



# Effekt av stödinsatser samt kognitiv beteendeterapi (KBT) för kvinnor som utsatts för partnervåld

SBU KOMMENTERAR | KOMMENTAR OCH SAMMANFATTNING AV UTLÄNDSKA KUNSKAPSÖVERSIKTER

19 DECEMBER 2016 | WWW.SBU.SE/2016\_09

Såväl svenska som internationella undersökningar har visat att partnervåld är ett allvarligt samhällsproblem [1–4]. Ibland är våldet dödligt. Under perioden 2008–2013 dödades årligen i Sverige i genomsnitt 13 kvinnor och 3 män av en aktuell eller tidigare partner [5]. Mångfald fler utsatts för icke-dödligt våld. Olika former av stödinsatser (t.ex. stödsamtal, information, hjälp med skyddat boende, stöd vid rättegångar, hjälp vid myndighetskontakt) är vanligt förekommande för att hjälpa och stötta kvinnor som utsatts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt partnervåld (Faktaruta 1 och 2). Även behandling med KBT (kognitiv beteendeterapi), eller inslag av KBT, används (Faktaruta 4). Kunskapen är begränsad om insatsernas effektivitet när det gäller att minska eller förebygga partnervåld mot kvinnor och för att främja psykiskt och fysiskt välbefinnande hos kvinnor som utsatts för partnervåld.

Här sammanfattar och kommenterar SBU två systematiska kunskapsöversikter. Översikterna har sammanställt det vetenskapliga underlaget för effekten av stödinsatser (advocacy) och KBT för kvinnor som har utsatts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt partnervåld.

## Kommenterade rapporter

Trado-Muñoz J, Gilchrist G, Farré M, Hegarty K, Torrens M. The efficacy of cognitive behavioral therapy and advocacy interventions for women who have experienced intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Ann Med* 2014;46:567-86. Publicerad: 2014-06-28 • Senaste sökning: 2013-04-30

Rivas C, Ramsay J, Sadowski, L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, Taft A, Feder G. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No.: CD005043. DOI: 10.1002/14651858.CD005043.pub3. Publicerad: 2016-01-04 • Senaste sökning: 2015-04-13

De båda översikterna överlappar när det gäller ingående studier av stödinsatser för kvinnor som utsatts för partnervåld. Sex originalstudier ingår i båda översikterna. I översikten av Rivas och medförfattare ingår studier med 25 olika utfallsmått uppdelade av författarna i primära och sekundära. Följande granskning har begränsats till de primära utfallsmåtten som utgörs av fortsatt utsatthet för partnervåld samt vissa centrala aspekter av psykosocial hälsa (livskvalitet, depression och ångest). Utfallsmått för trakasseri på arbetsplatsen (work harassment) och risk att bli mördad redovisas inte i denna kommentar.

## Sammanfattning

Resultaten från översikterna är inte entydiga och präglas av metodologiska begränsningar. Författarna drog ändå slutsatsen att resultaten gav ett svagt stöd för att stödinsatser<sup>1</sup> under vissa omständigheter kunde minska risken för fortsatt fysiskt och psykiskt, men inte sexuellt, partnervåld. De drog också slutsatsen att intensiva stödinsatser till kvinnor boende på kvinnohus kunde minska antalet fysiska övergrepp upp till två år efter att insatsen avslutats samt att begränsade insatser i vissa fall kunde ge en del små kortfristiga psykosociala hälsovinster med avseende på livskvalitet och minskat antalet övergrepp, särskilt mot gravida kvinnor.

Enligt författarna kunde KBT<sup>2</sup> minska risken för utsatthet för specifikt fysiskt respektive psykiskt våld. De två studier som gav dessa resultat omfattade få individer (18 respektive 29 kvinnor) som dessutom

<sup>1</sup> Innehållet i stödinsatserna varierade med olika grad av fokus på exempelvis egenmakt (empowerment), säkerhetsfrågor i relation, valstrategier, problemlösning, oberoende och kontrollaspekter, råd och stöd vad gäller kommunal service, juridiskt stöd, boende, ekonomi, utbildning om partnervåld samt psykosocialt/empatiskt stöd.

<sup>2</sup> Insatsen KBT fokuserades vanligtvis på riskfaktorer, egenmakt, stresshantering, kunskap om interpersonellt våld och säkerhetsplanering. KBT-metodik som motivational interviewing och problemlösningstekniker tillämpades för att stärka kvinnornas förmåga att hantera sin situation.

utgjorde speciella grupper. Det var oklart vilka effekterna skulle kunna bli i andra grupper.

SBU vill framhålla att resultaten måste tolkas med försiktighet. De insatser som studerats, studiegruppernas sammansättning, insatsernas omfattning, sammanhang, mätmetoder och uppföljningstid är mycket olika. Studierna är små och visar mestadels mycket små effektstorlekar (standardiserad medelvärdeskillnad (SMD) mindre än 0,20, [Faktaruta 5](#)). Flera av studierna har låg kvalitet och kontrollgrupperna var olika.

### SBU:s kommentarer

- ▶ De insatser som ryms inom samlingstermen ”stödinsatser” är mycket varierande med avseende på teoretisk förankring, syfte, innehåll, sammanhang och omfattning och speglar så till vida ganska väl svenska förhållanden. Det är angeläget att få kunskap om effekten av denna typ av insatser både med avseende på fortsatt utsatthet för våld och med avseende på psykosocial hälsa. Den svenska kunskapen på detta område är mycket begränsad. De granskade översikterna visade att sådan kunskap i hög utsträckning också saknas internationellt och att befintlig kunskap präglas av allvarliga metodologiska begränsningar.
- ▶ Översikterna antydde att stödinsatser kunde ge små men positiva effekter med avseende på fysiskt och psykiskt våld. Samtidigt saknades viktiga uppgifter om grundläggande frågor som vilken typ av våld kvinnorna utsatts för (makt- och kontrollbetingat våld, situations- och relationsbetingat våld, alkoholrelaterat våld) och i vilken utsträckning insatsen skulle förbättra relationen eller att insatsen skulle leda till att relationen avslutades och partnerna skildes.
- ▶ Översikterna studerade bland annat om KBT kunde minska förekomsten av fysiskt och psykiskt partnervåld, sexuellt partnervåld och ospecificerat våld<sup>3</sup>. Dock skulle KBT kunnat vara en effektiv insats för andra syften, som till exempel för att bearbeta trauma och att stärka den utsatta kvinnans psykosociala hälsa. Detta har inte studerats i de granskade översikterna.

<sup>3</sup> Med ospecificerat våld menas våld som inte har specificerats i fysiskt eller psykiskt våld eller då olika typer av våld har slagits samman.

- ▶ Resultaten från de två översikterna baserades på studier från USA, Kina, Peru och Australien. Kulturskillnader kan eventuellt ha påverkat resultaten varför det är angeläget med svenska studier.
- ▶ För att höja kvaliteten på insatser till våldsutsatta kvinnor i Sverige behövs metodologiskt stringenta och tillräckligt stora effektstudier av stödinsatser. Studierna bör vara teoretiskt förankrade när det gäller olika orsaker och typ av våld. Insatserna bör preciseras (syfte, sammanhang, utförare, omfattning) och hänsyn bör tas även till tidigare fysisk, psykisk och social hälsa. Valet av utfallsmått bör avspegla insatsernas syfte. Förutom studier med kvantitativ metodik är det angeläget med systematiska kunskapsammansättningar och studier inom ramen för kvalitativ forskningstradition. Det finns också en stor brist på studier av partnervåld i samkönade relationer, på ömsesidigt våld eller på studier där deltagarna har olika etnisk bakgrund.

### Sammanfattning av originalrapporterna

#### Trado-Muñoz och medförfattare

##### Rapportens utgångspunkter

Rapporten belyser effekten av två olika insatser, stödinsatser respektive kognitiv beteendeterapi (KBT), riktade till kvinnor som utsatts för partnervåld. Resultaten grundas på sex primärstudier som belyst effekten av stödinsatser och sex primärstudier som belyst effekten av KBT. Innehållet i stödinsatserna varierade och kunde innefatta fokus på egenmakt (empowerment), säkerhetsfrågor i parrelation, valstrategier, problemlösning, oberoende aspekter och kontrollaspekter, råd och stöd vad gäller kommunal service med mera. Insatserna kunde omfatta från ett tillfälle om 20 minuter till 12 månaders kontinuerligt stöd av mentorer. KBT-metodik tillämpades inte här.

Insatsen KBT fokuserades vanligtvis på ett eller flera av områdena riskfaktorer, egenmakt, stresshantering, kunskap om interpersonellt våld och säkerhetsplanering. Insatsen varierade till sin omfattning mellan fem 60-minuterspass och tio 90-minuterspass. KBT-metodik såsom motivational interviewing, och problemlösningstekniker tillämpades för att stärka kvinnornas förmåga att hantera sin situation.

Effekten av stödinsatser respektive KBT, jämfördes med den sedvanliga insatsen som gavs vid den aktuella

verksamheten. Den kunde vara medicinsk behandling i de studier som genomfördes inom hälso- och sjukvården och allmän kommunal service i de studier som genomfördes vid kommunala inrättningar. I vissa fall fick kontrollgrupperna broschyrer med information om partnervåld och/eller kommunala resurser.

Centrala utfallsmått var fortsatt utsatthet för fysiskt, psykiskt, sexuellt respektive någon form av våld av en partner (för översikt av studier, antal deltagare och mätinstrument se Bilaga 1, Tabell 1).

Av tolv studier publicerade åren 1992 till 2013 var åtta genomförda i USA, två i Australien och två i Kina. Inga studier var dubbelblindade (Faktaruta 5) men i åtta studier var de som utvärderade resultaten blindade för vilken stödinsats som hade getts. Resultaten av stödinsatser baserades på en till fem studier beroende på utfallsmått. Resultaten av KBT baserades på två till fem studier beroende på utfallsmått.

Sammanlagt ingick 2 666 kvinnor i 20 till 64 års ålder. Fem studier gällde gravida kvinnor, en studie missbrukande kvinnor och en studie afroamerikanska kvinnor. Tio av studierna handlade om insatser som förmedlades individuellt och två studier om insatser som förmedlades i grupp. Insatserna gavs inom hälso- och sjukvården (8 studier), på kvinnohus (3 studier) respektive på kommunal inrättning för våldsutsatta kvinnor (1 studie). Insatserna förmedlades vanligtvis av utbildade stödpersoner och i andra hand av psykologer eller socialarbetare.

Åtta av studierna använde någon version av Conflict Tactic Scale (CTS) för att mäta utsatthet för våld. Uppföljningstiden varierade från direkt efter avslutad insats till 24 månader efter avslutad insats.

### Rapportens resultat

- Både stödinsatser och KBT minskade förekomsten av fysiskt och psykiskt partnervåld jämfört med sedvanlig insats. Stödinsatser gav en minskning av fysiskt våld med en standardiserad medelvärdeskillnad (SMD)  $-0,13$  (95 % Konfidensintervall (KI),  $-0,25$  till  $-0,00$ ) och en minskning av psykiskt våld med SMD  $-0,19$  (95 % KI,  $-0,32$  till  $-0,05$ ). KBT gav en minskning av fysiskt våld med SMD  $-0,79$  (95 % KI,  $-1,26$  till  $-0,33$ ) och psykiskt våld med SMD  $-0,80$  (95 % KI,  $-1,25$  till  $-0,36$ ) (Faktaruta 5).
- Varken stödinsatser eller KBT minskade förekomsten av sexuellt partnervåld jämfört med sedvanlig insats. Stödinsatser: SMD  $-0,20$  (95 % KI,  $-0,43$

till  $0,02$ ), KBT: SMD  $-0,35$  (95 % KI,  $-1,73$  till  $1,03$ ).

- Varken stödinsatser eller KBT minskade förekomsten av ospecificerat våld<sup>3</sup>. Stödinsatser: SMD  $-0,32$  (95 % KI,  $-0,69$  till  $0,04$ ), KBT: SMD  $0,09$  (95 % KI,  $-0,05$  till  $0,23$ ).

### Rapportens slutsatser

- De redovisade resultaten indikerade enligt författarna att både stödinsatser och KBT kunde vara effektivare än sedvanlig insats för att minska utsatthet för fysiskt och psykiskt våld.
- Varken stödinsatser eller KBT var effektivare än sedvanlig insats mot sexuellt våld.
- Då endast ett fåtal studier ingick i metaanalyserna ska resultaten enligt författarna tolkas med försiktighet. Vidare påpekades att små effektstorlekar och heterogenitet i insatserna gjorde att man inte kunde dra några säkrare slutsatser.
- Författarna påpekade att studiernas utfall kan ha påverkats av olika uppföljningstider och att de som förmedlat insatserna haft mycket olika träning och kvalifikation.
- Författarna påpekade att kvaliteten var begränsad i flera av de ingående studierna och att det inte framgick klart vilken insats kontrollgruppen fått.

### Rapportens bedömning av behov av framtida forskning

- Författarna föreslog att framtida översikter kan inkludera studier med kvasiexperimentell studie-design för att uppnå ett bredare studieunderlag. Kvasiexperimentell studiedesign innebär att deltagarna inte har fördelats till olika grupper genom randomisering.
- Fler studier behövs för att säkerställa om KBT kan minska partnervåld. Fler studier behövs även för att visa om KBT och stödinsatser kan minska sexuellt partnervåld.
- Direkt jämförande studier av KBT och stödinsatser önskades för att kunna ge kunskap om någon av insatserna var mer effektiv.
- Ingen studie har rapporterat några biverkningar och ingen studie har beräknat kostnadseffektivitet. Det behövs i framtida studier.

## Rivas och medförfattare

### Rapportens utgångspunkter

Rapporten belyser effekter av stödinsatser riktade till kvinnor som utsatts för fysiskt, sexuellt och/eller emotionellt våld av en aktuell eller tidigare partner. De utfall som studerats är fortsatt utsatthet för partnervåld (fysiskt, sexuellt, emotionellt, finansiellt och övrigt våld) samt fysisk, psykisk och social ohälsa (för översikt av studier, antal deltagare och mätinstrument se Bilaga 1, Tabell 2).

Resultaten baseras på 13 studier (11 randomiserade kontrollerade studier (RCT) och 2 kvasirandomiserade) som publicerats under åren 1991 till 2011. De resultat som presenteras för olika utfall baseras på uppgifter från en till fem studier, i vissa fall som resultat från genomförda metaanalyser. Olika skalor användes för att mäta våld (11 studier, 8 skalor), livskvalitet (6 studier, 3 skalor) och ångest/psykisk ohälsa (3 studier, 3 skalor). Uppföljningstiden varierade mellan direkt efter insats (4 studier) och 3 år efter insats (1 studie).

Sammanlagt ingick 2 141 kvinnor i 15 till 65 års ålder. I de tre studierna var nio genomförda i USA, två i Hongkong, en i Australien och en i Peru. Åtta av studierna hade rekryterat våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården medan fem studier hade rekryterat kvinnor på olika kommunala centra för våldsutsatta kvinnor. Vilken typ av våld, allvarsgrad, omfattning och hur länge våldet pågått varierade mellan, och inom, de olika studierna. Likaså i vilken utsträckning kvinnorna fortfarande levde med förövaren eller hade lämnat förövaren. Insatserna förmedlades av socialarbetare, psykologer, sjuksköterskor eller utbildade stödpersoner och genomfördes vanligtvis individuellt (i vissa fall i grupp).

Insatserna varierade i olika studier och fokuserades vanligtvis på en eller flera av insatserna: juridiskt stöd, boende, ekonomi, tillgång till samhällsresurser, säkerhet och trygghet, utbildning om partnervåld, egenmakt och psykosocialt/empatiskt stöd. I tre studier ingick även andra insatser såsom KBT, föräldrastöd och insatser till barnen. Insatserna kunde omfatta från 20 minuters rådgivning till 80 timmars insats och kunde förmedlas vid ett enstaka tillfälle eller pågå upp till 12 månader.

Insatsernas effekt har jämförts med effekten av ingen eller sedvanlig insats<sup>4</sup> och beskrevs i termer av effektstorlek SMD, oddskvot (OR) eller medelvärdeskillnader (MD) (Faktaruta 5).

Kvaliteten bedömdes vara låg i fem studier, medelhög i fem studier och hög i tre studier.

### Rapportens resultat

#### Fysiskt våld

- Resultat från en metaanalys baserad på tre studier som fokuserade på begränsade stödinsatser visade inga skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp med avseende på utsatthet för fysiskt våld efter 12 månader (SMD 0,00; 95 % KI, -0,17 till 0,16, n=558). I en av studierna genomfördes även uppföljning efter 24 månader. Inte heller i den uppföljningen påvisades några skillnader (SMD -0,02; 95 % KI, -0,24 till 0,19, n=319). I en studie med gravida kvinnor, där insatsen även kunde innefatta KBT och rökavvänjning, konstaterades en minskning av utsatthet för fysiskt våld efter 12 månader bland kvinnorna i interventionsgruppen jämfört med bland kvinnorna i kontrollgruppen (OR 0,42; 95 % KI, 0,23 till 0,75, n=306, number needed to treat (NNT)=8).
- Resultat från en metaanalys baserad på två studier som fokuserade på intensiva stödinsatser (mer än 12 timmar) bland kvinnor som rekryterats på inrättningar för våldsutsatta kvinnor visade inga skillnader mellan interventions- och kontrollgrupperna vid uppföljning efter 12 månader (OR 0,61; 95 % KI, 0,33 till 1,14, n=182). I den ena studien kunde signifikant effekt konstateras vid uppföljning efter 24 månader (MD -0,25; 95 % KI, -0,50 till 0,00, n=265) men inte vid uppföljning efter 36 månader (MD -0,18; 95 % KI, -0,20 till 0,56, n=124).

#### Psykiskt våld

- Resultat från en metaanalys av tre studier som analyserade utsatthet för emotionellt våld bland

<sup>4</sup> Kontrollgrupperna fick den sedvanliga insats som gavs vid den aktuella verksamheten, exempelvis medicinsk behandling i de studier som genomfördes inom hälso- och sjukvården och allmän kommunal service i de studier som genomfördes vid kommunala inrättningar. I vissa fall fick kontrollgrupperna broschyrer med information om partnervåld och/eller kommunala resurser. Om mer insats än så förmedlades till kontrollgruppen fick det endast gälla för mindre än 20 procent av kontrollgruppen.

kvinnor som erhållit begränsade stödinsatser visade ingen signifikant minskning av utsatthet i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen vid uppföljning efter 12 månader. I en studie visades avsaknad av signifikant effekt även vid 24 månaders uppföljning medan en annan studie, bland gravida kvinnor, visade att kvinnorna i interventionsgruppen redovisade signifikant mindre utsatthet för emotionellt våld vid en uppföljning 16 till 34 veckor efter förlossning (MD -4,2; 95 % KI, -6,42 till -2,06, n=110).

#### Sexuellt våld

- En metaanalys baserad på två studier visade ingen signifikant effekt av stödinsatser med avseende på utsatthet för sexuellt våld (SMD -0,12; 95 % KI, -0,37 till 0,14, n=239), medelvärdeskillnad (MD -0,07; 95 % KI, -0,30 till 0,16). I resultaten från två studier som inte ingick i metaanalysen visades inte några signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp.

#### Ospecificerat våld

Utsatthet för någon form av fysiskt eller psykiskt våld analyserades i tre studier. I en studie där stödinsatserna varit begränsade visade resultaten vid uppföljning efter 12 månader ingen skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp med avseende på fortsatt utsatthet för fysiskt och psykiskt våld (MD -7,74; 95 % KI, 20,33 till 4,85, n=53). I två studier analyserades effekten av intensiv insats efter 12 månader. Resultat från metaanalys av dessa två studier visade inte någon signifikant effekt (SMD -0,23; 95 % KI, -0,53 till 0,08, n=181).

#### Livskvalitet

- Effekten av begränsade stödinsatser med avseende på livskvalitet redovisades i tre studier. Ingen av dessa studier visade några signifikanta skillnader i livskvalitet vid jämförelse mellan interventions- och kontrollgrupper vid uppföljning upp till åtta månader.
- I tre studier analyserades effekten av intensiva stödinsatser. I en metaanalys som innefattade två av studierna redovisades vid 12 månaders uppföljning en signifikant ökad livskvalitet bland de kvinnor som varit föremål för intensiva stödinsatser jämfört med kontrollgrupperna (MD 0,23; 95 % KI, 0,0 till 0,46, n=343). I en studie redovisades att effekten inte kvarstod vid uppföljning efter 24 respektive 36 månader. I den andra studien återfanns en signifikant effekt (MD 4,9; 95 % KI, 0,98 till 8,8, n=103) med avseende på fysisk livskvalitet

direkt efter insatsens slut men inte med avseende på mental livskvalitet.

#### Depression

- Depression studerades som utfallsmått i tre studier som fokuserade på begränsade stödinsatser där uppföljningstiden var mindre än 12 månader. Resultat från en metaanalys av två av dessa undersökningar visade inte någon signifikant effekt mätt som utfall på en depressionsskala (Bilaga 1, Tabell 2) medan en annan metaanalys, där en av de två studierna bytts ut och beräkningarna grundades på responsfrekvens, visade signifikant effekt till förmån för interventionsgruppen (OR 0,31; 95 % KI, 0,15 till 0,65, n=149; NNT=4). En studie med låg kvalitet visade på något minskad risk för att drabbas av depression hos gravida direkt efter insats (OR 0,51; 95 % KI, 0,20 till 1,29, n=103; NNT=8).
- Det fanns inget stöd för att intensiva stödinsatser kunde minska risken för depression mer än sedvanlig insats enligt resultat från en metaanalys av tre studier där uppföljningen skett efter 12 månader (SMD -0,14; 95 % KI, -0,33 till 0,05, n=446). I en studie genomfördes även uppföljning efter 24 månader. Inte heller i den uppföljningen kunde någon signifikant skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp konstateras (SMD -0,12; 95 % KI, -0,36 till 0,12; 1 studie, n=265).

#### Ångest/psykisk ohälsa

I en studie visade analyser av effekten av begränsade stödinsatser vid en akutmottagning att interventionsgruppen hade signifikant mindre av psykisk ohälsa jämfört med kontrollgrupp (MD -0,56; 95 % KI, -1,09 till -0,03, n=57) vid uppföljning efter 3-4 månader. I två studier som analyserade effekten av intensiva stödinsatser framkom inte några signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupperna, varken vid 12, 24 eller 36 månaders uppföljning.

#### Rapportens slutsatser

- Resultaten tyder enligt författarna på att vetenskapligt stöd saknas för att till fullo kunna fastställa eventuella förtjänster med stödinsatser till våldsutsatta kvinnor.
- De redovisade resultaten tyder dock på vissa förtjänster med stödinsatser. Intensiva insatser kan på kort sikt bidra till ökad livskvalitet och minska risken för utsatthet för fysiskt våld ett till två år efter insatser bland kvinnor som rekryterats från lokala centrum för våldsutsatta kvinnor. Begränsade in-

satser kan bidra till ökad mental hälsa och minskad utsatthet för våld, särskilt bland gravida kvinnor och med avseende på mindre allvarligt våld.

- Metodologiska begränsningar i befintlig forskning vad gäller bland annat urval, typ av utsatthet, studiedesign, insatser, sammanhang, uppföljning, metod och risk för partiskhet i forskningsprocessen medför att de resultat som presenteras är osäkra.
- Det svaga vetenskapliga stödet för stödinsatser betyder inte att sådan verksamhet bör upphöra. Det svaga vetenskapliga stödet i aktuell forskning betyder att vi inte kan bedöma om det finns en effekt av stödinsatser eller hur stor denna i så fall är. Det är heller inte visat att sådana insatser är ineffektiva.

### Rapportens bedömning av behov av framtida forskning

- Fler studier behövs som undersöker stödinsatser i olika sammanhang, speciellt inom hälso- och sjukvården.
- Det behövs enhetliga och validerade utfallsmått.
- Det behövs uppföljningstider som löper under flera år.
- Forskning måste studera och pröva teoretiskt förankrade och intressanta insatser för att avgöra effekten av dessa, för vem de fungerar, när och i vilka sammanhang. Framför allt bör insatserna ta hänsyn till att våldsutsatta kvinnor genomgår olika stadier för hur de hanterar sin situation.
- Fler studier behövs som undersöker hur stödinsatser kan anpassas till kulturella variationer, etniska grupper, landsbygd och resurssvaga samhällen.
- Ekonomiska analyser behövs för att fastställa om stödinsatser är kostnadseffektiva i sjukvården och i andra samhällsliga sammanhang.

### SBU:s granskning av originalrapporterna

Vid SBU:s genomgång av originalrapporterna användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas AMSTAR. Granskningen att visade att litteratursökningen, studieurval och dataextraktion uppfyller definierade kvalitetskrav för systematiska litteraturoversikter. Vid förfrågan kompletterade Trado-Muñoz och medförfattare sin översikt med en mer detaljerad beskrivning av litteratursökningen. Det har inte gjorts någon formell värdering av den vetenskapliga osäkerheten enligt GRADE i översikten av Trado-Muñoz och medförfattare.

#### Faktaruta 1 Stödinsatser (Advocacy).

Stödinsatser är ett av flera begrepp som används för att beteckna insatser, i detta fall till våldsutsatta kvinnor, som inte tydligt faller inom ramen för medicinsk behandling eller renodlad psykoterapi. Insatserna kan vara av många olika slag (exempelvis psykosociala stödsamtal, information, hjälp med skyddat boende, stöd vid rättegångar, hjälp vid myndighetskontakt m.m.). Insatserna förmedlas vanligtvis av socialtjänsten, kvinnojourer eller brottsofferjourer och hälso- och sjukvården.

#### Faktaruta 2 Partnervåld.

Med partner menas vanligtvis en person som man är, eller har varit, gift/sambo/särbo med. Begreppet våld kan definieras på många olika sätt men inkluderar vanligtvis fysiskt våld (från mord till knuffar), psykiskt våld (från systematiskt förtryck eller kontrollbeteenden till mobbning, enstaka nedsättande skrott eller exkludering) och sexuellt våld (från våldtäkt till oönskade sexuella blickar eller kommentarer etc.). I vissa fall (t.ex. i WHO:s definition) inkluderas även ekonomiskt våld, våld mot den egna personen och försummelse av vårdnadsansvar (gäller vanligtvis mot barn och äldre). Partnervåld förväxlas ibland med närliggande begrepp som våld i nära relation, familjevåld, mäns våld mot kvinnor m.m. Definitionerna av dessa begrepp skiftar.

#### Faktaruta 3 Conflict Tactic Scale (CTS).

Conflict Tactic Scale är ett instrument (frågeformulär) som mäter förekomsten av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld i familjen. Skalan som finns i några olika versioner är väl psykometriskt förankrad och brukar betecknas som den mest använda skalan i världen för att mäta familjevåld. Skalan har kritiserats för att enbart mäta våld som taktik vid konflikter och inte sådant systematiskt våld som kan härledas till makt- och kontrollbehov i enlighet med den generella könsmaktsordningen som förståelsemodell för mäns våld mot kvinnor.

#### **Faktaruta 4** Kognitiv beteendeterapi.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är enligt Socialstyrelsen ett samlingsnamn för psykoterapier där man tränar på att använda sig av nya beteenden och tankemönster för att minska psykologiska problem. KBT är en form av psykoterapi som grundar sig på forskning och teoribildning inom inlärningspsykologi, kognitionspsykologi och socialpsykologi. Begreppet kognitiv beteendeterapi anger att tonvikten ligger på samspelet mellan individen och omgivningen, här och nu. Det sätt som begreppet "beteende" används inom KBT skiljer sig från vardagsspråkets användning av ordet. Med beteende menas olika kroppsliga reaktioner, egna tolkningar och uppfattningar om händelser och specifika handlingar som gör att både individen själv och dennes omgivning påverkas. Beteende i denna bemärkelse är föremål för förändring inom KBT. De psykoteraeutiska metoder och tekniker som tagits fram utifrån detta synsätt inom respektive område har visat sig effektiva och ibland mycket effektiva när det gäller behandling av psykiska problem (Beteendeterapeutiska föreningen).

#### **Lästips**

- Anttila, S. (Red). 2006. Utfall och effekter av sociala metoder för kvinnor som utsatts för våld i nära relationer: en systematisk översikt. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Tengström, A. (2009). Utvärdering av Socialtjänstens och Ideella kvinnojourers Insatser för Våldsutsatta kvinnor. Rapport från Socialstyrelsen i samarbete med Karolinska institutet och Forskningscentrum för psykosocial hälsa.
- Lundström, T. (2011). Men hur trovärdig är studien egentligen? Socionomen nr 6.

#### **Referenser**

1. Andersson T, Heimer G, Lucas S. Violence and health in Sweden. A national prevalence study on exposure to violence among women and men and its association to health: National Centre for Knowledge on Men's Violence Against Women (NCK), Uppsala University; 2014.
2. BRÅ. Brott i nära relationer. En nationell kartläggning; 2014.
3. FRA. Violence against women: an EU-wide survey. Main results. European Union Agency for Fundamental Rights. Publication Office of the European Union, Luxembourg. 2014.
4. WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence.; 2013.
5. BRÅ. Det dödliga våldet i Sverige 1990–2014. En beskrivning av utvecklingen med särskilt fokus på skjutvapenvåldet; 2015.

**Faktaruta 5** Blindad studie; Medelvärdesskillnad (MD); Standardiserad Medelvärdesskillnad (SMD); Oddskvot (OR); Number needed to treat (NNT).

**Blindad studie:** I studier är det bäst om deltagare, forskare samt bedömare av studieresultatet inte vet vilken behandling som de olika deltagarna fått. Detta för att personernas förväntningar på behandlingen kan ge felaktiga resultat om de vet vilken behandling de får. Detta är särskilt viktigt när försökspersonen kan påverka resultatet, exempelvis ska ange hur hon mår, medan problemet är mindre vid så kallade hårda utfall, till exempel död.

**Medelvärdesskillnad (MD):** Den genomsnittliga skillnaden mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen i studierna.

**Standardiserad medelvärdesskillnad/Standardised mean difference/standardiserad mellanskillnad (SMD):** Ett generellt standardiserat mått för att visa skillnader i effekt när man använt olika skalor och mått i olika studier. Medelvärdesskillnaden divideras med en vägd spridning (standarddeviation) avseende interventions- respektive kontrollgrupp. Vanligtvis uppfattas 0,2–0,5 som en liten skillnad, 0,5–0,8 som en måttlig skillnad och >0,8 som en stor skillnad.

**Oddskvot (OR):** Kvoten mellan två odds. Oddskvoten ger en uppfattning om hur starkt sambandet är mellan insatsen och utfallet.

**Number needed to treat (NNT):** Anger det antal personer som måste behandlas för att en av dem ska ha nytta av behandlingen. NNT är omvänt proportionell till den absoluta riskreduktionen (ARR).  $NNT=1/ARR$ .

#### **Projektgrupp**

##### **Sakkunnig**

Tommy Andersson, universitetslektor vid Institutionen för socialt arbete, Samhällsvetarhuset, Umeå universitet

##### **SBU**

Göran Bertilsson, projektledare  
Jenny Stenman, projektadministratör

##### **Granskare**

Ingela Kolfjord

## Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

### SBU utvärderar sjukvårdens och socialtjänstens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med praxis inom svensk vård och socialtjänst. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården och omsorgen ska utformas.

SBU Kommenterar och sammanfattar utländska kunskapsöversikter inom medicin och socialtjänst. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit.

### Innehållsdeklaration

- Relevansgranskning
- ✓ Kvalitetsgranskning
- Sammanvägning av resultat
- Evidensgradering gjord av SBU
- Evidensgradering gjord externt
- ✓ Baseras på en systematisk litteraturöversikt
- Konsensusprocess

### SBU Kommenterar nr 2016\_09

SBU:s rapporter finns i pdf på [www.sbu.se](http://www.sbu.se). Kontakta 08-779 96 85 eller [sbu@strd.se](mailto:sbu@strd.se) för beställning.

Ansvarig utgivare: Susanna Axelsson, GD SBU  
Programsamordnare: Mikael Nilsson, SBU  
Grafisk produktion: Åsa Isaksson, SBU

SBU – Statens beredning för  
medicinsk och social utvärdering  
Telefon: 08-412 32 00  
E-post: [registrator@sbu.se](mailto:registrator@sbu.se)  
Webbplats: [www.sbu.se](http://www.sbu.se)

- ✓ Tas fram i samarbete med sakkunniga
- Patienter/brukare medverkar
- Etiska aspekter
- Ekonomiska aspekter
- ✓ Godkänd av SBU:s prioriterings- och kvalitetsgrupp
- Godkänd av SBU:s nämnd



# Bilaga 1

**Tabell 1** Trado-Muñoz och medförfattare. Översikt av studier, antal deltagare och mätinstrument.

Typ av utvärderat våld Insats och antal individer och studier i metaanalysen	Skalor
Fysiskt våld Råd och Stöd: 5 RCT 518 individer fick Råd och Stöd-insats och 513 ingick i kontrollgruppen KBT: 2 RCT 45 deltagare fick KBT och 47 deltagare ingick i kontrollgruppen	De enskilda studiernas resultat av fysiskt partnervåld bygger på studiedeltagarnas självrapporterade data från olika former av CTS, genom direkta frågor om våld, ISA, SVAWS och Composite Abuse Scale
Psykiskt våld Råd och Stöd: 4 RCT 447 individer fick Råd och Stöd-insats och 443 ingick i kontrollgruppen KBT: 2 RCT 45 deltagare fick KBT och 47 deltagare ingick i kontrollgruppen	De enskilda studiernas resultat av psykiskt partnervåld bygger på CTS, IPA, SVAWS, ISA och Composite Abuse Scale
Sexuellt våld Råd och Stöd: 2 RCT 151 individer fick Råd och Stöd-insats och 155 ingick i kontrollgruppen KBT: 1 RCT 16 deltagare fick KBT och 18 deltagare ingick i kontrollgruppen	De enskilda studiernas resultat av sexuellt partnervåld bygger på CTS, Composite Abuse Scale och Sexual Experience Survey
Någon form eller sammanfattat våld Råd och Stöd: 1 RCT 90 individer fick Råd och Stöd-insats och 43 individer ingick i kontrollgruppen KBT: 5 RCT 721 individer fick KBT och 723 individer ingick i kontrollgruppen	När det inte gick att särskilja på det utvärderade våldet, såsom vid utvärdering av både psykiskt och sexuellt våld eller när bara medelvärden och standardavvikelse presenterats som utfall i de ingående studierna, inkluderades detta i metaanalysen för "någon form eller sammanfattat våld"

**CTS** = Conflict Tactic Scale, mätinstrument för att mäta fysiskt partnervåld; **IPA** = Index of Psychological Abuse, mätinstrument för att mäta fysiskt partnervåld; **ISA** = Index of Spouse Abuse, mätinstrument för att mäta fysiskt partnervåld; **KBT** = Kognitiv beteendeterapi; **RCT** = Randomiserad kontrollerad studie; **SVAWS** = Severity of Violence Against Women Scale, mätinstrument för att mäta fysiskt partnervåld

**Tabell 2** Rivas och medförfattare: Översikt av studier, antal deltagare och mätinstrument.

Typ av utvärderat våld Insats och antal individer och studier i metaanalysen	Skalor
Fysiskt våld 6 RCT 2 kvasirandomiserade studier n=från 558 till 125 (beroende på utfall)	De enskilda studiernas resultat av fysiskt våld i nära relationer bygger på studiedeltagarnas självrapporterade data från olika former av CTS, ISA, Severity of SVAWS och PAS
Psykiskt våld 4 RCT 2 kvasirandomiserade studier n=från 558 till 110 (beroende på utfall)	De enskilda studiernas resultat av psykiskt våld i nära relationer bygger på CTS, IPA, SVAWS, PAS och ISA
Sexuellt våld 4 RCT n=från 306 till 110 (beroende på utfall)	De enskilda studiernas resultat av sexuellt våld i nära relationer bygger på frågor om sexuellt våld inträffat, olika former av CTS och PAS
Ekonomiskt våld	Inga studier identifierades
Risk för självmord 2 RCT 1 kvasirandomiserad studie n=från 319 till 358 (beroende på utfall)	Antal självmordsförsök
Övergripande våld 3 RCT n=från 53 till 181 (beroende på utfall)	Kombination av utfall för fysiskt och psykiskt våld
Risk för trakasserier på jobbet 1 kvasirandomiserad studie n=319	EHS

Tabellen fortsätter på nästa sida

**Tabell 2** fortsättning

Typ av utvärderat våld Insats och antal individer och studier i metaanalysen	Skalor
Livskvalitet 6 RCT n=från 110 till 558 (beroende på utfall)	De enskilda studiernas resultat av livskvalitet bygger på frågor från Short Form Health Survey med 36 och 12 frågor (SF-36, SF-12) och en anpassad version av en skala från Andrews and Withey
Depression 6 RCT n=från 103 till 446 (beroende på utfall)	De enskilda studiernas resultat av depression bygger på frågor från Edinburgh Postnatal Depression skalan, Beck Depression Inventory II och Centre for Epidemiological Studies Depression Scale
Ångest och psykisk ohälsa 3 RCT n=från 53 till 265 (beroende på utfall)	De enskilda studiernas resultat av ångest och psykisk ohälsa bygger på frågor från Symptoms Checklist 90-Revised (för Global Severity Index score), Brief Symptom Inventory och Rape Aftermath Symptom Test

**CTS** = Conflict Tactic Scale, mätinstrument för att mäta fysiskt partnervåld; **EHS** = Employment Harassment Scale, mätinstrument för att mäta risk för trakasserier på jobbet; **IPA** = Index of Psychological Abuse, mätinstrument för att mäta fysiskt partnervåld; **ISA** = Index of Spouse Abuse, mätinstrument för att mäta fysiskt partnervåld; **RCT** = Randomiserad kontrollerad studie; **SF** = Short Form Health Survey, mätinstrument för att mäta livskvalitet (12 eller 36 frågor); **SVAWS** = Severity of Violence Against Women Scale, mätinstrument för att mäta fysiskt partnervåld