



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

Som att för första gången stå framför en riktig spegel

Mäns upplevelser av en behandling mot aggressions- och
våldsproblematik i nära relationer

Författare
Erica Öström

Handledare
Pranee Lundberg

Examensarbete i Folkhälsovetenskap 30 hp
2019

Examinator
Ragnar Westerling

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Våld i nära relationer är ett folkhälsoproblem som orsakar lidande för offer, utövare och eventuella barn. Insatser har utformats för att förebygga och behandla problemet men ofta är utvärderingen av dem bristfällig. Mottagningen mot våld i nära relationer i Uppsala (MVU) erbjuder våldsutövare behandling för att sluta bruka våld i nära relationer.

Syfte: Att göra en generell utvärdering av MVU:s behandling mot aggressions- och våldsproblematik i nära relationer genom att studera deltagande mäns upplevelser av behandlingen.

Metod: En kvalitativ intervjustudie användes. Genom ett retrospektivt konsekutivt urval rekryterades 11 män till individuella semistrukturerade intervjuer. Data analyserades med tematisk analys. Den ekologiska modellen tillämpades som teoretiskt perspektiv.

Resultat: Studien visade att informanterna upplevde behandlingens upplägg som bra och innehållet lärorikt om än något krävande. Terapeuterna upplevdes vara kompetenta och arbeta på ett sätt lämpligt för behandlingens syfte. De som hade gått i gruppbehandling fann hjälp och stöd i gruppen och flera sakade gruppen efter avslutad behandling. Efter behandlingen hade informanterna kommit till insikt om att de hade ett våldsproblem som de själva var ansvariga över. De hade lärt sig att hantera sitt humör på ett bättre sätt och blivit bättre på att kommunicera. De upplevde även hälsoförbättringar.

Slutsats: Män har en övervägande positiv upplevelse av MVU:s behandling. Behandlingen upplevdes i en del avseenden som psykiskt krävande men efter behandlingen mådde männen överlag bättre än före behandlingen.

Nyckelord: *våld i nära relationer, våld i hemmet, partnermisshandel, terapi*

ABSTRACT

Background: Intimate partner violence is a public health issue that causes suffering for victims, abusers and children. Interventions have been made to prevent and treat the problem but the evaluation of them are often insufficient. The clinic for intimate partner violence in Uppsala (MVU) offers abusers treatment to stop using domestic violence.

Aim: To produce a general evaluation of MVU's treatment for aggression- and violence problematics in intimate relationships by studying participating men's experiences of the treatment.

Method: A qualitative interview study was used. By using a retrospective consecutive sample 11 men were recruited to individual semi structured interviews. Data was analyzed by thematic analysis. The ecological model was used as a theoretic perspective.

Result: The study showed that the informants had positive experiences of the arrangement of the treatment and the content was educative even though somewhat demanding. The therapists were considered to be competent and had a way of working that was suitable for the purpose of the treatment. Those who had been in group therapy found help and support from the group and several men missed the group when the treatment was finished. After the treatment the informants had come to realize that they had a violence issue that they were responsible of. They had learned to control their temper in a better way and had become better at communicating. They also experienced health improvements.

Conclusion: Men have a predominately positive experience of the treatment at MVU. The treatment was in some aspects considered mentally challenging but overall the men experienced better health after the treatment compared to before.

Keywords: *intimate partner violence, domestic violence, spouse abuse, therapy*

Innehåll

| | |
|--|----|
| BAKGRUND | 1 |
| Våld | 1 |
| Våld i nära relationer | 1 |
| <i>Förekomst av våld i nära relationer globalt</i> | 2 |
| <i>Förekomst av våld i nära relationer i Sverige samt våldets konsekvenser</i> | 3 |
| Våldsutövaren | 3 |
| <i>Individuella riskfaktorer för att utöva våld</i> | 4 |
| <i>Riskfaktorer i samhället för våldsutövande</i> | 5 |
| Behandlingsinsatser för våldsutövare | 5 |
| <i>Alternativ til Vold</i> | 6 |
| <i>Mottagningen mot våld i nära relationer i Uppsala</i> | 7 |
| Teoretiskt perspektiv | 9 |
| Problemformulering | 10 |
| Syfte | 11 |
| METOD | 11 |
| Design | 11 |
| Urval | 11 |
| Datainsamlingsmetod | 12 |
| Förförståelse | 13 |
| Tillvägagångssätt | 14 |
| Forskningsetiska överväganden | 15 |
| Bearbetning och analys | 16 |
| RESULTAT | 18 |
| Praktiska faktorer kring behandlingen | 19 |
| <i>Positiva praktiska faktorer</i> | 19 |
| <i>Negativa praktiska faktorer</i> | 20 |
| <i>Förbättringsbara praktiska faktorer</i> | 20 |
| Behandlingens innehåll | 21 |
| <i>Lärorikt och användbart</i> | 21 |
| <i>Innehållets fullständighet</i> | 22 |
| <i>Innehållet psykiskt påfrestande</i> | 23 |
| Terapeuten | 23 |
| <i>Terapeutens arbetsätt</i> | 23 |
| <i>Terapeutens kompetens</i> | 24 |
| <i>Tillit till terapeuten</i> | 25 |

| | |
|--|----|
| Gruppens betydelse i behandlingen | 25 |
| <i>Gruppens funktion i behandlingssessionerna</i> | 25 |
| <i>Gruppen som gemenskap</i> | 26 |
| <i>Negativt och förbättringsförslag gällande gruppen</i> | 26 |
| Utfall av behandlingen | 27 |
| <i>Insikt om problem</i> | 27 |
| <i>Vad individen lärt sig</i> | 27 |
| <i>Upplevda hälsoutfall</i> | 29 |
| DISKUSSION | 29 |
| Resultatdiskussion | 30 |
| <i>Praktiska faktorer kring behandlingen</i> | 30 |
| <i>Behandlingens innehåll</i> | 31 |
| <i>Terapeuten</i> | 31 |
| <i>Gruppens betydelse i behandlingen</i> | 32 |
| <i>Utfall av behandlingen</i> | 33 |
| <i>Tillämpning av den ekologiska modellen</i> | 35 |
| Metoddiskussion | 37 |
| <i>Design</i> | 37 |
| <i>Urval</i> | 37 |
| <i>Datainsamling</i> | 38 |
| <i>Förförståelse</i> | 38 |
| <i>Analys</i> | 39 |
| <i>Kvalitetskriterier</i> | 39 |
| <i>Etik</i> | 41 |
| <i>Studiens betydelse och förslag för vidare forskning</i> | 42 |
| Slutsats | 42 |
| REFERENSER | 44 |

BILAGA 1- Informationsbrev

BILAGA 2- Intervjuguide

BAKGRUND

Våld

Våld kan definieras på olika sätt och enligt Per Isdal, norsk psykolog och psykoterapeut med stor erfarenhet av våldsförebyggande arbete, lyder den kanske enklaste definitionen: ”*Våld är varje användande av fysisk makt för att skada andra*” (Isdal, 2017 s. 33). Han menar dock att denna definition är bristfällig, eftersom våldet begränsas till fysiska handlingar och utgår från att våldsutövarens syfte är att orsaka skada. Det finns flera former av våld utöver fysiskt och ofta används våld inte med syftet att skada utan av andra orsaker. Exempelvis då våld i form av smisk brukas i barnuppfostran kan syftet vara att lära barnet en läxa och rent av vara utfört i välmening utan avsikt att skada barnet. Isdal föredrar istället definitionen ”*Våld är varje handling riktad mot en annan person som genom att denna handling smärtar, skrämmer eller kränker, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från att göra något den vill*” (Isdal, 2017 s. 34). Denna definition fokuserar på handlingen i sig och dess konsekvenser, inte dess avsikter (Isdal, 2017).

Socialstyrelsen väljer att dela in våld i *fysiskt, psykiskt, sexuellt, materiellt/ekonomiskt våld* samt *social utsatthet* (Socialstyrelsen, u.å.). Isdal (2017) adderar ytterligare våldsformen *latent våld* (Isdal, 2017). *Fysiskt våld* är allt från knuffar till användande av skjut- och stickvapen medan *psykiskt våld* innefattar hotelser, negligering och förödmjukelser. *Sexuellt våld* inbegriper våldtäkt och andra ofrivilliga sexuella handlingar. *Materiellt* eller *ekonomiskt våld* sker då personliga saker slås sönder och förstörs med avsikt, eller exempelvis då någon tvingas att signera avtal som innebär en försämrade ekonomisk ställning. *Social utsatthet* innebär i detta sammanhang gällande våld hindrande från att umgås med släkt och vänner (Socialstyrelsen, u.å.). *Latent våld* är möjligheten för att våld kan ske igen. För att undvika våld kan den utsatta börja att noga planera sina handlingar och undvika vissa beteenden. Latent våld blir ofta den dominerande våldsformen i en relation där det tidigare förekommit våld (Isdal, 2017).

Våld i nära relationer

Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK) menar att en nära relation inom begreppet ”våld i nära relationer” kan definieras som att offret har en nära och personlig relation till förövaren. Ofta har offret även starka känslomässiga band till förövaren vilket gör det svårare att sätta upp ett motstånd och bryta upp från relationen. Den nära relationen kan vara mellan hetero- eller homosexuella par, mellan syskon eller mellan andra närstående släktingar eller

familjemedlemmar (NCK u.å.). Socialstyrelsen (u.å.) skriver att våld i nära relationer innebär ett mönster av handlingar som kan vara allt från knappt märkbara företeelser som att förlöjliga någon, till grova brott som våldtäkt, allvarliga hot, slag och sparkar (Socialstyrelsen, u.å.). Våld inom äktenskapet och familjen har fått ökad uppmärksamhet under de senaste tre årtiondena. Tidigare betraktades mäns våld mot kvinnor som en privat angelägenhet men vartefter kvinnorörelsen och feministisk politik vuxit sig starkare har våld i nära relationer även lyfts fram som ett folkhälsoproblem med bakgrund i sociala strukturer, ekonomi och politik (Kelly, 2011).

Sveriges regering har utvecklat en tioårig nationell strategi för att uppmärksamma och förebygga mäns våld mot kvinnor (Skr. 2016/ 17:10). Strategin trädde i kraft 2017 och har tagits fram inom arbetet för att uppnå det jämställdhetspolitiska delmålet om att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Våld bör enligt strategin diskuteras ur synvinkeln om rättigheter gällande okränkbarhet, rätt till frihet och integritet, människors lika värde och jämställdhet. Regeringen vill med hjälp av strategin skapa ett mer samordnat och fokuserat arbete kring mäns våld mot kvinnor. Strategin utgår från fyra målområden: 1. *Utökat och verkningsfullt förebyggande arbete mot våld* 2. *Förbättrad upptäck av våld och bättre skydd och stöd för våldsutsatta kvinnor och barn* 3. *Effektivare brottsbekämpning* och 4. *Förbättrad kunskap och metodutveckling*. Strategin fastställer nödvändigheten av att producera förebyggande insatser på olika nivåer i samhället mot såväl våldsutsatta som våldsutövare. Regeringen påtalar också behovet av utvärdering och metodutveckling för att hitta verksamma metoder. Ett förslag som lyfts fram är att nyttja även brukarnas åsikter i utvecklandet av insatserna. Utredningen som den nationella strategin grundar sig på menar att Sverige ligger efter i organisering och kvalitetssäkring av insatser för våldsoffer och våldsutövare jämfört med andra västerländska länder (Skr. 2016/ 17:10).

Förekomst av våld i nära relationer globalt

Förekomsten av våld i nära relationer varierar i världens olika länder.

Världshälsoorganisationen (WHO) har gjort en studie av kvinnors utsatthet för våld i tio länder som representerar olika kulturer. I studien varierar andelen kvinnor som uppger att de någon gång under sin livstid utsatts för fysiskt eller sexuellt våld i en nära relation från 15 procent i Japan till 71 procent i Etiopien. Vanligast är att kvinnorna blivit örfilade, följt av att ha utsatts för knytnävsslag. Majoriteten av de som upplevt våld i en nära relation har utsatts mer än en gång och unga kvinnor är generellt mer drabbade än äldre. Överlag har de kvinnor som blivit utsatta för våld en mer accepterande inställning till kvinnomisshandel, vilket tyder

på att de har godtagit det de är utsatta för (WHO, 2005). Gällande män visar en nationellt representativ studie från USA att 14 procent av den manliga befolkningen uppger sig ha blivit utsatt för allvarligt fysiskt våld av en partner, 0,5 procent har utsatts för våldtäkt och 9,5 procent har utsatts för annat sexuellt våld. Majoriteten av männen drabbas före de fyllt 25 år (Breiding et al., 2015). En befolkningsbaserad studie från Europa visar att andelen män som utsatts för självrapporterat fysiskt våld det senaste året varierar från 9,7 procent i Porto till 31,2 procent i Aten (Costa et al., 2015). Homosexuella män är mer utsatta för våld i nära relationer än heterosexuella män enligt en litteraturoversikt (Nowinski & Bowen, 2012).

Förekomst av våld i nära relationer i Sverige samt våldets konsekvenser

I Sverige visar befolkningsbaserade studier baserade på självrapportering att 24 procent av männen och 23,6 procent av kvinnorna har utsatts för psykiskt våld i en nära relation under det senaste året. För fysiskt våld är motsvarande andel 7,6 procent av männen och 8,1 procent av kvinnorna och för sexuellt våld är andelarna 2,3 respektive 3 procent. Då utsattheten för de tre våldsförmenterna undersöks i ett livslångt perspektiv är kvinnor frekvent mer utsatta än män (Nybergh, Taft, Enander & Krantz, 2013). Flera myndigheter är dessutom överens om att mörkertalet för våld i nära relationer är stort (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2014; NCK, u.å). I studien av Nybergh et al. (2013) framkommer det att både män och kvinnor som utsatts för våld i nära relationer tenderar att ha bristfälligt socialt stöd, vara ensamstående, frånskilda eller änkor/änklingar och har ofta vuxit upp i ett hem där det förekommit våld.

Även om andelen utsatta kan tyckas vara lika mellan kvinnor och män så finns det enligt studier skillnader i våldet som män respektive kvinnor utsätts för. Tjaden och Thoennes (2000) finner i sin studie från USA att kvinnor blir utsatta för allvarligare och mer frekvent våld än män. Till följd av våldet behöver kvinnor i större utsträckning uppsöka läkare, bli sjukskrivna och får behov av terapi (Tjaden & Thoennes, 2000). NCK och BRÅ har kommit fram till liknande ojämlikheter i Sverige gällande frekvens och allvarlighetsgrad (NCK, 2014; BRÅ, 2014). Att utsättas för våld i en nära relation är för både kvinnor och män dessutom associerat med sämre självupplevd hälsa, ökad risk för depressionssymptom, större alkoholkonsumtion och narkotikamissbruk (Coker et al., 2002).

Våldsutövaren

I en systematisk litteraturoversikt framkommer det att de vanligaste orsakerna för män att använda våld i nära relationer är ilska, självförsvar, hämnd, uppmärksamhetsbegär och kontrollbehov. Att vara berusad eller hög anges också som vanliga orsaker. Mindre vanliga orsaker är att relationen upphör, för att visa sig tuff eller för att isolera partnern. För

våldsbrukande kvinnor uppges en mängd orsaker som självförsvar, hämnd, uttryck för känslor, svartsjuka, stress, uppmärksamhetsbegär, oförmåga att uttrycka sig verbalt, personlighet och kontrollbegär (Neal & Edwards, 2017). Isdal (2017) hävdar att våld används som en reaktion på vanmakt. Då en individ upplever maktlöshet används våld som ett medel för att återta makten. Våld är effektivt för att få sin vilja igenom, vilket våldsamma individer lär sig och därför brukar våld igen (Isdal, 2017). Ett antal riskfaktorer associerade till bruk av våld har också identifierats.

Individuella riskfaktorer för att utöva våld

I en övervägande majoritet av de anmälda våldsbrotten i Sverige är utövaren en man (SOU 2018:37), enligt WHO utgör framförallt unga män en riskgrupp för bruk av våld i nära relationer (WHO, 2010). I Costa et al.:s (2016) befolkningsbaserade studie från Europa uppger dock 4,2 procent av 1592 kvinnor och 3,8 procent av 1108 män att de utövat ensidigt våld i en nära relation under det senaste året. Tio procent av kvinnorna och 11,9 procent av männen rapporterar att de upplevt dubbelriktat fysiskt våld under det senaste året. Dubbelriktat våld innebär att båda parter är både offer och förövare. Män som varit arbetslösa i mer än två månader har större risk att utöva dubbel- och enkelriktat våld. Det hittas inga signifikanta samband mellan våldsutövande män och utbildning eller yrke (Costa et al., 2016). Reichel (2017) uppger dock i en annan europeisk studie att kvinnor som har partners med låg utbildningsnivå är mer utsatta för våld jämfört med kvinnor som har partners med högre utbildningsnivå.

Ytterligare riskfaktorer är att ha bevittnat våld mellan sina föräldrar som barn (Narayan, Labella, Englund, Carlson & Egeland, 2017), och att ha varit utsatt för sträng uppfostran och våld av föräldrarna (Afifi, Mota, Sareen & MacMillan, 2017). WHO (2010) menar att den tidiga erfarenheten av våld kan leda till att individen utvecklar acceptans för våld och därmed blir mer benägen att använda det. Olika former av psykiska besvär kan också kopplas till våldsamhet. Askeland och Heir (2014) finner i sin norska studie av 179 män som frivilligt deltar i en behandling mot bruk av våld i nära relationer att cirka 70 procent har en psykisk diagnos. Vanligast är depression samt ångest i kombination med post-traumatiskt stressyndrom, knappt hälften av männen lider av två eller flera diagnoser (Askeland & Heir, 2014). I Sverige uppges män som är dömda till frivård till följd av misshandel att de tidigare har sökt hjälp för psykisk ohälsa eller aggressivitet, men att de upplevt okunskap och otillräcklig hjälp från vården (SOU 2018:37). Vidare är hög alkoholkonsumtion (Reichel,

2017) samt bruk av narkotika associerat med utövande av våld i nära relationer (Riggs, Caulfield & Streets, 2000; Askeland & Heir, 2014).

Riskfaktorer i samhället för våldsutövande

Förutom individrelaterade faktorer finns det faktorer i samhället som ökar risken för bruk av våld i nära relationer. Till exempel är svaga samhällsåtgärder i form av bristande lagstiftning eller svag känsla av moralisk skyldighet hos exempelvis grannar att ingripa om någon blir utsatt för våld i hemmet riskfaktorer för våld. Vidare utgör patriarkaliska normer som skapar makthierarkier där mannen ses som överlägsen ekonomiskt, socialt och religiöst riskfaktorer för våld i nära relationer. Patriarkaliska strukturer kan bidra till att män uppfattar det som en manlig rättighet att dominera kvinnor. Riskfaktorer för sexuellt våld på samhällsnivå kan vara svaga rättsliga påföljder samt uppfattningar av mäns rättigheter till sexuell tillfredsställelse (WHO, 2010).

Behandlingsinsatser för våldsutövare

När våld i nära relationer började uppmärksammas som ett folkhälsoproblem skapades också olika samhällsinsatser för att avhjälpa problemet. Traditionellt riktas de flesta behandlande insatserna mot offren, men med tiden har även insatser för våldsutövare utvecklats (Hamel, 2016). Genom en kartläggning av behandlingsprogram för våldsutövare inom EU hittades 54 program fördelat på 19 olika länder. Programmen baseras främst på någon av följande tre modeller: *kognitiv beteendeterapi (KBT)*, *profeministiska modeller* samt *psykodynamik*. Behandlingsprogram med fokus på *KBT* betraktar våld som ett inlärt beteende med en instrumentell funktion. För att bryta beteendet sker inläring av andra beteenden genom kognitiv omstrukturering. *Profeministiska modeller* utgångspunkt är att våldet är en produkt av patriarkaliska värderingar gällande kvinnor. Förändring av våldsbeteendet eftersträvas genom att ändra mäns utövande av makt och kontroll över sin partner. *Psykodynamiska* ansatser fokuserar på personliga och emotionella drag och syftar till att identifiera och acceptera latent känslor som orsakar våldsbeteendet. Majoriteten av behandlingsprogrammen i EU utgör dock en blandning av de tre modellerna (Hamilton, Koehler & Lösel, 2013).

En litteraturöversikt över europeiska studier som försöker fastställa våldsutövarprogramms effektivitet fann 12 utvärderingar. Då inkluderas även opublicerat material i form av rapporter samt är kraven på studiedesign låga (Akoensi, Koehler, Lösel & Humphreys, 2012).

Utvärderingarna kommer från Finland, Sverige, Tyskland, Spanien, Cypern och Storbritannien. Samtliga program som inkluderas har en metod som baseras på en blandning av ansatser, till exempel profeministisk, utbildningsinsatser och fokus på kognitivt beteende.

Sju av utvärderingarna mäter frekvensen av utövat våld, medan övriga fem enbart granskar attityder och psykiska variabler som exempelvis impulsivitet eller ilska. Av de sju som mäter utövat våld visar samtliga på en minskning av våldet efter behandlingsinsatsen, tre uppvisar statistiskt signifikanta skillnader. Samtliga utvärderingar uppvisar dock brister till exempel gällande urval, uppföljning och utfallsvariabler. På grund av den bristande kvalitén på de inkluderade utvärderingarna kan det inte dras någon egentlig slutsats om programmets effektivitet (Akoensi et al., 2012). Samma problem återfinns i en Nordamerikansk litteraturöversikt (Eckhardt et al., 2013).

Alternativ til Vold

Alternativ til Vold (ATV) startade i Norge 1987 och var den första specialiserade europeiska behandlingsinsatsen riktad mot män som utövar våld mot sin partner. Behandlingsmetoden för ATV är inte skriftligt standardiserad, behandlingen är frivillig och är inte tidsbestämd (Askeland, Lømo, Strandmoen, Heir & Tjersland, 2012). ATV tillämpar både individuell psykoterapi och gruppterapi, i gruppterapin sammansätts grupperna så att deltagarna matchar varandra gällande livssituation, bakgrund och psykisk funktion. Individuell terapi tillämpas för dem som inte passar i grupp av olika orsaker. Det kan till exempel handla om psykiska problem, avvikande våldsbeteende jämfört med övriga gruppen eller språksvårigheter. ATV har en profeministisk ansats (Råkil, 2002) och behandlingsmetoden utgår från följande antaganden: 1. *Våld är ett könsrelaterat problem.* Merparten av det allvarliga våldet utförs av män, och våldet män utövar kan relateras till patriarkaliska strukturer som ger mannen en överordnad position. 2. *Våld är ett sätt att hantera vanmakt.* Vanmakt är kopplat till att känna sig liten, otillräcklig eller svag, känslor som är föga förknippade med det manliga idealet. Våld å andra sidan är förknippat med känslor av styrka och kontroll. Våldsamma män bör lära sig att uttrycka känslor av maktlöshet utan att gripa till våld. 3. *Våld är ett aktivt försök att bemästra.* Våldet är en funktionell handling som är självvald och som har en intention. Ofta är intentionen att upprätthålla en maktposition. 4. *Våldet hör ihop med mannens "manlighetsprojekt".* Både kvinnor och män påverkas av något som kallas könsorienterat förväntningssystem, alltså föreställningar och förväntningar kring vad det innebär att vara man eller kvinna. "Manlighetsprojektet" innebär således hur män bygger sin identitet och lär sig om och bekräftar sin manlighet. Även relationen till kvinnor formas utifrån manlighetsprojektet. 5. *Våld är farligt och innebär en säkerhetsrisk.* I arbetet med våldsutövare måste det alltid ske en avvägning mellan terapeutiska värderingar och säkerhetsvärderingar, våldet måste ses även som ett problem i sig (Isdal & Råkil, 2002).

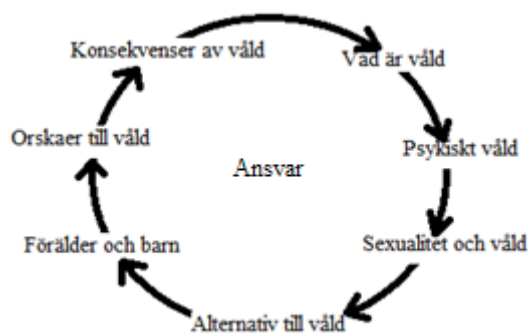
Den praktiska behandlingsmetoden för ATV delas in i fyra steg. I det första ligger fokus på själva våldet, vad det var som hände och hur det hände. Varför är inte en relevant fråga inledningsvis. I första steget erkänner klienten att våldet existerar. I det andra steget ska våldsutövaren ta ansvar för sitt beteende och inse att våldet är en aktivt vald handling. De tränas sedan för att göra andra val än att ta till våld. I det tredje steget ligger fokus på vilka samband det finns mellan individens historia och våldsanvändandet. Bland annat studeras attityder kring genus och intimitet samt individens tidigare erfarenheter. Det sista steget handlar om förståelse för våldets konsekvenser. Våldsutövaren bör vid detta steg ha förstått att våldet beror på dennes egna handlingar, attityder, sociala föreställningar och emotionella reaktioner. Först efter att ha insett detta kan våldsutövaren förstå vilka skadliga konsekvenser våldet har inneburit för partnern och eventuella barn (Råkil, 2002).

Terapeuter som jobbar med ATV i Norge uppskattar att 74 procent av deltagarna slutar använda våld under behandlingen. Intervjuer med män utförda två och ett halvt år efter att de avslutat sin ATV behandling visar att ingen av de sju tillfrågade har återfallit i våldsbuket, men att de upplever mer psykiska besvär än tidigare. Flera lider av depression och upplever svårigheter med att hantera intima relationer. Utvärderingar som gjorts tyder därmed på att behandlingen kan minska våldsbuket, men de har metodologiska svagheter. Bland annat är värderingarna subjektiva och baseras på individuella uppskattningar gjorda av terapeuterna som jobbar med metoden och inga uppgifter har inhämtats från partners (Isdal & Råkil, 2002). Det pågår dock ett större utvärderingsprojekt av ATV-behandlingen som planeras vara färdigt år 2020 (ATV, u.å.a). ATV i Norge har etablerad samverkan med mottagningar i Danmark, Sverige, Finland och på Island (ATV, u.å.b).

Mottagningen mot våld i nära relationer i Uppsala

Mottagningen mot våld i nära relationer i Uppsala (MVU) är en ideell förening som bedriver ett professionellt arbete mot våld i nära relationer med fokus på våldsutövaren (MVU, 2018). På mottagningen utövas ett behandlingsarbete inspirerat av ATV (MVU u.å.a). Behandlingen utgår alltså från att våldsutövaren är ansvarig för våldet, att våldet är könsrelaterat och har kopplingar till känslor av makt och vanmakt. Istället för att uttrycka sig genom våld, ska våldsutövarna hitta andra sätt att uttrycka känslor på (Socialstyrelsen, 2010). Personer som upplever sig ha problem med vålds- och aggressionsbeteenden i nära relationer kan söka till mottagningen på eget initiativ, eller hänvisas via Socialtjänsten. Behandlingen leds av legitimerade psykoterapeuter och under år 2017 hade MVU totalt 38 personer i behandling (MVU, 2018). Innan behandlingen påbörjas utförs två-tre kartläggningssamtal med

våldsutövaren för att tydliggöra vilka behov som finns. Därefter tillämpas grupp- eller individuell terapi, beroende på vad som bedöms passa individen bäst. Terapisessionerna äger rum en gång per vecka och behandlingen kan pågå under ett till två år (Socialstyrelsen, 2010). Grupperna i terapin är inte slutna utan individer ansluter och avslutar sin behandling kontinuerligt (MVU, 2018). Då behandlingen är klar genomförs ett avstämnings- och utvärderingssamtal. Figur 1 visar MVU:s teman under behandlingsperioden, temana har likheter med de som tas upp i ATV. Olika former av våld uppmärksammas och diskuteras, vilket minskar risken för bagatellisering. Alternativ och orsaker till våld studeras, i och med detta lyfts individens ansvar, som även genomsyrar hela behandlingen. Samt diskuteras våldets konsekvenser för anhöriga (Socialstyrelsen, 2010). Då många av dem som söker till mottagningen är föräldrar har insatsmodellen även ett uttalat barnperspektiv. Förutom insatser för våldsutövarna ges stöd för partners/medföräldrar i form av partnersamtal (MVU, 2018). Mottagningen är öppen för såväl kvinnor som män (MVU, u.å.b).



Figur 1: MVU:s behandlingsteman

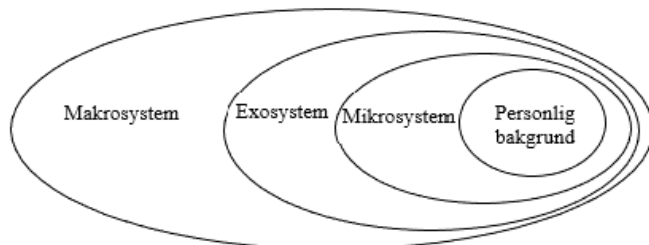
Resultaten av MVU:s behandling har tillsammans med andra insatser för våldsutövare utvärderats av Socialstyrelsen (2010). Resultaten från utvärderingen redovisas främst på gruppnivå för alla inkluderade behandlingsinsatser, eller sammanslaget för alla behandlingsinsatser av samma typ. Därför går det inte att utifrån rapporten utläsa resultaten för just MVU, då de är sammanslagna med andra ATV-verksamhetens resultat. Utvärderingen baseras på enkäter och skattningsformulär som våldsutövarna fyllde i innan de startade behandlingen och sedan igen efter 12 månader. Eftersom ATV behandlingen kan pågå olika lång tid hade en del hunnit avsluta behandlingen vid eftermätningen medan andra fortfarande deltog i behandlingen. Överlag visade ATV verksamheterna på små men goda resultat, efter tolv månader hade bruket av våld och mängden psykiska besvär minskat, känslan av sammanhang ökat och alkohol- och drogproblemen minskat. (Socialstyrelsen, 2010).

Teoretiskt perspektiv

Våld i nära relationer är ett komplext problem, och för att förklara det används såväl individuella faktorer i form av psykiska diagnoser eller bruk av alkohol (Riggs et al., 2000; Askeland & Heir, 2014), som miljöfaktorer i form av uppväxtförhållanden (Afifi et al., 2017). Även kulturella och samhällsliga strukturer som könsnormer och lagar har använts som faktorer för att förklara våld (WHO, 2010). På grund av våldets komplexitet och dess många alternativa förklaringar krävs det även en bred och allomfattande teori.

Den ekologiska modellen ursprungligen framtagen av Bronfenbrenner kan erbjuda den form av komplexa förklaring som krävs. Bronfenbrenner (1977) skriver att den ekologiska modellen utgår från att utveckling sker genom ömsesidig påverkan av flera olika system som individen deltar i, antingen aktivt eller passivt som en del av samhället. Bronfenbrenners modell avser ursprungligen belysa människans utveckling genom livet (Bronfenbrenner, 1977) men modellen har senare tillämpats och modifierats för att studera även andra ändamål. Heise (1998) har tillämpat modellen för att förklara könsrelaterat våld. I Heises (1998) modell ingår fyra system: *personlig bakgrund*, *mikro-*, *exo-* och *makrosystemet*, se figur 2. Inom de olika systemen finns det faktorer som enligt forskningen kan bidra till våld i nära relationer. *Personlig bakgrund* innehåller sådant som kan kopplas till personlighet eller erfarenhet som kommer att påverka hur individen reagerar på faktorer i andra system. För våldsutövare kan detta vara att ha bevittnat eller blivit utsatt för våld som barn. *Mikrosystemet* utgör det system där individer interagerar i direkt kontakt med varandra. Familjen utgör vanligen den mest relevanta delen av mikrosystemet då det handlar om våld i nära relationer. Här kan sådant som vem som har kontrollen över ekonomin och sköter beslutsfattandet i familjen spela roll. Konflikter i äktenskapet och alkoholmissbruk kan också vara relevanta faktorer att studera i mikrosystemet. *Exosystemet* förklaras som formella eller informella sociala strukturer som på ett eller annat vis påverkar, begränsar eller avgör vad som sker i förhållandena under vilka individen lever. Här kan faktorer som mannens socioekonomiska status, arbetslöshet och våldsamma kamratrelationer spela in, män som har bekanta med sexuellt aggressiva beteenden är också själva mer benägna att utöva sexuellt våld. En annan faktor är social isolering, i samhällen där det förekommer lite umgänge mellan vänner, grannar och lågt deltagande i sociala aktiviteter är risken för våld högre. I *makrosystemet* återfinns de kulturella värderingar och föreställningar som genomsyrar de lägre nivåerna. Exempelvis kan normen om manlig överlägsenhet som återfinns på makronivå samtidigt generera större beslutsfattande för män i familjen på mikronivå. Förutom manlig överlägsenhet kan normer

om tuffhet och heder spela roll för bruk av våld i nära relationer. Vidare har samhällen där mannen anses vara ägare av sin fru, där våld anses berättigat under vissa omständigheter (till exempel om kvinnan inte lyder sin man) och där våld är ett accepterat sätt att lösa konflikter visats ha högre förekomst av våld, varpå det kan vara relevanta faktorer att uppmärksamma på makronivå (Heise, 1998).



Figur 2: Ekologiska modellen enligt Heise (1998).

Teorin möjliggör för att kunna ta hänsyn till mer än en förklaringsfaktor samtidigt och kan till exempel förklara varför inte alla män misshandlar, trots att alla deltar i det övergripande makrosystemet där könsnormer finns. Individen påverkas av alla system samtidigt och de mer individnära systemen ser olika ut för olika individer varpå även utfallen blir olika. Förståelse för varför våld är olika vanligt i skilda samhällen och grupper möjliggör för att utforma bättre förebyggande och behandlande insatser (Heise, 1998). Ekologiska modellen har använts i studier om våld i nära relationer i flera länder, exempelvis Jordanien, Kina, Indien, Bangladesh, Kambodja och Maldiverna (Sabbah, Chang & Campbell-Heider, 2017; Brown, 2014; Fulu & Miedema, 2015).

Enligt Råkil (2002), direktör för ATV verksamheten i Norge, är det viktigt att behandlingsmetoder inte enbart fokuserar på individuella kognitiva- och beteendemässiga faktorer, ett sociologiskt eller kulturellt perspektiv behövs också för en lyckad behandling. Detta eftersom det kan hjälpa till att förstå vilka upprätthållande faktorer det finns för män att bruka våld mot kvinnor och om dessa faktorer kan brytas ner är sannolikheten större att våldet upphör (Råkil, 2002). Den ekologiska modellen användes i denna studie för att i diskussionsavsnittet diskutera drag av de olika systemen (personlig bakgrund, mikro- exo- och makrosystemet) som kunde återfinnas i informanternas upplevelser av behandlingsmetoden vid MVU.

Problemformulering

Våld i nära relationer är ett betydande samhällsproblem som orsakar lidande för såväl utövare, partners och eventuella barn (Nybergh et al., 2013; Costa et al., 2016). Det finns ett behov av

att utvärdera och utveckla behandlingsinsatser för våldsutövare (Hamilton et al., 2013; Skr. 2016/17:10) och regeringen har lyft nyttan av att även utnyttja brukarnas erfarenheter i det arbetet (Skr. 2016/17:10). Vid mottagningen mot våld i nära relationer i Uppsala erbjuds våldsutövare behandling baserad på metoden som utvecklats vid Alternativ til Vold i Norge (MVU u.å.a). I dagsläget finns det ingen systematiskt dokumenterad kunskap om vad deltagarna i behandlingen vid MVU tycker om dess utformning och innehåll. Deltagarna kan inneha kunskap och erfarenheter om behandlingsmetoden som kanske inte uppfattas av terapeuter eller andra inblandade i behandlingsinsatserna. Deras kunskaper kan användas för att utveckla behandlingen och därmed möjliggöra bättre vård för våldsutövare i framtiden.

Syfte

Syftet med denna studie var att göra en generell utvärdering av MVU:s behandling mot aggressions- och våldsproblematik i nära relationer genom att studera deltagande mäns upplevelser av behandlingen.

METOD

Design

För att besvara studiens syfte har en kvalitativ design tillämpats. Kvalitativ design passar vid studier av individers upplevelser och erfarenheter samt vid studier av explorativ karaktär där det inte finns så mycket kunskap om området sedan tidigare. Fokus i kvalitativa studier ligger ofta på förståelse av ett fenomen ur deltagarnas synvinkel (Bryman, 2011). Utifrån studiens syfte ansågs denna ansats bäst lämpad.

Urval

Urvalet till denna studie skedde genom ett icke-slumpmässigt konsekutivt urval, vilket innebär att deltagarna rekryterades i turordning vartefter de avslutat sin behandling (Martinez-Mesa, Gonzáles-Chica, Duquia, Bonamigo & Bastos, 2016). Urvalet skedde retrospektivt genom att terapeuter vid MVU ringde upp de som avslutat sin behandling för cirka ett år sedan och bakåt för att fråga om de var intresserade av att delta i studien. Om någon inte svarade kontaktades följande person i ordningen och ett nytt kontaktförsök till dem som inte svarat skedde vid ett senare tillfälle, max gjordes två kontaktförsök. En person kontaktades via brev då inget telefonnummer fanns tillgängligt, inget svar erhöles dock från denna person. Vidare skedde urvalet i två led, först kontaktades de som hade gått i gruppbehandling, sedan de som hade gått i individuell behandling. De som var positiva till att delta tilldelades ett informationsbrev per post (bilaga 1), och sedan kontaktades de igen för att avtala en tidpunkt

för intervjun. Inklusionskriterierna för deltagande i studien var att ha avslutat sin behandling under perioden 2015-04-02 till 2018-03-27, tala svenska och vara av manligt kön. Kvinnor, personer som inte behärskade svenska språket, personer som inte fullföljt behandlingen samt personer med allvarliga hälsoproblem exkluderades från studien.

Totalt gjordes kontaktförsök med 34 individer, vilket innebar samtliga personer som avslutat sin behandling och uppfyllde inklusionskriterierna under den givna tidsperioden. Av dessa svarade 16 personer, tre avböjde och 13 var intresserade av att delta i studien. Av de 13 intresserade personerna hade två svårigheter att hitta en passande tid för intervjun varpå de föll bort och det slutliga antalet i urvalet blev 11 personer. Tabell 1 och 2 presenterar ett antal bakgrundsvariabler kring det slutliga urvalet samt hur de hittade behandlingen.

Tabell 1: Bakgrundsinformation.

| | Antal informanter (n=11) |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| Behandlingsform | |
| Gruppterapi | 6 |
| Individuell terapi | 2 |
| Båda behandlingsformer | 3 |
| Partnerkontakt i behandlingen | |
| Ja | 9 |
| Nej | 2 |
| Informanter med barn | |
| Barn | 9 |
| Inga barn | 2 |

Tabell 2: Hur informanten hittade MVU.

| Hur MVU hittades | Antal informanter (n=11) |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Hittade på egen hand | 1 |
| Partner hittade | 3 |
| Via Socialtjänsten | 3 |
| Via psykolog, terapeut el. kurator | 4 |

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen skedde med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Bryman (2011) menar att kvalitativa intervjuer är lämpligt då det är intervjupersonens åsikter som står i fokus. I semistrukturerade intervjuer finns möjligheten att i viss mån avvika från intervjuguiden för att ställa uppföljande frågor om svar som upplevs som särskilt relevanta och intervjun kan röra sig i olika riktningar beroende på vilka svar som ges (Bryman, 2011). Förutsägbarheten i svaren för denna studie upplevdes vara liten då det inte fanns särskilt mycket tidigare forskning att utgå från. Därför ansågs semistrukturerade intervjuer vara en lämplig metod då det möjliggjorde att hålla de olika intervjuerna inom samma område men samtidigt gav visst utrymme för varierande frågor och svar.

De semistrukturerade intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide (bilaga 2), enligt Bryman (2011) används intervjuguiden för att säkerställa att alla tänkta relevanta områden inkluderas i en intervju. Guiden bestod av sju bakgrundsfrågor och 12-15 ämnesspecifika frågor med tillhörande uppföljningsfrågor beroende på hur informanten svarade. Intervjuguiden utformades specifikt för denna studie då inga tidigare frågeformulär fanns att tillgå. Frågorna togs fram utifrån behandlingens upplägg och i samråd med personal på MVU för att skapa så väsentliga frågor som möjligt. Vid utformande av en intervjuguide skriver Bryman (2011) att frågorna bör formuleras på ett sådant sätt att det är möjligt att ge utförliga svar, samt att ledande frågor ska undvikas, det rekommenderas vidare att intervjuguidens frågor följer någon form av logisk ordning. Dessa anvisningar åtföljdes och ordningsföljden på frågorna avsåg följa behandlingsförloppet. Frågorna berörde bland annat upplevelserna av att gå i grupp respektive individuell behandling, vad som upplevdes vara mest hjälpsamt och användbart, om något fattades i behandlingen samt hur den påverkade deltagarnas mående.

Det fanns ingen möjlighet att genomföra pilotintervjuer för att testa intervjuguiden innan det första riktiga intervjutillfället, då lämpliga intervjupersoner inte fanns att tillgå. Frågorna testades dock i den mån att de ställdes till en utomstående för att kontrollera om deras innebörd och formuleringar var förståeliga. Detta var ett sätt att öka frågornas validitet, alltså ett sätt att säkerställa att frågorna mäter det som avses att mätas (Bryman, 2011). Den första intervjun användes sedan som ett tillfälle för att notera om intervjuguiden behövde revideras. Efter den första intervjun lades bakgrundsfrågan ”*När började du i behandlingen?*” till i intervjuguiden, se bilaga 2.

Förförståelse

Förförståelse innebär vilken kunskap forskaren redan har inom ämnet innan forskningen startar. Denna kunskap kan komma att påverka insamlande, tolkningar och framställande av material. Förförståelsen är till viss del nödvändig då den gör det möjligt att formulera och motivera ett problem. Samtidigt finns även en risk för att tidigare erfarenheter, fördomar och förväntningar påverkar studien på ett oönskat sätt. Förförståelsen kan i värsta fall överrösta eventuell ny kunskap som kan finnas i det insamlade materialet (Malterud, 2009). I denna studie har förförståelsen, tillsammans med sökt kunskap, utnyttjats för att forma en problemformulering och har på så vis varit nödvändig. Ingen tidigare explicit erfarenhet eller kunskap fanns vare sig om våld i nära relationer, MVU eller terapibehandlingar. Malterud (2009) lyfter även fram att beroende på vilken teoretisk referensram som används i en studie

så kommer det också att påverka hur resultaten framställs. I denna studie användes den ekologiska modellen som teoretiskt perspektiv och de relevanta avsnitt som identifierades utifrån syftet har diskuterats i relation till modellen. Slutligen har risken för påverkan från eventuella fördomar gentemot studiens informanter, våldsutövare, beaktats och reflekterats kring under studiens gång.

Tillvägagångssätt

Denna studie genomfördes genom ett samarbete med MVU, då föreningen uttryckte en önskan om att utvärdera sin behandlingsmetod. Genomförandet av studien har godkänts av MVU:s verksamhetschef. Terapeuterna skötte rekrytering av informanter över telefon, personerna som svarade på telefonsamtalet informerades om att de kontaktats efter som de genomgått en behandling vid MVU som önskades utvärderas. Studien och dess syfte presenterades kort och om personen kunde tänka sig att delta i en intervju efterfrågades deras postadress varpå ett informationsbrev (bilaga 1) skickades ut. Efter att brevet hade skickats ut kontaktade anställda vid MVU de intresserade på nytt för att bestämma en tidpunkt för intervjun, tider som erbjöds var på tisdagskvällar eller fredagsförmiddagar.

Intervjuerna genomfördes på MVU:s mottagning på Kungsängsvägen 29 i Uppsala. Då deltagarna kom till mottagningen hälsades de välkomna i dörren av verksamhetschefen eller någon av terapeuterna och visades sedan till ett avskilt rum där intervjun genomfördes. Intervjuaren presenterade sig med namn och som studerande vid Uppsala universitet. Under intervjun befann sig endast informanten och intervjuaren i rummet. Innan själva intervjun startade tillfrågades informanten om denne tagit del av informationsbrevet och gavs tillfälle att läsa det igen. Sedan återupprepades informationsbrevet muntligt för informanten och ett muntligt samtyckte till att delta i studien inhämtades som bekräftades genom att inspelningsapparaturen startades och intervjun påbörjades. I intervjuerna avhandlades de frågor som fanns i intervjuguiden (bilaga 2) samt ställdes relevanta följdfrågor för att utveckla eller följa upp informantens svar. Under intervjuerna visades även en bild av MVU:s behandlingsteman (figur 1) i samband med frågan ”*Vilka teman eller delar av behandlingen tycker du att har hjälpt dig mest?*”. Figurens syfte var att påminna informanten om vilka teman som ingått i behandlingen. Längden på intervjuerna varierade från 16 till 37 minuter och var i medeltal 27 minuter långa. Efter intervjun tilldelades informanten en trisslott från MVU som tack för deras medverkan.

Forskningsetiska överväganden

Vid utformandet och genomförandet av studien togs det hänsyn till de forskningsetiska principer som är gällande vid studier som inkluderar människor. Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) fastslår att individens rättigheter, hälsa och välmående på intet sätt får kränkas vid genomförande av forskning. En avvägning mellan forskningens möjliga nytta och den eventuella risken för skada ska alltid göras (SFS 2003:460). Denna studie bedömdes ligga inom ramen för kvalitetsutvecklingsarbetet på MVU och ansågs kunna bidra till att utveckla och förbättra vården för våldsutövare. Risken för att någon av deltagarna skulle ta skada av studien bedömdes som liten, då studiens syfte var att utvärdera behandlingen och inte deltagarnas beteenden. Deltagarna behövde alltså inte berätta om sina personliga upplevelser av våld, vilket kunde ha varit psykiskt påfrestande.

Deltagarnas konfidentialitet bör enligt god forskningssed tillgodoses genom att privata uppgifter som insamlats inte utlämnas eller sprids till utomstående. Anonymisering av material bör också ske för att skydda individen (Vetenskapsrådet, 2017). I enlighet med Helsingforsdeklarationen ska varje deltagare också ge sitt frivilliga samtycke till att delta, för att samtycket ska vara giltigt krävs det att deltagaren får ta del av forskningens syfte, metod samt får information om vad insamlade data kommer att användas till. Den som samtycker ska även vara medveten om att deltagandet kan avbrytas om så önskas (World Medical Association, 2018). Särskilt noggranna överväganden bör göras då det handlar om forskning på grupper som kan bli utsatta för diskriminering eller som på något annat vis kan betraktas som avvikande av samhället (Vetenskapsrådet, 2017). Deltagarna lämnade sitt muntliga samtycke till att delta i studien genom att godkänna att inspelningsapparaturen startades och intervjun påbörjades. Samtyckets giltighet tillgodosågs genom att deltagarna fick ett informationsbrev (bilaga 1) om studien per post innan de bokade in en tid för intervjun. I informationsbrevet framgick studiens syfte, hur data skulle samlas in och behandlas, att deltagandet var frivilligt och att informanterna när som helst kunde avbryta sitt deltagande om de så önskade. Då informanten kom till MVU för att genomföra intervjun fick denne tillfälle att läsa brevet igen och slutligen upprepade intervjuaren även brevvets innehåll muntligt innan samtycket till att genomföra intervjun inhämtades.

Vid genomförandet av studien togs det hänsyn till att våld är en straffbar handling. Även om studien inte syftade till att samla in uppgifter om deltagarnas personliga förhållanden fanns det ett förutbestämt handlingsförfarande ifall det skulle ha framkommit att det fanns ett allvarligt hot mot någons hälsa eller att ett barn för illa. Detta skulle ha delgivits ansvarig

handledare och anmäls i enlighet med Brottsbalken (SFS 1962:700) eller Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) samt god forskningssed (Vetenskapsrådet, 2017). Inget sådant framkom dock i någon av intervjuerna.

Det insamlade materialet har hanterats och förvarats med försiktighet för att ytterligare skydda deltagarnas konfidentialitet. Det inspelade materialet fördes över på två separata minnesenheter för att minska risken för att data kunde gå förlorad, de båda enheterna förvarades inlåsta på institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala Universitet. Ljudfilerna på inspelningsapparaturen raderades så fort filerna hade först över. De utskrivna transkriberingarna har också behandlats med försiktighet och hanterats på ett sådant sätt att utomstående inte bör ha kommit åt materialet. Det inspelade och det transkriberade materialet förstördes efter att studien var avslutad. Slutligen har citaten som användes i studiens resultatdel noga valts ut och granskats för att säkerställa att de inte innehöll några uppgifter som kunde kopplas till en person.

Bearbetning och analys

Intervjuerna transkriberades ordagrant, transkriberingen skedde senast en vecka efter att intervjun hade genomförts. Då allt material transkriberats uppgick materialet till 108 sidor utskriven text. Därefter analyserades informanternas svar med hjälp av tematisk analys. Tematisk analys är lämplig för att identifiera, analysera och redogöra för mönster som finns i ett insamlat material. Vidare är tematisk analys inte bunden till något särskilt teoretiskt ramverk (Braun & Clarke, 2006) varpå den upplevdes som passande för denna studie. Analysen följde följande sex steg beskrivna av Braun och Clarke (2006): (1) Inledningsvis lästes materialet igenom för att skapa en uppfattning om materialets djup och bredd, anteckningar i marginalen gjordes för sådana avsnitt som vid denna första anblick upplevdes vara relevanta. (2) Efter det skapades initiala koder för de relevanta avsnitten i materialet. Detta skedde genom att varje intervju noggrant lästes igenom och de avsnitt som ansågs väsentliga markerades med färg och gavs en kod som beskrev det som avsnittet handlade om. Avsnitten identifierades utifrån studiens syfte. Analysen skedde på manifest nivå vilket medförde att det som analyserades var det som hade uttalats, någon djupare mening eftersöktes inte. (3) I följande steg identifierades teman. Alla koder som hade formulerats från de olika intervjuerna sorterades in under varsitt tema. Detta skedde genom att skriva ut alla koder på varsitt papper för att skapa en bättre överblick och dessa arrangerades sedan i olika högar tills en nöjaktig uppsättning teman skapats. (4) I det fjärde steget granskades temana för att säkerställa att de formade ett konsekvent mönster. Det eftersträvades att all data i samma

tema skulle vara homogen medan temana skulle vara heterogena gentemot varandra. Först lästes alla uttagna textavsnitt för varje tema igenom för att kontrollera att alla handlade om samma sak, om något textavsnitt inte passade in i temat söktes en ny plats för avsnittet i något annat tema. Efter detta lästes de fullständiga intervjuerna igenom för att säkerställa att de teman som identifierats passade ihop med helheten. Dessutom kodades avsnitt som hade missats vid den första kodningen. (5) Efter att temana hade granskats och förfinats definierades essensen i varje tema, alltså vad temat handlade om och hur detta var relevant i förhållande till syftet. Detta gjordes genom att återigen läsa igenom de uttagna textavsnitten för varje tema och sammanfatta vad de handlade om. Inom temana identifierades också subteman för att skapa mer struktur, samt namngavs varje tema. (6) I det sista steget av analysen formulerades studiens resultat utifrån de teman som skapats. Samtliga nyanser av det som framkom i analysen har försökt återges och lämpliga citat har valts ut för att illustrera det som texten berättar. Ett utdrag av analysförfarandet visas i tabell 3.

Informanternas upplevelser av MVU:s behandling berörde framförallt fem olika områden. De fem områdena kom att forma temana för analysen och blev föremål för utvärdering, dessa var: *praktiska faktorer kring behandlingen, behandlingens innehåll, terapeuten, gruppens betydelse i behandlingen* samt *utfall av behandlingen*. Dessa teman presenterades i resultatet och i diskussionsavsnittet relaterades temana till den ekologiska modellen.

Tabell 3: Analysförfarandet

| Uttaget textavsnitt | Kod | Subtema | Tema |
|--|----------------------------|--|-----------------------------------|
| Mm nu har det ju gått massa år men jag har ju fortfarande situationer där jag har tillämpat de teknikerna i arbetet eller vad det nu skulle kunna va. | Användbara tekniker | Lärorikt och användbart | Behandlingens innehåll |
| ... när man kom in i gruppen och började se individerna bakom då var det väldigt bra. Man ser ju också då liksom både vilka problem dom hade och utmaningar och sen kunde man ju faktiskt bidra med sina egna erfarenheter och få, både hjälpa dom men också hjälpa sig själv. | Hjälpte varandra i gruppen | Gruppens funktion i behandlingssessionerna | Gruppens betydelse i behandlingen |

| | | | |
|---|-----------------------------------|-------|------------------------|
| Ja humöret blev ju mycket bättre. Man orkade med mycket mera, man är inte lika trött, man är inte lika stressad man kan fokusera på viktiga saker och gå in för det så att nä det har givit mig väldigt mycket... | Bättre självupplevd psykisk hälsa | Hälsa | Utfall av behandlingen |
|---|-----------------------------------|-------|------------------------|

RESULTAT

Efter genomförd tematisk analys identifierades fem teman som informanternas upplevelser kretsade kring. Dessa var *praktiska faktorer kring behandlingen, behandlingens innehåll, terapeuten, gruppens betydelse i behandlingen och utfall av behandlingen*. För varje tema urskildes även ett antal subteman, se tabell 4. Överlag var deltagarnas upplevelser av behandlingen bra, det tyckte att den var lärorik och hjälpsam. Det framkom också att behandlingen i en del avseenden varit påfrestande för individen samt en del förslag på förbättringar.

Tabell 4: Teman med tillhörande subteman

| Tema | Subteman |
|---------------------------------------|---|
| Praktiska faktorer kring behandlingen | Positiva praktiska faktorer Negativa praktiska faktorer Förbättringsbara praktiska faktorer |
| Behandlingens innehåll | Lärorikt och användbart Innehållets fullständighet Innehållet psykiskt påfrestande |
| Terapeuten | Terapeutens arbetssätt Terapeutens kompetens Tillit till terapeuten |
| Gruppens betydelse i behandlingen | Gruppens funktion i behandlingssessionerna Gruppen som gemenskap Negativt och förbättringsförslag kring gruppen |
| Utfall av behandlingen | Vad individen lärt sig Insikt om problem Upplevda hälsoutfall |

Praktiska faktorer kring behandlingen

Informanterna hade överlag en positiv inställning till behandlingens upplägg, både gällande den individuella och gruppbehandlingen. Negativa och förbättringsbara aspekter av behandlingen var relativt få och av olika karaktär.

Positiva praktiska faktorer

Informanterna upplevde att det gick fort att få börja behandlingen efter att de hade varit i kontakt med mottagningen första gången. Att få påbörja behandlingen relativt snart efter första kontakten upplevdes som viktigt eftersom de då var redo att ta tag i sina problem.

”Det gick väldigt fort. Det var inte, ja två veckor kanske. Ja. Och det var väl, det var ju bra, annars hade man ju liksom... ja annars kanske det inte hade blivit av liksom.” (Intervjuperson 10)

Flera av informanterna upplevde att inriktningen på MVU:s behandling var rätt för de problem de upplevde sig ha. Behandlingens upplägg och fokus matchade behoven, vilket flera uppgav att de hade saknat då de sökt hjälp för sina problem tidigare. Vid MVU blev de tagna på allvar och erbjöds hjälp.

”Nää alltså i och med jag blivit, aldrig blivit tagen på allvar så att säga, jag hade inga höga förväntningar alls men det har ju varit bra ändå så det var ju skönt i alla fall.” (Intervjuperson 6)

Behandlingens längd och struktur upplevdes vara bra, den följde ett logiskt mönster som underlättade för inläringen. Ett par av informanterna tog upp hemläxorna som ingår i behandlingen som ett bra inslag då det innebar att de blev tvungna att tänka på behandlingen under tiden de var hemma också vilket medförde kontinuitet. Ett annat exempel på god struktur som togs upp var att gruppdeltagarna inte behövde dela med sig av sina upplevelser precis i början då de kom till gruppen. Istället fick de tid på sig att vänja sig så att de kunde vara mer bekväma och öppna med att dela med sig när det sedan blev dags.

”Man tyckte när ska vi börja prata om mina problem eller, och sen var det just att man fick prata om sina egna problem inför gruppen och det kanske var bra att man fick göra det lite längre in i den här gruppterapin istället för att göra det på en gång då hade man nog inte varit bekväm så...” (Intervjuperson 9)

Ytterligare en positiv faktor som informanterna nämnde var att de uppskattade individanpassningen av behandlingen. Det var de personer som hade gått i individuell terapi som lyfte detta. De berättade att behandlingen anpassades utifrån deras behov så att de kunde prata mer om de delar där de upplevde sig ha större problem och hoppa över eller bara prata kort om avsnitt där de inte upplevde några problem.

”Utan nu fokusera vi på det jag ville ha och det var ju väldigt bra att kunna nischa den här behandlingen för det jag behövde hjälp med.” (Intervjuperson 3)

De personer som hade deltagit i både individuell terapi och gruppterapi ansåg att det upplägget passade dem. De olika behandlingsformerna som tillämpades upplevdes göra så att individen kunde ta till sig behandlingen på ett bättre sätt. De som enbart hade deltagit i gruppterapi lyfte inte individanpassning som en positiv faktor.

”Den enskilda passade bäst i början i och med att jag kom från, alltså omständigheterna jag kom från var så turbulenta att jag vet inte om jag hade kunnat gå in i en grupp, alltså en gruppbehandling och få så mycket utav det i början. Ee så där var det enskilda var väldigt värdefullt för då, man hade någon man kunde prata med. Man kunde liksom vänja hjärnan lite med att bara en sådan sak som att prata om det.” (Intervjuperson 4)

Negativa praktiska faktorer

De negativa faktorer som framkom var få och upplevdes av enskilda personer. En informant upplevde att han inte hade fått tillräckligt mycket tid att prata om allt han önskade i gruppen. Detta eftersom det var många personer i gruppen som skulle prata och tiden var begränsad.

”Amen som sagt man hade ju en tid och sen så man hade ju alla som satt där och liksom ibland var vill ju full grupp och då var vi en sex stycken så då tog det ju sin tid att gå igenom för alla så. Så nej inte allt.” (Intervjuperson 1)

En annan deltagare upplevde att han efter de inledande kartläggningsmötena mötena inte egentligen hade något annat val än att påbörja gruppbehandlingen trots att han upplevde att han redan fått den hjälp han behövde. Det var dock inget som han verkade tycka att var alltför negativt.

”Sen nöjde de sig liksom inte med ett eller två samtal sen var man ju tvungen att gå gruppen kändes det som. Men det var kanske var bra, man kanske måste göra så, det har jag förståelse för” (Intervjuperson 10)

Förbättringsbara praktiska faktorer

Det tycktes inte heller finnas någon särskild faktor som samtliga var överens om att behövde förbättras. Två av informanterna lyfte att det vore bra om MVU gjorde mer reklam för sig. MVU upplevdes kunna vara ett bra sätt att förhindra att det går riktigt illa i en relation, men då behöver människor veta om att mottagningen finns.

”... hur ska man säga att de gjorde mer reklam för sig att folk kunde hitta hit själva innan det kanske går för långt. Det skulle kanske vara en bra idé att man kan se det som en som en innan det har kraschat helt.” (Intervjuperson 9)

En annan förbättringsfaktor som lyftes fram av en informant var att det bör säkerställas att det bakomliggande problemet till våldet blir behandlat om det finns ett sådant. Informanten förstod att MVU inte kan jobba med alla typer av psykiska problem eller diagnoser som kan ligga bakom ett våldsproblem. Han upplevde dock att det med fördel kunde upprättats ett samarbete med någon instans som kunde tagit över behandlingen då den avslutades vid MVU.

”Alltså jag skulle ju velat haft lite hjälp att komma vidare, för ofta så dyker det ju upp andra problem för alla de flesta har ju något annat problem egentligen liksom. ... Och sen blir man lite lämnad med de andra problemen liksom. och det är ju lite tråkigt man kanske skulle ha haft hjälp och komma, nu pratade vi ju bara då att jag skulle söka hjälp hos någon annan sen men dom var inte ihopkopplade liksom på något vis egentligen.” (Intervjuperson 10)

Behandlingens innehåll

Deltagarna upplevde överlag att det som ingick i behandlingen var lärorikt och sådant de hade nytta av, men att innehållet även var psykiskt påfrestande. Detta var upplevelser från både den individuella och gruppterapin.

Lärorikt och användbart

Informanterna uppgav att det togs upp mycket saker i behandlingen som de inte hade tänkt på tidigare och de uppfattade överlag innehållet som lärorikt. De kände att de hade nytta av behandlingen och att den faktiskt har hjälpt dem att förändra sitt liv.

”Inte mer än att jag tycker att det har hjälpt enormt och mitt liv nu jämfört med tre år sen är ju natt och dag i princip.” (Intervjuperson 11)

Något som flera tyckte att var bra att lära sig var vad som egentligen ingår i begreppet våld. Informanterna fick en annan definition av våldsbegreppet som var bredare än vad de tidigare hade reflekterat över. Det var vanligt att enbart ha betraktat fysiskt våld som våld men genom behandlingen lärde de sig att psykiskt våld också existerar och att det är lika illa.

”Olika definitioner av våld tycker jag var ganska nyttigt att lära sig, vad som är och inte är etcetera. Att det är mer än liksom fysiskt alla gånger.” (Intervjuperson 11)

Behandlingen innehåller ett barnperspektiv, något som flera informanter uppgav att de tyckte var väldigt bra. De upplevde att försöka se ur barnets synvinkel som ett nytt sätt att tolka situationer och att det hjälpte dem att förstå varför de bör förändra sitt beteende.

”Det tema som hjälpte mig mest det var väl det här med att se genom min dotters ögon tror jag. Det var det som stärkte mig mest tror jag, i just allt.” (Intervjuperson 1)

I gruppbehandlingen hade inte alla informanter egna barn men de upplevde att de kunde ha nytta av det de lärde sig i behandlingen längre fram i livet. Deltagarna upplevde även i allmänhet att de kunnat tillämpa det de lärde sig i behandlingen i sitt dagliga liv och att det hjälpt dem. Under behandlingen lärde de sig olika tekniker för att hantera ilska och aggression och dessa har de haft användning för i lite olika stor utsträckning. Mindfulness och andningstekniker var till exempel uppskattade verktyg. En informant berättade dock att teknikerna inte alltid används i den utsträckning som det kanske önskas.

”... eftersom det kräver så mycket energi så kan det vara svårt att orka applicera dom här verktygen hela tiden.” (Intervjuperson 5)

Deltagarna använde fortfarande teknikerna trots att det har gått en tid sedan de avslutade sin behandling, en viktig faktor för att fortsätta använda teknikerna var att hitta det som kändes naturligt för en själv.

”Alltså det har väl bara blivit mer och mer skulle jag säga. Det var väldigt nyttigt att lära sig det här, för vi lärde oss nya saker hela tiden som man kunde prova på. Vissa saker funkar inte för alla, men när man väl hittar några grejer som funkar då håller man kvar vid dom.”
(Intervjuperson 11)

Även om deltagarna kom till behandlingen för att förändra sitt beteende i sin parrelation eller i sin föräldraroll så upptäckte flera informanter att det de lärt sig i behandlingen även kunde tillämpas i andra relationer. Framför allt kunde teknikerna användas på jobbet.

”Eftersom jag jobbar som chef så är det väl har man väl mycket med anställda och göra så det har hjälpt mycket där att kunna vara lugn och en bättre chef då.” (Intervjuperson 7)

Innehållets fullständighet

Merparten av informanterna upplevde att behandlingen innehöll allt den borde och de kunde inte identifiera något som saknades. De kände överlag att de fick lyfta alla de funderingar som de hade och när behandlingen var klar kände majoriteten sig redo att lämna MVU då de fått med sig det de upplevde sig behöva för att klara sig på egen hand.

”Jag tror att det har gett mig dom svar och dom, den insikt jag behövde, för att kunna gå vidare.”
(Intervjuperson 3)

Några påpekade dock att även fast behandlingen avslutats och de fick med sig allt de behövde så är det ett kontinuerligt arbete att jobba med sig själv på detta sätt. En annan deltagare som hade deltagit i individuell terapi hade en avvikande åsikt gällande barnperspektivet och uttryckte en önskan om att behandlingen skulle ha innehållit mer som kunde användas i

förhållande till barn med olika diagnoser. Det upplevdes att de tekniker som lärdes ut inte var särskilt bra anpassade för att användas i en relation där barnet kanske inte reagerar eller har ett beteende likt andra barns utan behöver bemötas på ett annat sätt.

”... och det är ganska dåligt med fokus överhuvudtaget på diagnosbarn, det finns liksom bara den här fyrkanten, aa det är barn är barn punkt slut. Och inget annat.” (Intervjuperson 8)

Innehållet psykiskt påfrestande

Trots att behandlingens innehåll överlag upplevdes som bra och användbart kände majoriteten av informanterna att det som togs upp i behandlingen var psykiskt påfrestande för dem. Våld upplevdes som ett tungt ämne att diskutera och informanterna upplevde att det tog mycket energi och att de kunde känna sig trötta efter behandlingen. I behandlingen ingick det också att jobba med sina känslor och att börja lära sig att uttrycka känslor, något som deltagarna i en del fall upplevde som väldigt krävande.

”Jag tycker att det var rätt psykiskt påfrestande faktiskt, behandlingen. Just för att, jag hade inte jobbat med mig själv någonting tills jag kom hit alltså med någonting i princip. Utan alla mina känslor hade jag förtryckt liksom, så att det var ju känslomässigt jobbigt att börja jobba med sig själv...” (Intervjuperson 5)

Flera av informanterna upplevde att det var jobbigt att via behandlingen så småningom inse vad familjen hade utsatts för och att det tog mycket på självförtroendet att förstå vad de hade gjort. Dock upplevde deltagarna att vartefter behandlingen gick så blev det mindre ansträngande att delta i behandlingssessionerna. De lärde sig mer och blev mer vana med att prata om våld och känslor varpå en del av obehaget försvann. Flera upplevde efter en tid att förutom att behandlingen var jobbig så var det också skönt att få tala om de saker som togs upp.

”Men sen ju längre det går alltså ju längre behandlingen gick så var det ju mer en lättnad när man kom härifrån. I början så var det ungefär som bara aa suck, som en stor sten och sen så var det som stenen försvann.” (Intervjuperson 8)

Terapeuten

Deltagarna hade positiva upplevelser av terapeuten gällande deras arbetssätt och kompetens både i gruppbehandlingen och i den individuella behandlingen. De som gick individuell behandling upplevde även en stark tillit till terapeuten.

Terapeutens arbetssätt

Deltagarna upplevde att terapeuternas sätt att arbeta underlättade gruppbehandlingen.

Terapeuterna var lugna och tålmodiga vilket upplevdes smitta av sig på stämningen i gruppen.

Informanterna berättade att det ibland fanns personer som tog mindre plats i gruppen och som inte pratade så mycket, i de fallen tyckte de att terapeuten uppmärksammade detta och manade på och släppte in dem som inte själva tog initiativet till att prata.

”Jag tycker att just det med terapeuterna, när vi satt där med dom som vi satt med då, vad ska man säga deras tålmod och deras engagemang i gruppen att ge fokus i var och en, känns ju liksom som att man är där för att göra någonting så” (Intervjuperson 1)

Vidare tyckte informanterna att terapeuterna inte tog speciellt stor plats i gruppbehandlingen. Deltagarna var dem som fick prata mest medan terapeuten snarare fungerade lite som en guide som såg till att de höll sig till ämnet och inte till exempel försökte bortförklara sitt eget ansvar för våldet. Men trots att terapeuterna inte tog särskilt stor plats upplevde deltagarna ändå att de lyckades med att genomföra behandlingen och få deltagarna att komma till den insikt de behövde. Det gällde både för grupp- och individuell terapi.

”Han (terapeuten) var ju, han var ju väldigt pådrivande utan ledande frågor ... Det är lite svårt att förklara... han får fram saker utan att utan att riktigt dra fram dem. Och utan facitsvar” (Intervjuperson 8)

Något som också lyftes fram var att det uppskattades då det var två terapeuter närvarande vid gruppssessionerna. De två terapeuterna upplevdes komplettera varandra där den ena drev samtalet framåt medan den andra gav mer tid för reflektion, något som tycktes skapa en god balans i behandlingssessionen. Förutom detta uppskattade informanterna i grupp att terapeuten var lättillgänglig, det var inte svårt att få prata med terapeuterna om så önskades och de upplevdes tillmötesgående.

”Om det var något som inte togs upp på en grupp så kunde man ju alltid ta upp det med dom (terapeuterna) efteråt, och så.” (Intervjuperson 4)

Terapeutens kompetens

Deltagarna upplevde att terapeuterna hade den typ av kompetens som krävdes för att kunna genomföra behandlingen. De kände att terapeuten faktiskt kunde hjälpa dem med deras problem och att den hjälp de fick var grundad på erfarenhet och evidens. De uppskattade att få komma till ett ställe där deras problem sköttes professionellt.

”... jag tänkte inte ens på det som behandling utan det var bara gå dit och prata, han (terapeuten) kan jättemycket och om jag hade frågor så kunde han ha svar som han inte bara drog från en hatt utan det var från erfarenhet och många år.” (Intervjuperson 4)

Tillit till terapeuten

De informanter som enbart hade gått i individuell terapi upplevde att de hade utvecklat ett särskilt starkt förtroende för den behandlande terapeuten. I början fanns det en tveksamhet kring att sitta och dela med sig till terapeuten då det upplevdes som en ovan situation och det fanns en viss rädsla för att bli utsatt för generalisering. Men med tiden vann terapeuten deras förtroende och deltagarna upplevde sig trygga i relationen. Förtroende upplevdes vara viktigt för att behandlingen skulle lyckas då det medförde att de kunde vara fullständigt ärliga när de talade med terapeuten, vilket i sin tur ansågs vara en förutsättning för att kunna få hjälp. Dessutom innebar relationen till terapeuten ett starkt psykiskt stöd för deltagarna då de kände att de kunde vända sig till denne för att prata om sådant som fick dem att må dåligt.

”Det även där ganska skumt men men alltså (terapeuten) är helt fantastisk. Så att det var, ja jamen det var som att prata med en kompis lite så. Prata om saker som jag inte har pratat om med med ja före detta sambon och sånt så det var.. Det var, ja det kändes, det kändes bra.”
(Intervjuperson 8)

Gruppens betydelse i behandlingen

För de som deltog i gruppbehandlingen utgjorde själva gruppen av andra personer en viktig faktor. Gruppen fungerade dels som stöd men att prata inför andra människor upplevdes också inledningsvis som obehagligt.

Gruppens funktion i behandlingssessionerna

I början då deltagaren var ny i gruppen upplevde flera det som jobbigt att delta i gruppssessionerna. Det var en ovan situation och de kände sig inte bekväma med att prata om sina problem framför gruppen av främlingar. Informanterna upplevde dock att de blev bekvämare i gruppen med tiden och att det blev lättare att dela med sig till de andra. Då upplevde de det istället som skönt att få prata av sig. Det var ovanligt att ha försökt prata om problemen innan med exempelvis kompisar.

”Det var, det var svårt i början. Nästan pinsamt. Sen så, sen vart det lättare och lättare hela tiden och sen så, så var det som bara som vardag” (Intervjuperson 7)

En upplevd fördel med gruppen var att de kunde lära sig mycket av varandra. Då någon berättade om något den hade varit med om kunde andra känna igen sig i den situationen och tillsammans kunde de sedan hjälpa varandra och ställa frågor och bidra med egna insikter. På så vis uppstod det ett utbyte mellan deltagarna som det upplevdes att alla hade nytta av.

”Mycket fördelar var ju att vi var en grupp som vi var inte så stor grupp och det tror jag är en väldigt bra fördel så att alla kan... man ställer ju mycket frågor och det blir mycket aha-upplevelser å...” (Intervjuperson 2)

Ytterligare något som upplevdes som bra med gruppen var att deltagarna kunde prata om allt i gruppen. Det kunde handla om allt från mer vardagliga saker som hade hänt under veckan till allvarliga saker som i andra sammanhang kanske hade varit tabubelagt att prata om. Det öppna samtalsklimatet i gruppen kom sig av att deltagarna litade på varandra och kände att gruppen var en trygg miljö vilket upplevdes underlätta deras behandling.

”Det fanns inget, ingenting som man var nervös för och ingenting som man behöver tänka om man vågade ställa frågor eller våga prata om utan...” (Intervjuperson 2)

Gruppen som gemenskap

Förutom att informanterna upplevde att gruppen hjälpte dem framåt i behandlingssyfte upplevde de även en gemenskap i gruppen. De förstod att de inte var ensamma med sitt problem och behövde inte längre känna sig annorlunda. I gruppen hittade de en tillhörighet där de dessutom blev väl mottagna.

”Men det var ju askönt att komma hit och känna att det var liksom ganska så många som hade liknande problem och vissa hade det mycket värre.” (Intervjuperson 6)

Eftersom gruppen upplevdes som en gemenskap och blev en plats där informanterna kände sig hemma uppstod det även en viss saknad efter gruppen då behandlingen avslutades. I gruppen kunde de prata om sådant de inte hade pratat med andra om tidigare och även om informanten kände sig redo att avsluta behandlingen fanns det ändå en önskan om att hålla kvar vid gruppen som en plats där de blev förstådda och kunde utbyta tankar.

”Bara det här med att prata kanske.. Prata med andra få höra lite grann andras åsikter och kanske höra hur de hade gjort i en situation eller.. lite det saknar man, att bolla med andra sådär.” (Intervjuperson 1)

Negativt och förbättringsförslag gällande gruppen

Det framkom några mer negativa upplevelser av gruppen, där det framförallt handlade om att informanten hade känt att denne inte passade in i gruppen. För en informant gick denna känsla över med tiden då han insåg att han faktiskt kunde lära sig mycket av gruppen och nog också hade problem även om det inte var lika allvarligt som hos andra i gruppen. Men för ett par informanter höll känslan av att inte passa in i sig genom behandlingen. Detta berodde delvis på att våldsproblemen inte upplevdes lika allvarliga som resten av gruppens samt att de andra personerna i gruppen var för olika gällande bakgrundsfaktorer jämfört med informanten själv.

”...just det här med att man hade fokus att man dömde för mycket och sen just personligheterna tror jag alltså krockade en hel del. Just det här med att jag var yngre, jag var precis i början av typ min relation, vi hade precis fått barn och det var liksom allting var så... liksom nytt.”

(Intervjuperson 1)

De förbättringsförslag som kom upp gällde gruppens sammansättning. En informant upplevde att det faktum att det bara var män i behandlingsgruppen kunde göra att diskussionen blev färgad av manliga normer. Då informanten uppfattade det som att många i gruppen också blev utsatta för våld av sin kvinnliga partner kände han att det också fanns ett behov av att få höra kvinnors syn på våld för att kunna skapa en större förståelse.

”Om man sitter bara killar i en grupp och pratar om våld så kanske, då kanske man definieras lite grann utav just könsindelning och sånt där och jag tror att om man skulle ha en blandad grupp så skulle man få mycket större inblick i hur den andra, andra sidan upplever situationer. Jag tror att det skulle vara jättenyttigt för en själv.” (Intervjuperson 5)

Utfall av behandlingen

Efter behandlingen upplevde individerna en rad olika utfall till följd av behandlingen. De hade kommit till insikt om en del saker, de hade lärt sig nya färdigheter och de upplevde att deras psykiska och fysiska hälsa hade påverkats av behandlingen.

Insikt om problem

Informanterna upplevde att behandlingen hjälpte dem med att komma till insikt om att de hade ett problem som de behövde arbeta med. Flera uppgav att de innan de kom till behandlingen egentligen inte hade tyckt att de hade problem med våld eller i alla fall inte särskilt stora problem. Men behandlingen fungerade som en ögonöppnare och de kom till insikt om att de visst hade problem. Förutom att informanterna insåg sina egna problem så insåg de även att ansvaret för deras handlingar låg på dem själva. De hade tidigare beskyllt till exempel partnern eller barnen för sina reaktioner och sitt handlande.

”Ja alltså just som jag sa, det är väl ansvaret. Det är väl det som var det viktigaste just att ansvaret oavsett vad någon annan gör eller säger eller så är ansvaret mitt hur jag reagerar och det tror jag att jag lärde mig jättemycket på att, för det är ju likadant i vardagen.” (Intervjuperson 9)

Vad individen lärt sig

Efter behandlingen upplevde informanterna att de hade lärt sig en hel del olika saker. Till exempel kände de att de var bättre på att tänka efter och stanna upp vilket gav dem tid att reflektera över vad som var det bästa handlingsalternativet i en situation.

”Mm det enklaste är ju att vänta två tre hjärtslag innan man säger någonting. Så om någon kommer med en fråga och så vill man bara svara på en gång ”nä men det är det inte” istället för att då bara säga nej så väntar man pyttelite och låter det landa i jord lite grann på något vis. Och två tre sekunder paus kan göra all skillnad på hur man svarar.” (Intervjuperson 4)

Informanterna upplevde vidare att de hade blivit bättre på att identifiera när en situation eventuellt kunde eskalera till ett bråk och att de hade blivit bättre på att bromsa och förhindra det. Istället för att ge sig in i en diskussion som troligen skulle urarta kunde de säga att de inte ville prata om det nu eller gå undan för att inte fortsätta diskussionen. Informanterna berättade att de lärt känna sig själva bättre, dels kunde de känna av aggression i ett mycket tidigare skede i kroppen och de hade också lärt sig förstå varför de reagerade som de gjorde. En del av informanterna såg till exempel kopplingar mellan sin uppväxt och hur de betett sig mot sina egna barn och tyckte att det var väldigt skönt att nu kunna förstå ett beteende som tidigare varit oförklarligt.

”Och sen också insikten om att det hela bottnade ju egentligen i att jag var arg på mig själv därför att jag hade svikit mitt heliga löfte att inte var lika arg som min pappa...” (Intervjuperson 8)

Förutom att förstå sig själva upplevde flera att de nu även kunde förstå sina nära och kära bättre, till exempel varför de reagerade på ett särskilt vis. En annan mer praktisk färdighet som majoriteten av informanterna tog upp var att de tack vare behandlingen lärt sig att kommunicera på ett bättre sätt än tidigare. Flera av informanterna berättade att de framförallt hade lärt sig att kommunicera med sina barn och att de tänkte på att prata med barnen på ett sådant sätt att de inte skulle uppfattas som hotfulla på något vis.

”Jag står ju aldrig upp till exempel när jag pratar med dem och om barnen härjar till exempel så står jag aldrig upp utan jag sätter mig ner och sätter mig emellan dem och pratar i lugn ton.” (Intervjuperson 2)

En särskild aspekt som de flesta av informanterna tyckte att de hade blivit bättre på att prata om efter behandlingen var känslor. Flera berättade att innan de kom till behandlingen hade de aldrig pratat om känslor och först upplevdes det ovant och lite konstigt. Men det släppte med tiden och de lärde sig att berätta hur de kände i olika situationer. Att kunna uttrycka känslorna genom ord blev ett sätt att inte behöva bli arg i samma utsträckning som tidigare och de upplevde att de mådde bra av att börja prata om vad de kände.

”Och han (terapeuten) fick ju fram och hittade väldigt mycket saker som jag inte visste att jag kunde uttrycka eller.. ehm att dom fanns där överhuvudtaget. Att man kunde känna, ”vad är en känsla för dig (informantens namn) hur känner du, kan du uttrycka i ord?” (Intervjuperson 3)

Upplevda hälsoutfall

Informanterna upplevde att de efter behandlingen mådde bättre än vad de gjorde innan de hade gått behandlingen. De tyckte också att även fast det gått en tid sedan de avslutade behandlingen så hade känslan av ett bättre mående hållit i sig. De upplevde bland annat att de hade blivit på allmänt bättre humör efter behandlingen och att de var lugnare som personer. Den psykiska hälsan gynnades av behandlingen då de stressade mindre, slutade älta tankar och blev mer fokuserade. Ett par informanter uppgav också att de upplevde att behandlingen hade hjälpt dem att bli frisk från diagnostiserad depression.

”Jaa när jag började så var jag ju sjukskriven och vad heter det och deprimerad så det vart ju bra i och med att jag vart frisk och sen så det hjälpte väl mycket att vara här också då, tror jag hjälpte mycket.” (Intervjuperson 7)

I behandlingen togs vikten av god kost, motion och sömn upp. En del informanter upplevde också att deras fysiska hälsa förbättrades med hjälp av behandlingen, de började sova bättre på nätterna, kom igång med träningen och fick mer energi.

”Det har blivit mycket bättre jag är mycket gladare, mycket mer positiv så att de jaa näe det har blivit jättemycket bättre. Tränar massor mera också så att får mera energi, mer ork och det säger ju barnen också, hinner med mycket mer, gör mycket mera.” (Intervjuperson 2)

DISKUSSION

Informanterna hade övervägande positiva uppfattningar av behandlingen. Upplägget upplevdes vara bra och innehållet lärorikt om än något krävande. Ett fåtal hade önskat längre behandlingstid eller hade synpunkter på behandlingens innehåll. Terapeuterna upplevdes vara kompetenta och arbeta på ett sätt lämpligt för behandlingens syfte. De som hade gått i gruppbehandling fann hjälp och stöd i gruppen och flera sakade gruppen efter att behandlingen avslutats. Efter behandlingens slut hade informanterna kommit till insikt om att de hade ett våldproblem som de själva var ansvariga över. De hade lärt sig att hantera sitt humör på ett bättre sätt och blivit bättre på att kommunicera. De upplevde även att deras hälsa hade förbättrats, framförallt den psykiska men även i viss utsträckning den fysiska.

Resultatdiskussion

Praktiska faktorer kring behandlingen

De praktiska faktorer som framkom kring behandlingen var överlag positiva. Informanterna tyckte det var bra att det gick fort att få komma till mottagningen och påbörja sin behandling kort efter att de tagit första kontakten med MVU. En studie från den finska psykiatriska öppenvården visar att de patienter som upplever att väntetiden till ett första möte är alltför lång också är mer missnöjda med vårdpersonalen och vården de får (Siponen & Välimäki, 2003). De korta väntetiderna vid MVU kan således möjligen ha ett samband med deltagarnas positiva upplevelser av behandlingen. En del informanter hade tidigare upplevt att de inte blivit tagna på allvar och fått den hjälp de behövt då de sökt hjälp för sina problem inom vården, vilket stämmer överens med SOU:s rapport där det framkommer att män dömda för våldsbrott har mötts av okunskap då de försökt söka hjälp för aggressivitet (SOU 2018:37). Vid MVU upplevde informanterna att de blivit tagna på allvar och att den behandling som erbjöds matchade behoven de hade. Det är en indikation på att MVU:s behandling behövs, och några informanter påpekade att mottagningen borde bli bättre på att berätta att de finns så att fler kan få den hjälp de behöver.

De som hade gått i individuell terapi upplevde att individanpassningen av behandlingen var bra, medan de i gruppterapi upplevde att även sådant som inte direkt berörde dem, till exempel barnperspektivet för deltagare utan barn, var lärorikt. Eventuellt kan det innebära att de som gick i individuell terapi faktiskt också skulle ha uppskattat att ta del av alla delar av behandlingen, men det kan också vara så att MVU gjort en korrekt bedömning av vem som passade i respektive behandlingsform. Askeland och Heir (2014) skriver att behandlingar mot våldsbeteenden måste anpassas i förhållande till deltagarens psykiska hälsa och terapeutiska behov och om särskilda behov finns tillgodoses de lättare i individuell terapi än i gruppterapi.

En informant upplevde dock att han hade behövt mer hjälp med det bakomliggande problemet till själva våldsbeteendet. Det är vanligt att våldsbrukare lider av någon form av psykisk ohälsa, ofta i form av depression eller post-traumatiskt stress syndrom (Askeland & Heir, 2014) och behandling av detta faller utanför ramen för MVU:s verksamhetsområde. Det kunde däremot med fördel upprättas ett samarbete med någon mottagning dit behandlingsdeltagarna kunde vända sig för att få hjälp med eventuella psykiska besvär om de så önskar. I den tioåriga nationella strategin för att förebygga mäns våld mot kvinnor (Skr. 2016/ 17:10) lyfts vikten av samarbete mellan verksamheter. Risken för återfall i brottsligt

beteende likt våld uppges också minska om förövaren får tillgång till vård för psykisk ohälsa (Skr. 2016/ 17:10).

Behandlingens innehåll

MVU tycks ha lyckats med att sätta ihop ett behandlingsinnehåll som är nästintill komplett och passande för många. Under behandlingen upplevde flera informanter att de fick en annan syn på vad som är våld och inte, de berättade framförallt att de tidigare inte betraktat psykiskt våld som våld. Att uppmärksamma det psykiska våldet är viktigt, då det som tidigare nämnts är den vanligast förekommande våldsformen i Sverige (Nybergh et al., 2013). Något som flera tyckte att var bra i behandlingens innehåll var barnperspektivet. En informant upplevde dock att barnperspektivet även borde anpassas för att kunna tillämpas i förhållande till barn med olika psykiska diagnoser. Psykisk ohälsa och neuropsykiatriska diagnoser har enligt Socialstyrelsen (2017) ökat bland barn och unga under perioden 2008-2016, och de beräknar att ökningen kommer att fortsätta. Maclean et al. (2017) finner dessutom i sin studie från Australien att barn med diagnostiserad psykisk ohälsa löper större risk att utsättas för försummelse, fysisk misshandel och sexuella övergrepp än andra barn (Maclean et al., 2017). På grund av denna förhöjda risk vore det rimligt att försöka anpassa vålds- och aggressionsbehandlingar så att de även kan tillämpas av föräldrar till barn med olika psykiska diagnoser.

Terapeuten

Informanterna använde sig uteslutande av positiva ordalag då de talade om terapeuterna. En informant berättade att det ibland var två terapeuter närvarande vid gruppssessionerna och att de då kompletterade varandra på ett bra sätt. Den ena drev samtalet framåt och den andra gav mer tid för reflektion och eftertanke. I en studie av Silvergleid och Mankowski (2006) framkommer det att deltagarna i behandlingar för våldsutövare tycker att det är positivt när terapeuten eller gruppleddaren både är konfronterande men också stöttande. Deltagarna upplever att de behöver stödet för att öppet våga berätta om sitt våldsbeteende, men samtidigt krävs det också konfrontation för att de inte ska förminska eller förneka sin våldsamhet (Silvergleid & Mankowski, 2006). Exakt dessa egenskaper togs inte upp av informanterna i denna studie, men balansen mellan eftertanke och pådrivning kan möjligen ändå fylla liknade funktioner. Eftertanken kan innebära ett lugnare moment av behandlingen där individen får tid att förstå sitt beteende och acceptera det som skett vilket kan göra att de är villiga att fortsätta tala om våldet. I den pådrivande fasen är individen kanske tvungen att berätta utan att slingra sig kring våldsbruket.

Förutom rent professionellt tycktes informanterna som hade gått i individuell terapi även ha uppskattat terapeuterna på ett mer personligt plan. De upplevde ett starkt förtroende för terapeuten och kände att det var som att prata med en nära vän. Inom psykoterapi tas ofta begreppet ”*terapeutisk allians*” upp, ett begrepp som används för att beskriva förhållandet mellan terapeut och klient. En god terapeutisk allians anses ofta var en förutsättning för att terapin ska lyckas. Den terapeutiska alliansen består av tre komponenter: (1) överenskommelse gällande mål med behandlingen. (2) Överenskommelse kring vilka uppgifter som både klienten och terapeuten måste utföra för att målen ska kunna nås och (3) relationen mellan terapeut och klient, på engelska kallat *bond*, en relation där det behöver utvecklas tillit och hängivenhet för att kunna diskutera och uppnå uppsatta mål (Bordin, 1979). Det goda förhållandet till terapeuten som informanterna i individuell behandling upplevde kan vara ett resultat av en bra terapeutisk allians. Kozar och Day (2012) skriver att en bra terapeutisk allians i behandling av våldsutövare enligt en del studier är viktigt för utfallet, medan andra studier inte har kunnat fastställa ett sådant samband. De menar i vilket fall att en god relation (*bond*) mellan terapeut och våldsutövare är i enlighet med god yrkessed och att det kan bidra till att säkerställa att klienterna möts med respekt och värdighet (Kozar & Day, 2012). Informanterna som hade genomgått enbart gruppbehandling talade inte om förhållandet till terapeuten på samma sätt som de som hade gått individuell terapi. Enligt Kozar och Day (2012) blir den terapeutiska alliansen annorlunda i gruppssessioner jämfört med individuell terapi. I gruppterapi utgörs en stor del av terapeutens arbete av att se till att gruppen fungerar som en helhet och att försöka hjälpa till att bygga band mellan de olika deltagarna. Det individuella förhållandet mellan terapeuten och varje deltagare ges därmed mindre fokus (Kozar & Day, 2012). Detta kan vara en förklaring till att gruppdeltagarna inte talade om relationen till terapeuten, men däremot upplevde stort stöd av själva gruppen.

Gruppens betydelse i behandlingen

De som hade gått i gruppterapi utvecklade en särskild relation till varandra i gruppen. I början tyckte informanterna att det var obehagligt att delta i gruppbehandlingen, men med tiden släppte det och de började lära och finna stöd av varandra. Dessa upplevelser är samstämmiga med upplevelser från andra studier som har studerat män som deltagit i gruppbehandling mot våld (Slivergleid & Mankowski, 2006; Shamaï & Buchbinder, 2010). I Shamaï och Buchbinders (2010) studie uppger männen att de var nervösa före och under den första gruppssessionen eftersom de inte visste vad de kunde förvänta sig. De var oroliga för att de

andra i gruppen skulle vara väldigt våldsamma och ha problem med till exempel missbruk som de själva inte kände igen sig i. Efter att ha gått i behandlingen ett tag kände de flesta dock att de trivdes i gruppen, de lärde sig mycket och stämningen var accepterande (Shamai & Buchbinder, 2010). Den utvecklingen stämmer överens med det som informanterna i denna studie upplevde. Det var dock några som upplevde att de inte passade in i gruppen på grund av att de andra gruppdeltagarna upplevdes vara våldsammare än de själva. Shamai och Buchbinder (2010) skriver att de som inte kommer över nervositeten eller inte kan eller vill identifiera sig med den övriga gruppen kommer att distansera sig själva kognitivt och emotionellt från de andra. Distanseringen kan troligtvis leda till att deltagaren inte kan tillgodogöra sig behandlingen i samma utsträckning som de som känner gemenskap med gruppen.

Informanterna upplevde att det var en lättnad att upptäcka att de inte var ensamma med sina problem utan att det fanns andra som upplevde samma eller liknande saker. Gruppen blev på så vis en gemenskap. Även detta stämmer överens med resultat från andra studier av gruppterapi mot våld (Slivergleid & Mankowski, 2006; Shamai & Buchbinder, 2010). Yalom och Leszcz (2005) skriver att gruppterapi är lämpligt för att diskutera känsliga och tabubelagda ämnen. Individer som har sådana typer av problem har en tendens att avskärma sig från övriga samhället och upplever sig ofta ensamma och helt unika med sina problem. I gruppterapi kan de inse att det faktiskt finns andra med liknade problematik och i den trygga miljön som gruppen utgör vågar de öppna sig och berätta om sina problem (Yalom & Leszcz, 2005). Gruppterapi tycks ha haft denna effekt även i MVU:s behandling. I den aktuella studien var det flera som kände en saknad efter gruppen efter att behandlingen avslutats eftersom de tappade den gemenskap som gruppen inneburit. Kanske kunde MVU uppmuntra gruppmedlemmarna till att hålla kontakten privat efter att behandlingen avslutats så att deltagarna kan fortsätta hitta stöd hos varandra.

Utfall av behandlingen

Studien avsåg inte att mäta våldsbeteendet hos deltagarna efter behandlingen, men det framkom en rad andra utfall av intresse som troligtvis även påverkar bruket av våld. Informanterna berättade bland annat att de genom behandlingen hade insett vidden av sina problem och även förstått att det var de som var ansvariga för våldet de hade utövat, ingen annan. Det faktum att informanterna tog upp detta som något de insett under behandlingen tyder på att MVU har lyckats med att förmedla ett av de grundläggande ställningstagandena i behandlingen, att det är utövaren som bär ansvaret (Socialstyrelsen, 2010). I Sheehan, Tahkor

och Stewarts (2012) systematiska litteraturöversikt över kvalitativa studier om mäns upplevelser av vändpunkter för bruk av våld i nära relationer framkommer det i samtliga sex inkluderade studier att männen tycker att ansvarstagande är viktigt för förändrat beteende. För att kunna ändra beteendet är det viktigt att vara ärlig och erkänna våldet och att ta ansvar för konsekvenserna.

Informanterna upplevde vidare att de efter behandlingen hade lärt sig att läsa av situationer på ett annat sätt. De hade lärt sig att förutse när en situation eventuellt kunde eskalera till ett bråk och de hade också lärt sig känna av känslan av aggression i kroppen. I studien av Sheehan et al. (2012) tas det upp att kännedom kring sina egna beteenden och känslor innan våldet bryter ut är en nödvändig faktor för att kunna stoppa våldet. Spända käkar eller trampande med fötterna kan fungera som en varningssignal och om sådana signaler uppmärksammas kan personen använda inlärd strategier för att lugna sig. En annan faktor som också tas upp i litteraturöversikten är kommunikation, männen tycker att det är viktigt att kunna lyssna och svara på ett ordentligt sätt för att undvika konflikter (Sheehan et al., 2012). Något som informanterna i den aktuella studien tyckte att de hade blivit bättre på.

Våldsutövare lider ofta av olika former av ohälsa, till exempel i form av hög alkoholkonsumtion, narkotikabruk (Riggs et al., 2000; Askeland & Heir, 2014) eller olika typer av psykiska besvär (Askeland & Heir, 2014). Informanterna i studien upplevde att de efter behandlingen mådde bättre än innan de påbörjade behandlingen. De flesta upplevde en generellt bättre psykisk hälsa i form av att de var gladare och lugnare och några upplevde också att behandlingen hjälpt dem att hantera eller bli frisk från depression. I Socialstyrelsens (2010) utvärdering över insatser för våldsutövare uppvisar männen från de inkluderade ATV-verksamheterna på minskade upplevda psykiska besvär och högre känsla av sammanhang efter behandlingen (Socialstyrelsen, 2010). Socialstyrelsens utvärdering visar alltså på liknande resultat gällande hälsoförändringar som denna studie. I Socialstyrelsens (2010) utvärdering framkommer det också att alkohol- och narkotikabruket minskade efter behandlingen. Informanterna i den aktuella studien nämnde inte behandlingens effekt på alkohol- och narkotikabruk men det kan möjligen bero på att området upplevs som privat och lite genant snarare än att effekten inte fanns. Enligt en norsk utvärdering upplever en del män som genomgått ATV behandling problem med intima relationer och psykisk ohälsa (Isdal & Råkil, 2002) några sådana tendenser kunde inte heller upptäckas i denna studie. Informanterna uppgav tvärtom att de mådde psykiskt bättre än innan behandlingen, även om det fanns bättre och sämre dagar. Ingen information om deltagarnas privata relationer samlades in varpå det

kan finnas problem med intimitet som inte fördes på tal i denna studie. Ytterligare studier kring dessa faktorer behövs.

Tillämpning av den ekologiska modellen

Flera av de olika faktorerna kring behandlingen som tas upp i studiens resultat kan kopplas till olika system i den ekologiska modellen av Heise (1998). Samtidigt är det svårt att avgöra exakt i vilket system en faktor hör hemma, då det i vissa fall är en tolkningsfråga. Heise (1998) skriver dock att även om det kan finnas meningsskiljaktigheter kring i vilket system en faktor ska placeras så är det samspelet mellan faktorer i olika system som är den viktigaste utgångspunkten i den ekologiska modellen.

I den personliga bakgrunden inkluderas personliga erfarenheter och karaktäristika som påverkar hur personen kommer att reagera på faktorer i andra system (Heise, 1998).

Upplevelser hos informanterna i den aktuella studien som kan kopplas till personlig bakgrund var till exempel att ha lärt känna och förstå sig själv. Informanterna upplevde att de hade fått förklaringar till sin aggression genom att se på sina tidigare erfarenheter, några tog upp att de kunde se ett samband mellan sin barndom och sitt nuvarande beteende. Att ha bevittnat våld mellan föräldrarna (Narayan et al., 2017) eller att ha blivit utsatt för våld som barn är riskfaktorer för att själv utöva våld i vuxen ålder (Afifi et al., 2017). Psykisk ohälsa är enligt Askeland och Heir (2014) också en riskfaktor för att bruka våld i nära relationer. En informant upplevde att han genom behandlingen hade fått en aning om vilka psykiska problem som kunde ligga bakom våldsbeteendet men han tyckte inte att han hade fått fullständig hjälp med att hantera dem. En annan informant upplevde å andra sidan att behandlingen hade hjälpt honom att bli frisk från sin depression. Behandlingen vid MVU är inte specifikt inriktad på att bota olika psykiska åkommor men kan emellertid fungera som ett stöd för detta.

I mikrosystemet interagerar individen i direkt kontakt med andra människor, familjen är den allra främsta komponenten i detta system (Heise, 1998). Deltagarna i studien hade flera upplevelser som var relaterade till familjen. De tyckte att de hade lärt sig att förstå andra människor på ett bättre sätt och att de hade fått mer respekt för andra personers känslor och upplevelser. Heise (1998) skriver att konflikter i äktenskapet är en riskfaktor för våld, och informanterna i denna studie upplevde att de genom behandlingen hade kunnat minska antalet konflikter eftersom de har lärt sig att identifiera situationer som kan eskalera och även lärt sig att lugna ner sig. De tyckte också att de hade lärt sig att hantera sina barn på ett bättre sätt, de var lugnare och kunde tala till dem på ett mer lämpligt vis. Behandlingen har alltså lärt

individerna att agera på ett bättre sätt i de relationer som denne har inom sitt mikrosystem. Behandlingen har även tydliggjort för deltagarna att det är de som har ansvaret för det våld de utövat inom sitt mikrosystem. Heise (1998) beskriver vidare exosystemet som det system där sociala strukturer finns som individen lever i och därmed även påverkas av.

Socioekonomiskstatus, nivån av social isolering och våldsamma umgängeskretsar är sådant som återfinns i exosystemet och som kan påverka bruket av våld (Heise, 1998). Det kunde inte identifieras några faktorer från exosystemet från informanternas svar. Det behöver nödvändigtvis inte betyda att exosystemet inte berörs i behandlingen, kanske var intervjuguiden inte utformad på ett sådant sätt att exosystemet fördes på tal.

I det yttersta systemet, makrosystemet, återfinns kulturella värderingar och normer som påverkar de lägre stående systemen (Heise, 1998). Flera av männen som deltog i studien tyckte att de hade lärt sig att prata om känslor, något som de inte hade gjort tidigare och som de inte upplevde sig helt bekväma med. Heise (1998) skriver att stereotypa könsroller och en upplevelse av maskulinitet som kopplas till dominans och tuffhet är riskfaktorer för våld i nära relationer. Att visa och uttrycka känslor kan traditionellt sett uppfattas som omanligt men genom behandlingen kan deltagarna ha kommit till insikt om att det är nyttigt att kunna tala om känslor även som man. Behandlingen har kanske förändrat deltagarnas uppfattningar av könsroller och syn på maskulinitet, även om en informant upplevde att det skulle ha varit bra att inkludera kvinnor i behandlingsgruppen för att minimera risken att påverkas av manliga normer. En intervjuperson hade en uppfattning av maskulinitet som stämmer väl överens med riskfaktorerna i makrosystemet:

”Men de flesta skulle säkert må jättebra av att komma iväg och prata, det är, speciellt män. Det är väldigt mycket att man kör sitt race och så ska man vara så stoisk och tuff.”

MVU:s behandling tycks alltså ingripa aspekter från flera olika system, dock möjligen inte så mycket från exosystemet. Att beröra flera olika system, istället för att bara rikta in sig på ett är enligt Råkil (2002) en framgångsfaktor för en lyckad behandling. Genom att arbeta med våldet på olika nivåer är chansen större att skapa en hållbar förändring (Råkil, 2002). Det kan tänkas vara så att olika män har problem som bottnar i olika system eller kombinationer av system, att erbjuda en behandling som berör flera system innebär därmed en större chans att hjälpa fler. En behandling som enbart till exempel tar hänsyn till individens personliga bakgrund skulle kanske inte fungera för de som har starka normativa uppfattningar om maskulinitet.

Metoddiskussion

Design

För denna studie användes en kvalitativ ansats vilket upplevdes som en styrka för studien. Den kvalitativa ansatsen valdes baserat på studiens syfte eftersom den är passande vid studier av människors upplevelser av ett fenomen. En annan orsak till att den kvalitativa designen passade väl till studien var att den är lämplig vid studier av explorativ karaktär (Bryman, 2011), vilket denna studie har då det inte fanns särskilt mycket fakta från tidigare att basera datainsamlingen på. Den kvalitativa ansatsen stöds också av ett rent praktiskt skäl då det totala antalet personer som kunde ha inkluderats med valda exklusions- och inklusionskriterier enbart uppgick till 34 personer vilket i de flesta fall inte är tillräckligt för kvantitativ forskning.

Urval

Studiens urval skedde genom ett retrospektivt konsekutivt urval (Martinez-Mesa et al., 2016) genom att i turordning kontakta personer som avslutat sin behandling 2018-03-27 och bakåt. Gränsen för hur långt bak i tiden populationen sträckte sig sattes till april år 2015 eftersom före denna tidpunkt skedde registreringen för klienter i ett annat system och detta registreringssystem var inte tillgängligt och således inte heller namn och kontaktuppgifter till de som gått behandlingen. Den andra tidsgränsen, 2018-03-27 sattes eftersom det fanns en önskan om att deltagarna skulle ha haft tid att tillämpa metoderna från behandlingen på egen hand i sitt vardagsliv. En möjlig svaghet med att studien inkluderade personer som hade genomgått behandlingen för flera år sedan var att det kan ha inneburit problem med att komma ihåg behandlingen. Vid utformandet av studien upplevdes det som en nödvändighet att inkludera alla som avslutat behandlingen ända bak till 2015-04-02 för att säkerställa att urvalet skulle bli tillräckligt stort. En möjlighet hade varit att istället flytta fram den andra datumgränsen, så att rekryteringen av dem som hade avslutat sin behandling hade påbörjats exempelvis från 2018-06-01. Då skulle de första informanterna haft kortare tid på sig att tillämpa behandlingen på egen hand men samtidigt skulle urvalsramen inte behövt sträcka sig lika långt bak i tiden. Vid intervjuerna upplevdes dock inte minnessvårigheter som ett problem, informanterna berättade relativt obehindrat om sina upplevelser.

Samtliga i urvalet gav en övervägande positiv bild av behandlingen och det kan vara så att de som var missnöjda med behandlingen var mindre benägna att delta vilket i så fall utgör en svaghet för studien. Detta eftersom det i så fall inte gavs en heltäckande bild av hur deltagarna upplevde behandlingen i studiens resultat och viktiga förbättringsområden kan ha missats.

Även valda exklusionskriterier kan ha påverkat resultatet, då de som valt att inte fullfölja behandlingen också kan ha avvikande och möjligen mer negativa upplevelser. Vidare kan upplevelser som är kopplade till kulturella skillnader och könsskillnader ha förbisetts. Det slutliga urvalet resulterade i elva personer, detta efter kontaktförsök med samtliga lämpliga individer inom givna tidsramar. Urvalet upplevdes möjligen ha lett till mättnad då det under den sista intervjun inte framkom någon ny information, enligt Bryman (2011) kan mättnad vara ett tecken på att fler intervjuer inte behövs genomföras då det troligen inte skulle tillföra något ytterligare till studien och det ses således som en styrka för studien.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde med hjälp av semistrukturerade intervjuer, metoden ansågs lämplig för att besvara studiens syfte. En risk med intervjuer som Bryman (2011) lyfter fram är att informanten kan vilja ge en positiv bild av sig själv eller ge sådana svar som den tror att intervjuaren vill höra (Bryman, 2011). I denna studie ansågs det vara en styrka att intervjuaren var en utomstående person och inte en del av MVU eftersom det kan ha inneburit att informanterna kände sig mer bekväma med att berätta även om negativa upplevelser. Bryman (2011) lyfter även problemet med att frågor som upplevs som känsliga kan ha en negativ effekt på intervjun ifall det gör informanten obekväm och ovillig att svara under resten av intervjun (Bryman, 2011). Denna studie berörde förvisso ett känsligt ämne, men frågorna handlade inte om informantens våldsbeteende varpå informanten inte behövde ta upp sina personliga förhållanden om den inte ville. Stämningen i samtliga intervjuer upplevdes även som god.

Intervjuguiden i denna studie bidrog med en struktur som gjorde det möjligt att göra jämförelser och se mönster mellan olika informanters upplevelser samt förhindrade att materialet blev alltför spretigt för att kunna sammanfattas. Det eftersträvades också att i enlighet med Brymans (2011) rekommendationer formulera frågorna så att de var lättförståeliga, icke-ledande samt inbjöd till utförliga svar (Bryman, 2011). Överlag tycktes informanterna förstå frågorna väl vilket anses som en styrka för studien, vid en intervju ombads intervjuaren dock att förklara frågan ”*Hur förändrade behandlingen din förståelse för ditt bruk av våld eller aggressionsproblem?*”

Förförståelse

I denna studie ökade kunskapen om ATV och MVU under formuleringen av bakgrundsavsnittet, informationen om behandlingsmetoderna som då framkom var av övervägande positiv karaktär varpå det upplevdes som viktigt att även uppmärksamma sådant

som kunde tyda på mindre positiva upplevelser vid datainsamlingen och analysen. Malterud (2009) skriver att ett sätt att kontrollera om förförståelsen kan ha påverkat resultatet är att jämföra det som faktiskt framkom i resultatet mot det som på förhand förväntades framkomma. Om det visar sig att förväntningarna och det faktiska resultatet överensstämmer i hög grad kan det bero på att förförståelsen har gjort att ny kunskap har förbisetts. I denna studie hittades flera aspekter som inte förutsågs, till exempel hur psykiskt påfrestande behandlingen var och användbarheten av inlärd teknik i relationer utanför familjen.

Analys

I studien tillämpades tematisk analys, en analysmetod som är relativt lätthanterlig och som lämpar sig för att hitta mönster i kvalitativa data (Braun & Clarke, 2006). Den valda analysmetoden möjliggjorde för att upptäcka fem områden som blev föremål för utvärdering i enlighet med studiens syfte och ansågs därför lämplig. En styrka med den tematiska analysen var att tillvägagångssättet säkerställde att analysen blev noggrant genomförd eftersom metoden ingriper att framtagna teman granskas och förbättras i flera steg. Med hjälp av den tematiska analysen upplevdes det att majoriteten av det insamlade materialet kunde presenteras i resultatet samt att upplevelser som skiljde sig från de övrigas också kunde inkluderas. Braun och Clarke (2006) skriver att det så gott som alltid kommer att finnas motsägelser i det material som presenteras i en studie och att det är viktigt att uppmärksamma även dessa för att kunna framställa ett trovärdigt resultat.

Kvalitetskriterier

För att bedöma kvalitativa studiers kvalitet används begreppet trovärdighet, en hög trovärdighet eftersträvas och detta uppnås genom att se till att studien har god tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet. Tillförlitlighet motsvarar ungefär reliabilitet i kvantitativa studier och kan bedömas genom att granska beskrivningen av tillvägagångssättet i studien.

Forskningsprocessen ska vara väldokumenterad, logisk och kunna replikeras (Patton, 2015). I denna studie eftersträvades det att noggrant redovisa hela forskningsprocessen från problemformulering till analys och presentation av resultat för att höja studiens tillförlitlighet. Om så önskas bör studien kunna replikeras, med det undantaget att urvalet inte kommer att bli likadant då det inte baserades på sannolikhet, vilket i sin tur givetvis skulle påverka resultatet. Utöver en tydlig beskrivning av forskningsprocessen höjs studiens tillförlitlighet också av att handledaren granskade arbetet under processen och gav återkoppling kring huruvida valt tillvägagångssätt var välbeskrivet och logiskt.

Giltighet motsvarar intern validitet i kvantitativa studier och handlar om hur väl det som presenteras i studiens resultat faktiskt överensstämmer med hur informanterna uppfattar det studerade fenomenet. Ett sätt att förbättra en studies giltighet är att använda triangulering, vilket innebär att information samlas in genom flera olika metoder, från flera olika källor eller med olika teoretiska perspektiv (Patton, 2015). I denna studie tillämpades inte triangulering, men exempelvis kunde enkäter ha använts för att få ytterligare information om hur informanterna upplevde behandlingen. Informanterna hade kanske gett en annan bild av behandlingen om de inte hade behövt berätta om det ansikte mot ansikte. Giltigheten i studien kan även ha påverkats negativt av att frågeformuläret som användes konstruerades enkom för denna studie och av att inga regelrätta pilotintervjuer kunde genomföras med den tilltänka målgruppen. Frågorna var således inte testade i förväg för att garantera att de var relevanta för syftet. För att stärka giltigheten ställdes en del kontrollfrågor till informanten under intervjuens gång för att bekräfta att det som sades uppfattades på rätt sätt, däremot fanns det ingen möjlighet till validering från informanterna i efterhand. De framtagna temana har diskuterats med handledaren vilket stärker giltigheten då flera personer bedömt temanas relevans. Genom att inkludera citat i resultatavsnittet ökar också möjligheten för att bedöma studiens giltighet eftersom det kan ge en uppfattning om huruvida det som sagts tycks överensstämma med det som presenterats. Att intervjuerna spelades in var också positivt för studiens giltighet då det möjliggör för att återge det som informanterna sagt korrekt.

Överförbarhet motsvarar extern validitet och handlar om i vilken utsträckning resultaten kan generaliseras till andra fall. För att kunna fastställa en studies överförbarhet krävs det att tillräcklig information kring det aktuella studerade fallet presenteras så att det är möjligt att göra en bedömning av i vilken utsträckning och till vilka andra situationer resultaten kan överföras (Patton, 2015). Det eftersträvades att beskriva såväl MVU som deras behandlingsmetod på ett utförligt sätt för att möjliggöra en sådan bedömning, men resultaten kan inte direkt överföras till någon annan kontext. Det går till exempel inte att anta att resultaten är giltiga för andra behandlingsenheter som jobbar med en ATV-inspirerad metod, då informanternas upplevelser var specifikt kopplade till MVU. Det kan också vara så att de som valde att inte delta i studien har andra upplevelser av behandlingen än de som deltog varpå resultaten inte heller nödvändigtvis är överförbara till alla som genomgått behandlingen vid MVU. Resultaten kan vidare inte sägas vara gällande även för kvinnor då de kan ha andra uppfattningar kring våld än män och därmed även kring behandlingen.

Etik

Under studien har flertalet etiska överväganden gjorts. Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) fastslår att det alltid ska göras en avvägning mellan den nytta som forskningen kan bidra med samt den eventuella skada som den kan orsaka deltagarna (SFS 2003:460). Under intervjuerna framkom det att flera av informanterna hade upplevt behandlingen som psykiskt krävande, och möjligen kan intervjun ha påmint deltagarna om dessa gamla känslor. Dessutom kretsade intervjuerna kring det känsliga ämnet våld i nära relationer vilket kan ha orsakat deltagarna ett visst psykiskt lidande. Samtidigt kunde deltagarna genom att dela med sig av sina upplevelser bidra till att utveckla och förbättra behandlingen för våldsutövare i framtiden, vilket bedömdes kunna väga upp det psykiska obehag som informanterna eventuellt upplevde. Ingen av informanterna valde heller att hoppa över frågor eller att avbryta intervjun vilket kan vara en indikation på att de inte upplevde intervjusituationen som allt för obekvämt. Detta underlättades troligen av att intervjuerna inte heller syftade till att samla in information om informanternas personliga beteenden i förhållande till våld utan enbart deras upplevelser av den behandling de deltagit i.

Informanterna godkände sitt deltagande i studien genom ett muntligt samtycke. För att ett samtycke ska vara giltigt enligt Helsingforsdeklarationen krävs det att informanten känner till syftet med studien, vad materialet kommer att användas till, att deltagandet kan avbrytas samt att samtycket sker frivilligt (World Medical Association, 2018). Denna information fanns i studiens informationsbrev som deltagarna hade möjlighet att ta del av vid tre tillfällen. Valet att enbart inhämta ett muntligt samtycke grundade sig på Vetenskapsrådets (2017) rekommendationer om att skydda deltagarnas identitet, något som är extra viktigt då det rör sig om grupper som kan bli utsatta för stigmatisering i samhället (Vetenskapsrådet, 2017). Genom att inte samla in deltagarnas namn minskade risken för att avslöja deras identitet avsevärt. Av samma orsak efterfrågades inte heller personliga uppgifter som ålder eller yrke under intervjuerna, detta bedömdes inte vara nödvändig information för att kunna genomföra studien.

De personer som deltog i intervjun tilldelades en trisslott från MVU efter att intervjun var klar. Bryman (2011) skriver att erbjudande om pengar, lotter eller biobiljetter kan göra informanter mer benägna att delta i en undersökning. Samtidigt kan det reflekteras kring huruvida det är etiskt korrekt att "locka" personer till att delta med hjälp av sådana incitament. I denna studie fick inte informanterna veta att de skulle tilldelas en lott förens efter att de hade

genomfört intervjun varpå den inte kan ha fungerat som en påverkansfaktor när individen valde att delta i studien.

Studiens betydelse och förslag för vidare forskning

Denna studie har bidragit med ny kunskap om behandlingsmetoden som tillämpas vid MVU och kan användas som kvalitetsutveckling av behandlingen. Med hjälp av studiens resultat kan MVU få en uppfattning om vad i behandlingen som är uppskattat hos deltagarna och vad som eventuellt kan behöva utvecklas. Genom att säkerställa att det som informanterna upplevde som positivt förmedlas till alla deltagare i behandlingen och genom att reflektera kring och eventuellt åtgärda delar i behandlingen som informanterna var kritiska till kan MVU erbjuda en ännu bättre behandling i framtiden. Studien uppmärksammar således det behov av utvärdering och metodutveckling som enligt regeringen finns inom området för behandling av våld i nära relationer (Skr. 2016/ 17:10). På lång sikt kan studien även bidra till att mängden våld i nära relationer minskar då bättre behandlingsinsatser bör minska risken för återfall i våldsamt beteende.

Denna studie studerar inte hur bruket av våld har påverkats av behandlingen, varpå ytterligare studier behövs för att säkerställa huruvida MVU uppnår sitt primära mål med behandlingen. Detta kunde med fördel studeras med hjälp av en kvantitativ metod och med information inhämtad från såväl behandlingsdeltagaren som dennes eventuella partner. För att kunna fastställa om MVU:s ATV-baserade behandling är relevant i syftet att minska våldsbruket måste även antagandena som behandlingen bygger på utvärderas. Att våldet är könsrelaterat och kopplat till maskulinitet finns det belegg för (WHO, 2010; Heise, 1998). Till viss del tycks våldet även kunna användas i avseendet att bemästra (Neal & Edwards, 2017). Våld som en reaktion på vanmakt tycks basera sig på grundaren av ATV metoden Isdals erfarenhet och upplevelser (Isdal, 2017) varpå ytterligare studier skulle behövas gällande det. Även studier av hur antagandena samspelar behövs för att kunna säkerställa metodens effektivitet. För utomstående verksamheter kunde det även vara intressant att ta del av MVU:s terapeuters synpunkter och upplevelser av behandlingen. Deras upplevelser kunde även jämföras mot deltagarnas för att se om uppfattningen av vad som är viktigt i behandlingen är samstämmig. Slutligen vore det av relevans att också intervjua kvinnorna som har genomgått behandlingen för att kunna erbjuda även dem bästa möjliga behandling i framtiden.

Slutsats

Slutsatsen av denna studie är att mäns upplevelser av MVU:s behandling mot aggressions- och våldsproblematik i nära relationer överlag var mycket positiva. Vissa delar av

behandlingen upplevdes som psykiskt påfrestande, men i slutändan mådde deltagarna bättre efter behandlingen än före. De tyckte att behandlingen var upplagd på ett passande sätt och innehöll det som de behövde för att kunna förändra sitt beteende. Terapeuterna hade fullgod kompetens för att genomföra behandlingen och behandlingsgruppen var ett särskilt viktigt inslag som erbjöd stöd och gemenskap. Deltagarna hade fått med sig olika lärdomar och färdigheter från behandlingen som på flera sätt minskar risken för våldsamma beteenden. Ett samarbete mellan MVU och en psykiatrisk mottagning som kan ta över behandlingen ifall detta behov föreligger då behandlingen avslutas vid MVU kan rekommenderas. Andra rekommendationer är att anpassa barnperspektivet i behandlingen för föräldrar till barn med psykiska diagnoser samt att göra mer reklam för mottagningen.

REFERENSER

- Afifi, T. O., Mota, N., Sareen, J., & MacMillan, H. L. (2017). The relationships between harsh physical punishment and child maltreatment in childhood and intimate partner violence in adulthood. *BMC Public Health, 17*(493), 1-10. doi: 10.1186/s12889-017-4359-8
- Akoensi, T. D., Koehler, J. A., Lösel, F., & Humphreys, D. K. (2012). Domestic Violence Perpetrator Programs in Europe, Part II: A Systematic Review of the State of Evidence. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 57*(10), 1206-1225. doi: 10.1177/0306624X12468110
- Askeland, I. R., & Heir, T. (2014). Psychiatric disorders among men voluntarily in treatment for violent behavior: a cross-sectional study. *BMJ Open, 4*(4), 1-5. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004485
- Askeland, I. R., Lømo, B., Strandmoen, J-F., Heir, T., & Tjersland, A. O. (2012). *Kjennetegn hos men som har oppsøkt Alternativ til Vold (ATV) for vold i nære relasjoner* (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress 4:2012). Hämtad från Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
<https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/Kjennetegn-hos-menn-som-har-oppsokt-Alternativ-til-vold-ATV-for-vold-i-naere-relasjoner.pdf>
- ATV. (u.å.a). *Forskning*. Hämtad 2019-01-21 från <https://atv-stiftelsen.no/for-fagfolk/forskning/>
- ATV. (u.å.b). *Behandlingssamarbeid i Norden*. Hämtad 2019-01-21 från <https://atv-stiftelsen.no/om-oss/behandlingssamarbeid-i-norden/>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice, 16*(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Breiding, M. J. Smith, S. G., Basile, K. C., Walters, M. L., Chen, J., & Merrick, M. T. (2015). Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization—National IntimatePartner and

- Sexual Violence Survey, United States, 2011. *American Journal of Public Health*, 105(4), 11-12. doi: 10.2105/AJPH.2015.302634
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. doi: 10.1037/0003-066X.32.7.513
- Brown, J. (2014). Factors Related to Domestic Violence in Asia: The Conflict between Culture and Patriarchy. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24(7), 828-837. doi: 10.1080/10911359.2014.884962
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (uppl. 2). Malmö: Liber.
- BRÅ. (2014). *Brott i nära relationer- en nationell kartläggning*. Stockholm: Fritzes Offentliga publikationer.
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260-268. doi: 10.1016/S0749-3797(02)00514-7
- Costa, D., Hatzidimitriadou, E., Ioannidi-Kapolou, E., Lindert, J., Soares, J., Sundin, Ö., ... Barros, H. (2016). Male and female physical intimate partner violence and socio-economic position: a cross-sectional international multicentre study in Europe. *Public Health*, 139, 44-52. doi: 10.1016/j.puhe.2016.05.001
- Costa, D., Soares, J., Lindert, J., Hatzidimitriadou, E., Sundin, Ö., Toth, O., ... Barros, H. (2015). Intimate partner violence: a study in men and women from six European countries. *International Journal of Public Health*, 60(4), 467-478. doi: 10.1007/s00038-015-0663-1
- Eckhardt, C. I., Murphy, C. M., Withaker, D. J., Sprunger, J., Dykstra, R., & Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner abuse*, 4(2), 196-231. doi: 10.1891/1946-6560.4.2.196.
- Fulu, E., & Miedema, S. (2015). Violence Against Women: Globalizing the Integrated Ecological Model. *Violence Against Women*, 21(12), 1431-1455. doi: 10.1177/1077801215596244

- Hamel, J. (2016). Domestic Violence Perpetrator Programs Around the World. *Partner Abuse*, 7(3), 223-225. doi: 10.1891/1946-6560.7.3.223
- Hamilton, L., Koehler, J. A., & Lösel, F. A. (2013). Domestic Violence Perpetrator Programs in Europe, Part I: A survey of Current Practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(10), 1189-1205. doi: 10.1177/0306624X12469506
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence against women*, 4(3), 262-290. doi: 10.1177/1077801298004003002
- Isdal, P. (2017). *Meningen med våld*. Stockholm: Gothia fortbildning.
- Isdal, P., & Råkil, M. (2002). Volden er mannens ansvar- behandling av mannlige voldsutøvere som tiltak mot kvinnemishandling. I M. Råkil (Red.), *Menns vold mot kvinner- behandlingserfaringer og kunnskapsstatus* (s. 100-128). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kelly, U. A. (2011). Theories of intimate partner violence: from blaming the victim to acting against injustice: intersectionality as an analytic framework. *Advances in Nursing Science*, 34(3), 29-51. doi: 10.1097/ANS.0b013e3182272388
- Kozar, C. J., & Day, A. (2012). The therapeutic alliance in offending behavior programs: A necessary and sufficient condition for change? *Aggression and violent behavior*, 17(5), 482-487. doi: 10.1016/j.avb.2012.07.004
- Maclean, M. J., Sims, S., Bower, C., Leonard, H., Stanley, F. J., & O'Donnell, M. (2017). Maltreatment Risk Among Children With Disabilities. *Pediatrics*, 139(4), 1-12. doi: 10.1542/peds.2016-1817
- Malterud, K. (2009). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Martínez-Mesa, J., González-Chica, D. A., Duquia, R. P., Bonamigo, R. R., & Bastos, J. L. (2016). Sampling: how to select participants in my research study?. *Anais brasileiros de dermatologia*, 91(3), 326-330. doi: 10.1590/abd1806-4841.20165254
- MVU. (2018). *MVU:s förvaltningsberättelse för 2017*. Uppsala: Mottagningen mot våld i nära relationer

- MVU. (u.å.a). *Historik och utveckling*. Hämtad 2019-01-20 från <http://mvu.nu/om-mvu/sida9/>
- MVU. (u.å.b). *Kontakta MVU*. Hämtad 2019-01-20 från <http://mvu.nu/privatpersoner/hur-ser-problemen-ut/>
- Narayan, A. J., Labella, M. H., Englund, M. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2017). The legacy of early childhood violence exposure to adulthood intimate partner violence: Variable- and person-oriented evidence. *Journal of Family Psychology, 31*(7), 833-843. doi: 10.1037/fam0000327
- NCK. (2014). *Våld och hälsa- en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.
- NCK. (u.å.). *Våld i nära relationer*. Hämtad 2019-01-10 från <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>
- Neal, A. M., & Edwards, K. M. (2017). Perpetrators' and Victims' Attributions for IPV: A Critical Review of the Literature. *Trauma, Violence & Abuse, 18*(3), 239-267. doi: 10.1177/1524838015603551
- Nowinski, S. N., & Bowen, E. (2012). Partner violence against heterosexual and gay men: prevalence and correlates. *Aggression and Violent Behavior, 17*(1), 36-52. doi: 10.1016/j.avb.2011.09.005
- Nybergh, L., Taft, C., Enander, C., & Krantz, G. (2013). Self-reported exposure to intimate partner violence among women and men in Sweden: results from a population-based survey. *BMC Public Health, 13*(845), 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-13-845
- Reichel, D. (2017). Determinants of Intimate Partner Violence in Europe: The Role of Socioeconomic Status, Inequality, and Partner Behavior. *Journal of Interpersonal Violence, 32*(12), 1853-1873. doi: 10.1177/0886260517698951
- Riggs, D. S., Caulfield, M. B., & Streets, A. E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology, 56*(10), 1289-1316. doi: 10.1002/1097-4679(200010)56:10<1289::AID-JCLP4>3.0.CO;2-Z
- Råkil, M. (2002). A Norwegian integrative model for the treatment of men who batter. *Family violence & sexual assault bulletin, 18*(1), 6-14.

- Sabbah, E. A., Chang, Y-P., & Campbell-Heider, N. (2017). Understanding intimate partner violence in Jordan: Application of the ecological model. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(3), 156-163. doi: 10.1111/ppc.12157
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1962:700. *Brottsbalk*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Shamai, M., & Buchbinder, E. (2010). Control of the Self: Partner-Violent Men's Experience of Therapy. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(7), 1338-1362. doi: 10.1177/0886260509340538
- Sheehan, K. A., Tahor, S., & Stewart, D. E. (2012). Turning Points for Perpetrators of Intimate Partner Violence. *TRAUMA, VIOLENCE & ABUSE*, 13(1), 30-40. doi: 10.1177/1524838011426016
- Silvergleid, C. S., & Mankowski, E. S. (2006). How Batterer Intervention Programs Work Participant and Facilitator Accounts of Processes of Change. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(1), 139-159. doi: 10.1177/0886260505282103
- Siponen, U., & Välimäki, M. (2003). Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 129-135. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00567.x
- Skr. 2016/17:10. *Makt, mål och myndighet- feministisk politik för en jämställd framtid*. Hämtad från <https://www.regeringen.se/49d3d6/globalassets/>
- Socialstyrelsen. (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – Till och med 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Behandling av män som utövar våld i nära relationer- en utvärdering*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Definition av våld och utsatthet i nära relationer*. Hämtad 2019-01-10 från <https://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefrago>
- SOU 2018:37. *Att bryta ett våldsamt beteende: återfallsförebyggande insatser för män som utsätter en närstående för våld*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

- Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male Intimate partner violence as measured by the national violence against women survey. *Violence against women*, 6(2), 142-161. doi: 10.1177/10778010022181769
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- WHO. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women- taking action and generating evidence*. Genève: World Health Organization.
- WHO. (2005). *Summary report- WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women- initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Genève: World Health Organization.
- World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2019-01-27, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (uppl. 5). New York: Basic Books.

BILAGA 1

Informationsbrev

Utvärdering av deltagarnas upplevelser av en behandling mot våld i nära relationer

Hej!

Mitt namn är Erica Öström och jag studerar folkhälsoprogrammet vid Uppsala Universitet. Som min masteruppsats genomför jag en utvärdering av MVU:s aggressions- och våldsbehandling.

Du får detta informationsbrev eftersom du tidigare deltagit i MVU:s behandling för aggressions- och våldsproblematik och visat intresse för att delta i en intervju gällande behandlingen. Syftet med intervjun är att utvärdera behandlingen genom att samla in deltagares upplevelser av behandlingen. Detta kan sedan användas för att utveckla och förbättra behandlingen vid MVU så att fler kan få den hjälp de behöver. Resultaten från intervjun kommer att presenteras i en skriftlig rapport samt muntligt vid examinering av arbetet för personal och studenter på Uppsala Universitet.

Deltagandet i intervjun är frivilligt, du får själv välja om du vill låta bli att svara på vissa frågor och kan när som helst avbryta intervjun. Du kommer att vara anonym i intervjun och eventuella citat som publiceras i rapporten kommer att vara avidentifierade. Intervjun kommer att spelas in och sedan skrivas ut. Efter avslutat arbete kommer samtliga inspelningar och utskrifter förstöras. Intervjun kommer att genomföras i MVU:s lokaler på Kungsängsvägen 29B i Uppsala och beräknas pågå i cirka 30-45 minuter. Ditt deltagande är värdefullt för att förbättra verksamheten.

Vid önskan om att avbryta deltagandet efter genomförd intervju eller för övriga frågor är du välkommen att ta kontakt via uppgifterna nedan.

Tack på förhand för din medverkan!

Erica Öström

Student

erica.ostrom.5547@student.uu.se

Pranee Lundberg (handledare)

Universitetslektor, docent

pranee.lundberg@pubcare.uu.se

Mottagningen mot våld i nära relationer i Uppsala

info@mvu.nu

BILAGA 2

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

Hur hittade du till MVU?

När började du i behandlingen?

Hur länge gick du i behandlingen?

Hur många träffar deltog du vid?

Deltog du i gruppbehandling eller individuellbehandling? (alternativt både och)

Hade du partner- eller medförälder samtal i din behandling?

Skedde det någon överlämning av din behandling då behandlingen vid MVU avslutades?

Utvärdering av behandlingen:

- OM BÅDA BEHANDLINGSFORMER: vilket kände du att passade dig bäst?
- Varför?
- Hur upplevde du behandlingen?
- Vilka för- och nackdelar upplevde du med behandlingsformen?
- FÖR GRUPP: Hur kändes det att dela med sig av sina egna och ta del av andras berättelser?
- FÖR INDIVIDUELL: Hur kändes det för dig att dela med dig av dina berättelse till din terapeut?
- Vad hade du för förväntningar innan behandlingen startade?
- I vilken grad uppfylldes dina förväntningar?
- Vilka teman eller delar av behandlingen tycker du att har hjälpt dig mest?
- OM MEDFÖRÄLDERKONTAKT: Hur upplevde du barnperspektivet i behandlingen?
- Saknade du något i behandlingen?
- I hur stor mån känner du att du fick lyfta de funderingar du hade?
- Vad gillade du minst med behandlingen?
- Vad kände du när behandlingen var slut?

- OM ÖVERLÄMNING upplever du att överlämningen motsvarade de behov du hade?
- Hur förändrade behandlingen din förståelse för ditt bruk av våld eller aggressionsproblem?
- I hur stor utsträckning har du använt metoderna du lärde dig i behandlingen i din vardag efteråt?
 - Hur har de hjälpt dig?
 - Vilka metoder har du använt?
 - Använder du dem ännu?
 Eller
 - Varför har du inte använt dem?
- Hur påverkades ditt mående av behandlingen?
 - Hur har ditt mående förändrats under den tid som gått sen behandlingen avslutades fram tills nu?
- OM MEDFÖRÄLDER/PARTNERKONTAKT: Hur tror du att din partner upplevde behandlingen?

Avslutning

- Tycker du att vi har berört alla relevanta områden gällande behandlingen?
- Finns det någonting du vill tillägga?

Tack för din medverkan!