1996.
66. Bloom M, Fischer J, Orme JG. Evaluating practice guidelines for the accountable professional. Boston: Pearson/Allyn and Bacon. 6 ed, 2009, s. 433-437.
67. Strauss MA, Hamby SL, Warren WL. The Conflict Tactics Scale handbook. Western Psychological Services. Los Angeles; 2003.
68. Fridell M. SCL 90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. Statens institutionsstyrelse, 2002.
69. Hansson K. Olsson M. Känsla av sammanhang – ett mänskligt strävande. Nordisk Psykologi. 2001; 53(3): 238-255.
70. Wennberg P, Källmén H, Hermansson U, Bergman H. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT: Manual. Magnus Huss kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, 2006.
71. Tengvald K. Perspektiv på kvalitetssäkring, uppföljning, dokumentation av socialt arbete. Nordisk socialt arbeid 1, 97 1997: 20-30.
72. SOU 1995:86.
73. Nyström S, Engström C. Från nyhet till reguljär användning – om implementering av ett standardiserat bedömningsinstrument i missbruksvården. I Roselius M, Sundell K (red). Att förändra socialt arbete: Forskare och praktiker om implementering. IMS, Socialstyrelsen, 2009.