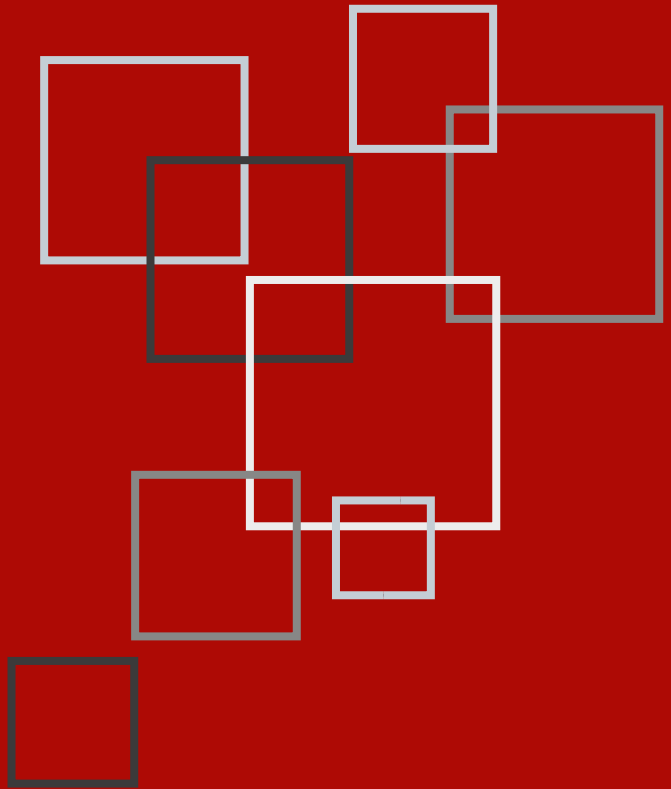




UPPSALA
UNIVERSITET

NCK
NATIONELLT CENTRUM
FÖR KVINNOFRID

ATT FRÅGA OM VÅLDSUTSÄTTHET SOM EN DEL AV ANAMNESEN



ATT FRÅGA OM VÅLDSUTSATTHET
SOM EN DEL AV ANAMNESEN

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK
Uppsala universitet
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
www.nck.uu.se
NCK-rapport 2010:4
ISSN 1654-7195
Första upplagan
Grafisk form: Matador Kommunikation
Tryck: Edita Västra Aros

Förord

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Uppsala universitet fick i regeringens handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer regeringsuppdraget *Att vidareutveckla metoder för att inkludera frågor om personlig erfarenhet av våld som en del av anamnesen inom hälso- och sjukvård* (Skr 2007/08:39). Uppdraget redovisas till regeringen senast 31 december 2010.

Uppdraget innebar att utreda förutsättningar för att rutinmässigt fråga kvinnor som söker den svenska hälso- och sjukvården om våld för att så tidigt som möjligt identifiera våldsutsatthet och kunna erbjuda adekvat rådgivning, och skulle mynna ut i en praktisk-klinisk vägledning.

NCK beslöt att belysa områden inom svensk sjukvård där de flesta kvinnor söker vård samt utsatta grupperns speciella behov i en rapport. Experter inom de aktuella områdena fick i uppdrag att sammanfatta forskning och kunskapsläge och komma med rekommendationer för sina respektive verksamhetsområden. Texterna har nu samlats i denna antologi.

Fyra studier har utförts inom ramen för uppdraget: en systematisk litteraturgenomgång; en studie av betydelsen av kulturella skillnader för hur frågan ska ställas; en hälsoekonomisk studie av effekten av tidig upptäckt av våldsutsatthet; en enkätstudie av läkares medvetenhet om förekomsten av våldsutsatthet i den kliniska vardagen. Resultaten av dessa presenteras också i antologin.

En referensgrupp med erfarenhet av frågor kring våld mot kvinnor har deltagit i ett rundabordssamtal för att komma med synpunkter på antologins innehåll och slutsatser.

Som komplement till antologin har NCK även tagit fram ett utbildningspaket bestående av åtta korta utbildningsfilmer som illustrerar situationer inom vården där frågan bör ställas, samt ett pedagogiskt material.

Överläkare Anna Berglund har varit huvudsekreterare för uppdraget och även redaktör för antologin. Styrgruppen för uppdraget har bestått av Gun Heimer, professor och chef för NCK, samt Åsa Witkowski, verksamhetschef för NCK:s kliniska enhet. I en styrgrupp för utbildningsfilmerna har även Annika Björck, chef för utbildningsenheten vid NCK, samt Karin Sandell, informationschef, ingått.

Genom detta arbete läggs grunden till en tidig identifiering av våldsutsatthet hos kvinnor som söker hälso- och sjukvård så att de kan erbjudas ett adekvat omhändertagande.

Uppsala december 2010

Gun Heimer
Professor, överläkare, chef för NCK

Anna Berglund
Med dr, överläkare, expert vid NCK

Innehållsförteckning

Förord	3
Författarpresentation	10
Övriga som medverkat under arbetet med antologin.....	12
1. Sammanfattning och slutsats	13
2. Varför ska frågan om erfarenhet av våld ställas?	15
Vad utmärker våld i nära relationer?.....	16
3. Att ställa frågan om våld	19
Att hitta ett sammanhang.....	20
Tidsaspekten.....	21
Var finns de våldsutsatta patienterna?.....	21
Vad tycker kvinnor om att bli tillfrågade?.....	23
Kvinnors mening om hur man ska fråga.....	24
"Om man inte frågar får man inget veta".....	25
Vad tycker personalen om att fråga?.....	26
Behovet av utbildning.....	27
Sammanfattning.....	27
4. Att fråga kvinnor med olika etnisk och kulturell bakgrund om våld i en nära relation – en fokusgruppsstudie	31
Bakgrund.....	31
Fokusgrupper med tolkar.....	32
Resultat.....	34
Sammanfattning av fokusgruppsintervjuerna.....	39
Slutsats.....	40
Praktiska råd.....	40
5. Förekomst av våld mot kvinnor i Sverige och internationellt	43
Sverige.....	45
Internationella studier.....	49
Sammanfattning.....	55
6. Hur hanteras frågor om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården internationellt? En litteraturöversikt	59
"Screening" eller ej?.....	59
Resultat av litteratursökningen.....	61

Jämförelser med Sverige.....	61
Annan forskning.....	62
Utbildning.....	62
Nationella centra och program för våld mot kvinnor.....	62
Aktuell situation i Sverige.....	64
Svenska policydokument.....	66
7. Våldets konsekvenser för hälsan.....	69
Fysiska skador.....	69
Ohälsa.....	70
Livssituation.....	71
Våldsutsatta kvinnors uppfattning om sin hälsa.....	71
Sammanfattning.....	72
8. Aktuell brottsstatistik om mäns våld mot kvinnor.....	75
Brottsrubricering.....	75
Kriminalstatistik.....	75
Uppklarings- och personupplklaringsprocenten.....	76
Grov kvinnofridskränkning.....	76
Misshandel mot kvinna 18 år eller äldre.....	77
Sexualbrott.....	79
Dödligt våld mot kvinnor, olaga hot och ofredande m.m.....	80
Avslutning och sammanfattning.....	82
9. Ekonomiska konsekvenser av mäns våld mot kvinnor En kunskapsöversikt samt kostnadsberäkningar utifrån tre typfall.....	85
Bakgrund.....	85
Litteraturgenomgång avseende kostnader för våld mot kvinnor.....	86
Kostnad för typfall av våldsutsatta kvinnor.....	86
Skattning av den årliga ekonomiska bördan av mäns våld mot kvinnor.....	91
Diskussion.....	92
10. Etiska aspekter på att rutinmässigt fråga om erfarenheter av våld i nära relationer.....	95
Tidigare forskning.....	96
Risk och nytta.....	97
Integritet och autonomi.....	98
Dokumentation.....	99

Ansvar och etisk kompetens	100
Slutsats	101
11. Genusperspektiv på att rutinmässigt tillfråga kvinnor om våld i nära relationer	105
Teoretisk ram.....	105
Att tillfråga enbart kvinnor.....	107
Mannens närvaro.....	108
Intersektionella aspekter	109
Avslutning.....	110
12. Frågor om våldsutsatthet ur primärvårdsperspektiv	113
Hälsoeffekter.....	113
Att fråga om våld.....	114
Primärvårdens möjligheter	115
Sammanfattning.....	116
13. Kvinnohälsovården	119
Hur vanligt är våldsutsatthet bland kvinnor som söker på en gynekologisk mottagning?.....	119
På abortmottagningen.....	120
Våldsutsatthet under graviditet.....	121
Effekter på graviditet och förlossning.....	123
Att ställa frågan inom kvinnosjukvården.....	123
Sammanfattning.....	124
14. Akutsjukvård och våldsutsatta kvinnor	127
Våld mot kvinnor registreras sällan.....	127
Akutsjukvårdens huvuduppgifter.....	128
Kvinnor som söker med uppenbara skador	128
Prehospital sjukvård.....	129
Våldsutsatta kvinnor som söker vård utan uppenbara skador	129
Riskbedömning.....	130
Attityder hos sjukvårdspersonal om våld i nära relation.....	130
Sammanfattning.....	131
15. Våldsutsatthet hos unga kvinnor och män	133
Hur vanligt är det att ungdomar utsätts för våld?	133
Ungdomars utsatthet för våld och deras hälsa.....	134

Ungdomsmottagningar.....	134
Att fråga ungdomar om deras erfarenhet av våld.....	134
Det goda exemplet.....	136
Sammanfattning.....	136
Avslutande reflektion	137
16. Våld i nära relationer bland äldre.....	139
Varför ska man ta upp våld i nära relationer bland äldre som ett särskilt kapitel?..	139
Vad är våld mot äldre?.....	139
Lagstiftning.....	140
Problem med begrepp och definitioner.....	140
Typ av våld och prevalens	141
Ser våldet från kvinnor och män olika ut?.....	142
Var i hälso- och sjukvården finns de äldre vi ska uppmärksamma?.....	143
Risikfaktorer – vad ska vi titta efter?	143
Sammanfattning.....	144
17. Hälso- och sjukvårdens bemötande av hbtq-personer som varit utsatta för våld i en nära relation.....	147
Faktorer som kan öka utsattheten bland hbtq-personer.....	148
Bemötande.....	150
Sammanfattning.....	152
Begreppsförklaring.....	152
18. Våldsutsatthet och vanliga psykiska symtom	157
19. Våldsutsatthet bland kvinnor som vänder sig till psykiatrisk vård	159
Psykiatrisk vård	159
Förekomsten av övergrepp mot kvinnor som vänder sig till psykiatrisk vård.....	160
Självrapporterade konsekvenser av övergrepp bland kvinnor som vänder sig till den psykiatriska vården	162
Behov av stöd.....	162
Professionellas bemötande	163
Hur bemöter man på bästa sätt kvinnor med psykisk sjukdom som utsatts för övergrepp?.....	164
Sammanfattning.....	165
20. Särskilt sårbara grupper	167
Kvinnor med funktionshinder.....	167

Kvinnor med mental utvecklingsstörning.....	168
Kvinnor som missbrukar	169
Sammanfattning.....	171
21. Barn som lever med våld i hemmet.....	173
Barnmisshandelns bestämningsfaktorer	174
Våld inom familjen.....	175
Våld mot mödrar och barn	175
Barns utsatthet	176
Motståndskrafter.....	177
Förändrad lagstiftning.....	178
Att kunna se och förstå sammanhanget.....	178
Sammanfattning.....	179
22. Mäns utsatthet för våld i nära relationer – mötet med hälso- och sjukvården.....	181
Omfattningen av mäns utsatthet för våld i nära relationer.....	181
Nordiska studier	183
Våldets former och uttryck.....	184
Medicinska och sociala konsekvenser.....	185
Många män anmäler inte våldet.....	186
Mäns behov av hjälp och stöd.....	186
Att ställa frågan om våld till män	187
23. Att fråga om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården kräver utbildning.....	191
Att kommunicera om våldsutsatthet.....	191
Utbildning om mäns våld mot kvinnor.....	193
Vad ger utbildning för effekter?	194
Sammanfattning.....	195
Appendix.....	197

Författarpresentation

Anita Bengtsson-Tops är docent i vårdvetenskap med inriktning psykiatri vid Högskolan i Kristianstad, med forskningsinriktning på livssituationen för personer med psykiskt funktionshinder, genus samt vård av personer med missbruk.

Anna Berglund är medicine doktor och verksam som mödrahälsovårdsöverläkare i Landstinget Västmanland samt som expert vid Nationellt centrum för kvinnofrid Uppsala universitet. Hon har forskat på besöksprogram för hälsovård under graviditet samt arbetat nationellt med policyfrågor inom mödrahälsovård.

Annika Björck är utbildningschef på Nationellt centrum för kvinnofrid vid Uppsala universitet.

Maaret Castrén är professor på Karolinska Institutet samt överläkare på verksamhetsområde Akut på Södersjukhuset. Hon är Sveriges första professor i akutsjukvård. Hennes forskning behandlar akut omhändertagande både inom sjukhuset och prehospitalt inom ambulanssjukvården.

Ingela Danielsson är medicine doktor och överläkare vid kvinnokliniken och FoU-enheten, Sundsvalls sjukhus. Hon har många års erfarenhet av arbete på ungdomsmottagning och hennes senare forskning berör ungdomars utsatthet för våld.

Mattias Friström har en politices magisterexamen i statsvetenskap och är verksam som utredare vid Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Anna Häger Glenngård, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE, Lund är politices magister i nationalekonomi och ekonomie kandidat i företagsekonomi. Hon arbetar med hälsoekonomiska utvärderingar av läkemedel och medicinsk behandling, sjukdomskostnadskalkyler samt inom projekt som rör organisation och finansiering av hälso- och sjukvård i olika länder.

Anna T Höglund är docent i etik och lektor i vårdetik med genusvetenskaplig inriktning vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet. Hennes forskning behandlar yrkesetik inom hälso- och sjukvården, samt frågor relaterande till genus och etik, såsom våld mot kvinnor och ojämlikhet i hälso- och sjukvården.

Staffan Janson är adjungerad professor i pediatrik vid Örebro universitet och institutionen för folkhälsovetenskap i Karlstad. Han är expert i regeringens Kommitté mot Barnmisshandel och i Barnsäkerhetsdelegationen och koordinerar de återkommande nationella undersökningarna om misshandel och kränkningar av barn. Han ingår i flera internationella forskarteam om barnmisshandel.

Lisa Kurland är lektor i akutsjukvård på institutionen för klinisk forskning och utbildning, Karolinska Institutet, läkare på verksamhetsområde Akut på Södersjukhuset och ordförande i Svensk förening för akutsjukvård samt representant i European Society for Emergency Medicine. Hennes nuvarande forskning behandlar triagesystem, akutprocesser och katastrofmedicin.

Margareta Larsson är docent vid barnmorskeprogrammet, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, och verksam som barnmorska inom gynekologisk öppenvård och familjeplanering på Kvinno- och barndivisionen, Akademiska sjukhuset. Hennes forskningsfält rör huvudsakligen ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa, preventivmedel och abort.

Pauline Lindblom är legitimerad läkare under specialistutbildning i akutsjukvård, verksamhetsområde Akut, Södersjukhuset, och allmänmedicin, Stureby vårdcentral.

Britt-Inger Saveman är professor i omvårdnad, institutionen för omvårdnad, Umeå universitet. Hennes forskning är fokuserad på våld mot äldre, både från anhörigvårdare och professionella samt prevention av skador bland sårbara grupper (barn och äldre) och familjefokuserad omvårdnad.

Lena Smith är medicine doktor och specialist i psykiatri och allmänmedicin. Hon är kliniskt verksam som överläkare vid kvinnofridsmottagningen och Smärtcentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Kristina Stenson är legitimerad barnmorska och medicine doktor samt kliniskt verksam vid kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset. Hennes forskning berör våld mot kvinnor och att ställa frågor om våld, framför allt i samband med graviditet.

Katarina Steen Carlsson, IHE, Lund är filosofie doktor i nationalekonomi samt forskarassistent i hälsoekonomi, Lunds universitet. Hennes forskning rör ekonomiska analyser och hälsoekonomiska utvärderingar av medicinsk teknologi och hälsointerventioner; statistiska hälsoekonomiska analyser av konsekvenser av sjukdom och ohälsa på kort och lång sikt utifrån registerdata.

Eleonora Stolt har en masterexamen i statsvetenskap och är doktorand i ekonomisk historia vid Uppsala universitet och har tidigare arbetat som utredare på Nationellt centrum för kvinnofrid.

Elisabeth Tönnesen är specialist i allmän medicin och kliniskt verksam på Eriksbergs vårdcentral, Uppsala, och vid kvinnofridsmottagningen, Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset.

Emilia Åkesson har en gymnasieläroexamen med interkulturell profil och arbetar som utbildare vid Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Övriga som medverkat under arbetet med antologin:

Eva Wendt, barnmorska och medicine doktor, Västra Götalandsregionens kompetenscentrum för våld i nära relationer (VKV) gjorde en systematisk litteraturgenomgång om hur man hanterar frågor om våld inom hälso- och sjukvården internationellt. Hennes kliniska arbete och forskningsarbete rör främjandet av sexuell hälsa innefattande strategier för att tidigt upptäcka sexuella problem, dåliga relationer, hot, tvång och våld.

Mariella Öberg, legitimerad läkare och doktorand vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, har bidragit med sin kunskap om våldsutsatthet bland abortsökande kvinnor som hon också forskar på.

Folkhälsobyrå AB i Västerås och deras chef *Maline Fält* förmedlade kontakt med tolkar i Västerås för fokusgruppintervjuer om att ställa frågor om våldsutsatthet till kvinnor från andra kulturer, ställde lokaler till förfogande samt transkriberade materialet från fokusgrupperna.

Barbro Westerholm, riksdagsman, Folkpartiet; *Ulf Högberg*, ordförande i Svensk förening för obstetrik och gynekologi; *Hjelde Eriksson*, psykoterapeut; *Anita Kruse*, verksamhetschef för VKV; *Anita Pfeiffer*, representant för Svenska barnmorskeförbundet, och *Elisabeth Tönnesen*, specialist i allmänmedicin, deltog i ett rundabordssamtal om antologins innehåll och slutsatser och bidrog generöst med synpunkter i slutskedet av arbetet.

1. Sammanfattning och slutsats

Våld mot kvinnor är vanligt förekommande i Sverige – liksom internationellt. Många länder och även FN och andra världsomfattande organisationer ser detta som ett oacceptabelt folkhälsoproblem. I denna antologi har författarna, de flesta verksamma inom hälso- och sjukvården och med erfarenhet av forskning inom sina områden, studerat svensk och internationell litteratur om våldets förekomst och konsekvenser, etiska problemställningar, hälsoekonomiska effekter, genusaspekter, frågemetodik samt vad som är speciellt för ett urval av verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården och grupper som söker vård.

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att ett liv under förtryck där våld eller hot om våld förekommer påverkar hälsan negativt. Därför måste våld som orsak till sjukdom och ohälsa undersökas för att man i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen ska kunna erbjuda god vård. Samtliga experter som studerat frågan för antologin har dragit slutsatsen att man inom deras respektive område ska fråga patienter som söker vård om personlig erfarenhet av våld. Frågan kan ställas på olika sätt och det finns praktiska råd i de olika kapitlen.

Fokusgruppsintervjuer med tolkar visade att samma metodik fungerar oavsett vilken kultur patienten kommer ifrån. Den bärande faktorn är att frågan ställs och att det sker i enskildhet på ett inbärande sätt som inbjuder till samtal.

Kunskapen om effektiva primärpreventiva åtgärder mot våld i nära relationer är bristfällig men många forskare framhåller att hälso- och sjukvården aktivt bör medverka till en attitydförändring genom att understryka att våld i nära relationer är oacceptabelt och leder till ohälsa. Att frågan ställs ökar möjligheterna att synliggöra våldet och kunna ge enskilda utsatta patienter hjälp och stöd. Det bidrar till en generellt förbättrad hälsa och medverkar på lång sikt till att våldet upphör.

Även den referensgrupp som inbjöds till ett rundabordsamtal för att ta del av innehållet i antologin och ge synpunkter fann det motiverat att rekommendera rutinfrågor om våld inom hälso- och sjukvården utifrån sina perspektiv.

Den slutsats arbetet med denna antologi leder fram till är att personal inom hälso- och sjukvården bör ställa frågor om personlig erfarenhet av våld till dem som söker vård. I dagsläget ingår inte undervisning om våld i nära relationer som en obligatorisk del i alla grundutbildningar för yrken inom hälso- och sjukvården. Landstingen måste därför ansvara för att personalen får grundläggande utbildning. Därtill behövs handlingsplaner och rutiner som är kopplade till varje specialistområde. Det blir sedan den enskilda verksamhetschefens uppgift att följa upp att berörd personal har tillräcklig kompetens och att frågor om våld ställs.

2. Varför ska frågan om erfarenhet av våld ställas?

Anna Berglund, Elisabeth Tönnesen

Våld i nära relationer är vanligt och många kvinnor och män har erfarenhet av det. Enligt SCB:s *Undersökningarna om levnadsförhållanden* (ULF) hade 6,5 procent av de tillfrågade kvinnorna och 7,5 procent av de tillfrågade männen 16–84 år utsatts för ”något våld och hot under de senaste 12 månaderna” under 2008.¹ Bland svenska kvinnor har nästan hälften erfarit våld eller hot om våld från män, bekanta eller obekanta, någon gång under livet och knappt en tredjedel har varit utsatta i en nära relation med en man.² Systematiskt utövat våld har visats ha långtgående konsekvenser för offrets hälsa. Det finns ett stort antal studier och systematiska litteraturgenomgångar som visar att utsatta kvinnor drabbas av både fysiska och mentala symtom i mycket högre grad än andra kvinnor (se kapitel 7 Våldets konsekvenser för hälsan). Frågor om våldsutsatthet har därför sin plats i den medicinska anamnesen. WHO utgav i början av 2000-talet en rapport om våld och hälsa och tar tydligt ställning för att man måste verka förebyggande mot allt slags våld inklusive våld i nära relationer. De betonar den preventiva effekten av att ta upp och ständigt påpeka våldets effekter och värdet av att offren blir behandlade med respekt och empati.³ Ann Coker i USA som forskat mycket inom detta fält skriver i en ledare i *American Journal of Preventive Medicine* 2006 att man måste ta bort skamstämpeln från våldsutsattheten.⁴ Genom att fråga visar man att våldsutsatthet är ett hälsoproblem, att samhället inte kan acceptera att någon utsätts för förtryck och våld samt att det finns kompetens och beredskap inom hälso- och sjukvården att hantera problemet och hjälpa patienten. Hälsoekonomiska studier, inte minst den som gjorts för denna antologi, visar att våldsutsatthet kostar stora summor pengar både för hälso- och sjukvård och samhälle. Stora vinster för livskvalitet och ekonomi skulle kunna göras om våldet mot kvinnor i nära relationer minskade.

En undersökning eller en test som erbjuds alla inom hälso- och sjukvården för att upptäcka ett tillstånd tidigt för att kunna bota eller lindra effekterna kallas ofta för screening. Rutinfrågor om våld har internationellt betraktats som en screening och har även utvärderats som detta. Våldsutsatthet kan dock inte betraktas som

ett renodlat medicinskt tillstånd och rutinfrågor om våld inte heller som ett neutralt medicinskt test, vilket gör det svårt att utvärdera enligt vanliga principer. Vedertagen behandling saknas också. Därför använder vi i stället begreppet ”att rutinmässigt fråga om våld”. Se vidare litteraturöversikten i kapitel 6.

Att hälso- och sjukvården uppmärksammar våldsutsatthet kan hjälpa patienten att förstå och reflektera över hur livssituationen kan sätta avtryck i hälsan. Vårdgivaren kan ibland få en förklaring till att patienten inte följer ordinationer eller varför en behandling inte hjälper.

Vad utmärker våld i nära relationer?

De flesta anser att våldet är en del i att utöva kontroll. Forskarparet Dobash förklarar mäns våld mot kvinnor i nära relationer som en följd av fyra faktorer hos mannen: en känsla av äganderätt gentemot kvinnan vilket medför svartsjuka; oenighet och olika förväntningar på hur hushållets resurser ska förvaltas och brukas; mannens uppfattning att han har rätt att tillrättavisa och straffa ”sin” kvinna; och behovet av att utöva sin maskulina makt.⁵ Eva Lundgrens förklaringsmodell ”normaliseringsprocessen” beskriver mannens och kvinnans strategier i ett våldsamt förhållande. Genom våld uppnår mannen kontroll, dels kortsiktigt vid själva misshandeln, dels långsiktigt genom att det isolerar kvinnan men också genom att växla mellan våld och värme. Detta binder kvinnan hårdare till honom. Isoleringsen, vare sig den är fysisk eller emotionell, gör att hon blir utlämnad till hans bedömning. Därigenom förskjuts också hennes uppfattning om vad som är ”normalt”.⁶ I studien *Varför går hon?* har två svenska forskare, Carin Holmberg och Viveka Enander, djupintervjuat tio kvinnor som lämnat ett våldsamt förhållande. Forskarna har också genomfört två gruppintervjuer med personal på kvinnojourer. De har identifierat flera faktorer eller band som utgör hinder för att kvinnor ska bryta upp: kärlek, rädsla, hat, medlidande, vilja att förstå mannen och hopp om att han ska ändra sig, skuld, beroende av ekonomiskt, socialt, eller känslomässigt slag, internalisering av mannens världsbild samt isolering. Gemensamma barn och oro för vårdnaden och rädsla för vad partnern tar sig till om man går påverkar också. Författarna nämner processen som kvinnan ska igenom – att gå, att bli fri och att förstå, vilket inte nödvändigtvis sker i den ordningen.⁷

Fokus i denna rapport är, i enlighet med regeringens uppdrag till Nationellt centrum för kvinnofrid, mäns våld mot kvinnor. Med detta är det inte sagt att män inte löper risk att utsättas för våld från sin partner. Kunskapsläget här har hittills varit bristfälligt men talar för att män som utsätts för våld eller förtryck från sin partner eller någon annan löper risk att drabbas av kroniska smärtor, depression och ångest liksom fysiska skador. Mycket talar för att männen också bör tillfrågas om sina erfarenheter av våld (se kapitel 22). Effekterna av våldet för hälsan bedöms emellertid större för kvinnor eftersom våldet oftast är grövre.

Även de ekonomiska konsekvenserna av att lämna ett våldsamt förhållande är ännu så länge större för kvinnor.

- ¹ Statistiska centralbyrån (2008). Undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF), www.scb.se
- ² Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J & Kalliokoski A-M (2001). *Slagen Dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
Wijma K, Samelius L, Wingren G & Wijma B (2007). The association between ill-health and abuse: A cross-sectional population based study. *Scandinavian J of Psychology*. 48: 567–75.
- ³ Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB & Lozano R eds (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en/index.html (läst 2009-11-16).
- ⁴ Coker A (2006). Preventing intimate partner violence – How we will rise to this challenge. *Am J Prev Med*. 30:6, s. 528–29.
- ⁵ Dobash RE & Dobash RP (1998). Violent men and violent contexts i *Rethinking violence against women*. Dobash RE and Dobash RP (red). Sage Series on Violence against Women. Thousand Oaks, California: Sage publications Inc. s. 144.
- ⁶ Lundgren E (2004). *Våldets normaliseringsprocess*. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS).
- ⁷ Holmberg C & Enander V (2004). *Varför går hon – om misshandlade kvinnors uppbrottsprocesser*. Ystad: Kabusa.

3. Att ställa frågan om våld

Anna Berglund, Kristina Stenson

Att fråga om patienten har varit utsatt för våld och övergrepp, hot eller annat beteende som påverkar individens autonomi är ovant till en början. När är det lämpligast att ställa frågor om våldsutsatthet? Det kan kännas svårt innan man känner en patient och det kan kännas ännu svårare när man redan har en långvarig relation.

Lars Wibell, docent i invärtesmedicin:

"Ibland blir man verkligen oerhört förvånad. Efter att i många år ha behandlat en patient med en kronisk sjukdom med mycket varierande resultat, frågade jag hur hon hade det med sin make och preciserade frågan till att gälla våldsutsatthet. Patienten svarade: 'Å jag trodde aldrig doktorn skulle fråga' och berättade för första gången hur hon verkligen hade det hemma och jag fick en förklaring till de ojämna behandlingsresultaten."

Lena Schnell, barnmorska sedan 42 år:

"Om man inte frågar får man inte veta, det har jag lärt mig. Kvinnan hade gått hos mig som gravid och kom nu några år senare för att ta cellprov. Jag frågade henne om våld och hon berättade att hon när vi träffades sist hade levt i ett förhållande där maken misshandlade henne både före, under och efter graviditeten. Nu hade hon fått hjälp och skilt sig. Hur kom det sig att jag inte förstod det? Kvinnan hade mycket bäckenbesvär och jag hade sagt till henne att hon var alldeles för glad för att ha så ont, berättade hon. Självt mindes jag bara att det var något som inte stämde."

"En annan kvinna kom från ett annat land. Hade gift sig med en högutbildad man som kommit till Sverige långt före henne. Hon talade dålig svenska och maken var med vid varje besök. Kvinnan var ledsen och jag frågade om hon längtade hem. Några år senare kom hon tillbaka. Hade lärt sig prata svenska bra och var glad. Hon hade fått hjälp att skilja sig från sin man som misshandlat henne. Hur kunde jag missa det? Efter sådana möten förstod jag hur viktigt det är att vara uppmärksam och våga ställa frågan öppet."

På akutmottagningar har man länge varit uppmärksam på våldsutsatthet när patienter kommer in med kroppsliga skador och har ofta handlingsprogram för detta. Mindre vanligt är det troligen att man frågar efter våldsutsatthet hos patienter som söker upprepade gånger med astmaanfall eller dåligt inställd diabetes eller söker upprepade gånger för smärttillstånd. Inom slutenvården är samtalet vid utskrivningen ett bra tillfälle att fråga om hemsituation och våldsutsatthet. Vårdgivaren bör skaffa sig kunskap om vilken situation patienten kommer hem till.

Mariella Öberg, läkare:

"Det är viktigt att man tar sig tid för patientsamtalet. Jag träffade en dam som sökte för sjätte gången mitt i natten på medicinakuten med besvär av yrsel och hjärtklappning. Vi pratade länge och gick igenom de undersökningar hon genomgått mellan akutbesöken för att utesluta bakomliggande sjukdom till besvären. Vid direkt förfrågan om hur hemsituationen var berättade hon att maken, som drabbats av en stroke för en tid sedan, nu var personlighetsförändrad och mishandlade henne både fysiskt och psykiskt. Hon tyckte situationen var outhärdlig men vågade inte berätta om det för någon."

Att hitta ett sammanhang

Om man ställer frågan tidigt visar man att frågan är en viktig del i bedömningen av patientens ohälsa. Inom många landsting använder sig primärvården av standardiserade frågor om livsstil, ofta i form av fyra–fem frågor om hälsan där tobak, alkohol, kost och motion tas upp.¹ En fråga om stress förekommer också. Att ta upp livsstilsfrågor är kopplat till ekonomiska incitament i några landsting. Frågan om våldsutsatthet kan till exempel ses som en följdfråga vid stress. Om patienten upplever en pressande livssituation är det naturligt att låta en fråga om våldsutsatthet ingå. Riskbruk/missbruk av alkohol bör också följas av frågor kring utsatthet och våld, kanske även frågan om rökning. Ett kringskuret liv kan manifesteras sig i ätstörningar, övervikt och bristande möjlighet till motion.

Meningarna om nyttan av livsstilsfrågor är delade bland vårdgivarna. När det gäller förändringar i livsstil har det visat sig att ett kognitivt förhållningssätt till patientens problematik är mest effektivt för att patienten ska förändra sig. Ordet kognitiv kommer från latinets "cognoscere" som betyder att få kunskap, att veta. Det handlar om tankarnas kraft och hur de påverkar våra liv. Den grundläggande teorin för ett kognitivt förhållningssätt är att det inte är händelserna som sådana som är avgörande utan den innebörd och mening som vi tillskriver dem – det är inte hur man har det utan hur man tar det som är avgörande. När man arbetar enligt ett kognitivt förhållningssätt är det som en strukturerad inlärningsprocess. Behandlaren ställer öppna frågor som leder patienten till att uppmärksamma,

ifrågasätta och förändra orealistiska tankeprocesser, till exempel den egna självuppfattningen.² Motiverande samtal (MI) har visat sig vara ett effektivt redskap. När det gäller våldsutsatthet kan en öppet ställd fråga stimulera patienten att aktivt titta på sin situation för att sedan ta ställning till om och hur hon vill förändra den, själva frågan startar en process.

Tidsaspekten

Flera hinder för att fråga om känsliga saker inom sjukvården kan identifieras varav tidsbristen ofta uppges som en avgörande faktor. Andra hindrande faktorer är tankar om att man kränker integriteten, att man generar eller till och med förargar patienten; brist på kunskap om resurser för omhändertagande i nästa led och tvivel på den egna förmågan att kunna hjälpa eller bota. Den faktor som förutom mera tid framhålls som viktigast för att frågan ska bli ställd är att man får utbildning om våld i nära relationer.³ I en intervjustudie med läkare i primärvård i USA uppgav många deltagare liknande hinder. De som hade lättare att fråga såg sin roll som att vara stödjande, bekräfta patientens erfarenheter, hjälpa till med bedömning och ge råd angående patientens säkerhet samt eventuellt remittera henne till en instans med mera resurser och kompetens. De var införstådda med att en lösning av problematiken kunde ta lång tid och att de som läkare bara delvis kunde påverka detta. De hade också erfarenheter av patienter som så småningom hade tagit sig ur sin situation vilket ökade deras motivation att fråga.⁴ Massachusetts Medical Society har en guide om hur man hanterar frågor om partnervåld. Man jämför frågor om symtom på sjukdom och ohälsa med frågor om våld. Den första frågan är enkel: "Har någon någon gång slagit dig, sparkat dig, knuffat dig tagit stryptag på dig eller på något annat sätt gjort dig illa? Är du rädd för någon i din omgivning?" De flesta svarar nej, antingen för att det inte stämmer eller för att de inte är beredda att berätta vid detta tillfälle, och då är tidsåtgången minimal – att jämföra med att fråga efter om det någon gång har gjort ont i bröstet vid ansträngning. Om patienten svarar ja måste följdfrågorna komma; vem, när, hur, vad hände sedan. I de flesta fall är detta inget som behöver tas om hand akut men man måste då erbjuda ny tid eller slussa patienten vidare till andra resurser där hon kan få rådgivning. Detta kan jämföras med att man måste gå vidare med en hjärtutredning. Till sist kan det vara en akut situation där det avslöjas att det föreligger en fara och/eller skador som måste tas om hand men i så fall är det att likna vid hotande hjärtinfarkt och tursamt att patienten kom under behandling.⁵

Var finns de våldsutsatta patienterna?

Eftersom närmare hälften av alla kvinnor har erfarenhet av att utsättas för våld och knappt hälften av dessa har utsatts för våld av en partner så finns de givetvis

överallt i hälso- och sjukvården. Studier av prevalensen bland kvinnor som söker vård inom olika medicinska specialiteter visar ofta på ännu högre siffror vilket sannolikt förklaras av de ohälsoeffekter våldsutsatthet har (se kapitel 5 om prevalens och kapitel 7 om våldets konsekvenser). Den springande punkten är hur medveten vårdpersonalen är om förekomsten av denna problematik bland sina patienter. I slutet av 1990-talet genomförde man en enkätundersökning bland läkare och sjuksköterskor i primärvården i Uppsala län. Man fann att 76 procent av läkarna och 40 procent av sjuksköterskorna uppfattade att de hade tagit hand om kvinnor som varit utsatta för våld.¹³ I början av 2010 skickade NCK ut en webbaserad enkät till primärvårdsläkare i Uppsala län och Västmanlands län. Av de 147 primärvårdsläkare som svarade uppgav mer än hälften att de hade tagit hand om kvinnor som utsatts för fysiskt våld; närmare 90 procent att de mött kvinnor som utsatts för emotionellt våld och knappt en tredjedel att de haft hand om kvinnor som blivit utsatta för sexuellt våld. Kvinnliga och manliga läkare skilde sig inte åt vare sig i svarsfrekvens eller i sina svar. Mycket få läkare, inalles fyra, ställde rutinmässigt frågor om våld till sina patienter men alla uppgav att de frågade sina kvinnliga patienter vid misstanke och i drygt 60 procent av fallen visade det sig då att hon hade varit utsatt för våld. De båda landstingen skilde sig inte nämnvärt åt. Bara en fjärdedel uppgav att det fanns rutiner för omhändertagande på deras arbetsplats. Bland läkare i Uppland har flera kommenterat att de får stöd från kvinnofridsmottagningen på Akademiska sjukhuset och att det underlättar mycket. En osäkerhet om det finns rutiner är också vanligt i kommentarerna. Man kommenterar att frågan måste aktualiseras i utbildningar för att hållas levande. I Västmanland finns inget generellt handlingsprogram och någon har kommenterat detta. En liknande enkät skickades ut till läkare inom psykiatri i de båda landstingen. Totalt 26 läkare svarade. Den övervägande delen av respondenterna har erfarenhet av att ta hand om kvinnor som varit utsatta för våld från sin partner. Många hade fattat misstankar om att våld förekom i relationen och alla frågade vid misstanke. De allra flesta, 22 av 26, hade fått jakande svar vid direkt fråga.

Under höstmötet för Svensk förening för allmänmedicin och Akutläkardagarna som 2009 hölls i Uppsala inbjöds deltagarna att svara på en enkät om handläggning av sexuella övergrepp. Enkäten innehöll också en fråga om våldsutsatthet avslöjats en passant vid ett inbokat besök. Av de 107 allmänläkare som svarat på frågan var det 80 procent som gjort denna erfarenhet. Bland deltagare i enkäten från akutläkardagarna 2009 svarade 60 procent (28 av 46) jakande på samma fråga.

Dessa enkätstudier är små och kan inte göra anspråk på generaliserbarhet men man kan ändå sammanfatta att det finns en medvetenhet om problematiken inom den tillfrågade gruppen. Om man fattar misstankar om våld och frågar får man i hög grad jakande svar, men om man inte frågar alla löper man risk att många utsatta kvinnor aldrig får tillfälle att berätta om sin situation.

Vad tycker kvinnor om att bli tillfrågade?

Svenska studier som undersöker vad kvinnor tycker om att bli tillfrågade om våld har främst genomförts inom kvinnohälsovården och visar att de flesta kvinnor tycker att det är naturligt att barnmorskor och läkare ställer frågor om sexualitet och våldsutsatthet. Stenson visade i sin avhandling *Men's violence against women – a challenge in antenatal care* att det stora flertalet gravida tycker att det är acceptabelt att bli tillfrågade om erfarenheter av våldsutsatthet. Åttio procent tyckte att det var både acceptabelt och positivt. Dessa kvinnor uttryckte att det var bra att man tar upp problemet och därigenom försöker motverka våld i nära relationer. Kvinnor som inte hade varit utsatta tyckte att frågan var motiverad eftersom de ville vara till hjälp för andra. De uttryckte att det öppnade för en möjlighet att vända sig till barnmorskan om de skulle behöva hjälp i framtiden. De kvinnor som fann det omotiverat och oacceptabelt (tre procent) tyckte att det var störande att man tog upp ämnet; några uttryckte att de ville vara "så normala som möjligt".⁷

I en enkätstudie i Västsverige tillfrågades drygt 400 svensktalande kvinnor mellan 23 och 29 år som kom för cellprovskontroll om sexualitet och erfarenhet av sexuella övergrepp. Det stora flertalet, 95 procent, tyckte att det var naturligt att man frågade efter sexualitet och 72 procent tyckte även att frågor om sexuella övergrepp kunde ingå i anamnesen. Få kvinnor hade emellertid blivit tillfrågade. Andelen tillfrågade varierade mellan 1 och 23 procent på de mottagningar som ingick i studien.⁸ Samma forskargrupp gjorde en kvalitativ analys av kvinnornas svar för att närmare undersöka attityder till att bli tillfrågade om sexualitet och sexuella övergrepp i detta sammanhang. Kvinnorna tyckte att cellprovbesöket var en relevant situation att ta upp dessa frågor och de kände förtroende för barnmorskan eller gynekologen. De upplevde det positivt att vårdgivaren öppnade en dialog om kvinnans situation och man tyckte att det bidrog till att stärka hennes självuppfattning. De kvinnor som inte ansåg att man borde fråga om sexuella övergrepp tyckte att den gynekologiska hälsokontrollen inte var rätt sammanhang och att kvinnan själv skulle ta upp ämnet om hon fann det lämpligt, annars kunde det vara integritetskränkande.⁹

Socialstyrelsens studie *Tack för att ni frågar* visade att 93 procent av 700 kvinnor som besökte barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar var positiva till att bli tillfrågade.¹⁰

Bland internationella studier kan nämnas en amerikansk studie där 1 500 kvinnor tillfrågades om hur de upplevde att ha fått frågor om våldsutsatthet vid sitt första graviditetsbesök tre månader efter att rutinen införts. Deltagandet var högt, 88 procent, och 98 procent tyckte att det var bra att man frågade. Totalt tyckte 96 procent att det kändes "OK", drygt en procent kände sig lättade att få prata om sin situation medan drygt två procent tyckte att det kändes obehagligt. Av dessa tyckte emellertid tre fjärdedelar att det ändå var bra att man frågade.¹¹ I en kanadensisk studie frågade man drygt 500 kvinnor som sökte på en akutmottagning

om de tyckte att det var befogat och lämpligt att fråga alla om våldsutsatthet. Majoriteten, 86 procent, tyckte att det var befogat och tio procent att det var olämpligt, resten ville inte ta ställning.¹²

En annan amerikansk studie har undersökt om kvinnor som varit utsatta och kvinnor som inte har erfarenhet av våld tycker olika. Man intervjuade 80 kvinnor som sökte primärvårdsläkare och 90 kvinnor från skyddade boenden i samma stad. Övervägande delen i båda grupperna ansåg att det var befogat att fråga rutinmässigt inom hälso- och sjukvården och av de utsatta kvinnorna hade cirka 40 procent erfarenhet av att bli tillfrågade. Av de kvinnor som sökte primärvården hade knappt åtta procent erfarenhet av att bli tillfrågade.¹³

Kvinnors mening om hur man ska fråga

Rhodes med flera utförde en kvalitativ studie av kommunikationen mellan kvinnor och personal på två olika akutmottagningar i USA. De beskriver olika kommunikationsstrategier, och hur de påverkar kvinnans val att berätta om övergrepp samt hur personalen kan underlätta detta för henne. Vanligtvis tog personalen upp ämnet i samband med sociala aspekter som rökning och alkohol. Frågan formulerades som varianter på "Har du varit utsatt för våld inom familjen?" ("Are you a victim of domestic violence") eller "Har du några problem med våld i din relation?" I nästan hälften av fallen togs frågan upp på ett slentrianmässigt sätt: "Han har väl aldrig slagit dig?" I endast en tredjedel av fallen ställde personalen följdfrågor.

Det underlättade för kvinnan att berätta om sin utsatthet om personalen gav sig tid att fråga grundligt och inbjöd till en öppen och tillåtande dialog samt uttryckte empati och inte forcerade utan väntade in kvinnans egen berättelse. Kvinnorna upplevde att det var till stor hjälp att de själva fick beskriva sina upplevelser; att personalen bedömde om situationen innebar en risk för hennes säkerhet och att man informerade om lagar och rättigheter samt förmedlade kontakt med socialtjänsten. Det var viktigt att personalen inte ifrågasatte kvinnans trovärdighet eller förde fram en egen uppfattning om vad som kan betraktas som våld. Personalen skulle vara lyhörd och uppmuntrande och därigenom stärka kvinnan att förändra sitt liv.

Omständigheter som försvårade för kvinnan att berätta var dåligt bemötande och bristande kompetens hos personalen. Man kunde till exempel ställa frågan i närvaro av en tredje person, underlåta att bekräfta kvinnans berättelse eller inte vara tillräckligt lyhörd. Den risk det innebar för kvinnan att avslöja sin situation undervärderades ofta. Det hände även att personalen gav uttryck för att det som kvinnan beskrev inte kunde betraktas som våld.¹⁴ En annan studie har visat att kvinnor uppskattar om man inleder med att säga att man frågar alla eftersom det är ett vanligt problem så att de inte känner sig utpekade. Samtalet måste ske enskilt och frågorna ska vara öppna. Vårdpersonalen bör se samtalet som ett

tillfälle att öka kvinnans medvetande om vad hon utsätts för och att det inte är acceptabelt, visa sin medkänsla och bistå kvinnan med information oavsett om hon medger misshandel eller inte.¹⁵ I USA och Kanada är det vanligt att man använder skriftliga enkäter om våldutsatthet som kvinnan fyller i innan hon går in till vårdgivaren. Enkäternas träffsäkerhet diskuteras emellertid. En forskargrupp varnar för att man identifierar för många med vissa instrument men att man också kan missa fall om man helt förlitar sig på frågeformulären och inte är vaksam på kvinnans egen berättelse. Detta gäller i synnerhet om hon söker för depression eller andra långvariga besvär.¹⁶ Om man använder skriftliga frågeinstrument måste man ändå vara beredd att diskutera svaren tillsammans med patienten och det är därför tveksamt om man har någon glädje av formulären i praktiskt kliniskt bruk.

”Om man inte frågar får man inget veta”

I en kvalitativ studie i Umeå djupintervjuades erfarna barnmorskor i primärvården om erfarenheter av gravida kvinnor som varit utsatta för våld före graviditeten. Barnmorskorna skattade att drygt två procent av kvinnorna hade erfarenhet av fysiskt våld och drygt en halv procent av sexuellt våld vilket är en kraftig underskattning jämfört med resultaten i svenska prevalensstudier. De hade en hög tröskel för att fråga om våldutsatthet trots gedigen kunskap och lång erfarenhet av att arbeta med psykosociala frågor under graviditet. En enkät till barnmorskorna i området visade att man var positiv till att införa rutinfrågor om våld till alla gravida.¹⁷

I *Tack för att ni frågar* fick barnmorskorna skatta prevalensen av våldutsatthet innan de gick utbildningen om våld. Knappt hälften skattade andelen utsatta kvinnor till mindre än tio procent på barnmorskemottagningarna och en tredjedel trodde att det rörde sig om mellan tio och 30 procent. På ungdomsmottagningarna bedömde drygt hälften av barnmorskorna att mellan tio och 30 procent av de unga kvinnorna hade varit utsatta för våld. När kvinnorna själva fick svara på en anonym enkät vid ett besök på mottagningarna i studien angav totalt 20 procent att de hade varit utsatta för våld och ungefär hälften av dessa uppgav att det hade hänt flera gånger. Resultatet var lika oavsett om man besökte en ungdomsmottagning eller barnmorskemottagning. Bland de utsatta var det vanligast med fysiskt våld. Bland de unga kvinnorna under 18 år uppgav 41 procent att de utsatts för psykologiskt våld inkluderande mobbning i skolan.¹⁸

I en brittisk studie tillfrågades gravida kvinnor om erfarenhet av våld under graviditeten och det närmast föregående året av barnmorskor som hade fått utbildning om ”domestic violence” – våld i familjen. Närmare 900 kvinnor blev intervjuade under graviditeten eller inom tio dagar efter förlossningen. Livstidsprevalensen för våldutsatthet var 13 procent. Drygt sex procent hade varit utsatta under de gångna tolv månaderna och 2,5 procent under innevarande

graviditet. Det var vanligast med fysiskt våld (57 procent) och förövaren var i 91 procent av fallen nuvarande eller tidigare make/sambo. Om kvinnan hade varit utsatt före graviditeten hade hon tio gånger ökad risk att utsättas för våld även under graviditeten. Som jämförelse granskade man 265 journaler för att se hur ofta våldserfarenhet dokumenterats två år före utbildningen av barnmorskorna. Man fann ett (1) fall där uppenbart våld i familjen hade dokumenterats i journalen och inget fall där man dokumenterat misstanke om våldsutsatthet.¹⁹

Vad tycker personalen om att fråga?

Barnmorskors erfarenhet av att fråga gravida kvinnor om våldsutsatthet har undersökts av Stenson med flera i fokusgruppsintervjuer. Barnmorskorna tyckte att frågan var viktig och kände det som om de hade svikit kvinnorna om de inte hade frågat. De två viktigaste hindren för att ta upp ämnet var att frågan upplevdes som känslig och rutinen att inbjuda den blivande barnafadern till alla graviditetsbesök. Andra hinder var tidsbrist, den egna förutfattade meningen om vem som kunde vara utsatt samt språksvårigheter. Barnmorskorna framhöll nödvändigheten av utbildning och träning, att stödet till kvinnorna var lättillgängligt och att de själva hade tillgång till konsultation. De såg som sin uppgift att lyfta frågan och öka medvetenheten om mäns våld mot kvinnor, att minska skammen att vara utsatt, att ge stöd och att medverka till att kvinnan fick adekvat hjälp.²⁰

I en amerikansk fokusgruppstudie fick läkare diskutera sina svårigheter med att fråga efter våldsutsatthet. Man genomförde sex fokusgrupper med totalt 45 läkare som alla hade erfarenhet av att fråga och ta hand om våldsutsatta. Läkarna arbetade på akutmottagningar, inom primärvården eller inom obstetrik och gynekologi. De uppgav att de mötte i medeltal knappt trettio kvinnor om året som hade blivit utsatta för fysiskt våld och de uppskattade att de kunde hjälpa drygt hälften. En av frågeställningarna var hur man bäst närmar sig frågan om våld. Många inkluderade frågan i anamnesen för nya patienter, gravida och vid årliga hälsokontroller och använde en mall för frågorna. De försökte sätta frågan i ett sammanhang för att minska eventuellt obehag, till exempel som en del i det preventiva folkhälsoarbetet där de även frågade efter användningen av bilbälte; eller som en del i frågor kring relationen. De berättade för patienten att de frågade alla. De motiverade också frågan med att våld utgör ett hälsoproblem och att det fanns centrala rekommendationer att fråga efter det. Tecken som väckte misstanken om våldsutsatthet kunde vara att patienten ofta kom tillbaka med nya skador och att beskrivning om deras uppkomst inte stämde och man frågade då på ett direkt sätt. Andra tecken kunde vara depressiva besvär, ångest, gynekologiska smärtor eller magvärk som inte blev bättre. De inledde då med att ställa mycket öppna frågor om hur patienten egentligen mådde och inbjöd henne själv att komma med förslag på orsaken till sina besvär och närmade sig sedan frågorna

om våld indirekt. Läkarna beskrev också att de ibland glömde att våldsutsatthet kunde ligga bakom symtomen och att patienten då hann genomgå onödiga undersökningar och behandlingar innan de tänkte på våldsutsatthet som orsak.

Fokusgrupperna var inte egentligen tänkta att diskutera hinder för att fråga men det blev ändå ett viktigt ämne. I motsats till Sverige har de flesta stater i USA lagar om att man som läkare måste rapportera fall av skador som uppstått som resultat av övergrepp. Många av läkarna i studien var osäkra på hur lagen skulle tolkas och vad som var deras ansvar. Ett annat hinder var att de så sällan fick jakande svar på rutinfrågorna att de helt enkelt slutade fråga. Många läkare omformulerade då syftet med att fråga från att ha som mål att avslöja missförhållanden till att verka förebyggande. De ansåg att man genom att fråga understryker att våld är oacceptabelt och att man på så sätt kan uppmärksamma utsatta kvinnor på deras situation och få dem att reagera mot ett våldsamt och kontrollerande beteende från partnern innan det har gått för långt.²¹ Rekommendationer från nationella specialistföreningar och myndigheter i USA om att rutinfrågor om våld bör ställas har funnits sedan början på 1990-talet. Följsamheten har emellertid varit dålig.

Samma forskargrupp har utifrån sina studier kommit med ett förslag som förtydligar och begränsar läkarnas ansvar så att det blir mera realistiskt i den rådande arbetssituationen. De understryker att läkare ska koncentrera sig på fyra saker: att fråga; att påtala att våld inte är acceptabelt och stärka patienten att inte acceptera våld och kontroll; att dokumentera både skador och patientens egna beskrivningar av våldssituationerna; samt att slussa patienten vidare dit där det finns kompetens att handlägga henne på ett adekvat sätt.²²

Behovet av utbildning

En kanadensisk forskargrupp lät sjuksköterskor och läkare inom primärvård, akutvård och obstetrik och gynekologi ta ställning till en lång rad påståenden för att kartlägga faktorer som påverkade deras inställning till att fråga om våld. Inte oväntat visade sig utbildning vara en viktig faktor som ökade deras benägenhet att fråga, men den kanske tyngsta faktorn var att man hade egen erfarenhet av att ha tagit hand om utsatta patienter.²³ Övning ger färdighet. I en studie följde man åtta sjuksköterskor som hade fått i uppdrag att fråga alla gravida om våldsutsatthet. Efter varje mottagningstillfälle hade man en kort individuell spegling. Efter tre månader hade sjuksköterskorna accepterat att de skulle fråga och att det var en viktig del i sjukhistorien samt funnit sitt eget sätt att ställa frågan så att det kändes naturligt.²⁴

Sammanfattning

Våld mot kvinnor i nära relationer är vanligt och ger stora effekter på såväl den kroppsliga som den mentala hälsan och bör därför vara en del i den medicinska

anamnesen. Majoriteten kvinnor tycker att frågan är motiverad att ställa i sjukvården. Vilket sätt man frågar på har stor betydelse för patientens val att svara. Viktigast är att man ställer öppna frågor, intar en tillåtande attityd och att man, genom att definiera vad som menas med våld, hjälper patienten att känna igen sig. Den som ställer frågan måste själv känna trygghet i att kunna hantera svaren. Personalen behöver kunskap och stöd i organisationen, och ett tydligt uppdrag från ledningen underlättar.

Även om man alltid frågar då man får misstankar finns det en risk att många våldsutsatta patienter aldrig får tillfälle att berätta om man inte frågar alla. Utbildningsinsatser och lokala handlingsprogram för hur patienten ska få adekvat hjälp och stöd är dock en förutsättning för att rutinfrågor om våld ska kunna införas. Genom att ställa frågor om våld och berätta om konsekvenserna för hälsan visar hälso- och sjukvården att våld är ett oacceptabelt beteende och kan på så sätt bidra till att våld i nära relationer minskar.

Förslag på rutinfrågor kring våldsutsatthet

- Det är vanligt att kvinnor har erfarenhet av att bli utsatta för våld och hot och det ger effekter på hälsan så därför brukar jag fråga alla mina patienter. Är det okej?
- Har du blivit slagen, hotad eller utsatt för något som skulle kunna skada dig någon gång?
- Har någon tvingat dig att göra saker du inte vill genom att slå dig eller hota eller kränka dig?
- Känner du dig kontrollerad eller förnedrad av din partner?
- Har någon tvingat dig till sexuella handlingar mot din vilja?
- Är du rädd för någon i din omgivning?

- ¹ Stockholms läns sjukvårdsområde (2007). *Fem frågor om din hälsa*. <http://www.slsso.sll.se/nackafolkhalsa/foldrar> (läst 2009-10-12).
- ² Giacomo d'Elia (2004). *Det kognitiva samtalet i vården*. Stockholm: Natur och kultur.
- ³ Waalen J, Goodwin M, Spitz A, Petersen R & Saltzman L (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. *Am J Prev Med*. 19, s. 230–37.
- ⁴ Sugg N & Inui T (1992). Primary care physicians' response to domestic violence. *JAMA*. 267; s. 3157–3160.
- ⁵ Massachusetts Medical Society (2004). *Partner violence, how to recognize and treat victims of abuse. A guide for physicians and other health care personnel*. <http://www.massmed.org//AM/Template.cfm?Section=Home6> (läst 2010-03-30).
- ⁶ Tønnesen E, Lundh C & Heimer G (1999). Respektfullt, lyhört lyssnande kan bryta en ond misshandelscirkel. *Läkartidningen*. 96:48, s. 5381–5384.
- ⁷ Stenson K, Saarinen H, Heimer G (2001) Women's attitudes to being asked about experience to violence. *Midwifery*. 17(1):2–10.
- ⁸ Wendt E, Hilding C, Lidell E, Westerståhl A, Baigi A & Marklund B (2007). Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. 86, s. 590–595.
- ⁹ Wendt E, Lidell E, Westerståhl A, Marklund B & Hilding C (2009). Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a contents analysis. *Midwifery*. doi: 10.1016/j.midw.2009.06.008 e-pub ahead of print (läst 20100105).
- ¹⁰ Socialstyrelsen (2002). *Tack för att ni frågar. Screening om våld mot kvinnor* (Projektredovisning).
- ¹¹ Webster J, Startigos S & Grimes K (2001). Women's responses to screening for domestic violence in a health care setting. *Midwifery*. 1, s. 289–294.
- ¹² Hurley KF, Brown-Maher T, Campbell SG, Wallace T, Venugopal R & Baggs D (2005). Emergency department patients' opinions of screening for intimate partner violence among women. *Emerg Med J*. 22:2, s. 97–8.
- ¹³ McNutt LA, Carlson BE, Gagen D & Winterbauer N (1999). Reproductive violence screening in primary care: Perspectives and experiences of patients and battered women. *J Am Med Womens Assoc*. 54:2, s. 85–90.
- ¹⁴ Rhodes K, Frankel R, Levinthal N, Prenoveau E, Baily J & Levinson W (2007). You're not a victim of domestic violence are you? Provider-patient communication about domestic violence. *Ann Intern Med*. 147, s. 620–627.
- ¹⁵ Chang J, Decker M, Moracco K, Martina S, Petersen R & Frasier P (2005) Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counseling*. 59, s. 141–147.
- ¹⁶ Liebschutz J, Battaglia T, Finley E & Averbuch T (2008). Disclosing intimate partner violence to health care clinicians – What a difference the setting makes: A qualitative study. *BMC Public Health*. 8:229. www.biomedcentral.com/1471-2458/8/229
- ¹⁷ Wathen N, Jamieson E & MacMillan H & The McMaster Violence against women Research Group (2008). Who is identified by screening for intimate partner violence? *Women' Health issues*. 18, s. 423–432.
- ¹⁸ Edin EK & Högberg U (2002). Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery*. 18, s. 268–278.
- ¹⁹ Socialstyrelsen (2002). *Tack för att ni frågar* (Projektredovisning).
- ²⁰ Bacchus L, Mezey G, Bewley S & Haworth A (2004). Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy. *BJOG*. 2004;111(5):441–5.
- ²¹ Stenson K, Sidenvall B & Heimer G (2001). Midwives' experiences of routine questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*. 21, s. 311–321.
- ²² Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, Moe J & Abercrombie P (1999). A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. *Ann Intern Med*. 131, s. 578–584.
- ²³ Gerbert B, Moe J, Caspers N, Salber P, Feldman M, Herzig K & Bronstone A (2002). Physicians' Response to Victims of Domestic Violence: Toward a Model of Care. *Women & Health*. 35:2, s. 1–22.
- ²⁴ Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN & MacMillan HL (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 7, s.12.
- ²⁵ Coeling HV & Harman G (1997). Learning to ask about domestic violence. *Women's Health Issues*. 7, s. 263–268.

4. Att fråga kvinnor med olika etnisk och kulturell bakgrund om våld i en nära relation

– en fokusgruppsstudie

Margareta Larsson

Bakgrund

Många vårdgivare kan känna tveksamhet att rutinmässigt fråga kvinnor med invandrarbakgrund om de blivit utsatta för våld. Flera skäl kan bidra till det, såsom begränsad kunskap om olika kulturer, svårigheter att kommunicera, närvaro av make eller andra anhöriga vid vårdtillfället, bristande resurser för att följa upp ett eventuellt avslöjande om våld eller helt enkelt rädsla för att uppfattas som främlingsfientlig. Det kan därför finnas behov av att rikta speciell uppmärksamhet på hur man frågar dessa kvinnor om våld.

Under 2008 invandrade 10 120 personer till Sverige och vid utgången av år 2008 var 14 procent av Sveriges befolkning födda utomlands.¹ Andelen ökar stadigt och år 2060 beräknas omkring 18 procent av befolkningen vara utrikes född. Det finns stora regionala skillnader; Stockholms län har 20 procent utrikes födda medan Gotlands län bara har 4 procent. År 2008 fanns 168 medborgarskap representerade bland dem som kom till Sverige och fyra av fem var under 40 år. De flesta utrikes födda kommer från Europa.

Många som lämnar sitt hemland för att komma till Sverige har svåra upplevelser bakom sig och själva migrationsprocessen är också påfrestande. Allt detta tillsammans med utmaningen att anpassa sig till ett nytt lands livsstil verkar bidra till kortare livslängd och ökade hälsoproblem bland invandrare.²

Social isolering, låg utbildning, arbetslöshet, påfrestande livshändelser och psykisk ohälsa är vanligare bland utlandsfödda personer och är samtidigt kända riskfaktorer för våldsutsatthet.³

I kontakten med vårdgivare blir det ofta nödvändigt att använda tolk vilket kan bli ett hinder för kommunikation.⁴ En svensk studie visade dock att både vårdgivare, tolkar och patienter var nöjda med hur kommunikationen hade fungerat.⁵ Flera studier har undersökt hur kvinnor upplever att få frågan om våldsutsatthet i samband med besök inom hälso- och sjukvård.⁶ De flesta kvinnor ansåg att det var viktigt att sådana frågor ställs även om några upplevde obehag. Få hade dock fått sådana frågor i samband med gynekologisk undersökning. Barnmorskor inom svensk mödravård var positiva till att fråga om våld, men hade ibland problem med att hitta bra former för att ställa frågan.⁷ Språksvårigheter nämndes som ett av hindren för att kunna ta upp en våldsanamnes. Forskning från framför allt USA har lyft fram betydelsen, men också svårigheten, att ta en våldsanamnes vid kontakter med kvinnor från etniska minoriteter.⁸ Det fanns olika skäl till att kvinnor tvekade att berätta att de var utsatta för våld. Rädsla för myndigheter, oro för att förlora sina barn, önskan att skydda sin partner och att inte oroa övriga familjemedlemmar var några av de skäl som kvinnorna nämnde.⁹

Hur ska frågan om våld bäst ställas till utlandsfödda kvinnor eller kvinnor från etniska minoriteter? Det finns många olika kortare och längre frågeinstrument som kan användas när man ska ta upp en våldsanamnes, men inte några säkra bevis för vilket som fungerar bäst.¹⁰ En amerikansk studie fann att två indirekta frågor om kvinnan någon gång hade levt i ett förhållande där hon känt sig ensam och eller/kontrollerad av sin partner fungerade lika bra som fler och mer direkta frågor.¹¹

Fokusgrupper med tolkar

Det finns begränsad kunskap om hur utlandsfödda män och kvinnor i Sverige själva anser att frågor om våld kan ställas vid kontakter med vården. För att få utökad kunskap och förståelse för om och hur frågor om våldsutsatthet kan ställas till kvinnor med annan etnisk och kulturell bakgrund när de söker vård genomfördes fokusgruppsintervjuer med tolkar.

Metod

En fokusgruppintervju kännetecknas av att en grupp människor samtalar ganska fritt omkring ett givet ämne.¹² En ledare ställer några frågor till gruppen, men deltar sedan inte så mycket i diskussionen, utom för att återföra deltagarna till ämnet vid behov. En bisittare observerar samspelet och för anteckningar under diskussionen. Det anses vara en fördel om gruppen är någorlunda homogen. Samspelet med övriga i gruppen stimulerar till att olika åsikter, uppfattningar och erfarenheter blir belysta. Det är viktigt att skapa ett tillåtande klimat i gruppen och att betona att allas åsikter är viktiga och värdefulla, att det inte finns något som är rätt eller fel eller att deltagarna måste enas om en gemensam standpunkt.

Två fokusgrupper med totalt 13 deltagare från Syrien, Iran, Kurdistan, Chile, Kosovo, Somalia, Burundi och Libanon genomfördes i december 2009. Bland deltagarna i de båda grupperna fanns både kvinnor och män och de var alla tolkar som dessutom genomgått en extra utbildning till informatörer. Detta innebär att de förutom sina tolkuppdrag har kompetens att självständigt ge olika typer av information till nyanlända invandrare och asylsökande. Deltagarna hade också erfarenhet av att leda föräldragrupper för blivande föräldrar från andra kulturer. Informatörerna får komma med synpunkter och kommentarer i ett tolkat samtal för att hjälpa till att förtydliga oklarheter, en rättighet som en tolk inte har. Vanliga tolkar ska bara översätta och bör inte lägga sig i samtalet.

I den första gruppen deltog åtta personer och i den andra deltog fem personer. Intervjuerna genomfördes i ett mötesrum på Folkhälsobyran i Västerås, vars personal också hade hjälpt till att rekrytera informanterna. Intervjuerna pågick under en och en halv timme och spelades in på band. En moderator med tidigare erfarenhet av fokusgruppmetodik ledde intervjun tillsammans med ansvarig för projektet. Anteckningar fördes under intervjuerna som en extra säkerhet ifall bandupptagningen skulle vara otydlig. Efter varje gruppintervju sammanfattades det som framkommit och intervjuledarna reflekterade omkring resultatet.

Följande frågor ledde gruppintervjuerna:

- Berätta om egna erfarenheter av att ställa frågor om våld i de grupper som ni har mött/lett.
- Hur ska man prata om och benämna våld i en nära relation? Vilka exempel kan vara användbara?
- Hur och när kan man i det individuella patientmötet med kvinnor från andra kulturer fråga om våld?
- Vad har språkproblematiken och behovet av tolk för betydelse?
- Hur mycket kunskap om andra kulturer behöver vårdpersonalen ha för att kunna/våga ställa frågor om våld?

De inspelade intervjuerna skrevs ut ordagrant och analyserades med innehållsanalys.¹³ Det är en process som omfattar flera steg. Först lästes allt material igenom för att få en känsla för helheten. Sedan söktes hela texten noggrant igenom för att finna meningsbärande enheter som markerades och gavs en kortare kondenserad kod. De kondenserade koderna sammanfördes till 38 olika kategorier (kursiverade i resultatdelen på nästa sida). Dessa kategorier abstraherades sedan i ett ytterligare analytiskt steg för att forma de fyra kategorier som presenteras i resultatet med några belysande citat för varje kategori. Deltagarna fick slutligen möjlighet att läsa igenom presentationen av resultatet och korrigerade texten på en punkt. I övrigt hade de inga invändningar mot beskrivningen.

Resultat

Kultur och migration har betydelse för synen på våld samt för förekomst av våld. Båda grupperna resonerade livligt omkring själva företeelsen våld i en nära relation men kom också in på hedersrelaterat våld. Deltagarna var överens om att våld i nära relationer *förekommer i alla kulturer*, men att det finns kulturella skillnader i synen på vad som är acceptabelt våld i en relation och att det kan finnas *skillnad mellan våld och kulturellt våld*. Våld inom familjen är i många länder *inte ett brott* och det bör *hållas inom familjen*. Huruvida *politik och religion* spelar in hade deltagarna olika uppfattningar om. Att lämna sitt hemland och komma *till ett nytt land* kan också ha betydelse, eftersom det ursprungliga *sociala stödet och den sociala kontrollen förändras*. Det nya landets livsstil kan hota traditionella uppfattningar och rädsla, frustration och osäkerhet inför det nya kan utlösa våldet. Kvinnans *ekonomiska beroende av mannen* liksom barnens ställning och *rädsla för myndighetsingripande* är faktorer som påverkar kvinnors benägenhet att stå ut med våld. Familjens dom över en kvinna som avslöjar partnervåld eller lämnar sin man kan bli hård och hon riskerar *social isolering*.

"det här fenomenet med våld, mannens våld mot kvinnor det har ju funnits och det kommer att finnas och det finns överallt i världen. Men för min del, jag ser ett väldigt starkt samband mellan kultur och religion och det som egentligen bemöter kvinnorna".

"det har inte med religion att göra, det har med hur man tänker, hur man är uppfostrad"

"det stannar inom familjen och genom familjen ska man lösa det här problemet eftersom det ingår i familjen och kvinnan är en del utav ... egendom för män."

"om en kvinna skiljer sig då blir barnen omhändertagna av pappa, ... så det påverkar kvinnan hur mycket hon tål, hur mycket hon kan stå ut med det som händer."

"I hemlandet kan familjen, släkt, morbror, farbror, dom kan påverka mannen att 'ajaj, du måste ta hand om din fru, du ska inte slå henne'. Men kommer man hit man har ingen, och sen man är rädd för myndigheterna."

"det blir fester, hon blir inte välkommen...ingen granne och ingen pratar med den personen, så man blir till slut väldigt nedbruten och försiktig"

Information till alla en viktig förebyggande åtgärd

Båda grupperna betonade vikten av att alla som kommer till Sverige snabbt ska få *information om de lagar som gäller* beträffande våld i nära relationer. Denna information kan gärna ges till kvinnor och män samtidigt så att kvinnor vet att männen hört det och tvärtom. Men det kan också vara bra att samla kvinnor separat för att de lättare ska våga prata med varandra. Helst ska informationen ges av någon från det egna landet och *på det egna språket*. Tydlighet är mycket viktigt. Det kan behövas *konkreta exempel* på vad som är tillåtet och inte, samt vilka konsekvenser det kan få om man bryter mot lagen. *Fysiskt våld men också sexuellt våld och grov kränkning* behöver förklaras. Både *rättigheter och skyldigheter* måste lyftas fram liksom barnens ställning och myndigheternas ansvar att omhänderta barn som riskerar att fara illa. *Varnande exempel* kan vara verkningfulla.

"Jag som kommer till nya landet, ... jag måste acceptera att det finns lagar, bestämmelser, strukturer som jag måste rätta mig efter"

"det är viktigt för dom att veta vad samhället går ut på, vad kan dom vänta sig, vad är det för instanser dom kan vända sig till, det vet dom inte"

*"Det är där det brister, kvinnorna vet inte sina rättigheter och skyldigheter".
"Dom vill bli upplysta framför sina män, det är det dom vill"*

"det är viktigt att dom får ha den här... lilla stunden, bara kvinnor... om en kvinna säger nånting, då kanske andra kvinnor vågar säga också, fortsätter liksom. För i min grupp fungerar det inte att blanda män och kvinnor"

"Alltså själva ordet våld, ... vi har våld, vi har psykiskt våld, vi har att man blir förnedrad och det tar vi inte på allvar, men det är det värsta. Ett ord kan ha större påverkan på människan än... slag. Så det måste man verkligen förklara, vad våld är"

"jag pratar arabiska, de samlar enbart araber, där samlar de enbart somalier... och kurder, så det blir en diskussionsgrupp i modersmål"

"När vi ger den här informationen på deras eget språk då nappar de mer, då förstår de"

"Men om mannen slår till exempel, vi säger sin fru, socialen kommer att ta deras barn."

"jag brukar ta massvis med sanna historier som... jag varit med om... alltså det och det och det har hänt. Speciellt de som är nykomlingar så att de vet ifall"

de kommer att köra med samma system som de har levt i tidigare... då kan det vara farligt att fortsätta. Den där, han har slagit sin fru så han sitter inne i ett och ett halvt år"

Förutsättningar som bör uppfyllas för att fråga om våld

De flesta deltagarna ansåg att det var *acceptabelt att fråga* om våldsutsatthet vid vårdkontakter, men någon tyckte att man bara skulle fråga ifall man har en känsla eller en misstanke om att våld förekommer. Om möjligt bör man ha hunnit *bygga upp ett förtroende* mellan vårdgivare och patient innan frågan ställs. Om man vet att man kommer att träffas flera gånger bör man *inte ställa frågan första gången*. Att skapa en *trygg miljö* med garanterad sekretess och försöka *stärka kvinnans självförtroende* är också viktiga förutsättningar liksom att vara beredd på att ta hand om de berättelser som kan komma. Om man som vårdgivare får reda på att kvinnan är våldsutsatt måste man kunna ta hand om kvinnan och *ge adekvat information, råd och hänvisning* till vård och stöd, vilket inte alltid fungerat så bra enligt informanternas erfarenhet. Den som ställer frågan behöver ha en *viss kulturkompetens* men måste inte känna till alla detaljer beträffande det land och den kultur som patienten kommer ifrån. Att ha *god tid* är också en viktig förutsättning.

"jag tror faktiskt att man ska ha en liten känsla. Jag tittar liksom, oj man märker att det är nåt skumt med henne, alltså man ska gå på känslan man ska inte ställa en fråga till var och en"

"jag tycker det är bra, är man på akuten då kanske man kan ställa den första gången man kommer om man ser att hon har blivit slagen"

"jag tycker att det stämmer som de säger; man ska inte fråga första gången. Man kan vänta och fråga"

"ska bygga upp alltså deras självkänsla, kvinnornas, där är kärnämnet i det hela"

"Att man har sekretess, att det inte kommer ut, man är inte skyldig att rapportera, det ger den här tryggheten till kvinnan, hon kanske sen öppnar sig, det är jätteviktigt"

"det bästa är att kanske att landet erbjuder utbildningar så att kvinnorna blir självständiga. Och jag kämpar för att kvinnor ska ha arbete... för genom arbete kommer man in i samhället och blir självständig"

"Det måste finnas nånstans för alla. Vi har på telefonen, man kan ringa och sen prata. Språket spelar stor roll men det måste finnas lite resurser med olika språk, en plats som kvinnan vet att man kan vända sig till"

"Konsult, invandrarkonsult till alla språk där man kan vända sig, faktiskt, det är inte dumt när det gäller vården, när det gäller allt."

"det är inte samma atmosfär, så det blir krock. Det finns inte invandrarpersonal där som kan hjälpa dom. Det stämmer. Jag har hört många familjer som har varit där och ... 'nej hellre bor jag hemma' och får det här våldet och mår dåligt"

"Man måste också ha kunskap om olika kulturer, interkulturellt"

"man behöver inte veta om allt, andra kulturer, det är inte det som det går ut på, absolut inte"

"Alla är inte lika... ibland tar det tio timmar och i samma samtal vågar de inte... då märker man, då kan man ta lite extra tid med den personen"

Att ta en våldsanamnes inom vården

Båda grupperna ansåg att frågan endast ska ställas till *kvinnan i enrum*. Mannen ska inte vara närvarande. De gav olika förslag på hur man som vårdgivare kan åstadkomma detta: be mannen sitta kvar i väntrummet, be honom gå ut medan man undersöker kvinnan eller uttryckligen avtala en ny tid med kvinnan ensam. Det är inte lämpligt att fråga kvinnan om hon vill att mannen ska följa med in, för många kvinnor vågar inte inför mannen säga att de vill att han väntar utanför. Det *ansvaret måste vårdgivaren ta* och använda sin auktoritet. Om tolk behövs så är det viktigt att *kvinnan kan lita på tolken* till 100 procent. Vissa av deltagarna ansåg att kvinnan skulle ha rätt att själv välja tolk, men det fanns delade meningar om detta. Tolkar kan också känna sig manipulerade och utnyttjade av dem de tolkar för och det är bara i vissa situationer som patienter tillåts välja tolk. Det är viktigt att förklara *varför frågorna om våld ställs* och att *den ställs till alla*, inte bara till dem som kommer från andra kulturer. *Frågorna ska vara öppna* och gärna ställas på ett *indirekt sätt* samtidigt som det är viktigt att vara tydlig och att ge *exempel på vad man menar*. Särskilt det sexuella våldet behöver förklaras liksom förnedring och kränkning. *Inledande frågor* kan vara: Hur trivs du hemma? Hur är det hemma, är det lugnt? Hur mår barnen? Är du orolig eller ledsen för något? Har du det bra med din man? Hjälps ni åt i hemmet? Frågorna kan behöva ställas vid *upprepade tillfällen* för en *förändring tar tid*.

"det bästa vore om hon själv, sköterskan, skulle prata med den här kvinnan ensam"

"den här gången vill jag prata ensam med din kvinna, fru eller"...

"att läkaren säger – Du ursäkta det är hon som är sjuk, du kan vänta utanför"

"varsågod du kan sitta här och läsa en tidning så kommer vi tillbaka snart"

"nästa gång kan du komma själv, jag vill prata med dig"

*"läkare brukar ställa frågan till patienten; – Är det okej att han ska vara med?
Men vems fru vågar säga: – Nej han får inte komma in. Det går inte"*

*"bygger man upp förtroendet tror jag säkert att kvinnan kommer våga kunna
öppna sig lite mer"*

*"hur man ställer den här frågan... på vilket sätt ... är det viktigaste, inte bara
första gången. – Jaha har du blivit, ja, förekommer det något våld? Då står hon
där chockad, – Vadå förekommer? Har hon hört nånting? Vet nån, har nån sagt
nånting om mig?"*

*"om jag ska gå till läkare som säger; – Har du blivit misshandlad? Om jag inte
blivit det blir jag jätteledsen..."*

– Tror du att vi alla är mördare eller? ... jag tror att folk skulle tänka så"

*"det är väldigt viktigt att man säger att de här frågorna frågar vi alla. Svenskar
och invandrare, vi frågar alla"*

"Ha den här... dialogen med kvinnan och sen kan du fråga: – Förekommer det våld?"

*"lite öppna frågor, ta det lite lugnt i samtalsrummet och sen säga: – Hur har du
kring dig, vad gör du, hur ser familjesituationen ut?"*

*"jag tycker det här att säga att kränkning också är våld liksom när mannen
säger mycket fula grejer till kvinnan, att det också liksom är våld, psykiskt våld."*

*"är det våldtäkt det här, är det faktiskt våldtäkt, har jag blivit våldtagen av min
man? – Det är våldtäkt, om du säger nej... du vill inte... då är det våldtäkt"*

*"det spelar stor roll också vilken tolk kvinnan har ...vissa av dom väljer tolkar,
den här tolken har jag förtroende för och då berättar man allt... för det är
ingen fara"*

*"ibland är det jobbigt också att tolka åt samma person tycker jag i alla fall. Det
tär ju på krafterna på tolken också, när liksom klienten vill ha bara samma
tolk hela tiden"*

"Viktigt att upprepa den här frågan... inte bara en gång och sen släppa"

"det är ju en långgående process som det tar väldigt lång tid för kvinnorna att kunna uppfatta"

"det är ju inte enbart en livsstilsförändring utan det är ju en tänkandesättsförändring"

Sammanfattning av fokusgruppsintervjuerna

Diskussionerna i grupperna var livliga och deltagarna var engagerade i frågan. En hel del diskussioner fördes omkring själva fenomenet våld mot kvinnor och också om det hedersrelaterade våldet. Några deltagare var mer aktiva i diskussionen än andra och några var mer erfarna i att leda grupper eller att ge information till nyanlända. Metoden gör det inte möjligt att generalisera resultatet, men deltagarna representerade många olika kulturer och resultatet överensstämmer väl med det man vet om förutsättningarna för att ställa frågan – förtroende, enskildhet, öppna frågor, flera tillfällen samt beredskap att ta hand om svaret.

I många frågor var gruppdeltagarna överens, men det fanns också meningskiljaktigheter och olika erfarenheter. Alla var dock överens om att information till alla om vilka lagar som gäller i Sverige är en viktig förutsättning för att kunna ställa frågor om våld till enskilda individer.

Resultatet bekräftar det som tidigare studier funnit; att det inte finns några avgörande hinder för att rutinmässigt ställa frågor om våld inom vården, inte heller till utlandsfödda kvinnor. Det är viktigt att inte särbehandla dessa kvinnor, de bör få samma möjlighet att ta steget att avslöja våldsutsatthet, så att de kan få stöd och hjälp att ta sig ur ett destruktivt förhållande. De flesta gruppdeltagarna ansåg att man om möjligt borde bygga upp ett förtroende först innan frågan ställdes, vilket kan genomföras till exempel under vården vid en graviditet. Men vid enstaka kortare kontakter till exempel på en akutmottagning är detta inte möjligt och frågan måste ändå ställas. Som vårdgivare är det dock viktigt att förstå att utlandsfödda kvinnor kan ha starka skäl att inte avslöja sin våldsutsatthet. De kan dessutom ha svårigheter att förstå att de utsätts för oacceptabel kränkning, om man inte är tydlig i sin information och ger konkreta exempel.

Deltagarna ansåg att vårdgivare bör utnyttja sin auktoritet och att de har ansvaret för att få till ett enskilt samtal med kvinnan. Frågan bör upprepas flera gånger och bli en naturlig del i all anamnesupptagning. Exakt hur frågan ställs är kanske mindre viktigt än att den ställs men det kan vara en hjälp för vårdgivare om man har PM och klinkiska riktlinjer som alla följer.

Akutmottagningar är viktiga arenor, samtidigt som miljön där kan vara ogynnlig för ett enskilt samtal med garanterad sekretess.¹⁴ Det behöver man ta hänsyn

till när man planerar nya akutmottagningar, samt när man ser över rutinerna för anamnesupptagning. Det vanligaste är att frågorna ställs muntligt, men en skriftlig självanamnes eller screening via ett dataformulär kan vara möjliga alternativ.¹⁵ Formulären måste i så fall finnas på många olika språk.

Tolkanvändning är ett måste om vårdare och patient inte förstår varandra. Man bör undvika att anhöriga och familjemedlemmar anlitas som tolk eftersom det försvårar för kvinnan att berätta om våldet. Deltagarna i gruppintervjuerna hade olika uppfattningar om kvinnorna ska ha rätt att själva välja tolk. Det kan bli ett problem om en patient blir alltför beroende av en viss tolk. Ett bättre förhållningssätt måste vara att försäkra varje patient om att den information som kommer fram under det tolkade samtalet är sekretessbelagd och att alla tolkar har tystnadsplikt på samma sätt som alla vårdgivare har.

När rutinmässig våldsanamnes införs är det viktigt att fortlöpande följa upp hur det går. Detta bör göras bland såväl vårdgivare som patienter och både kvalitativa och kvantitativa mått bör användas. Olika verksamheter behöver utvärderas och gruppen utlandsfödda får inte glömmas bort.

Slutsats

Det är viktigt att inte särbehandla kvinnor från andra kulturer, de ska få samma möjlighet att få stöd och hjälp att ta sig ur ett destruktivt förhållande. Det underlättar om man har byggt upp ett förtroende innan frågan ställs – om situationen så tillåter. Det är vårdgivaren som måste ta initiativet till att få prata med kvinnan enskilt. Det viktigt att förstå att den utlandsfödda kvinnans utsatta position kan medföra än större svårigheter att avslöja sin våldsutsatthet.

Praktiska råd

- Se till att du får samtala med kvinnan enskilt, använd din auktoritet
- Ställ samma frågor om våld till utlandsfödda kvinnor som till svenska kvinnor
- Betona att dessa frågor ställs till alla och inte bara till utlandsfödda
- Var beredd på att exemplifiera vad som menas med våld
- Om översättning behövs, använd tolk och betona tolkens tystnadsplikt
- Ställ frågorna vid upprepade tillfällen

- ¹ Statistiska centralbyrån (2008). *Beskrivning av Sveriges befolkning 2008*. Örebro: Statistiska centralbyrån.
- ² Albin B, Hjelm K, Ekberg J & Elmståhl S (2006). Higher mortality and different pattern of causes of death among foreign-born compared to native Swedes 1970–1999. *J Immigr Minor Health*. Apr 8;2, s.101–13.
- Ellsberg M, Jansen H, Heise L, Watts C & Garcia-Moreno C (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 371, s. 1165–72.
- Wändell PE & Gåfväls C (2007). High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden. *Prim Care Diabetes*. 1:1, s. 13–6. Epub 2006 Dec 18.
- Wändell PE, Wajngot A, de Faire U, Hellénus ML (2007). Increased prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in 60-year-old men and women in Sweden. *Diabetes Metab*. Feb;33:1, s. 30–6. Epub 2007 Jan 26.
- Koochek A, Mirmiran P, Azizi T, Padyab M, Johansson SE, Karlström B, Azizi F, Sundquist J (2008). Is migration to Sweden associated with increased prevalence of risk factors for cardiovascular disease? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. Feb;15:1, s.78–82.
- Tinghög P, Al-Saffar S, Carstensen J, Nordenfelt L (2010). The association of immigrant- and non-immigrant-specific factors with mental ill health among immigrants in Sweden. *Int J Soc Psychiatry*. Jan;56:1, s.74–93. Epub 2009 Jul 10.
- Wiking E, Johansson SE, Sundquist J (2004). Ethnicity, acculturation, and self reported health: A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. Jul;58:7, s. 574–82.
- ³ Lanier C, Maume MO (2009). Intimate partner violence and social isolation across the rural/urban divide. *Violence Against Women*. Nov;15:11, s.1311–30. Epub 2009 Sep 15.
- Rådestad I, Rubertsson C, Ebeling M, Hildingsson I (2004). What factors in early pregnancy indicate that the mother will be hit by her partner during the year after childbirth? *A nationwide Swedish survey*. *Birth*. Jun;31:2, s. 84–92.
- Dunn LL, Oths KS (2004). Prenatal predictors of intimate partner abuse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. Jan-Feb;33:1, s.54–63.
- Bent-Goodley TB (2007). Health disparities and violence against women: why and how cultural and societal influences matter. *Trauma Violence Abuse*. Apr;8:2, s. 90–104.
- Aden AS, Dahlgren L, Tarsitani G (2004). Gendered experiences of conflict and co-operation in heterosexual relations of Somalis in exile in Gothenburg, Sweden. *Ann Ig*. Jan-Apr;16:1-2, s. 123–39.
- ⁴ Wiking E, Saleh-Stattin N, Johansson SE, Sundquist J (2009). Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. *Scand J Caring Sci*. Jun;23:2, s. 290–7. Epub 2009 Feb 25.
- Wiking E, Saleh-Stattin N, Johansson SE, Sundquist J (2009). A description of some aspects of the triangular meeting between immigrant patients, their interpreters and GPs in primary health care in Stockholm, Sweden. *Fam Pract*. Oct;26:5, s. 377–83. Epub 2009 Aug 27.
- Hadziabdic E, Heikkilä K, Albin B, Hjelm K (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *Int Nurs Rev*. Dec;56:4, s. 461–9.
- ⁵ Wiking E, Saleh-Stattin N, Johansson SE, Sundquist J (2009). A description of some aspects of the triangular meeting between immigrant patients, their interpreters and GPs in primary health care in Stockholm, Sweden. *Fam Pract*. Oct; 26:5, s. 377–83. Epub 2009 Aug 27.
- ⁶ Wendt E, Hilding C, Lidell E, Westerståhl A, Baigi A, Marklund B (2007). Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 86:5, s. 590–5.
- Wendt EK, Lidell EA, Westerståhl AK, Marklund BR, Hilding CI (2009). Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery*. Aug 24. [Epub ahead of print].
- Stenson K, Saarinén H, Heimer G, Sidenvall B (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*. Mar; 17:1, s. 2–10.
- ⁷ Stenson K, Sidenvall B, Heimer G (2005). Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*. Dec;21:4, s. 311–21. Epub 2005 Aug 1.
- ⁸ Bent-Goodley TB (2007). Health disparities and violence against women: why and how cultural and societal influences matter. *Trauma Violence Abuse*. Apr; 8:2, s. 90–104.
- ⁹ Kelly UA (2009). "I'm a mother first": The influence of mothering in the decision-making processes of battered immigrant Latino women. *Res Nurs Health*. Jun; 32:3, s.286–97.
- Montalvo-Liendo N, Wardell DW, Engebretson J, Reininger BM (2009). Factors influencing disclosure of abuse by women of Mexican descent. *J Nurs Scholarsh*.; 41:4, s. 359–67.
- Montalvo-Liendo N (2009). Cross-cultural factors in disclosure of intimate partner violence: an integrated review. *J Adv Nurs*. Jan; 65:1, s. 20–34. Epub 2008 Nov 15.
- ¹⁰ Paranjape A, Rask K, Liebschutz J (2006). Utility of STaT for the identification of recent intimate partner violence. *J Natl Med Assoc*. Oct;98:10, s. 1663–9.
- Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH (2009). Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med*. May;36:5, s. 439–445.e4.
- ¹¹ Wrangle J, Fisher JW, Paranjape A (2008). Ha sentido sola? Culturally competent screening for intimate partner violence in Latina women. *J Womens Health (Larchmt)*. Mar;17:2, s. 261–8.
- ¹² Krueger RA. *Analyzing and reporting focus group results 1998*. University of Minnesota. Focus group kit, Vol. 6. Thousand Oaks, California: SAGE, (ISBN: 0-7619-0816-1).
- ¹³ Graneheim UH, Lundman B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. Feb;24:2, s. 105–12.
- ¹⁴ Daugherty JD, Houry DE (2008). Intimate partner violence screening in the emergency department. *J Postgrad Med*. Oct-Dec;54:4, s. 301–5.
- Houry D, Kaslow NJ, Kemball RS, McNutt LA, Cerulli C, Straus H, Rosenberg E, Lu C, Rhodes KV (2008). Does screening in the emergency department hurt or help victims of intimate partner violence? *Ann Emerg Med*. Apr;51:4, s. 433–42, 442. e1-7. Epub 2008 Mar 7.
- ¹⁵ Houry D, Kemball R, Rhodes KV, Kaslow NJ (2006). Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. *Am J Emerg Med*. Jul;24:4, s. 444–50.

5. Förekomst av våld mot kvinnor i Sverige och internationellt

Anna Berglund

Våld definieras av WHO som "the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation".¹ I våldsbegreppet ingår våld bland unga, våld och försummelse gentemot barn, våld i nära relationer, våld och försummelse gentemot äldre samt sexuellt våld där övergrepp, tvång och människohandel ingår.

Våld i nära relationer definieras som "any behaviour within an intimate relationship that causes physical, psychological or sexual harm to those in that relationship. It includes acts of physical aggression (slapping, hitting, kicking or beating), psychological abuse (intimidation, constant belittling or humiliation), forced sexual intercourse or any other controlling behaviour (isolating a person from family and friends, monitoring their movements and restricting access to information or assistance)".

När det gäller definitionen av mäns våld mot kvinnor ansluter sig den svenska regeringen till FN-deklarationen *Declaration on the Elimination of Violence against Women* från 1993. Definitionen lyder: "Varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet" ("Any act of gender based violence that results or is likely to result in physical, sexual or psychological harm or suffering to women including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or private life.").²

Definitionerna är detaljerade och speglar ett kontinuum av handlingar avsedda att utöva makt och beskära en annan människas autonomi och rörelsefrihet. Det är svårt att föreställa sig fysiskt våld eller sexuellt tvång utan hot. Emotionella kränkningar måste inte följas av fysiskt eller sexuellt våld men detta är vanligt.

Emotionella kränkningar kan ha omfattande konsekvenser för hälsan lika väl som fysiskt och sexuellt våld.

I studier gör man ofta en uppdelning i kategorierna emotionellt, fysiskt och sexuellt våld eller hot. Man undersöker graden av övergreppet genom att fråga detaljerat om typen av våld till exempel örffilar, knuffar, stryptag, om vapen används och så vidare. Det är vanligt att man i resultatet anger livstidsprevalens och prevalens under senaste året samt om våldet pågår. Förekomst av våld i ett pågående parförhållande kan vara svårt att medge vilket innebär att förekomsten som regel är underskattad. Vid många befolkningsundersökningar sker datainsamlingen med telefonintervjuer vilket innebär att man riskerar att inte nå den socioekonomiskt mest utsatta delen av befolkningen. Det finns också en risk att respondenten inte kan svara på frågorna i avskildhet vilket kan påverka resultatet.

En rad faktorer påverkar kvinnans utsatthet för våld från en man i en nära relation. Den ekologiska modellen är ett sätt att beskriva interaktionen med det samhälle kvinnan lever i.³ Enligt denna modell är betydelsefulla faktorer hos kvinnan själv hennes utbildningsnivå och grad av ekonomiskt beroende, om hon har möjlighet att ta egna beslut och har ett socialt nätverk samt om hon har erfarenhet av våld under uppväxten eller i tidigare förhållanden. Betydelsefulla faktorer hos partnern är hur han kommunicerar med kvinnan, om han använder alkohol eller droger, om han har vuxit upp i en familj där våld förekommit samt om han är benägen att använda våld i konflikter med andra män. Samhälleliga faktorer av betydelse är ekonomisk ojämlikhet mellan könen, inställningen till kvinnans autonomi, könsroller, attityderna till våld mot kvinnor, närståendes och grannars attityder till att gå emellan i konflikter i hemmet samt nivån av våldsbrott män emellan. Ett modernare sätt att synliggöra utsatthet är det intersektionella perspektivet där man tar i beaktande hur maktordningar i samhället samverkar. Samhällets syn på genus, sexuell orientering, etnicitet, klass, ålder och funktionalitet kan bidra till utsattheten liksom till hur skamfylld och stigmatiserande den upplevs av individen. Att både ha en sexuell läggning som avviker från heteronormen och vara utsatt för våld från sin partner ökar svårigheten att söka och ta emot hjälp. Ett annat exempel är att hälso- och sjukvården väljer att blunda för utsattheten hos personer med funktionshinder, missbruk eller annan etnicitet trots att dessa grupper löper hög risk att utsättas för våld.⁴

Förekomsten av våld studeras på tre nivåer. Nationellt följer man polisanmält våld genom brottsofferstatistik, ofta i kombination med intervjuundersökningar av ett urval av befolkningen. I populationsbaserade omfångsstudier studeras förekomsten av våld detaljerat genom enkäter eller intervjuer av ett representativt urval av en befolkningsgrupp. Riktade studier av särskilt utvalda grupper som till exempel patienter som kommer till en viss sorts mottagningar inom vården, söker stöd från socialtjänsten eller söker sig till kvinnohus utgör den tredje nivån.

Definitionerna av våldet varierar liksom frågorna i intervjuinstrumenten vilket bidrar till att resultaten i studierna varierar. Ju mer detaljerade frågorna är desto fler tillfrågade kan finna en beskrivning som passar för deras egen personliga erfarenhet. Eftersom de data som samlas in bygger på vad respondenten minns finns en risk för underrapportering. Särskilt uttalat är detta för övergrepp som skett i barndomen men man får räkna med att underrapportering är vanligt även när det gäller studier bland våldsutsatthet i vuxen ålder.⁵ I detta kapitel sammanfattas nationella omfångsstudier och brottsofferstudier (viktigmiseringsstudier) från Norden, vissa länder i Europa, USA, Kanada, och Australien samt resultat från den internationella studien *International Violence Against Women Survey* initierad av FN och WHO-studier.

Sverige

Slagen dam

Den största omfångsundersökningen om mäns våld mot kvinnor som gjorts i Sverige är *Slagen dam*. Undersökningen är en enkätundersökning omfattande 10 000 kvinnor 18–64 år och genomfördes 1999–2000.⁶ Svarefrekvensen var 70 procent vilket är högt för denna typ av studier. Forskarna analyserade materialet utifrån kvinnornas förhållande till förövaren. Våldets art redovisas som fysiskt våld, sexuellt våld och hot. Totalt hade 46 procent av kvinnorna någon gång under sitt liv utsatts för våld från en man.

Kvinnor som tidigare levt samman med en man

Bland de knappt 2 800 kvinnor som tidigare hade levt i äktenskap eller samboförhållande hade 35 procent varit utsatta för våld av den tidigare partnern. Bland dem som levde ensamma vid tiden för studien var det 50 procent. Var tionde ensamstående kvinna med barn hade varit utsatt för våld under det senaste året. Totalt 28 procent av kvinnorna hade någon gång varit utsatta för fysiskt våld. Våldet bestod i att mannen kastat något på kvinnan för att göra henne illa (13 procent), knuffat, hållit fast eller släpat henne (23 procent); slagit henne med knytnäven, med något hårt föremål eller sparkat henne (16 procent); tagit stryptag på henne eller försökt kväva henne (8 procent); bankat hennes huvud mot något (7 procent); eller hotat med eller använt skjutvapen eller annat vapen (6 procent). Sexton procent av kvinnorna hade erfarenhet av att ha blivit utsatta för sexuellt våld eller tvång och 18 procent blivit hotade av sin tidigare make eller sambo. Knappt två tredjedelar av dem som varit utsatta för våld rapporterade upprepade episoder, oftast mellan två och tio tillfällen. Våldsutsattheten var jämnt fördelad i åldersgrupperna.

Kvinnor som levde i pågående parförhållande

I studien fanns cirka 4 800 kvinnor som levde tillsammans med make/sambo då de besvarade enkäten. Totalt hade elva procent varit utsatta för övergrepp varav hälften under det senaste året. Sju procent hade varit utsatta för fysiskt våld av sin nuvarande partner. Värst utsatta var de unga kvinnorna mellan 18 och 24 år där tolv procent rapporterade fysiskt våld från sin nuvarande partner. Tre procent uppgav fysiskt våld under det senaste året. Sexuellt våld under det senaste året rapporterades också av tre procent.

Kvinnor som inte varit sambo med sin pojkvän

I studien ingick drygt 5 000 kvinnor som hade eller hade haft en sexuell relation med en man som de inte bott tillsammans med. Totalt hade drygt var sjätte kvinna i denna grupp utsatts för våld från en partner varav en stor andel under det senaste året. Fysiskt våld förekom i sju procent i denna grupp, sexuellt våld i elva procent och hot om våld i fem procent. Bland de unga kvinnorna 18–24 år rapporterade 19 procent våldshandlingar från pojkvännen och sex procent hade varit utsatta under det senaste året.

Kontrollerande beteende och emotionellt våld

Av kvinnor som levde i en nära relation med en man uppgav hälften att de utsatts för kontrollerande beteende varav extrem svartsjuka var vanligast. En fjärdedel av kvinnorna hade blivit kallade nedsättande saker, sju procent fick inte träffa släkt och vänner och elva procent hade inte kontroll över sin egen ekonomi. Tolv procent av de kvinnor som levde i parförhållande vid tiden för studien uppgav att de var utsatta för kontrollerande beteende.

Våld utanför sexuella relationer

Kvinnorna tillfrågades om de hade varit utsatta för fysiskt våld, sexuellt våld eller hot om våld av någon man de inte hade haft eller hade en sexuell relation till. Resultatet blev att 30 procent av kvinnorna hade denna erfarenhet. Nio procent hade varit utsatta för fysiskt våld efter sin 15-årsdag. Var fjärde kvinna hade varit utsatt för sexuellt våld. Vanligast förekommande var det i de yngre åldrarna och 28 procent av kvinnorna mellan 18 och 24 år rapporterade att de varit utsatta för sexuellt våld. Totalt hade fem procent av alla kvinnor (18 till 64 år) någon gång blivit tvingade till sexuella handlingar mot sin vilja av en man de inte hade någon sexuell relation till. Hot var också vanligt. Nio procent hade någon gång blivit hotade. Kvinnorna tillfrågades om oro för våld och två tredjedelar uppgav att de kände oro. Bland kvinnor mellan 18 och 24 år var hela 85 procent oroliga för att utsättas för våld, vilket speglar verkligheten eftersom denna åldersgrupp drabbas oftast.

Polisanmälningar

Endast 15 procent av kvinnorna i Slagen dam hade anmält den senaste våldshändelsen och mer än 80 procent av våldet kom inte till polisens kännedom. Det sexuella våldet anmälades i lägre utsträckning; endast åtta procent av de kvinnor som utsatts för sexuellt våld vid den senaste våldshändelsen anmälde.

Den våldsutsatta kvinnan

I en retrospektiv kartläggning av 1 043 kvinnor som sökt kvinnofridsmottagningen i Uppsala 1995–2002 fann man att förövaren var make eller sambo i 67 procent av fallen och att 16 procent hade blivit slagna av sin pojkvän.⁷ Fysiskt våld förekom hos 79 procent av dem som sökte, varav 61 procent varit utsatta vid tre eller fler gånger. Misshandeln hade i majoriteten av fallen skett i den gemensamma bostaden eller i kvinnans bostad, sammanlagt i drygt 80 procent, och i lägre grad i mannens (sex procent). Det var vanligt att hot, trakasserier och verbala kränkningar från partnern hade förekommit bland dem som sökte för misshandel. Våldtäkt rapporterades av sju procent av kvinnorna, varav knappt hälften hade utsatts vid upprepade tillfällen. Med stöd av samtalskontakt från kvinnofridsmottagningen polisanmälde kvinnorna våldet i nästan 60 procent av fallen, vilket är mer än dubbelt så mycket jämfört med andra studier. Undersökningen stärker uppfattningen att flera typer av våld förekommer samtidigt och att våldet ofta sker vid upprepade tillfällen.

Våldsamt lika och olika

Den svenska omfångsstudien *Våldsamt lika och olika – om våld i samkönade parrelationer* undersöker våld hos homo- och bisexuella samt transpersoner.⁸ Forskarna skickade ut enkäter till prenumeranter på tidningen *Kom ut* som ges ut av Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) och fick drygt 2 000 svar vilket gav en svarsfrekvens på cirka 40 procent. Resultaten visade att en fjärdedel av deltagarna någon gång upplevt fysiskt, psykiskt eller emotionellt våld i en relation. Allt som allt var det tio procent som uppgav att det förekom våld i den pågående relationen och av dessa var en tredjedel lesbiska och knappt hälften homosexuella män. Nästan hälften avstod dock från att svara på den frågan. Sjutton procent uppgav att de varit utsatta av en tidigare partner. Även här var bortfallet stort. Upp till en fjärdedel angav att de var utsatta för kontrollerande beteende och/eller psykologisk isolering. Rapporten *Våld i Samkönade relationer – en kunskaps- och forskningsöversikt* sammanfattar svensk och internationell forskning inom detta område.⁹

Enkätundersökning av kvinnor i Östergötland

I en studie från Linköping undersöktes livstidprevalens av våldsutsatthet och inverkan på hälsa och livssituation. Man undersökte speciellt psykiska följder

av övergreppen i form av somatisering, det vill säga kroppsliga symtom där orsaken ej kunnat klarläggas, och posttraumatiskt stressyndrom. Kvinnorna valdes slumpmässigt från befolkningsregistret och fick svara på enkäter om våld och hälsotillstånd och undersöktes för de psykiska konsekvenserna med skattningsskalor. Totalt deltog drygt 4 100 kvinnor 18–60 år vilket utgjorde 70 procent av de utvalda. Resultatet visade en livstidsprevalens på 19 procent för fysiskt våld, 9 procent för sexuellt våld och 18 procent för emotionellt våld. Totalt angav drygt en fjärdedel att de upplevt någon form av våld. Medelåldern för kvinnor som varit utsatta var något lägre jämfört med de övriga (37 år respektive 40 år). De yngre kvinnorna rapporterade fysiskt och psykologiskt våld oftare medan det inte var någon skillnad för sexuellt våld. Relationen till förövaren undersöktes inte.¹⁰

Ofrid?

Ofrid? är en prevalensstudie bland äldre kvinnor och män 65–80 år, som genomfördes i Umeå kommun år 2000. Drygt 9 800 inbjöds och 76 procent svarade. Man frågade efter försummelse, hot och trakasserier, fysiskt våld, sexuella trakasserier och sexuellt våld samt ekonomiskt våld eller utnyttjande. 16 procent av kvinnorna och 13 procent av männen uppgav att de hade varit utsatta för någon form av våld efter sin 65-årsdag. Nästan en femtedel av kvinnorna och lite mer än en tiondedel av männen uppgav försummelse medan sex procent av kvinnorna och åtta procent av männen varit utsatta för hot och trakasserier. Ekonomiskt utnyttjande uppgavs av en procent av kvinnorna och drygt en och en halv procent av männen. När det gällde partnervåld uppgav drygt tre procent av kvinnorna och drygt fem procent av männen att de varit utsatta för hot och trakasserier. Kvinnorna uppgav oftare än männen att de utsatts vid upprepade tillfällen.

Tolv procent av kvinnorna uppgav att de varit utsatta för sexuellt våld före sin 65-årsdag och mindre än en halv procent att det skett senare. Förövaren var oftast en närstående person och det skedde i hemmet. Sjukdom och funktionsnedsättning ökar risken för utsatthet hos kvinnorna men inte hos männen där alkoholberusning tycktes vara den enda faktorn som ökar risken för våldsutsatthet. Av ålder, sjukdom och kön var kvinnokön den starkaste riskfaktorn för våldsutsatthet.¹¹

NTU och ULF

Det finns två nationella databaser som följer brottsutvecklingen i Sverige. Brottsförebyggande rådet (Brå) driver sedan 2005 *Nationella trygghetsundersökningen*, *NTU*, som är en årligen återkommande undersökning av utsatthet för brott, otrygghet samt oro för brott samt förtroende för rättsväsendet. Datainsamlingen sker i huvudsak genom telefonintervjuer men kan även ske via postenkät om intervjupersonen föredrar det.¹² Genom *Undersökningarna om levnadsförhållanden*, *ULF*, följer Statistiska centralbyrån levnadsförhållandena i Sverige genom

att årligen intervju kvinnor och män över 16 år, i huvudsak vid personliga besök. Trygghet och säkerhet tillhör de 25 "välfärdskomponenter" man följer sedan 1975. Den indikator som bäst speglar våld i nära relationer är "något våld eller hot i bostad, egen eller någon annans under senaste året".¹³ Brottsofferstatistik kommer att behandlas närmare i kapitel åtta.

Folkhälsoenkäten

Folkhälsoenkäten som drivs av Folkhälsoinstitutet följer upp regeringens folkhälsomål årligen sedan 2004.¹⁴ Man inbjuder ett nationellt urval på 20 000 personer att svara på enkäten. Urvalet kompletteras med ett regionalt urval från fyra–fem landsting. En fråga handlar om våldsutsatthet under det senaste året utan att närmare specificera våldets karaktär. Sedan 2004 har tre procent av kvinnorna och mellan fyra och fem procent av männen svarat jakande. Fyra procent av männen och fem procent av kvinnorna uppgav 2008 att de upplevt hot om våld under det senaste året.

Internationella studier

Finland

Den finska omfångsstudien *Faith, Hope and Battering* utfördes i slutet av 1990-talet.¹⁵ Enkätfrågorna i denna studie motsvarar delvis frågorna i *Slagen dam*. I Finland uppgav var femte kvinna att hon utsatts för våld i pågående parförhållande mot var tionde i Sverige. Hälften av de finska kvinnorna rapporterade våld i tidigare samboförhållanden medan motsvarande siffra är drygt en tredjedel i den svenska studien. 35 procent av de svenska kvinnorna rapporterade våld utanför en sexuell relation medan 24 procent av de finska kvinnorna hade sådana erfarenheter. Ytterligare en befolkningsbaserad undersökning gjordes i Finland 2005.¹⁶ Knappt 20 procent uppgav då fysiskt eller sexuellt våld i pågående parförhållande viket var en obetydlig minskning jämfört med 1997. Av kvinnor som levt i parförhållande tidigare uppgav 49 procent att våld hade förekommit i båda undersökningarna. Se tabell för jämförelse med andra länder i Norden.

Norge

Den norska studien *Vold i parforhold – ulike perspektiver* genomfördes 2003–2004 av Statistisk Sentralbyrå i Norge.¹⁷ Drygt 7 600 personer i åldern 20–54 år, män och kvinnor, inbjöds till studien om erfarenheter av våld och drygt 4 600 deltog. Mer än var fjärde kvinna och var femte man hade upplevt att partnern någon gång använt våld och drygt fem procent uppgav att det skett under senaste året. Drygt tio procent av kvinnorna och knappt två procent av männen hade varit utsatta för allvarligt våld som stryptag eller där vapen använts. Andelen kvinnor

som uppgav våld i den pågående relationen var nio procent att jämföra med 22 procent i Finland och elva procent i Sverige.

Av dem som någon gång levit i parförhållande hade drygt en fjärdedel varit utsatta för våld och nio procent för livshotande våld. Sexuellt våld i form av hot eller övergrepp hade upplevts av tre procent och totalt hade en fjärdedel av kvinnorna någon gång upplevt sexuellt ofredande. Totalt var andelen kvinnor som rapporterade att de varit utsatta för våld 51 procent, vilket är högre än i Finland (40 procent) och i Sverige (46 procent). Se tabell för jämförelse med andra länder i Norden.

Danmark

Sedan 2004 har man i Danmark följt utvecklingen av mäns våld mot kvinnor genom att samla uppgifter från befolkningsundersökningar, statistik från kvinnojourer och registerdata från brottsoffer-, vård- och dödsorsaksregister i en databas. Den första rapporten *Maends vold mod kvinder – Omfang, karakter og indsats mod vold* utgavs 2004 och en ny rapport kom 2007.¹⁸ Liksom i de svenska nationella undersökningarna från Brå och Statistiska centralbyrån (NTU och ULF) definieras våldet i de danska brottsofferregistren av var det sker. I befolkningsundersökningarna har man definierat våld som fysiskt våld eller sexuella övergrepp där tidigare eller nuvarande make eller sambo är förövaren, och frågar inte efter emotionellt våld eller hot.

Resultaten visar att årsprevalensen för fysiskt våld för kvinnor i Danmark var 3,7 procent år 2000 och 3,9 procent år 2005 vilket innebär att 70 000 kvinnor i åldrarna 16–64 år varje år utsätts för någon form av fysiskt våld. Förekomsten av partnervåld uppskattades emellertid ha minskat med en tredjedel mellan de båda rapporterna. Trots det rapporterade kvinnojourerna en ökning av sökande på 10 procent mellan 2004 och 2006. Motsvarande årsprevalens i den norska studien *Vold i parforhold* var 2,9 procent. I Sverige uppgav tre procent våld från partnern under det senaste året och tre procent av kvinnorna våld i bostaden enligt ULF (2007) vilket även överensstämmer med Folkhälsoenkäten 2008.

Partnern som förövare minskade med två tredjedelar under de undersökta åren, till 40 procent av alla fall av våld mot kvinnor. När det gäller kvinnor i åldersgruppen 30–49 år var emellertid partnern förövare i minst hälften av fallen. Antalet kvinnor som sökte akutmottagningar för följder av våld hade ökat mellan år 2000 och 2005, särskilt bland unga kvinnor. Cirka en procent av kvinnorna i åldersgruppen 15–19 år sökte akut för skador 2005. Skadorna bedömdes i knappt hälften av fallen vara typiska för partnervåld.

Unga kvinnor 16–29 år i Danmark hade sex gånger högre risk än medelålders att utsättas för fysiskt våld. Kvinnor i samboförhållanden hade högre risk än både gifta och ensamstående att utsättas för fysiskt våld. Bland de utsatta kvinnorna var det vanligare med kortare utbildning och arbetslöshet och en stor andel var

ensamstående med barn. Risken för våld var större bland lesbiska och bisexuella kvinnor. Knappt två procent av kvinnorna rapporterade sexuellt tvång eller övergrepp senaste året. Förekomsten var högst bland de unga där var tionde kvinna i åldern 16–19 år hade blivit tvingad till sexuella handlingar, i knappt hälften av fallen våldtäkt eller våldtäktsförsök

Polisanmält partnervåld utgjorde 26 procent av anmälningarna för våldsutsatthet under den första undersökningsperioden och minskade till 14 procent under perioden 2003–2004. Partnervåldet bedömdes oftare vara grovt eftersom kvinnor i högre grad sökte akutsjukvården än vid annat våld.

Danmark deltar som enda nordiska land även i *The International Violence Against Women Survey (IVAWS)* som initierats av FN efter konferensen i Peking 1995 och FN-resolutionen *Elimination of violence against women* från 1997.¹⁹ Tolv frågor om hot om fysiskt våld av olika grad, fysiskt våld av olika grad samt sexuellt våld och trakasserier besvaras av alla. Vid jakande svar får kvinnan svara på mera ingående frågor om våldet och förövaren där relationen och tidsaspekten tas med. Undersökningen genomfördes i Danmark 2003.²⁰ Rapporten *Vold og overgrep mod kvinder* gör även jämförelser med de tre andra länder som då hade genomfört undersökningen: Schweiz, Tjeckien och Australien. Jämförelserna är delvis svår-tolkade eftersom länderna inte behandlar uppgifterna på samma sätt. Den danska undersökningen omfattar 3 500 kvinnor 18–70 år och uppgifterna har inhämtats genom telefonintervjuer. Ungefär hälften av de inbjudna kvinnorna deltog. Livstidsprevalensen var totalt 50 procent, 22 procent hade någon gång varit utsatt av sin partner och två procent av den nuvarande partnern. Under det senaste året angav fem procent att de utsatts för partnervåld och tre procent hade utsatts för våldtäkt av sin nuvarande partner. Mer än en fjärdedel av kvinnorna hade utsatts för sexuellt våld från en tidigare partner.

Tabell 1. Kvinnors våldsutsatthet i de nordiska länderna

Land och år	n	Ålder	Under livstid %	Nuvarande partner %	Tidigare partner %	Nuvarande/ tidigare partner %
Finland 1997	4 955	18–74	40	22	50	
Sverige 2000	6 926	18–64	46	11	35	
Sverige LHBT 2005	2 000		25	10	17	
Sverige Ofrid? 2000* (kvinnor och män)	9 845	65–80	16 kv/13 män			3,4 kv/5,4 män
Norge 2004	2 407	20–55	51	9	35	
Danmark IVAWS 2003	3 552	18–70	48	3	26	

*Försummelse och ekonomiskt våld ingår också.

USA

År 2000 kom en rapport från den nationella viktimeringsundersökningen *National Violence Against Women Survey*.²¹ I undersökningen ingick 8 000 kvinnor och 8 000 män som telefonintervjuades om sin erfarenhet av våld där frågor om våld i nära relationer ingick. Under det senaste året hade 1,5 procent av kvinnorna och

knappt en procent av männen varit utsatta för någon form av våld. Detta innebär att 1,5 miljoner kvinnor och drygt 800 000 män utsätts för fysiskt våld och våldtäkt varje år i USA. Nästan en fjärdedel av kvinnorna och knappt åtta procent av männen hade erfarenhet av våld från en partner (livstidsprevalens). Att ha blivit utsatt för förföljelse (stalkning) rapporterades av fem procent av kvinnorna och drygt en halv procent av männen. De som rapporterade emotionellt våld och kontrollerande beteende hos en partner rapporterade även i högre grad våldtäkt, fysiskt våld och förföljelse.

Kvinnor rapporterade erfarenhet av partnervåld i elva procent om de levde i samkönade relationer och i 30 procent om de levde med en manlig partner. 15 procent av männen i samkönade relationer rapporterade erfarenhet av partnervåld, att jämföra med knappt åtta procent bland män i en heterosexuell relation.

De flesta fallen av våld och övergrepp anmäldes inte till polisen. Ungefär en femtedel av våldtäkterna, en fjärdedel av det fysiska våldet och hälften av förföljelse gentemot kvinnor rapporterades. Utsatta män anmälde i än lägre grad.

England och Wales

I England och Wales samlar man fortlöpande in uppgifter för att följa trender i våldsbrott genom befolkningsundersökningar, *The British Crime Survey*.²² Den senaste undersökningen utfördes 2004–2005 och innehöll en webbaserad del med detaljerade frågor om partnervåld och våld i familjen. Man frågade efter partnervåld förutom sexuellt våld; våld i familjen innefattande emotionellt våld och ekonomiskt utnyttjande samt fysiskt våld och hot från någon annan i familjen än partnern; sexuellt våld, både ofredande och våldtäkt eller försök till våldtäkt, av någon inkluderande partnern eller familjemedlem; samt slutligen trakasserier och förföljelse, "stalkning". Hela enkäten besvarades av knappt 24 500 män och kvinnor 16 till 64 år. Bland dem som valts ut att svara på frågorna om våld i nära relationer var svarsfrekvensen drygt 80 procent.

Undersökningen visade att 28 procent av kvinnorna och 18 procent av männen någon gång hade varit utsatta för fysiskt våld, sexuellt våld eller förföljelse. Av kvinnorna hade knappt en fjärdedel varit utsatta för sexuellt våld och sex procent för våldtäkt eller våldtäktsförsök. Förövaren var oftast en person som kvinnan kände. Kvinnorna rapporterade erfarenhet av våld i familjen i tolv procent och "stalkning" från aktuell eller tidigare partner dubbelt så ofta. Bland männen rapporterade 15 procent att de varit utsatta för "stalkning"; nio procent för våld i familjen och tre procent sexuellt övergrepp vid något tillfälle av livet. Under det senaste året hade sex procent av kvinnorna och fem procent av männen upplevt våld från sin partner, sexuellt våld inte medräknat. Kvinnor var oftare än män utsatta för flera av de olika våldsformerna så som de definierades i undersökningen. Hälften av de våldsutsatta kvinnorna hade upplevt mer än en typ av övergrepp och fyra procent hade upplevt övergrepp av alla typer som efterfrågades.

Australien

Två nationella undersökningar ligger till grund för prevalenssiffrorna i Australien. *The Personal Safety Survey* rapporterade 2006 resultat från personliga intervjuer om våldsutsatthet med 16 400 personer över arton år.²³ I den australiensiska delen av *The International Violence Against Women Survey* tillfrågades 6 670 kvinnor i åldrarna 18–69 år per telefon om våldutsatthet (2004).²⁴

Totalt hade 40 procent av de australiska kvinnorna någon gång sedan sin femtonårsdag varit utsatta för våld. Knappt en tredjedel hade blivit utsatta för fysiskt våld och 17 procent för sexuellt våld. En tredjedel av alla kvinnor över femton år hade fått kränkande kommentarer om sin person eller sitt sexliv; en fjärdedel hade blivit utsatta för sexuellt ofredande och nästan en femtedel för trakasserier. Våld i tidigare eller pågående parförhållande rapporterades av var sjätte kvinna (16 procent). (*The Personal Safety Survey* 2005).

I *International Violence Against Women Survey* fann man att 57 procent av de tillfrågade australiska kvinnorna hade varit utsatta för våld, varav 48 procent för fysiskt våld och 34 procent för sexuellt våld. Av dem som hade erfarenhet av att leva i parförhållande uppgav en tredjedel att de någon gång varit utsatta för våld från partnern, omkring hälften för fysiskt våld och en tredjedel för sexuellt våld. Under det senaste året hade en procent av kvinnorna utsatts för våld av sin manliga partner.

I överensstämmelse med andra studier var de unga kvinnorna mest utsatta för våld; tolv procent i åldersgruppen 18–24 år mot knappt sju procent i åldersgruppen 35–44 år och knappt två procent i gruppen över 55 år. Nästan en tredjedel av flickorna som gick sista åren i skolan hade blivit tvingade till sexuell aktivitet mot sin vilja och 14 procent av kvinnorna upp till 20 år hade varit utsatta för våldtäkt och våldtäktsförsök. Mindre studier från olika stater i Australien pekar på mycket högre siffror bland ursprungsbefolkningen. Man uppskattar utifrån dem att våld mot kvinnor är minst fem gånger vanligare och sexuellt våld kanske upp till 20 gånger vanligare bland aboriginkvinnor. Dessa kvinnor utgör två procent av Australiens befolkning men 15 procent av mordoffren.

Kanada

I Kanada har man länge haft nationella program för att motverka våld mot kvinnor i nära relationer och följer trender över tid. Första omfångsundersökningen gjordes 1993. 1999 lade man till frågor om våldsutsatthet till Kanadas nationella statistikdatabas över våldsoffer, *Statistics Canada's General Social Survey on Victimization*. Våld inom familjen rapporterades senast 2004 (*Family Violence in Canada: A Statistical Profile*).²⁵ Man intervjuade 24 000 kvinnor och män över 15 år angående förekomsten av våld inom tidigare eller pågående äktenskap eller samboförhållanden under de fem år som föregick studien. Totalt hade sju procent av kvinnorna och sex procent av männen någon gång varit utsatta för våld av sin

partner. Detta innebar en minskning bland kvinnorna från åtta procent vid mättilfället 1999.

Bland dem som varit utsatta för våld rapporterade en större andel av kvinnorna (23 procent) mera allvarligt våld som stryptag, misshandel, hot med vapen än männen (15 procent). Kvinnorna rapporterade också oftare upprepat våld (mer än tio tillfällen) än männen (21 procent mot 15 procent) och fick oftare fysiska skador (44 procent mot 18 procent). Fler kvinnor uppgav att de fruktade för sina liv, 34 procent mot 10 procent av männen, och att de fick avstå från sina dagliga aktiviteter på grund av följderna av våldet, 29 procent mot 10 procent bland männen. Våld i pågående relationer uppgavs av 4 procent, både män och kvinnor. Våld i samkönade relationer förekom i 15 procent, vanligast hos dem som levde i samboförhållande och hade haft ett eller flera samboförhållanden tidigare. Resultaten är inte uppdelade på kön. Bland Kanadas ursprungsbefolkning rapporterades partnervåld under de senaste fem åren av 21 procent vilket är tre gånger högre än resten av befolkningen.

Förföljelse ("stalkning") förekom i 11 procent bland kvinnorna och 7 procent bland männen i Kanada. Av de kvinnor som var förföljda av sin tidigare eller nuvarande partner uppgav 61 procent att det också förekommit fysiskt våld och det var vanligt även hos männen i denna situation (48 procent).

Totalt rapporterade kvinnorna 37 procent och männen 18 procent av incidenterna av partnervåld till polisen. Kvinnorna som anmälde var mera benägna att söka skydd från samhället än männen.

WHO

The WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women initierades 1997 och den första rapporten *Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses* publicerades 2005.²⁶ WHO-studiens syfte är att undersöka prevalensen av våld mot kvinnor med tonvikt på fysiskt, sexuellt och emotionellt våld från en partner; att undersöka associationen mellan partnervåld och hälsoutfall; att identifiera riskfaktorer och skyddsfaktorer mot partnervåld samt att kartlägga och jämföra arbetssätt och policy hos institutioner där kvinnor söker hjälp. Den första rapporten behandlar prevalens, hälsoutfall och kvinnors förmåga att hantera sin situation. I studien ingår 24 000 kvinnor från 15 platser och tio länder: Bangladesh, Brasilien, Etiopien, Japan, Peru, Namibia, Samoa, Serbien och Montenegro, Thailand och Tanzania. Data presenteras per studieort och land och varje land har fått sin egen rapport som underlag för nationella åtgärder. Prevalensen varierar inte oväntat avsevärt i denna heterogena studiepopulation från vitt skilda kulturer med varierande lagstiftningar men partnervåld är vanligt förekommande i alla länderna och drabbar i ett livstidsperspektiv mellan 15 och 71 procent av kvinnorna, de flesta studieorterna låg mellan cirka 30 och 60 procent. Våld i pågående förhållanden varierar mellan fyra och

54 procent. Livstidserfarenhet av att ha varit utsatt för sexuellt våld av en partner varierade mellan 6 och 59 procent, vanligast 10–50 procent. Fysiskt och sexuellt våld förekom ofta tillsammans och överlappade varandra i cirka 30 procent. Totalt uppgav mellan 20 och 75 procent av kvinnorna att de varit utsatta för emotionellt våld det senaste året. Kontrollerande beteende förekom i ända upp till 90 procent av förhållanden där våld förekom och ofta tillsammans med fysiskt och sexuellt våld.

Kvinnorna frågades även om sin inställning till våld i parförhållanden. Mer än tre fjärdedelar av de kvinnor som bodde i städer höll med om att våld inte var tillåtet i någon situation medan förhållandet var det motsatta på landsbygden i en del länder där bara en fjärdedel höll med. De som själva var utsatta för partnervåld intog en mera accepterande hållning. På vissa studieorter tyckte upp till en femtedel av kvinnorna att en kvinna inte kan säga nej till sex i ett förhållande oavsett situationen. Fysiskt våld av någon annan av partnern rapporterades av 5 procent som lägst.

Tabell 2. Våldutsatthet internationellt

Land och år	Antal	Ålder	Totalt under livstiden % (män)	Nuvarande partner %	Tidigare partner % (män)	Nuvarande eller tidigare partner % (män)	Annan än partner %
Schweiz IVAWS 2003	1 009	18–70	39	2	13		
Tjeckien IVAWS 2003	1 198	18–69	58			37	37
Polen IVAWS 2004	2 009	18–69	35			16	25
Australien IVAWS 2004	6 677	18–69	57	10	36		41
Frankrike 2000 (under senaste året)	6 970	20–59		3,5	30,7		
Tyskland 2003	10 264	16–85	40**			25	20 (14)***
Irland 2005*	1 500	>17				15 (6)	
Litauen 1998	1 010	18–74	63	42	53		11
Australien 2005*	16 400	>18	40			16	
England o Wales 2006*	6 000	16–64	28 (18)				
USA 2000*	8 000	>17			25 (8)		
Kanada 2004*	12 000	>15				8 (7)	
WHO 2005	24 000		15–71	4–54			5–65**

* lika många män som kvinnor inbjöds att delta. ** Emotionellt våld ingår ej. *** Fysiskt våld (sexuellt våld). IVAWS = International Violence Against Women Survey. Hämtat från United Nation's Economic Commission for Europe, UNECE; Gender statistics: Surveys for violence against women <http://www.unecce.org/stats/gender/vaw/surveys.html> (läst 2009-12-15).

Sammanfattning

Mellan 30 och 50 procent av kvinnorna i västvärlden har erfarenhet av att ha blivit utsatta för våld. Bland kvinnor som levit i parrelation med en man rapporterar upp till 49 procent partnervåld. I pågående parrelationer rapporterar 5 till 11 procent av kvinnorna att det förekommit våld. Få söker sjukvården med akuta skador. Endast en fjärdedel av våldet anmäls och om det gäller sexuellt våld ännu mindre. Hot och förföljelse är också vanligt. Bland befolkningen i mindre privilegierade länder är våld mot kvinnor ännu vanligare. Kvinnor som lever i våldsamma förhållanden tenderar att töja gränserna för vad som ses som accepterat beteende

vilket innebär en risk för underrapportering. Om frågorna ställs detaljerat får man sannolikt en mer rättvisande bild.

Man kan alltså konstatera att förekomsten av våld mot kvinnor varierar men är betydande i alla kulturer. Våld från en manlig partner utgör den övervägande delen av det våld kvinnor utsätts för, är som regel upprepat och varierar från hot till livshotande våld. Emotionellt, fysiskt och sexuellt våld förekommer ofta samtidigt i en våldsamt relation. De unga kvinnorna är värst utsatta.

- ¹ WHO, <http://www.who.int/topics/violence/en/> läst 2009-11-15.
- ² FN (1993) *Declaration on the Elimination of Violence against Women*.
- ³ Heise L (1998). Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence against Women*. 4, s. 262–290.
Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A & Lozano R (red) (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- ⁴ Nationellt centrum för kvinnofrid (2009). *Våld i samkönade relationer – en kunskaps och forskningsöversikt*. NCK-rapport 2009:2, s. 22. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.
Thomas K, Joshi M, Wittenberg E & McCloskey L (2008). Intersections of harm and health, a qualitative study of intimate partner violence in women's lives. *Violence Against Women*. 14:11, s. 1252–1273.
- ⁵ Ellsberg M, Heise L, Peña R, Agurto S & Winkvist A (2001). Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning*. 32:1, s. 1–16.
- ⁶ Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J & Kalliokoski A-M (2001). *Slagen dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfattningsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- ⁷ del Castillo M, Heimer G, Kalliokoski A-M & Stensson K. *Den våldsutsatta kvinnan – en retrospektiv arkivundersökning av de kvinnor som behandlats av Rikskvinnocentrum 1995–2002*. Rikskvinnocentrum rapportserie 2004:4. Uppsala: Rikskvinnocentrum.
- ⁸ Holmberg C, Stjernqvist U (2006). *Våldsamt lika och olika – om våld i samkönade parrelationer*. Stockholm: Institutionen för genusvetenskap, Stockholms universitet.
Holmberg C, Stjernqvist U (2006). *Våldsamt lika och olika – om våld i samkönade relationer*. I bearbetning av Maria Jakobsson RFSL 2008.
- ⁹ Nationellt centrum för kvinnofrid (2009). *Våld i samkönade relationer – en kunskaps och forskningsöversikt*. NCK-rapport 2009:2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.
- ¹⁰ Wijma K, Samelius L, Wingren G & Wijma B (2007). The association between ill-health and abuse: A cross-sectional population based study. *Scandinavian J of Psychology*. 48, s. 567–75.
Samelius, Charlotta (2007). *Abused Women [Elektronisk resurs]: Health, Somatization, and Posttraumatic Stress*. Institutionen för molekylär och klinisk medicin.
- ¹¹ Eriksson H (2001). *Ofrid? Våld mot äldre kvinnor och män – en omfattningsundersökning i Umeå kommun*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- ¹² Brottförebyggande rådet, *Nationella Trygghetsundersökningen*.
- ¹³ Statistiska centralbyrån, *Undersökningarna om levnadsförhållanden*.
- ¹⁴ Folkhälsoenkäten; Sociala relationer 2008.
- ¹⁵ Heiskanen M & Piispa M (1998). *Faith, Hope, Battering. A Survey of Men's Violence against Women in Finland*. Justice 1998:20. Statistikcentralen Finland.
- ¹⁶ Piispa M, Heiskanen M, Kääriäinen J & Sirén R (2006). *Naisiin kohdistuva väkivalta (violence against women) 2005*. Publications of the National Institute of Legal policy 225 and HEUNI Publication series No 51. Helsingfors.
- ¹⁷ Haaland T, Clausen S-E & Schei B (2005). *Vold i parforhold-ulike perspektiver. Resultat fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. NIBR-rapport 2005:3. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- ¹⁸ Helweg-Larsson K & Fredriksen ML (2008). *Mænds vold mod kvinder. Omfang, karakter og indsats mod vold – 2007*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Minister for Ligestilling.
- ¹⁹ Heuni, The European Institute for crime prevention; *The International Violence Against Women Survey (IVAWS) UNECE, National Surveys on violence against women*.
- ²⁰ Balvig F & Kyvsgaard B (2006). *Vold og overgrep mod kvinder. Dansk rapport vedrørende deltagelse i International Violence Against Women Survey*. Københavns Universitet/Justitieministeriets forskningsenhed.
- ²¹ Tjaden P & Thoennes N (2000). *Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women*. NCJ 183781, U.S. Department of Justice; Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- ²² Finney A (2006). *Domestic violence, sexual assault and stalking – Findings from the 2004/05 British Crime Survey Home Office*. Online Report 12/06. Home Office UK.
- ²³ *The Personal Safety Survey*. Australian Institute for Family Studies, Australian Centre for Studying Sexual Assault <http://www.aifs.gov.au/acssa/statistics.html#npss> (läst 2009-11-15).
- ²⁴ Heuni, The European Institute for crime prevention; *The International Violence Against Women Survey (IVAWS)*.
Mouzos J & Makkai T (2004). *Women's experience of Male Violence: Findings from the Australian Component of the International Violence Against Women Survey*.
- ²⁵ Canadian Centre for Justice Statistics (2005). *Family violence in Canada- a statistical profile 2005*.
- ²⁶ WHO (2005). *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html (läst 2009-11-16).

6. Hur hanteras frågor om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården internationellt?

En litteraturöversikt

Anna Berglund

År 2007 antog den svenska regeringen en treårig nationell handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer.¹ Inom ramen för handlingsplanen fick Nationellt centrum för kvinnofrid i uppdrag att vidareutveckla metoder för hälso- och sjukvården att så tidigt som möjligt identifiera våldsutsatthet för att kunna erbjuda adekvat rådgivning och stöd. Att inkludera frågor om personlig erfarenhet av våld som en del av anamnesen skulle kunna vara en effektiv åtgärd. Som ett första led i detta uppdrag gjorde Eva Wendt för NCK en systematisk genomgång av vetenskapliga artiklar som behandlade hur frågor om våld i nära relationer ställs inom vården i andra länder. Materialet har bearbetats för denna rapport.

”Screening” eller ej?

USA har sedan många år riktlinjer på nationell nivå för hur frågan om våld i nära relationer ska tas upp inom hälso- och sjukvården (U.S. Preventive Services Task Force). Kanada är också på många sätt ett föregångsland när det gäller nationella riktlinjer för att fråga om våldsutsatthet. Man understryker att våld i nära relationer är ett omfattande och allvarligt problem ur ett hälsoperspektiv och därför är det motiverat att inkludera frågor om detta vid besök i hälso- och sjukvården, även om våldsutsatthet inte uppfyller kriterierna för ett tillstånd där ”screening” ska användas.² Litteraturgenomgången visade dock att det är långt ifrån genomfört. Under de senaste åren har det framför allt i USA och Kanada

pågått en debatt om "screening" för våld i nära relationer verkligen har någon positiv effekt på kvinnors situation.³ Detta skulle kunna vara en av anledningarna till att riktlinjer och förslag om att rutinmässigt fråga om våld i nära relationer ännu inte fått fullt genomslag.

VAW, Violence Against Women, är ett pågående projekt i Kanada där flera studier ingår. I projektets första fas genomfördes studien *Randomized Trial for Screening Tools and Approaches* med syfte att undersöka hur man bäst hanterar rutinfrågor om våld inom fyra typer av hälso- och sjukvårdsinrättningar (public health, emergency departments, family practice settings, speciality care clinics) och hur man bäst formulerar frågorna. Resultaten är ännu inte publicerade. I andra fasen genomfördes en randomiserad studie med syftet att undersöka om rutinmässiga frågor om våld inom hälso- och sjukvården gör nytta för kvinnor som varit utsatta för övergrepp (*Randomized Controlled Trial of Universal Screening for Woman Abuse*) som publicerades 2009. På grund av det stora bortfallet (drygt 40 procent i båda studiegrupperna) måste resultaten tolkas med försiktighet men studien kunde inte visa någon positiv effekt på livskvaliteten hos de kvinnor som tillhörde den "screenade" gruppen under de 18 månader som uppföljningen pågick.⁴

I en nyligen publicerad artikel problematiserar Joanne Spangaro kring svårigheten att vetenskapligt studera effektiviteten av "screening för våld" i sjukvården. Hon beskriver tre vanliga antaganden som bidrar till att man inte mäter det man avser mäta och att resultaten blir missvisande. Det första antagandet är att själva screeningfrågan kan ses som en neutral test som inte påverkar patienten när den i stället i själva verket utgör en intervention som startar en process hos den utsatta. Detta resulterar också i svårigheter att samla bakgrundsdata för kontrollgruppen. Om man måste nöja sig med retrospektiva uppgifter från kontrollgruppen finns det risk för "recall bias", det vill säga att kvinnorna helt enkelt inte minns detaljer om den rådande situationen då studien startade. Det andra antagandet är att effektiviteten hos våldsscreeningen kan mätas genom att man mäter effekten av de åtgärder som vidtagits för att hjälpa kvinnan. I stället mäter man då egentligen den kombinerade effekten av screeningfrågan och åtgärderna. Det tredje antagandet är slutligen att man kan identifiera effektiva interventioner mot partnervåld som kan hjälpa alla. Här bortser man från betydelsen av den enskilda kvinnans psykosociala situation och en mängd interagerande faktorer till exempel etnicitet, ekonomi, utbildning, arbetslivsstatus och så vidare, som påverkar hur hon förhåller sig till de erbjudna åtgärderna. Till dessa svårigheter kommer etiska avvägningar om behovet att gå in med "behandling" om det i screeningen avslöjas att kvinnan är utsatt. Sparango menar att dessa faktorer gör det tveksamt att det går att genomföra en rättvisande randomiserad studie om effektiviteten av "screening" för våldsutsatthet.⁵ Detta talar för att man bör undvika ordet "screening" och i stället tala om "rutinfrågor om våld".

Resultat av litteratursökningen

Syftet med litteraturstudien var att belysa det aktuella nationella och internationella kunskapsläget om våldsutsatthet som en del i sjukhistorien med avseende på följande frågeställningar:

- Ingår frågor om personlig erfarenhet av våld i anamnesen?
- Ställs dessa frågor vid behov, vid akuta besök eller vid samtliga besök inom sjukvården?
- Hur ställs frågorna?
 - Finns det rutiner?
 - Vilken profession ställer frågorna?
 - Är frågorna kopplade till kvalitetsindikatorer?

Nationella policydokument och program inkluderades också i litteratursökningen.

Litteratursökningen begränsades till att omfatta artiklar publicerade i medicinska tidskrifter 1998–2009. Med tanke på det stora antalet artiklar om våld i nära relationer som publicerats under den aktuella perioden var det en mycket liten andel som beskrev hur frågor ställs kliniskt. Litteraturgenomgången resulterade i totalt 19 artiklar från USA, Kanada, Storbritannien och Australien. Resultatet finns presenterat i tabeller med referenser i en bilaga i rapporten (sid 197–200).

Man kan konstatera att variationen är stor när det gäller att fråga efter våldsutsatthet som en del i sjukhistorien när kvinnor söker vård. Att fråga om våld visade sig vara vanligare om misstanke fanns än att ställa frågan till alla som en rutin. Flera amerikanska studier visade att läkare inom kvinnosjukvården frågar något oftare än andra, vilket kanske inte är oväntat.⁶ Inom akutsjukvården är det många kvinnor som inte tillfrågats trots att kvinnor som varit utsatta för våld relativt ofta återfinns där.⁷

I elva av de 19 artiklarna ställs frågan om våld i relativt hög utsträckning men det är anmärkningsvärt att bara en artikel redovisar förekomst av skriven policy. I det fallet var det tolv procent av informanterna (barnmorskechefer och barnmorskor med specialintresse för området) som uppgav att de hade skriftliga rutiner för att fråga om våld i nära relationer.⁸

Litteratursökningen gav inget resultat gällande artiklar med koppling till kvalitetsindikatorer.

Jämförelser med Sverige

I likhet med den nationella kartläggningen *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor* visar denna litteraturgenomgång att det finns stora variationer för i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdspersonal frågar om erfarenhet av våld i nära relationer. Den svenska undersökningen visade också att kvinnan oftare blir tillfrågad om hon söker gynekolog än om hon söker allmänläkare.⁹

Annat forskning

Majoriteten av studierna om "domestic violence" handlar om i vilken utsträckning kvinnor är drabbade¹⁰; hälso- och sjukvårdspersonalens attityder till att ta upp frågan¹¹ och hur kvinnor själva ser på att bli tillfrågade.¹² De flesta kvinnor är positiva till att hälso- och sjukvårdspersonal tar upp frågor om våld i nära relationer och en stor del av personalen ser det som en viktig uppgift, men många artiklar beskriver hindrande faktorer för såväl kvinnor som personal. Det finns också studier som visar på kvinnors uppfattningar om hur och varför de vill bli tillfrågade.¹³ Andra studier analyserar utbildnings-/träningssmodeller eller frågeinstrument.¹⁴

Utbildning

I flera av artiklarna framgår att personalen inte har någon utbildning om våld mot kvinnor.¹⁵ Eftersom kartläggningens syfte var att beskriva hur det ser ut i den kliniska vardagen togs interventionsstudier inte med. I en av de amerikanska studierna pågick det emellertid utbildning för alla personalkategorier i handläggning av våld i nära relationer.¹⁶ En forskargrupp fann att frågor om våld är mindre vanliga än frågor om psykiska sjukdomar, självskadebeteende, alkoholanvändning och droger.¹⁷ Diskussion kring livsstil kan vara ett bra tillfälle att leda in samtalet på våld i nära relationer. Fortsatt utbildning och stöd till hälso- och sjukvårdspersonal är nödvändig för att säkerställa att kvinnor inte ovetandes utsätts för större risk på grund av ett icke-systematiskt tillvägagångssätt.¹⁸

Nationella centra och program för våld mot kvinnor

Arbete och forskning kring "domestic violence" pågår över hela världen. Många länder har på nationell nivå initierat program och centra för att bekämpa våld i nära relationer. FN har en särskild databas för nationella handlingsprogram för bekämpande av mäns våld mot kvinnor, *The UN Secretary-General's Database on Violence Against Women*. Där finns uppgifter om lagar och förordningar, program och policyer samt statistik och utvärderingar från majoriteten av medlemsstaterna.¹⁹

I Norge inrättades år 2004 *Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress* (NKVTS). Hälsodepartementet, Justitiedepartementet samt Barn- och familjedepartementet tog initiativ till centret för att samla och stärka kompetensen inom området. NKVTS samarbetar kring forskning med "Alternativ till vold" som är ett behandlings- och kompetenscenter.²⁰

I Danmark finns sedan 1997 *Voldsobservatoriet (The Danish National Observatory on Violence Against Women)*. Det är en grupp experter inom Kvinderådet som arbetar mot mäns våld mot kvinnor. Voldsobservatoriet fick formell status 2002 och bytte då namn till *Det Nationale Voldsobservatorium*. Uppdraget är att vara

kunskapscentrum för frågor kring våld och ta initiativ till utveckling i frågan samt att säkerställa att den danska staten följer nationella och internationella handlingsplaner. Observatoriet ska stå för information, utbildningsinsatser, praktisk kunskap och feminism.²¹ En ny nationell strategi för att bekämpa mäns våld mot kvinnor finns för 2009–2012 och statliga medel är allokerade. Det finns också en nationell diagnosdatabas för våld mot kvinnor.

I Finland grundades 2004 *The Finnish National Observatory*, som är ett nätverk av frivilligorganisationer, vid ett seminarium i riksdagen. Nätverket har erkänts som nationellt av vissa statliga institutioner och ombuds att yttra sig i frågor som rör mäns våld mot kvinnor men det finns inget nationellt handlingsprogram.

År 2006 antogs i Island en handlingsplan för att motverka våld och övergrepp mot barn och unga samt våld mot kvinnor i nära relationer samt sexuellt våld, *Plan of action to deal with domestic and sexual violence* utfärdad av det isländska socialdepartementet. Planen sträcker sig till 2011. Man lyfter fram att dessa frågor bör diskuteras mera öppet i samhället, behovet av föräldrautbildning, utbildning av personal inom samhällsinstitutioner, bättre omhändertagande av offer och behandling av förövare. För hälso- och sjukvårdens del rekommenderas att man tar fram handlingsprogram för rutinfrågor till gravida kvinnor.²²

I Storbritannien utgav Hälsodepartementet år 2000 skriften *A Resource Manual for Health Care Professionals*. Fem år senare kom skriften *Responding to domestic abuse: A handbook for health professionals*.²³ Utifrån King's College i London pågår sedan flera år ett projekt på ett "London Foundation Trust Hospital". Under 2006 ökade andelen barnmorskor som frågade om våld från 15 procent till 47 procent. I slutet av projektet i april 2008 var andelen barnmorskor som frågade uppe i 58 procent.²⁴

VAW, Violence Against Women, är ett projekt som pågår i Kanada. I uppdraget ingår bland annat forskning kring rutinfrågor och handläggning av våldsutsatthet och kostnadseffektivitet. I Kanada finns också ett regionalt program från Middlesex Health Unit: *The Task Force on the Health Effects on Woman Abuse*. Man rekommenderar ett frågeinstrument med enkla direkta frågor och argumenterar för att alla kvinnor över tolv år ska tillfrågas rutinmässigt om fysiskt, sexuellt eller emotionellt våld vid en rad kontakter med vården, till exempel hälsokontroller, akuta sjukdomsfall, graviditetsbesök, preventivmedelsrådgivning, barnhälsovård samt vid in- och utskrivning på sjukhus. Man nämner även andra situationer där frågan bör ställas, till exempel i skolan, på ungdomsläger och i samband med sportaktiviteter samt om en ung person blir omhändertagen av samhället.²⁵

I USA förväntas läkare och barnmorskor alltid fråga om våld i nära relationer och ämnet ingår i deras utbildningar (core competencies). U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) har utgivit rekommendationer angående rutinfrågor om våld i familjen och partnervåld; den senaste från 2004 heter *Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement*.²⁶

Forskning kring "domestic violence" pågår sedan många år i Australien men få artiklar beskriver hur och i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdspersonal arbetar med frågan. I en artikel från 2007 skriver dock Spangaro att man har arbetat med att införa rutinfrågor om våld i nära relationer i New South Wales sedan 2001. Kvinnorna informeras om anledningen till att man frågar, att alla kvinnor får samma fråga, och att de kan välja om de vill svara eller inte. De preliminära resultat som redovisas pekar på att en hög andel av de kvinnor som söker hälso- och sjukvård i New South Wales numera blir tillfrågade om våld.²⁷

Daphne-programmet är ett EU-projekt för att införa våldsförebyggande åtgärder mot våld i nära relationer; våld mot barn, ungdomar och kvinnor. Det startade år 2000 och sträcker sig fram till och med 2013. Programmet verkar för att EUs medlemsstater genom utbyte av information och erfarenheter, främjande av nyskapande strategier och gemensamma prioriteringar ska ta fram åtgärder mot allt slags våld i såväl det offentliga som privata rummet. Programmet vänder sig till offentliga så väl som frivilligorganisationer och institutioner som arbetar med att förebygga och bekämpa våld mot barn, ungdomar och kvinnor, som stödjer offer för våld eller som arbetar för förändringar i attityderna till våld. *Daphne-programmet* ska komplettera och stärka befintliga nationella program i medlemsländerna.²⁸

På internationella kvinnodagen 2010 hölls ett möte i Bryssel *The 3000 Council on Employment and social policy* och vid det formulerades en rad punkter om samordning av arbetet för att bekämpa mäns våld mot kvinnor. Bland annat uppmanades medlemsstaterna att formulera nationella handlingsprogram.²⁹

Aktuell situation i Sverige

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Uppsala universitet är Sveriges nationella kunskaps- och resurscentrum för frågor om mäns våld mot kvinnor. NCK är en vidareutveckling av Rikskvinnocentrum, som startades vid Akademiska sjukhuset i Uppsala 1994 och var landets första specialistklinik för kvinnor som utsatts för våld. Rikskvinnocentrum skulle dels ta hand om våldsutsatta kvinnor akut, dels utbilda, forska och utveckla nya metoder som kunde spridas vidare till hela landet. Uppdraget har sedan dess utökats successivt och 2006 ombildades centrumet till ett nationellt kunskaps- och resurscentrum vid Uppsala universitet.³⁰ Samtidigt breddades uppdraget till att omfatta inte bara hälso- och sjukvårdens utan hela samhällets insatser för kvinnor som utsatts för våld. NCK arbetar på regeringens uppdrag med att samla, utveckla och sprida kunskap om våld mot kvinnor och att omsätta kunskapen i praktisk handling. I uppdraget ingår att arbeta med metodutveckling, information, utbildning, kunskapssammanställning och forskning. 2008 utökades NCK:s verksamhetsområde till att även omfatta våld i samkönade relationer samt hedersrelaterat våld och förtryck.

Flera studier och projekt gällande mäns våld mot kvinnor i nära relationer har genomförts i Sverige under 2000-talet. Majoriteten av studierna, som oftast utförts inom kvinnosjukvården, visar att såväl patienter som personal anser att rutinfrågor om våld bör ingå i sjukhistorien på barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar.³¹ Trots den uppmärksamhet detta har rönt är det inte rutin att ställa frågor till kvinnor när de besöker hälso- och sjukvården. Regeringen har därför gett NCK i uppdrag att utveckla metoder för tidig upptäckt av våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården

Rikskvinnocentrum genomförde en nationell kartläggning 1997 för att belysa hälso- och sjukvårdens arbete med våldsutsatta kvinnor, *Kartläggning av hälso- och sjukvårdens resurser för att möta kvinnor som misshandlats och våldtagits*. Som ett led i kvalitets- och utredningsarbetet genomfördes ytterligare en kartläggning 2005, *Den svenska hälso- och sjukvården arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor*. Studierna visade att det finns stora variationer inom hälso- och sjukvården när det gäller att upptäcka och omhänderta våldsutsatta kvinnor, både inom och mellan landsting. Förutsättningarna att fångas upp och få hjälp var större för de kvinnor som sökte akutmottagningar eller gynekologiska mottagningar än för dem som sökte primärvården. Hälften av mottagningarna hade en formellt antagen policy, men denna hade inte alltid fått genomslag i verksamheten. Det föreföll snarare som om det var enskilda chefers och medarbetares kompetens och intresse som avgjorde skillnaderna mellan de olika verksamheternas insatser. Det varierade också om de olika enheterna hade genomfört utbildningar under det senaste året.³²

Under 2004 genomfördes en kartläggning av rutiner inom svensk mödrahälsovård. Resultatet visade att minst två tredjedelar av de barnmorskor som arbetade på barnmorskemottagningarna i Sverige hade fått utbildning om mäns våld mot kvinnor och att rutiner för att fråga hade införts på många håll. Inom 14 av 48 områden ställdes frågor om våld på några eller alla mottagningar. Av dessa hade elva områden en frågemall och skriftliga riktlinjer fanns i nio områden.³³ De hinder som uppgavs var brist på rutiner men även brist på kunskap; brist på stöd till den utsatta kvinnan men också till personalen; tidsbrist; samt rädsla att kränka kvinnan, vilket stämmer med tidigare forskning. För att få till stånd en förändring och säkra långsiktighet och legitimitet behöver frågan byggas in i hälso- och sjukvårdens organisation.³⁴ I mödrahälsovårdens nationella kvalitetsregister 2008 uppgav 50 procent av barnmorskemottagningarna att de hade vårdprogram angående rutinfrågor om våldsutsatthet till gravida samt rutiner för omhändertagande (personlig kommunikation). Det förefaller finnas stora likheter med de resultat som framkom i kartläggningen *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor*. Den kliniska verksamheten varierade där i stor omfattning, till stor del föreföll det vara enskilda chefers och medarbetares kompetens och intresse som avgjorde om en mottagning hade rutiner för att fråga eller inte.

Svenska policydokument

Genom vårdprogram och skriftliga rutiner kan hög kvalitet säkerställas. Ett exempel på detta är handboken *Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp* som kom ut 2008 och är ett viktigt led i att skapa förutsättningar för att offren ska få adekvat omhändertagande oavsett inom vilken enhet i hälso- och sjukvården eller var i Sverige de söker.³⁵

2008 utgav Svensk förening för obstetrik och gynekologi en arbetsgruppsrapport sammanställd av landets mödrahälsovårdsöverläkare och samordningsbarnmorskorna inom Svenska barnmorskeförbundet i samarbete med Mödrabarnhälsovårdspsykologernas förening. Rapporten *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa* behandlar mödrahälsovårdens olika verksamhetsområden och är tänkt att fungera som kunskapsunderlag i det dagliga arbetet för personal inom mödrahälsovården, oavsett vårdform och organisation. I kapitlet om mödrahälsovårdens folkhälsoarbete betonas att det ska finnas en utarbetad handlingsplan när det gäller rutinfrågor om våld på varje mottagning. Varje kvinna ska få ett enskilt besök tidigt i graviditeten där frågor om våld ingår i anamnesen och det ska det finnas skriftliga riktlinjer för omhändertagande av kvinnor som vill ha hjälp. Man framhåller att personalen ska ha god kunskap om våld i nära relationer samt tillgång till professionell handledning/konsultation.³⁶

- ¹ Regeringens skrivelse 2007/08:39.
- ² Shaw D (2003). Screening for domestic violence. *J Obstet Gynaecol Can.* 25, s. 918–21.
- ³ Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, Kuntze S, Spencer A, Bacchus L, Hague G, Warburton A & Taket A (2009). *How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme?* Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess.* 13:16, s. 1–113–137–347.
- MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, Worster A, Lent B, Coben JH, Campbell JC, McNutt LA & McMaster Violence Against Women Research Group. (2009). Violence Against Women Research Group. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.* 302:5, s. 493–501.
- Nelson HD, Nygren P, McInerney Y & Klein J (2004). Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 140:5, s. 387–96.
- Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidsson LL & Feder G (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ.* 325:7359, s. 314.
- Wathen CN & MacMillan HL (2003). Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA.* 289:5, s. 589–600.
- ⁴ MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, Worster A, Lent B, Coben JH, Campbell JC, McNutt LA & McMaster Violence Against Women Research Group (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.* 302(5): s. 493–501.
- ⁵ Spangaro J, Zwi AB & Poulos R (2009). The Elusive Search for Definitive Evidence on Routine Screening for Intimate Partner Violence. *Trauma Violence Abuse.* 10, s. 55–68.
- ⁶ Chamberlain L & Perham-Hester KA (2002). The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women and Health.* 35, s. 55–69.
- Glass N, Dearwater S & Campbell J (2001). Intimate partner violence screening and intervention: Data from eleven Pennsylvania and California Community hospital emergency departments. *J Emerg Nurs.* 27:2, s. 141–9.
- Horan DL, Chapin J, Kelin L, Schmidt LA & Schulkin J (1998). Domestic Violence Screening Practices of Obstetrician-Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 92:5, s. 785–9.
- Lapidus G, Cooke MB, Gelven E, Sherman K, Duncan M & Banco L (2002). A statewide survey of domestic violence screening behaviours among pediatricians and family physicians. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 156, s. 332–6.
- Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E & Grumbach K (1999). Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse. Practices and Attitudes of Primary Care Physicians. *JAMA.* 282:5, s. 468–474.
- Foy R, Nelson F, Penney G & McIlwaine G (2000). Antenatal detection of domestic violence. *Lancet.* 355(9218):1915.
- ⁷ Glass N, Dearwater S & Campbell J (2001). Intimate partner violence screening and intervention: Data from eleven Pennsylvania and California Community hospital emergency departments. *J Emerg Nurs.* 27:2, s. 141–9.
- Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN & MacMillan HL (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health.* 7, s. 12.
- Richter KP & Surprenant ZJ (2003). Detecting and Documenting Intimate Partner Violence. *Violence Against Women.* 4, s. 458–465.
- ⁸ Marchant S, Davidsson LL, Garcia J & Parsons JE (2001). Addressing domestic violence through maternity services: policy and practice. *Midwifery.* 17:3, s. 164–70.
- ⁹ Andreasson C, Stenson, K, Björck A, Heimer G (2006). *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor.* Rikskvinnocentrum rapportserie 2006-2. Uppsala: Rikskvinnocentrum.
- ¹⁰ Hilden M, Schei B, Swahnberg K, Halmesmäki E, Langhoff-Roos J, Offerdal K, Pikarinen U, Sidenius K, Steingrimsdóttir T, Stoum-Hinsverk H & Wijma B (2004). A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 111, s. 1121–7.
- Kramer A, Lorenzon D & Mueller G (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues.* 14, s. 19–29.
- Peschers UM, Du Mont J, Jundt K, Pfürtner M, Dugan E & Kindermann G (2003). Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. *Obstetrics & Gynecology.* 101, s. 103–8.
- Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, Sidenius K, Steingrimsdóttir T, Stoum H & Halmesmäki E (2003). Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet.* 361, s. 2107–13.
- Wijma K, Samelius L, Wingren G & Wijma B (2007). The association between ill-health and abuse: A cross-sectional population based study. *Scandinavian J of Psychology* 2007; 48: s. 567–75.
- ¹¹ Jackson KB & Fraser D (2007). A study exploring UK midwives' knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused. *Midwifery.* 25:3, s. 253.
- Stenson K, Sidenvall B & Heimer G (2005). Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery.* 21, s. 311–21.
- ¹² Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R & Frasier PY (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counseling.* 59, s. 141–7.
- Stenson K, Sidenvall B & Heimer G (2005). Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery.* 21, s. 311–21.
- Wendt E, Hildingh C, Lidell E, Westerståhl A, Baigi A & Marklund B (2007). Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 86, s. 590–5.
- ¹³ Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R & Frasier PY (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counseling.* 59, s. 141–7.
- Wendt EK, Lidell EA, Westerståhl AK, Marklund BR & Hildingh CI (2009). Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery.* Aug 24. [Epub ahead of print].
- Rhodes KV, Frankel RM, Levinthal N, Prenoveau E, Bailey J & Levinson W (2007). "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider patient communication about domestic violence. *Ann Intern Med.* 147:9, s. 620–7.

- ¹⁴ Fogarty CT, Burge S, McCord EC (2002). Communicating with patients about intimate partner violence: screening and interviewing approaches. *Family Medicine Journal*. 34, s. 369–75.
- Houry D, Kembal RS, Click LA & Kaslow NJ (2007). Development of a brief mental health screen for intimate partner violence victims in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 14, s. 202–9.
- Renker PR & Tonkin P (2006). Women's views of prenatal violence screening: acceptability and confidentiality issues. *Obstet Gynecol*. 107, s. 348–54.
- ¹⁵ Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN & MacMillan HL (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 7, s. 12.
- Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K & Temmerman M (2006). A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health*. 26:6, s. 238.
- ¹⁶ Scholle SH, Buranosky R, Hanusa BH, Ranieri L, Dowd K & Valappil B (2003). Routine screening for intimate partner violence in an obstetrics and gynecology clinic. *Am J Public Health*. 93, s. 1070–2.
- ¹⁷ Foy R, Nelson F, Penney G & McIlwaine G (2000). Antenatal detection of domestic violence. *Lancet*. 355:9218, s. 1915.
- ¹⁸ Shaw D (2003). Screening for domestic violence. *J Obstet Gynaecol Can*. 25, s. 918–21.
- ¹⁹ The UN Secretary-General's Database on Violence Against Women.
- ²⁰ Nasjonalt Kunnskapscenter om Vold og Traumatisk Stress. Norge <http://www.nkvts.no/Pages/Index.aspx>
- ²¹ The Danish National Observatory on Violence Against Women – a team effort working to eliminate men's violence against women. Kvinderådet 2005.
- ²² Icelandic Ministry of Social Affairs and Social Security (2006). *Plan of action to deal with domestic and sexual violence*.
- ²³ Storbritannien, Department of Health (2005). *Responding to domestic abuse: a Handbook for Health Professionals*.
- ²⁴ Bacchus L, Aston G, Torres Vitolas C, Jordan P & Murray SF (2007). *A theory-based evaluation of a multi-agency domestic violence service at Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust*. London: King's College, London.
- ²⁵ Middlesex Health Unit Canada (2000). *The task force on the health effects on woman abuse*.
- ²⁶ U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (2004). Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Fam Med*, 2(2):s. 156–60.
- ²⁷ Spangaro J (2007). The NSW Health routine screening for domestic violence program. *NSW Public Health Bulletin*. 18:86-89.
- ²⁸ EU Daphne and Progress programmes.
- ²⁹ EU Councils conclusions on Eradication of violence against women in the EU, 8e mars 2010.
- ³⁰ Svensk författningssamling. Förordning om nationellt kunskapscentrum för frågor om mäns våld mot kvinnor (SFS 2006:1072). Regeringens skrivelse 2007/08:39.
- ³¹ Socialstyrelsen (2002). *Tack för att ni frågar: screening om våld mot kvinnor*. En projektrapport.
- ³² Andreasson C, Stenson, K, Björck A & Heimer G (2006). *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor*. Rikskvinnocentrums rapportserie 2006-2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (fd Rikskvinnocentrum).
- ³³ Stenson K, Björck A & Heimer G. *Att ställa frågor till kvinnor om mäns våld mot kvinnor i nära relationer*. En kartläggning av rutiner inom svensk mödravård. Uppsala: Rikskvinnocentrum.
- ³⁴ Heimer G & Sandberg D (red) (2008). *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.
- ³⁵ Nationellt centrum för kvinnofrid (2008). *Handbok. Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*. NCK-rapport: 2008:1 Uppsala universitet: Nationellt centrum för kvinnofrid.
- ³⁶ Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2008). *Mödravård, sexuell och reproduktiv hälsa*. ARG-rapport nr 59.

7. Våldets konsekvenser för hälsan

Anna Berglund

Personer som lever under förtryck och våld kan påverkas på många olika sätt vilket man måste vara medveten om inom hälso- och sjukvården. Utsattheten kan ge avtryck i hälsan och leda till att personen söker för kroppsliga symtom som magbesvär och kroniska smärtor eller depression och ångest. Ibland kan det leda till en riskfylld livsstil med missbruk eller ökat sexuellt risktagande. Andra konsekvenser kan vara att patienten inte tolererar vissa undersökningar, till exempel gynekologisk undersökning eller tarmundersökning. Det finns många forskare som har studerat våldets konsekvenser för hälsan. Det övervägande antalet av de studier som hittills publicerats beskriver våld i nära relationer där män är förövare mot kvinnor.

Fysiska skador

Genomsnittligt faller 17 kvinnor per år offer för dödligt partnervåld i Sverige (1999–2004). I nära hälften av fallen finns det uppgifter om att hot om våld förekommit tidigare och i cirka 40 procent av fallen finns tidigare polisrapporter om fysiskt våld. Kvinnor blir ofta först misshandlade och sedan strypta eller knivskurna till döds. Skjutvapen är mera ovanligt. Mannen begår självmord i samband med mordet i cirka en fjärdedel av fallen och ytterligare några gör självmordsförsök. Svartsjuka och problem vid separation är det vanligaste motivet och männen utmärks ofta av ett stort kontrollbehov.¹ Se vidare kapitel 8 om brottsofferstatistik.

Få kvinnor som lever i våldsamma relationer söker sjukvården akut med synliga skador. Tretton procent av kvinnorna i den svenska omfångsstudien *Slagen dam* uppgav att de hade fått fysiska skador och av dessa hade cirka en fjärdedel sökt sjukvården. Drygt var tionde kvinna av dem som sökte behövde sjukhusvård.² I den norska studien *Vold i parforhold – ulike perspektiver* fick kvinnor med erfarenhet av partnervåld (27 procent av kvinnorna i studien) beskriva sina skador (se tabell). Den enskilda kvinnan kunde ha flera av de angivna skadorna. I den norska studien angav knappt fem procent våld mot huvudet och nacken och beskrev

stryptag, brott på näsbenet, blåttiror på båda ögonen, brott på käken, blodutgjutning i ansiktet och förlust av en stor mängd hår.³

Skador vid senaste misshandeln. Jämförelse mellan Sverige 2001 och Norge 2004

	Slagen dam 2001 (n = 873) %	Vold i parförhold 2004 (n = 580) %
Blåmärken	82,4	58,3
Rivmärken		8,3
Sår	24,5	
Skärskada		4,5
Fraktur	4,5	3,1
Tandskada	5,4	2,2
Inre skador	2,9	1,9
Hjärnskakning	7,8	3,8
Annat	12,7	14
Sökte vård	25,8	13,7*

*Ytterligare 11,9 % uppgav att de borde ha sökt.

Ohälsa

Det är väldokumenterat att kvinnor som varit utsatta för våld av sin partner i signifikant högre utsträckning drabbas av andra hälsoproblem förutom kroppsskador. Många studier och litteraturgenomgångar har påvisat ökad risk för kroniska smärtor; mag-tarmproblem; gynekologiska sjukdomar och även oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner; depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom.⁴ Mag-tarmproblem är vanligare hos personer som varit utsatta för sexuellt och fysiskt våld men även om de utsatts för verbala kränkningar och emotionellt våld. Risken att drabbas är mellan två och fyra gånger högre än för andra kvinnor i de olika studierna.⁵ Bäckensmärter och andra kroniska smärttillstånd är andra vanliga symtom, som är två till tre gånger vanligare hos våldsutsatta.⁶ Ångest, depression, posttraumatiskt stressyndrom och sömnsvårigheter är kanske de oftast undersökta konsekvenserna av våldsutsatthet. Risken att drabbas är minst dubblerad. Bonomi och medarbetare (2009) fann till exempel att våldsutsatta kvinnor hade upp till fem gånger högre risk att söka för symtom som klassificerades som depression eller ångest.⁷ I en dansk studie har man under flera år följt kvinnor som sökt akut för våldsutsatthet och funnit att de hade nio gånger fler besök för psykiatriska symtom än andra kvinnor.⁸ Våld under graviditet har associerats med förtidig födsel och låg födelsevikt.⁹ Att ha varit utsatt för övergrepp som barn har samband med en ohälsosam livsstil senare i livet, till exempel missbruk och sexuellt risktagande.¹⁰ Sexuella övergrepp medför oftare posttraumatiskt stressyndrom och sambandet till kroniska smärttillstånd blir starkare, inte minst om övergreppen skett under barndomen.¹¹ En sammanställning av studier om prevalens och effekter av partnervåld för kvinnans reproduktiva

hälsa visade en ökad risk att inte kunna planera sitt barnafödande samt ökad risk för tillväxthämning hos fostren, förtidig födsel och tidig neonatal död.¹²

Livssituation

Våldsutsatthet påverkar även livssituationen som helhet. I en svensk populationsbaserad studie visade man att livstidsutsatthet för fysiskt, sexuellt eller psykologiskt våld medförde både sämre hälsa och sämre livssituation. Kvinnor som varit utsatta för verbala kränkningar och hot var oftare ensamstående eller arbetslösa. Arbetslöshet var även vanligare hos kvinnor som hade varit utsatta för sexuellt våld. Även då övergreppen klassades som mindre allvarliga hade de en tydlig negativ inverkan på hälsa och livssituation. Författarna konkluderar att detta är ett samhällsproblem som är att betrakta som ett folkhälsoproblem som i hög grad belastar sjukvården.¹³ Kvinnorna söker mest inom den somatiska vården som måste ha kunskap och beredskap att ge rätt hjälp. En kontrollerande partner kan vidare hindra den utsatta att söka sjukvård och följa ordinationer.¹⁴

Våldsutsatta kvinnors uppfattning om sin hälsa

I *Slagen dam* rapporterar 64 procent av kvinnorna med erfarenhet av våld att det haft negativa konsekvenser för deras psykiska tillstånd. Vrede eller hat var det vanligaste effekten, rädsla var nästan lika vanligt liksom låg självkänsla. Själv-mordstankar förekom ofta bland de utsatta kvinnorna. Bland dem som försökt ta sitt liv hade tre av fyra kvinnor varit utsatta för våld och bland dem som funderat över att ta sitt liv var det två av tre. Bland dem som utsatts för sexuellt våld hade 43 procent haft självmordstankar och 14 procent hade gjort ett självmordsförsök under det senaste året. Depression angavs av en fjärdedel, att jämföra med den beräknade punktprevalensen bland svenska kvinnor på sju procent, och knappt en av fem rapporterade sömnsvårigheter respektive trötthet och håglöshet. Kvinnor som varit utsatta för hot rapporterade flest negativa konsekvenser, till exempel upplevde 40 procent att det lett till depression. De hade också högst konsumtion av läkemedel mot ångest, depression och sömnsvårigheter den senaste månaden bland de våldsutsatta.¹⁵ I en senare svensk populationsbaserad studie av effekterna av våldsutsatthet under livet hos kvinnor rapporterade majoriteten att de led av följder av övergreppen, cirka 80 procent av dem som varit utsatta för sexuellt och emotionellt våld samt 70 procent bland dem som varit utsatta för fysiskt våld.¹⁶

I den finska studien *Faith, Hope and Battering* angav fem av sex våldsutsatta kvinnor negativa effekter på den psykiska hälsan.¹⁷ De psykologiska effekterna var mer uttalade om kvinnan varit utsatt av sin partner. I den norska studien *Vold i parforhold – ulike perspektiver* frågade man kvinnor om självupplevd hälsa och fann att tre gånger så många kvinnor som varit utsatta för partnervåld skattade sin

hälsa som dålig eller mycket dålig jämfört med kvinnor som inte varit utsatta av sin partner (15 respektive 5 procent).¹⁸

I studien *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*¹⁹ där över 24 000 kvinnor ingick rapporterade de kvinnor som någon gång varit utsatta för partnervåld i högre grad dålig eller mycket dålig hälsa. De angav symtom som svårigheter att utföra sina vardagliga sysslor, smärtor, yrsel och minnesluckor. Det visade sig att även övergrepp som låg långt tillbaka i tiden inverkade på det aktuella hälsotillståndet. Effekterna på den mentala hälsan var uttalade och självmordstankar och självmordsförsök var signifikant vanligare än hos kvinnor som inte varit utsatta för våld.²⁰

Sammanfattning

Om kvinnor söker för kroppsskador är det naturligt att man frågar hur det gått till och även frågar om annan våldsutsatthet. Det kan kännas mindre naturligt att väcka frågan om våldsutsatthet om kvinnan inte har några synliga skador. Det finns dock starkt stöd i litteraturen för att såväl fysiskt som sexuellt våld och hot och kränkningar har negativa konsekvenser på kvinnors hälsa. Många gånger är den utsatta kvinnan inte själv medveten om att hennes livssituation på ett genomgripande sätt bidrar till hennes ohälsa och hälso- och sjukvården måste ta upp frågor om våldsutsatthet åtminstone vid alla långvariga besvär och om en behandling inte har avsedd effekt.

- 1 Rying M (2007). *Utvecklingen av dödligt våld mot kvinnor i nära relationer*. Rapport 2007:6 Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- 2 Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J & Kalliokoski A-M (2001). *Slagen dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfattningsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- 3 Haaland T, Clausen S-E & Schei B (2005). *Vold i parforhold-ulike perspektiver. Resultat fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. NIBR-rapport 2005:3. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning. s. 195.
- 4 Campbell J (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 359, s. 1331–36.
- 5 Eberhard-Gran M, Schei B & Eskild A (2006). 'Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence.' *J Gen Intern Med*. 22; 2, s. 1668–73.
- 6 Campbell J (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 359, s. 1331–36.
- 7 Ålander T, Heimer G, Svärdsudd K & Agreus L (2008). Abuse in women and men with and without functional gastrointestinal disorders. *Dig Dis Sci*. 53:7, s. 1856.
- 8 Wegman H & Stetler C (2009). A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood. *Psychosomatic Medicine*. 71, s. 805–812.
- 9 Paras M, Murad M, Chen L, Goranson E, Sattler A, Colbenson K, Elamin M, Seime R, Prokop L & Zirakzadeh A (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 302:5, s. 550–561.
- 10 Campbell J (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 359, s.1331–36.
- 11 Samelius L, Wijma B, Wingren G & Wijma K (2007). Somatization in Abused Women. *J of Women's Health*. 16:6, s. 909–19.
- 12 Wegman H & Stetler C (2009). A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood. *Psychosomatic Medicine*. 71, s. 805–812.
- 13 Paras M, Murad M, Chen L, Goranson E, Sattler A, Colbenson K, Elamin M, Seime R, Prokop L & Zirakzadeh A (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 302:5, s. 550–561.
- 14 Bonomi A, Anderson M, Reid R, Rivara F, Carell D & Tompson R (2009). Medical and Psychosocial Diagnoses in Women with a History of Intimate Partner Violence. *Arch Intern Med*. 169:18, s. 1692–1697.
- 15 Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J & Kalliokoski A-M (2001). *Slagen dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfattningsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- 16 Heiskanen M & Piispa M (1998). Faith, Hope, Battering. *A Survey of Men's Violence against Women in Finland*. Justice 1998:20. Helsingfors: Statistikcentralen Finland.
- 17 Bonomi A, Thompson R, Andersson M, Reid R, Carell D, Dimer J & Rivara F (2007). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med*. 30:6, s. 458–466.
- 18 Bonomi A, Anderson M, Reid R, Rivara F, Carell D & Tompson R (2009). Medical and Psychosocial Diagnoses in Women with a History of Intimate Partner Violence. *Arch Intern Med*. 169:18, s. 1692–1697.
- 19 Wijma K, Samelius L, Wingren G & Wijma B (2007). The association between ill-health and abuse: A cross-sectional population based study. *Scandinavian J of Psychology*. 48: s. 567–75.
- 20 Helweg-Larsen K & Kruse M (2003). Violence against women and consequent health problems: a register based study. *Scand J Public Health*. 31, s. 51–57.
- 21 Coker A, Sanderson M & Dong B (2004). Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatrics and Perinatal Epidemiology*. 18, s. 260–269.
- 22 Campbell J (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 359, s. 1331–36.
- 23 Samelius L, Wijma B, Wingren G & Wijma K (2007). Somatization in Abused Women. *J of Women's Health* 16:6, s. 909–19.
- 24 Paras M, Murad M, Chen L, Goranson E, Sattler A, Colbenson K, Elamin M, Seime R, Prokop L & Zirakzadeh A (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 302:5, s. 550–561.
- 25 Wegman H & Stetler C (2009). A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood. *Psychosomatic Medicine*. 71, s. 805–812.
- 26 Sarkar N (2008). The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet. Gynaecol*. 28:3, s. 266–271.
- 27 Wijma K, Samelius L, Wingren G & Wijma B (2007). The association between ill-health and abuse: A cross-sectional population based study. *Scandinavian J of Psychology*. 48, s. 567–75.
- 28 McCloskey LA, Williams CM, Lichter E, Gerber M, Ganz, M L, & Sege, R. (2007). Abused women disclose partner interference with health care: An unrecognized form of battering. *Journal of General Internal Medicine*. 22, s. 1067–1072.
- 29 Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J & Kalliokoski A-M (2001). *Slagen dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfattningsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- 30 Samelius L, Wijma B, Wingren G & Wijma K (2010). Lifetime history of abuse, suffering and psychological health. *Nord J Psychiatry* 2010 jan 19 (e-pub ahead of print).
- 31 Heiskanen M & Piispa M (1998). Faith, Hope, Battering. *A Survey of Men's Violence against Women in Finland*. Justice 1998:20. Helsingfors: Statistikcentralen Finland.
- 32 Haaland T, Clausen S-E & Schei B (2005). *Vold i parforhold-ulike perspektiver. Resultat fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. NIBR-rapport 2005:3. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning. s. 195.
- 33 Ellsberg M, Jansen H, Heise L, Watts C & Garcia-Moreno C (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 371, s. 1165–72.
- 34 WHO (2005) *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.

8. Aktuell brottsstatistik om mäns våld mot kvinnor

Mattias Friström

I Sverige är det Brottsförebyggande rådet (Brå) som ansvarar för all kriminalstatistik.¹ Våldet mot kvinnor utgör en dold brottslighet där anmälningsbenägenheten² är låg. Det faktum att våldet ofta sker inom nära relationer och inom familjer bidrar till att brotten sällan anmäls. Mörkertalet, som är ett skattat mått på hur stor den faktiska brottsligheten är som inte anmäls till polisen, ökar ju närmare relation brottsoffer och förövare har. År 2002 uppskattade Brottsförebyggande rådet att mellan en fjärdedel och en femtedel av all misshandel mot kvinnor där kvinnan har eller har haft en nära relation till gärningspersonen anmäls till polisen.³ Brå räknar även med att endast mellan 10 och 20 procent av alla sexualbrott kommer till polisens kännedom.⁴

Brottsrubricering

De brott som är uttryck för mäns våld mot kvinnor är främst *grov kvinnofridskränkning, misshandel mot kvinna 18 år eller äldre, våldtäkt, sexuellt tvång, ofredande och sexuellt ofredande, olaga hot, överträdelse av besöksförbud samt stöld och skadegörelse*. I den officiella brottsstatistiken framgår det inte alltid om det är en kvinna eller en man som är brottsoffer, det gäller även inom de brott som är uttryck för mäns våld mot kvinnor. Det minskar möjligheten att förstå och kartlägga omfattningen av det polisanmälda våldet mot kvinnor som utövas av män. Det har tidigare uttryckts krav på att all statistik som rör mäns våld mot kvinnor ska delas upp efter kön, både för förövare och för brottsoffer. Redan i kvinnofridspropositionen (1998) fick Brå uppdraget att påskynda det arbetet genom att sortera statistiken efter kön, nationalitet och ålder.⁵

Kriminalstatistik

I den aktuella kriminalstatistiken registreras alla anmälningar separat. Samma gärningsperson kan återkomma i flera polisanmälningar. Det betyder att antalet

förövare och brottsoffer troligtvis är något lägre än antalet polisanmälningar. I längre tidsserier över polisanmälda brott kan tillägg och ändringar i brottsrubriceringen eller i kodningen av brotten påverka förändringen av antalet polisanmälda brott. Till exempel såg kodningen av ålder i samband med miss-handel mot kvinna annorlunda ut före 2008.⁶ Samma år tillkom även tillägget ”i nära relation” till brottsoffret eller ”ej i nära relation” till brottsoffret, vilket gör att det inte går att jämföra med tidigare år. Utvecklingen av antalet polisanmälda våldtäkter är inte heller möjlig att följa över tid eftersom kodningen av brottsrubriceringen fick tillägget kön och ålder 2008.

Uppklarings- och personuppklaringsprocenten

Uppklaringsprocenten är ett schablonmått vars syfte är att visa hur stor andel av de anmälda brotten som blivit uppklarade ett visst år. Uppklaringsprocenten ger en indikation på vad som händer med anmälningarna. Uppklarade brott innebär att de fått ett polisiärt klarläggande, vilket betyder att även nedlagda ärenden i vissa fall kan räknas som uppklarade. Det finns med andra ord ingen direkt koppling mellan anmälningar och uppklaringar eftersom uppklaringsprocenten beräknas genom att antalet uppklarade brott under ett visst år divideras med antalet anmälda brott samma år. Eftersom ett brott sällan klaras upp inom ett år avser uppklaringsprocenten inte samma anmälning och uppklarande. Det finns två varianter av uppklarande: ”personuppklaring” och ”teknisk uppklaring”. Tekniskt uppklarade brott innebär att polisen eller åklagaren beslutat att det inte kan styrkas att ett brott har begåtts, att den anmälda gärningen inte bedöms vara brott eller att den misstänkta personen är straffmyndig (under 15 år). Personuppklarade innebär att åklagaren beslutat att antingen väcka åtal, utfärda ett straff-föreläggande eller meddela straffunderlåtelse. Eftersom personuppklaringen används som ett mått på polisens förmåga att knyta en gärningsperson till brottet är den också ett mått på rättsväsendets hantering av det polisanmälda våldet mot kvinnor.

Grov kvinnofridskränkning

Brottrubriceringen grov kvinnofridskränkning har tagits fram för att förövaren ska kunna dömas för att upprepade gånger och systematiskt ha kränkt och miss-handlat en kvinna han är eller har varit gift med eller som han bor eller har bost tillsammans med under äktenskapsliknande förhållanden. Grov kvinnofridskränkning täcker hela det spektrum av psykiskt, fysiskt och sexuellt våld som mäns våld mot kvinnor innefattar.⁷

Tabell 1. Anmälda brott av grov kvinnofridskränkning mellan 2007 och 2009 samt den totala uppklaringsprocenten och andelen som är personupplärad.

Grov kvinnofridskränkning			
År	2007	2008	2009
Antal brottsanmälningar	2 514	2 733	2 657
Antal upplärade brott det året	1 097	1 037	1 180
Uppklaringsprocent	44 %	48 %	44 %
Personupplädingsprocent	29 %	32 %	27 %

Uppklaringsprocenten för grov kvinnofridskränkning är i genomsnitt 45 procent. Alltså klaras färre än hälften av alla anmälningar om grov kvinnofridskränkning upp årligen. Den generella uppklaringsprocenten för alla våldsbrott ligger på 48 procent år 2009. Uppklaringsprocenten är högre för våldsbrott än för exempelvis stöldbrott eftersom det finns en utpekad gärningsperson.⁸ Personupplädingsprocenten är i genomsnitt 29 procent, vilket är en indikation på att rättsväsendet har en bra möjlighet att knyta en gärningsperson till brottet. En förklaring till det kan vara att det alltid är en känd gärningsman.

Misshandel mot kvinna 18 år eller äldre

Statistiken för *misshandel mot kvinna 18 år eller äldre* har sedan 1981 varit uppdelad efter brottsoffrets ålder och om brottsoffret varit bekant med gärningspersonen eller inte samt om brottet skett inomhus eller utomhus. Att gärningspersonen är bekant innebär att offret känner denne mer än till namn och utseende. Före 2005 räknades även till exempel taxichaufförer, ordningsvakter och langare av narkotika som bekanta till offret.⁹ Att kriminalstatistiken skiljer mellan misshandel utomhus och inomhus innebär att det går att studera om polisens närvaro påverkar polisanmälningar och uppläringen av brotten. Utomhus är de ställen där polisen har insyn genom övervakning eller är närvarande via patrullering. Inomhus innebär därför de ställen där polisen inte har insyn eller möjlighet att övervaka. I brottsstatistiken för mäns våld mot kvinnor har kategorin "misshandel mot kvinna 18 år eller äldre, inomhus och bekant med gärningsmannen" använts som ett mått på antalet brottsanmälningar gällande mäns våld mot kvinnor. Sedan 2009 har "inomhus och bekant med gärningsmannen" delats upp utifrån brottsoffrets relation till gärningspersonen, det vill säga om de har en nära relation eller inte. En nära relation innebär enligt Brå att offer och gärningsperson har eller har varit gifta eller sammanboende under äktenskapslika förhållanden eller har gemensamma barn utan att bo tillsammans.¹⁰

Tabell 2. Antal anmälda misshandelsbrott mot kvinna 18 år eller äldre där offret och gärningsmannen är bekanta eller obekanta samt om misshandeln skett inomhus eller utomhus.

Vad	Misshandel mot kvinna 18 år eller äldre, inomhus bekant med offret			Misshandel mot kvinna 18 år eller äldre, utomhus obekant med offret		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Antal brottsanmälningar	14 717	15 184	15 183	4 088	3 903	3 850

Från och med 2009 kan man se om offer och förövare har en nära relation.

Tabell 3. Antalet polisanmälda fall av misshandel mot kvinnor respektive män uppdelat efter plats och relation till förövaren.

Misshandel mot kvinna 18 år eller äldre 2009				Misshandel mot man 18 år eller äldre 2009			
26 261				40 910			
Bekant med offret		Obekant med offret		Bekant med offret		Obekant med offret	
19 116		7 145		13 193		27 717	
Inomhus	Utomhus	Inomhus	Utomhus	Inomhus	Utomhus	Inomhus	Utomhus
15 183	3 933	3 295	3 850	7 267	5 926	8 143	19 574
I nära relation till gärningspersonen	Ej i nära relation till gärningspersonen			I nära relation till gärningspersonen	Ej i nära relation till gärningspersonen		
11 605	3 578			2 879	4 388		

I en klar majoritet av alla misshandelsfall inomhus har alltså kvinnan en nära relation till förövaren. År 2009 utgjorde dessa 76 procent av alla polisanmälda misshandelsfall mot kvinnor inomhus där offer och förövare är bekanta. Antalet polisanmälningar av misshandel mot kvinnor ökar ju närmare relation brottsoffer och förövare har. Vid en jämförelse med misshandel mot män 18 år eller äldre är situationen den omvända. Antalet polisanmälda misshandelsfall ökar i de kategorier där brottsoffer och förövare är obekanta samt om misshandeln skett utomhus istället för inomhus.

Uppklaringsprocenten för den polisanmälda misshandeln mot kvinna 18 år eller äldre är i likhet med grov kvinnofridskränkning generellt högre än för andra brott. Den totala uppklaringsprocenten är i genomsnitt 47 procent och personuppklaringsprocenten i genomsnitt 21 procent. Den totala uppklaringsprocenten och personuppklaringsprocenten ligger på samma nivå när brottsoffer och gärningsperson är bekanta och misshandeln skett inomhus. Vid misshandel mot kvinna 18 år eller äldre, utomhus och obekant med offret minskar personuppklaringsprocenten.

Enligt Brå utgjorde männen i genomsnitt 83 procent av alla som misstänkts för misshandel mot kvinnor under perioden 2000–2007.¹¹ Andelen män som är misstänkta för "misshandel mot kvinna 18 år eller äldre" ökar ju närmare relation med brottsoffret gärningspersonen har. Andelen män som är misstänkta för misshandel där offer och gärningsperson är bekanta och där brottet skett inomhus var mellan åren 2007 och 2009 i genomsnitt 90 procent. Andelen män som är misstänkta för misshandel där brottsoffer och gärningsperson har en nära relation är 97 procent.

Sexualbrott

Sexualbrotten som är uttryck för mäns våld mot kvinnor är *våldtäkt, försök till våldtäkt, sexuellt tvång och sexuellt ofredande*.

Brottstatistiken för våldtäkter delas upp utifrån om det har varit ett *försök till våldtäkt* eller en *fullbordad våldtäkt*. Tidigare saknades uppgifter om brottsoffrets kön, men det fanns uppgifter om brottsoffret varit över eller under 15 år. Efter 2008 är statistiken uppdelad efter om brottsoffret är över eller under 18 år samt efter brottsoffrets kön och om brottet har skett inomhus eller utomhus. Gärningspersonens kön framgår inte av statistiken för anmälda våldtäktsbrott. Enligt statistiken för antalet misstänkta personer visar det sig att det nästan uteslutande är män som är misstänkta för våldtäktsbrott. I en kartläggning från 2005 framgick det att våldtäktsoffer nästan uteslutande (97 procent) är kvinnor eller flickor.¹² I den aktuella brottstatistiken för våldtäkt framgår det inte heller vilken relation brottsoffret har till förövaren, om förövaren är bekant eller obekant med offret. Samma kartläggning från 2005 visade att offer och gärningsperson hade en nära relation i 32 procent av anmälningarna. I 27 procent av anmälningarna var de ytligt bekanta genom att de till exempel hade träffats under en kväll och slutligen i 20 procent av anmälningarna var gärningsmannen obekant.¹³

Tabell 4. Antalet anmälda fullbordade våldtäkter och försök till våldtäkt mot kvinna 18 år eller äldre mellan 2007 och 2009.

Våldtäkt mot kvinna 18 år eller äldre	Fullbordade		Försök till våldtäkt	
	2008	2009	2008	2009
Antal brottsanmälningar	2 554	2 596	392	339
Antal upklarade brott det året	1 217	1 163	136	122
Uppklaringsprocent	48 %	45 %	35 %	36 %
Personuppklaringsprocent	22 %	16 %	15 %	13 %

Statistiken för anmälda våldtäkter är även uppdelad i brott begångna utomhus eller inomhus. Den visar att majoriteten av alla våldtäkter, mot person 15 år och äldre och mot kvinna 18 år och äldre begås inomhus. Detta gäller dock bara brottsanmälningar avseende fullbordade våldtäkter. Vid försök till våldtäkt är det vanligare med brott begångna utomhus. Uppklaringsprocenten för fullbordade våldtäkter ligger i Sverige på i genomsnitt 46 procent. Personuppklaringsprocenten varierar mellan åren 2008 och 2009, men genomsnittet är 19 procent. Andra studier om våldtäkt, som utgår från ett och samma rättsfall, visar att cirka 10 procent av polisanmälningarna leder till fällande dom.¹⁴ En förklaring till skillnaden kan vara att ett personupplarat brott inte alltid leder till fällande dom.

Sexuellt tvång som brottskategori bör ses i relation till rubriceringen våldtäkt. Begreppet sexuellt tvång används främst då den sexuella handlingen inte är jämförlig med ett samlag eller en samlagsliknande handling.¹⁵ I statistiken för sexuellt tvång framgår inte brottsoffrets kön, där skiljs det endast på om brottsoffret är

under eller över 15 år. Andelen män som misstänkts för sexuellt tvång är liksom vid våldtakt hög, i genomsnitt 98 procent. För sexuellt ofredande går det enbart att utläsa om brottsoffret är en person under 15 år, mellan 15 och 17 år eller om de hamnar i kategorin ”övriga fall”. I statistiken för misstänkta personer framgår det att en klar majoritet, cirka 98 procent, av andelen misstänkta är män.

Tabell 5. Antalet anmälda fall av sexuellt tvång, utnyttjande och sexuellt ofredande samt uppklarings- och personuppklaringsprocenten.

Vad	Sexuellt tvång, utnyttjande m.m.			Sexuellt ofredande mot person		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
År						
Antal brottsanmälningar	1 204	1 315	1 343	3 631	3 776	4 080
Antal upklarade brott det året	948	892	943	1 727	1 632	1 673
Uppklaringsprocent	79 %	68 %	70 %	48 %	43 %	41 %
Personuppklaringsprocent	28 %	29 %	30 %	14 %	12 %	10 %

Dödligt våld mot kvinnor, olaga hot och ofredande m.m.

Övriga brott som också är uttryck för mäns våld mot kvinnor är *dödligt våld mot kvinnor, olaga hot, ofredande, överträdelse av besöksförbud, stöld och skadegörelse*.

Dödligt våld är ett samlingsbegrepp för våldshändelser där någon eller några personer berövar en annan människa livet. Det dödliga våldet är den yttersta formen av misshandel mot kvinnor. Statistiken över dödligt våld mot kvinnor skiljer mellan försök till mord eller dråp och fullbordade mord. Statistiken redovisar även förekomsten av skjutvapen. Statistiken för olaga hot och ofredande är efter 2008 uppdelad efter kön och ålder hos brottsoffren. Det går däremot inte att utläsa vilken relation brottsoffret har till förövaren.

Våldsamma män, som tidigare dömts för misshandel av en kvinna som de har eller har haft en nära relation till, kan komma att dömas till *besöksförbud* (1988:688).¹⁶ En överträdelse av besöksförbudet innebär en form av hot och trakasseri gentemot den våldsutsatta kvinnan. Det kan i vissa fall även innebära fortsatt våldsutövande. I statistiken för anmälda brott mot lagen om besöksförbud framgår det inte vilket kön samt vilken relation brottsoffret och förövaren har. *Stöld och skadegörelse* kan i viss mån också utgöra ett led i de systematiska kränkningarna. I statistiken kring detta går det inte att utläsa något om vare sig kön hos brottsoffer eller förövare eller något om deras relation.

Dödligt våld mot kvinnor

Statistiken för dödligt våld är nästan alltid högre än det faktiska dödliga våldet. Enligt den officiella statistiken anmäldes i genomsnitt 81 fall av dödligt våld mot kvinnor per år mellan åren 2007 och 2009. Det finns dock skäl att anta att den siffran är högre än det faktiska antalet. Ett brott kan i ett första skede definieras som dödligt våld för att i ett senare skede ändras, om det visar sig vara en olycka, sjukdom eller självmord.¹⁷ Enligt Brå låg det dödliga våldet mot kvinnor på i snitt

35 fall per år mellan åren 1990 och 2005.¹⁸ Flera genomgångar av det polisanmälda dödliga våldet visar att cirka hälften av alla anmälda fall handlar om dödligt våld.¹⁹

Tabell 6. Dödligt våld mot kvinna och försök till mord eller dråp mellan 2007 och 2009.

Vad	Dödligt våld mot kvinna			Försök till mord eller dråp mot kvinna		
	2007	2008*	2009	2007	2008	2009
Antal brottsanmälningar	87	60	95	197	184	197
Antal uppklarade brott det året	74	70	89	112	105	113
Uppklaringsprocent	85 %	117 %	94 %	57 %	57 %	57 %
Personuppklaringsprocent	33 %	63 %	51 %	33 %	36 %	24 %

*År 2008 klarades fler brott upp vad som anmäldes, därför är uppklaringsprocenten högre än 100 procent.

Uppklaringsprocenten för det dödliga våldet mot kvinnor är hög, vilket kan förklaras av att det är ett grovt brott och mer resurser läggs ned på att klara upp det. Personuppklaringen varierar dock över åren, även om den generellt sett är högre än för andra brott. Återigen kan den höga personuppklaringen troligtvis förklaras av att det dels är ett allvarligt brott som får mycket resurser, dels att det vissa år anmäls färre brott än vad som klaras upp under ett år. Uppklaringsprocenten för försök till mord eller dråp på kvinna är också något högre än för andra brott.

Statistiken över det dödliga våldet säger inget om förövarens kön. Män är dock överrepresenterade som misstänkta för det dödliga våldet mot kvinnor. I genomsnitt utgör män cirka 95 procent av alla misstänkta för mord eller försök till mord på kvinnor. För kvinnor som drabbas av det dödliga våldet är gärningspersonen oftare bekant än obekant med brottsoffret. I cirka 80 procent av fallen är gärningspersonen någon inom familjen. I nära hälften av fallen är gärningspersonen en man som brottsoffret har haft en nära relation till. Enligt Brå dödas sedan 1990 i genomsnitt 17 kvinnor per år av en man som de har eller har haft en nära relation till.²⁰

Statistiken kring *olaga hot och ofredande* är uppdelad efter brottsoffrets kön och ålder. I genomsnitt anmäldes årligen cirka 19 855 fall av olaga hot kvinna 18 år eller äldre och 22 193 fall av ofredande mot kvinna 18 år eller äldre under perioden 2007–2009. Personuppklaringen gällande olaga hot och ofredande är, liksom vid sexuellt ofredande, lägre än för andra brott som också är uttryck för mäns våld mot kvinnor, vilket kan förklaras av att det dels har låg prioritet hos rättsväsendet, dels är ett brott som oftare anmäls tillsammans med ett grövre brott. Personuppklaringsprocenten för olaga hot mot kvinna 18 år eller äldre ligger på i genomsnitt 14 procent mellan åren 2007 och 2009. Motsvarande siffra för ofredande är fem procent. Cirka 90 procent av alla misstänkta för olaga hot är män och cirka 84 procent av alla misstänkta för ofredande mot kvinna är män.

Avslutning och sammanfattning

Mäns våld mot kvinnor är ett brott med låg anmälningsbenägenhet och ett högt mörkertal. Faktorer som att offer och förövare känner varandra och har eller har haft en nära relation, eller att det finns gemensamma barn, skapar ett hinder för den våldsutsatta kvinnan att anmäla förövaren till polisen.

Brott inom kategorin misshandel mot kvinna, inomhus och bekant med gärningspersonen har traditionellt använts som en indikation på antalet polisanmälningar som avser mäns våld mot kvinnor. Det tar visserligen hänsyn till att våldet mot kvinnor i många fall är något som inträffar inom den privata sfären bortom offentlig insyn, men för att verkligen förstå omfattningen av det polisanmälda våldet mot kvinnor, även det som sker inom familjen, är det viktigt att tydligare definiera gärningspersonens relation till brottsoffret. Efter 2008 har kategorin misshandel mot kvinna 18 år eller äldre, inomhus och bekant ytterligare delats upp efter vilken relation gärningspersonen har till brottsoffret. I en majoritet av alla misshandelsanmälningar har den misshandlade kvinnan en nära relation med gärningspersonen. Det är sannolikt att ett liknande mönster framträder om relationen mellan brottsoffer och förövare definieras även i de andra brottsrubriceringarna som är uttryck för mäns våld mot kvinnor.

Andelen män som är förövare ökar också ju närmare relation gärningspersonen har till den våldsutsatta kvinnan. I genomsnitt utgör män cirka 90 procent av alla personer misstänkta för misshandel mot kvinna. Om brottsoffret och förövaren har en nära relation ökar den siffran till 97 procent.

Män är också förövare i de allra flesta fall av sexualbrott. Oavsett om det är våldtäkt, försök till våldtäkt, sexuellt tvång eller ofredande är närmare 98 procent av de misstänkta gärningspersonerna män. Till skillnad från misshandel där män oftare är både gärningsperson och brottsoffer är kvinnor mycket oftare brottsoffer vid sexualbrott.

Kriminalstatistiken säger inget om relationen mellan brottsoffer och förövare vid sexualbrott, men andra studier visar att i cirka en tredjedel av alla anmälda våldtäkter har brottsoffret en nära relation till förövaren. I jämförelse med ett brott som misshandel mot kvinna där antalet anmälda fall av misshandel ökar ju närmare relation den misshandlade kvinnan har till förövaren går det att anta att antalet anmälda fall av sexualbrott också följer samma mönster. Det är dock viktigt att komma ihåg att anmälningsbenägenheten för ett sexualbrott troligtvis minskar ju närmare relationen är mellan den utsatta kvinnan och gärningspersonen.

Sammanfattningsvis är det bra att den officiella kriminalstatistiken uppmärksammar skillnaderna mellan mäns och kvinnors utsatthet för misshandel, men det skulle kunna gå att få en ännu sannare bild av det polisanmälda våldet mot kvinnor om gärningspersonens kön och relation till brottsoffret blev tydligare i fler brottsrubriceringar. Fortfarande är det endast grov kvinnofridskränkning som med säkerhet går att använda som indikation på omfattningen av det polisanmälda våldet mot kvinnor där män är förövare och där våldet sker i en relation.

- ¹ All kriminalstatistik är hämtad från Brottsförebyggande rådets hemsida www.bra.se/statistik
- ² Anmälningsbenägenheten är ett schablonmätt på hur troligt det är att ett brottsoffer anmäler brottet till polisen.
- ³ Nilsson L (2002). *Våld mot kvinnor i nära relationer. En kartläggning*. Rapport 2002:14. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- ⁴ Hradilova Selin K (2008). *Våldtäkt mot personer 15 år och äldre*. Rapport 2008:13. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- ⁵ Proposition 1997/98:55 *Kvinnofrid*.
- ⁶ Uppdelningen i om brottsoffret var yngre än 18 år eller 18 år och äldre tillkom 2007, tidigare gick gränsen för uppdelningen vid 15 år.
- ⁷ Svensk författningssamling (SFS) 1999:845.
- ⁸ Brottsförebyggande rådet. *Uppklarade brott, slutlig statistik 2009*. Rapport tillgänglig på www.bra.se.
- ⁹ Ekström L (red.) (2008). *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007*. Rapport 2008:23. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- ¹⁰ Brottsförebyggande rådet (2010). *Kriminalstatistik 2009*. Rapport 2010:15. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- ¹¹ Ekström L (red.) (2008). *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007*. Rapport 2008:23. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- ¹² Grevholm E, Nilsson L & Carlstedt M (2005). *Våldtäkt – En kartläggning av polisanmälda våldtäkter*. Rapport 2005:7. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- ¹³ Grevholm E, Nilsson L & Carlstedt M (2005). *Våldtäkt – En kartläggning av polisanmälda våldtäkter*. Rapport 2005:7. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- ¹⁴ Lovett J & Kelly L (2009). *Different systems, similar outcomes? Tracking attrition in reported rape cases across Europe*. London: London Metropolitan University
- ¹⁵ Asp P (2010). Våldtäkt – Ett rättsligt perspektiv, s. 43–65 i *Antologi. Sju perspektiv på våldtäkt*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala Universitet.
- ¹⁶ Lindahl E & Westlund O (2007). *Besöksförbud. De berörda och deras erfarenheter*. Rapport 2007:2. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- ¹⁷ Rying M (2007). *Utvecklingen av dödligt våld mot kvinnor i nära relationer*. Rapport 2007:6. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- ¹⁸ Ibid.
- ¹⁹ Ekström L (red.) (2008). *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007*. Rapport 2008:23. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- ²⁰ Ibid.

9. Ekonomiska konsekvenser av mäns våld mot kvinnor

En kunskapsöversikt samt kostnadsberäkningar utifrån tre typfall

Anna Häger Glenngård, Katarina Steen Carlsson, Anna Berglund

Bakgrund

Mäns våld mot kvinnor samt våld i samkönade relationer är ett samhällsproblem med negativa konsekvenser i termer av både fysiskt och psykiskt lidande samt stora kostnader för samhället. Kunskapen om ekonomiska konsekvenser av våld mot kvinnor är begränsad, särskilt på individnivå. För att kunna föra ett resonemang om ekonomiska konsekvenser av att inkludera frågor om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården är det värdefullt med information om vilka resurser som tas i anspråk då kvinnans våldsutsatthet är känd respektive okänd av hälso- och sjukvården. Institutet för Hälso- och Sjukvårds Ekonomi (IHE) har på uppdrag av Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) genomfört en hälsoekonomisk studie för att belysa ekonomiska konsekvenser av mäns våld mot kvinnor i nära relationer. Först under de senaste åren har våld inom samkönade relationer uppmärksammats och i de fall som studien tar sin utgångspunkt i sker våldet inom heterosexuella relationer. Det finns dock ingen anledning att anta att konsekvenserna och kostnaderna för våld inom samkönade relationer skiljer sig på något väsentligt sätt.

Syftet med den hälsoekonomiska studien var att redovisa ekonomiska konsekvenser av mäns våld mot kvinnor dels genom en grov skattning av den årliga ekonomiska bördan baserad på tillgänglig information, dels genom en skattning av kostnaden för tre fall där kvinnor utsatts för våld i en nära relation med en man. Vidare gjordes en sammanställning av befintlig litteratur inom området baserad på en litteraturgenomgång av svensk och internationell litteratur. Hela studien

finns publicerad på IHE:s webbplats.¹ I det här kapitlet redovisas de resultat från den hälsoekonomiska studien som fokuserar på kostnader för sjukvårdens insatser, socialtjänstens insatser i form av skyddat boende samt kvinnornas produktionsbortfall under uppföljningstiden.

Litteraturgenomgång avseende kostnader för våld mot kvinnor

En litteraturgenomgång av vetenskapliga artiklar om kostnader för våld mot kvinnor baserat på en litteratursökning i tre databaser – PubMed, PsycNET och EBSCOhost – visade att det finns få tidigare publicerade studier avseende kostnaden för våld mot kvinnor ur ett samhällsperspektiv. Söktermerna som användes var olika kombinationer av "costs" och "intimate partner violence", "domestic violence" och "violence against women". Sökningen avgränsades till studier från Europa, Nordamerika och Australien.

Majoriteten av de 17 identifierade studierna kommer från USA.² Ingen studie från Sverige hittades. Det kostnadsperspektiv som antagits i de olika studierna är företrädesvis ett sjukvårdsperspektiv. Endast i fem av de identifierade studierna beaktas produktionsbortfall till följd av ökad mortalitet och morbiditet för våldsutsatta kvinnor och endast en amerikansk studie syftar till att beräkna samhällskostnader för våld mot kvinnor.³

Även om det finns få publicerade vetenskapliga artiklar om kostnader för våld mot kvinnor finns det rapporter från myndigheter, forskningsinstitut och universitet i olika länder. I Sverige har Weinehall och medarbetare vid Umeå universitet gjort en beräkning på individnivå där kostnaden för det våld som en kvinna utsattes för under en 20-årsperiod beräknades till omkring 2,5 miljoner.⁴ Beräkningen baseras på utgifter för kommuner, landsting och socialförsäkringssektorn. Vidare finns det en rapport från Socialstyrelsen från år 2006 där samhällets kostnad för våld mot kvinnor uppskattas till omkring 3 miljarder år 2004. Av dessa beräknas kommunernas kostnader uppgå till omkring 1 miljard, sjukvårdens kostnader till omkring 30 miljoner, statens kostnader till drygt 1 miljard och övrigt till knappt 1 miljard.

Kostnad för typfall av våldsutsatta kvinnor

Skattningen av kostnader för typfall är avgränsad till att skatta kostnader för tre kvinnor som uppsökt vård vid kvinnofridsmottagningen vid Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet, kompletterat med antaganden baserade på tillgänglig publicerad information. Direkta kostnader för sjukvården (slutenvård, öppenvård samt läkemedel) och socialtjänstens insatser samt indirekta kostnader (produktionsbortfall på grund av mortalitet och morbiditet) har beräknats för varje typfall. NCK har samlat in uppgifter genom journalgenomgångar och faktagranskat grunden för de beräkningar som gjorts.

Definition av och resursåtgång för tre typfall

Typfallen har definierats i samarbete med kvinnofridsmottagningen vid NCK. Den faktiska resursåtgången avseende sjukvård, skyddat boende och produktionsbortfall utifrån kvinnornas sysselsättning redovisas i tabellerna 1–3. De tre typfallen skiljer sig åt beträffande hur tidigt under våldsutsattheten sjukvården fick vetskap om situationen respektive hur tidigt kvinnorna fick ett adekvat omhändertagande:

- **Fall 1** – ”Identifieras av vården tidigt men får inte adekvat omhändertagande direkt”
 - Våldsutsattheten upptäcks år 1 och hon får kontakt med kvinnofridsmottagningen år 3, drygt 2,5 år senare. Innan kvinnan blev sjukskriven hade hon ett arbete som krävt en kortare teoretisk utbildning.
- **Fall 2** – ”Identifieras sent av vården och får adekvat omhändertagande direkt”
 - Våldsutsattheten upptäcks år 4 och hon kommer till kvinnofridsmottagningen samma dag. Kvinnan studerar vid universitet.
- **Fall 3** – ”Upptäcks tidigt och får adekvat omhändertagande direkt”
 - Våldsutsattheten identifieras av vården år 2 och hon kommer till kvinnofridsmottagningen samma dag. Kvinnan har tre års högskoleutbildning och arbetar inom vården.

Tabell 1. Resursåtgång för Fall 1

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
<i>Landstingsfinansierade</i>					
Somatisk öppenvård läkare	0	4	1	1	1
Somatisk öppenvård annan	0	2	0	0	0
Psykiatrisk öppenvård läkare	3	1	5	3	3
Psykiatrisk öppenvård annan	5	11	3	18	10
Primärvård läkare	8	2	4	3	0
Primärvård annan	0	0	0	0	0
Somatisk dagsjukvård	1	0	0	0	0
Somatisk slutenvård, tillfällen	0	0	1	0	2
Akuttagning 'vanlig'	1	2	1	1	1
Akuttagning psyk	2	2	1	0	0
<i>Kommunalt finansierade</i>					
Skyddat boende, antal dagar	0	16	0	0	0
<i>Statligt finansierade</i>					
Sjukskrivning, tillfällen	1	Hela året	Hela året	Hela året	Hela året
Sjukskrivning, dagar	160	360	360	360	360

Våldsutsattheten hos Fall 1 var känd för vårdgivarna redan från första miss-handeln och insatser för skyddat boende kunde sättas in redan under år 2 men kvinnan får kontakt med kvinnofridsmottagningen och får ett adekvat omhändertagande

tagande först i mitten av år 3. Belastningen på sjukvården och samhället fortsätter emellertid att vara mycket stora resten av observationstiden. Under åren efter avslöjandet (år 4 och 5) har hon ett stort behov av psykiatrisk behandling och stöd men på en lägre omhändertagandenivå. Kontakterna med akutsjukvården minskar då hon fått kontakt med kvinnofridsmottagningen.

Tabell 2. Resursåtgång för Fall 2

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
<i>Landstingsfinansierade</i>					
Somatisk öppenvård läkare	1	0	0	2	8
Somatisk öppenvård annan	0	0	0	0	5
Psykiatrisk öppenvård läkare	0	0	0	0	1
Psykiatrisk öppenvård annan	0	0	5	13	6
Primärvård läkare	2	0	1	2	1
Primärvård annan	10	0	2	1	1
Somatisk dagsjukvård	1	0	0	0	3
Somatisk slutenvård, tillfällen	0	1	0	0	0
Akutmottagning 'vanlig'	0	2	0	0	0
Akutmottagning psyk	0	0	1	0	0
<i>Kommunalt finansierade</i>					
Skyddat boende, antal dagar	0	0	0	0	0
<i>Statligt finansierade</i>					
Sjukskrivning, dagar	0	0	0	30	0

Vårdtillfällena för Fall 2 under år 4 och 5 orsakades till stor del av åtgärder för skador hon ådragit sig. Året som följde på avslöjandet krävde mycket stöd i psykiatrisk öppenvård men behovet minskade med hälften från år 4 till år 5. Sjukskrivningen orsakades av en krisreaktion i samband med en rättslig process.

Tabell 3. Resursåtgång för Fall 3

	År 1	År 2	År 3	År 4
<i>Landstingsfinansierade</i>				
Somatisk öppenvård läkare	1	1	3	3
Somatisk öppenvård annan	5	0	2	1
Psykiatrisk öppenvård läkare	0	0	0	0
Psykiatrisk öppenvård annan	1	2	5	2
Primärvård läkare	0	0	0	0
Primärvård annan	0	0	0	0
Somatisk dagsjukvård	0	0	0	0
Somatisk slutenvård	0	0	0	0
Akutmottagning 'vanlig'	0	1	0	0
Akutmottagning psyk	0	0	0	0
<i>Kommunalt finansierade</i>				
Skyddat boende	0	0	0	0
<i>Statligt finansierade</i>				
Sjukskrivning, dagar	0	0	15	0

Fall 3 demonstrerar behovet av psykiatrisk/psykologisk behandling som följer på avslöjandet av att partnern utsätter henne för våld. Sjukskrivningen orsakades av en krisreaktion i samband med bearbetningen och rehabiliteringen.

Förväntad resursåtgång i normalbefolkningen

För att kunna skatta kostnaden för typfall behövs information om enhetspriser eller kostnader samt förväntad sjukvårdskonsumtion och omfattning av sjukskrivning om kvinnan inte skulle ha varit våldsutsatt för att kunna skatta skillnader i resursåtgång för en våldsutsatt kvinna jämfört med en icke våldsutsatt kvinna. Kostnaderna beräknas baserat på enhetspriserna för sjukvården (tabell 4) och produktionsbortfall enligt Olofssons tidigare studie om trafiksäkerhet.⁵ Inkomst från arbete inklusive sociala avgifter samt värdet av hemarbete justerat för andel av populationen i olika åldrar år 2005 var i genomsnitt 402 657 kronor (33 555 kronor/månad) för kvinnor.⁶ Vi antar att skyddat boende kostar kommunen 750 kronor per dygn och kvinna baserat på att kostnaden varierar mellan omkring 500 och 1 000 kronor i olika kommuner enligt en genomgång av uppgifter tillgängliga genom en sökning på Google i mars 2010.

Tabell 4. Enhetskostnader för hälso- och sjukvården

Typ av vård	Kostnad, SEK 2008
Specialiserad somatisk sluten vård	43 562 per vårdtillfälle
Specialiserad somatisk öppen vård	2 636 per vårdkontakt
Specialiserad somatisk dagsjukvård	6 514 per vårdkontakt
Specialiserad psykiatrisk sluten vård	92 437 per vårdtillfälle
Specialiserad psykiatrisk öppen vård	3 786 per vårdkontakt
Primärvårdsbesök allmänläkare	1 201 per vårdkontakt
Primärvårdsbesök sjuksköterska/annan	375 per vårdkontakt
Specialiserad somatisk sluten vård	8 137 per vård dag

Källor: Statistik om hälso- och sjukvården samt regional utveckling 2008 Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, SKL 2009 samt SKL Siv-Mari Lindquist.

Baserat på offentliga register har den förväntade sjukvårdskonsumtionen (primärvård, öppen vård och sluten vård) samt omfattningen av sjukskrivningar i normalbefolkningen skattats. Samhällets förväntade årliga kostnad för somatisk och psykiatrisk öppen och sluten vård samt primärvård skattas till mellan 10 000 och 12 000 kronor för en kvinna mellan 18 och 65 år fördelat på 0,77 besök i specialiserad somatisk öppenvård, 0,19 besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård, 1,59 primärvårdsbesök, 0,13 dagsjukvårdstillfällen och 0,16 slutenvårdstillfällen. Vidare skattas det förväntade produktionsbortfallet förknippat med det genomsnittliga antalet sjukskrivningsdagar i den kvinnliga befolkningen till omkring 6 000 kronor per kvinna och år, baserat på i genomsnitt 5,5 sjukdagar årligen bland kvinnor.⁷

Kostnader för tyfallen

I tabell 5–7 är kostnaderna för sjukvård, skyddat boende samt produktionsbortfall redovisat för respektive tyfall baserat på uppgifterna i tabell 1–4. Som visas i tabellerna varierar de årliga kostnaderna mellan 240 000 och 550 000 kronor i Fall 1, mellan 17 000 och 85 000 kronor i Fall 2 och mellan 12 000 och 29 000 kronor i Fall 3. Sannolikt är kostnaderna underskattade för samtliga tyfall eftersom uppgifter om läkemedel och korttidssjukskrivning samt socialtjänstens insatser utöver skyddat boende saknas. Den förväntade kostnaden per kvinna och år i normalbefolkningen är mellan 10 000 och 20 000 kronor för sjukvård och produktionsbortfall till följd av sjukskrivning.

Tabell 5. Kostnader för sjukvård, skyddat boende och produktionsbortfall för Fall 1

Fall 1	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
Primärvård	9 608	2 402	4 804	3 603	0
Somatisk öppenvård	6 514	19 310	4 023	4 023	4 023
Psykiatrisk öppenvård	35 460	38 297	43 970	72 338	49 644
Somatisk slutenvård	0	0	43 562	0	87 124
Akutmottagning	10 208	12 844	6 422	2 636	2 636
Skyddat boende	0	12 000	0	0	0
Produktionsbortfall	178 959	402 657	402 657	402 657	402 657
Summa	240 749	487 510	505 438	485 257	546 084

I Fall 1 får kvinnan kontakt med kvinnofridsmottagningen och får ett adekvat omhändertagande i mitten av år 3. Kostnaderna för sjukvården och samhället fortsätter emellertid att vara mycket stora resten av observationstiden.

Tabell 6. Kostnader för sjukvård, skyddat boende och produktionsbortfall för Fall 2

Fall 2	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5
Primärvård	6 152	0	1 951	2 777	1 576
Somatisk öppenvård	10 537	0	0	8 046	59 772
Psykiatrisk öppenvård	0	0	14 184	36 878	24 113
Somatisk slutenvård	0	43 562	0	0	0
Akutmottagning	0	5 272	3 786	0	0
Skyddat boende	0	0	0	0	0
Produktionsbortfall	0	0	0	33 500	0
Summa	16 689	48 834	19 921	81 256	85 461

I Fall 2 identifieras kvinnans våld utsatthet av sjukvården sent under år 4 och hon får ett adekvat omhändertagande direkt. Kostnaderna år 5 speglar att hon får hjälp med de skador hon har drabbats av genom det våld hon har varit utsatt för fram till och med år 4 samt stöd i den psykiatriska öppenvården. Kostnaden för produktionsbortfall är underskattad (utöver omfattningen av korttidssjukskrivning) då vi inte har beräknat värdet av att hon har blivit försenad med sina studier till följd av våld utsattheten.

Tabell 7. Kostnader för sjukvård, skyddat boende och produktionsbortfall för Fall 3

Fall 3	År 1	År 2	År 3	År 4
Primärvård	0	0	0	0
Somatisk öppenvård	12 069	4 023	15 287	13 678
Psykiatrisk öppenvård	2 837	5 674	14 184	5 674
Somatisk slutenvård	0	0	0	0
Akutmottagning	0	2 636	0	0
Skyddat boende	0	0	0	0
Produktionsbortfall	0	0	16 770	0
Summa	14 906	12 333	46 249	19 352

I Fall 3 identifieras kvinnans våldsutsatthet av sjukvården under år 2 då hon kommer till akutmottagningen och hon får adekvat omhändertagande direkt. Den ökade kostnaden år 3 speglar det stöd hon får i den psykiatriska öppenvården efter att våldsutsattheten har upptäckts samt en kortare sjukskrivningsperiod.

Skattning av den årliga ekonomiska bördan av mäns våld mot kvinnor

I tabell 8 redovisas en grov skattning av samhällets kostnader för våld mot kvinnor i nära relationer. Sammanställningen baseras på befintlig kunskap som finns redovisad i publicerade rapporter och studier samt information i offentliga register och fokuserar på kostnader för kvinnorna som lever i våldsutsatthet. I många fall redovisas kostnader för kvinnor och deras barn sammanslaget då det inte går att dela dessa kostnader på ett rättvisande sätt. Vi har valt att inte inkludera kostnader för kriminalvården eller andra kostnader för förövaren.

Antaganden samt underliggande data redovisas i sin helhet i den fullständiga rapporten som finns tillgänglig på IHE:s webbplats. Kostnaderna är sannolikt underskattade eftersom flera poster saknas (till exempel kostnaden för läkemedel) och andra är mycket osäkra. Jämfört med Socialstyrelsens uppskattning från år 2006 ligger den totala kostnaden i denna studie lägre, vilket till stor del förklaras av att Kriminalvårdens kostnader för förövare inkluderas i Socialstyrelsens rapport.

Tabell 8. Skattning av samhällets kostnader för våld mot kvinnor i nära relationer år 2008

Sjukvårdens kostnader	117 184 000
Varav slutenvård	17 207 000
Varav öppenvård och primärvård	56 977 000
Offentliga jourer och kriscentra	43 000 000
Produktionsbortfall	1 092 338 000
Mortalitet	158 244 500
Morbiditet	934 093 000
Kommuners kostnader	1 063 000 000
Stöd till kvinnor & tjejjourer	98 000 000
Socialtjänsten, övrigt stöd	965 000 000
Vissa statliga myndigheters kostnader	60 000 000
Försäkringskassan	19 000 000
Länsstyrelse	39 000 000
Kriminalvård exklusive påföljd för dömda förövare	2 000 000
Privata kostnader	124 000 000
Frivilligt arbete	90 000 000

Diskussion

Den del av studien som presenterats här redovisar kostnader som är direkt knutna till de individuella kvinnornas behov av vård och skydd under observationstiden. Studien visar att mäns våld mot kvinnor är dyrt för sjukvården och samhället. Beräkningarna av kostnader för sjukvård, skyddat boende samt produktionsbortfall redovisat för tre fallen indikerar att de årliga kostnaderna varierar stort mellan olika individer beroende på grad av våldsutsatthet och omhändertagande. Kostnaderna varierade mellan 240 000 och 550 000 kronor i Fall 1, 17 000 och 85 000 kronor i Fall 2 och mellan 12 000 och 29 000 kronor i Fall 3. Man ser att kostnaden för produktionsbortfallet utgör en stor del; i Fall 1 den absolut största posten. Sammanställningen av samhällets ekonomiska börda visar att kostnaden för de insatser som görs till våldsutsatta kvinnor inom sjukvården, kommunerna, statliga myndigheter och frivilligorganisationer samt det produktionsbortfall som uppstår för sjuklighet och dödlighet uppgår till minst 2,5 miljarder kronor årligen.⁸

Kostnadsansvaret för de insatser som görs för våldsutsatta kvinnor delas av olika huvudmän. Grovt indelat är det kommunerna som bär kostnaden för socialtjänstens ansvar för stöd och viss behandling samt boende och sysselsättning. Landstingen/regionerna bär kostnaden för hälso- och sjukvårdens insatser. I fallstudien av Weinehall och medarbetare utgjorde sjukvårdskostnaderna endast knappt fem procent av den totala kostnaden. I det beskrivna fallet ledde rättegången inte till fällande dom för förövaren vilket minskade den totala kostnaden.⁹

Staten bär kostnaden för kriminalvården och polisen samt inblandade statliga myndigheters insatser. Forskning och arbete med förebyggande insatser och prevention sker på alla nivåer. Kvinnan själv bär framför allt de intangibla kostnaderna för smärta, oro och rädsla samt kostnader för förlorad arbetsinkomst. Vi har i denna studie inte gjort något försök att värdera kvinnornas förlust i livskvalitet, vilket kanske är den allra största kostnadsposten.¹⁰

Samhällets ekonomiska börda för våld mot kvinnor är underskattad i vår studie. Skattingarna baseras på befintlig kunskap om resursförbrukning och kostnader vilken får betraktas som osäker i många fall. Viss information om kostnadsposter till exempel för läkemedel saknas. Vi har valt att endast inkludera kostnader för de våldsutsatta kvinnorna i sammanställningen och exkluderat alla kostnader som uppstår för mannen såsom rättegångskostnader och kostnader för påföljd samt det produktionsbortfall som kan uppstå.

En annan faktor som leder till att beräkningen av samhällets ekonomiska börda för våld mot kvinnor är underskattad är att mörkertalet är stort. Tidigare studier visar att kvinnor som utsatts för fysiskt våld söker vård i omkring en fjärdedel av fallen.¹¹ Hur många svenska kvinnor som söker för andra följder av våld, till exempel somatiska symtom eller depression är inte känt. Flera studier visar att depression är vanligare bland våldsutsatta kvinnor. Wijma med flera fann att depression var dubbelt så vanligt och Lundgren med flera fann att drygt

20 procent av de våldsutsatta kvinnorna uppgav att de var deprimerade, vilket kan jämföras med punktprevalensen bland svenska kvinnor som anses vara sju procent.¹² Enligt SBU:s genomgång om depressionssjukdomar visade en studie från Australien att 40 procent (män och kvinnor) inte alls sökte hjälp för sina symtom vilket överensstämde med en studie från 1970-talet i Finland.¹³ Två studier från Danmark respektive USA visar att kvinnornas behov av vård för psykiska symtom ökar avsevärt vid våldsutsatthet.¹⁴ I Sverige hanteras de flesta patienterna med depressiva besvär av primärvården men de söker sannolikt akut inom psykiatrin i krissituationer. Vi har valt att dela kostnaderna lika mellan den specialiserade vården och primärvården.

Sammanställningen av kostnader för de tre typfallen indikerar att sjukvården bär den största direkta kostnaden. I dessa beräkningar underskattas sannolikt kostnaderna då uppgifter om korttidssjukskrivning, egenvård samt socialtjänstens insatser utöver skyddat boende saknas. Om våldsutsattheten leder till sjukskrivning för kvinnan får detta mycket stora ekonomiska konsekvenser för samhället. I likhet med den danska studien av Hellweg-Larsen och medarbetare, visar förloppet hos de tre typfallen att återhämtningen kräver stora insatser och därmed kostnader för hälso- och sjukvården och samhället under lång tid även efter att våldsutsattheten har upphört.¹⁵

Vad som skulle ha hänt om kvinnorna i studien hade fått ett adekvat omhändertagande på ett tidigare stadium går inte att säga med säkerhet. Fall 1 är mycket komplicerat med omfattande konsekvenser i termer av lidande för kvinnan och kostnader för sjukvården och samhället. Det finns dock en trend att vårdbehovet flyttar ner till en lägre kostnadsnivå efter att kvinnan fått ett kompetent omhändertagande. En adekvat multidisciplinär handläggning med såväl social och juridisk som medicinsk kompetens kunde ha förkortat förloppet och kanske förhindrat en bestående sårbarhet. I Fall 2 är det rimligt att anta att den upptrappning av våldet och de fysiska skador som följde under slutet av år 2 hade kunnat undvikas om hon hade fått hjälp att bryta upp från partnern tidigare. Detta hade sannolikt varit möjligt om vårdgivarna hade frågat henne om våldsutsatthet under de första två åren av observationstiden då hon sökte hjälp för olika symtom. Fall 3 hade också vårdkontakter under åren före avslöjandet. Om man hade frågat efter våld då hade man kanske kunnat undvika misshandeln som, förutom den kroppsliga skada hon tillfogades, ledde till vårdbehov för psykisk rehabilitering.

Kvinnor söker vård av många olika orsaker vilket ger hälso- och sjukvården en möjlighet att tidigt identifiera våldsutsatthet och minimera konsekvenserna för hälsa och livssituation. Inte oväntat varierar kostnaderna kraftigt beroende på de olika omständigheterna och man tvingas dra slutsatsen är att det inte är möjligt att beräkna vad det "typiska" fallet av våld i en nära relation kostar. Resultatet av våra beräkningar indikerar dock att ett tidigt och adekvat omhändertagande vid våldsutsatthet kan spara såväl lidande för kvinnan som pengar för samhället,

resurser som skulle kunna användas till annat. Genom att lyfta frågan till ytan kan sjukvården medverka till en attitydförändring så att våld i nära relationer inte längre betraktas som offrets enskilda angelägenhet utan som den folkhälsofråga det i själva verket är.

- ¹ Se den fullständiga rapporten *Ekonomiska konsekvenser av mäns våld mot kvinnor – En kunskapsöversikt samt kostnadsberäkningar utifrån tre typfall* på IHE:s webbplats www.ihe.se.
- ² Ibid.
- ³ Max W, Rice DP, Finkelstein E, Bardwell RA & Leadbetter S (2004). The economic toll of intimate partner violence against women in the United States. *Violence and Victims* 19, s. 259–272.
- ⁴ Weinehall K, Ånggård A, Blom K, Ekelund B & Finndal K (2006). *Räkna med kostnader – en fallstudie om mäns våld mot kvinnor*. Skrifter från juridiska institutionen vid Umeå universitet, No 15/2006. Umeå: Umeå Universitet.
- ⁵ Olofsson S (2009). *Samhällets kostnader för vägtrafikolyckor. Beräkningar*. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2009.
- ⁶ Ibid.
- ⁷ Statistiska centralbyråns konjunkturstatistik över sjuklöner.
- ⁸ Se den fullständiga rapporten på IHE:s webbplats www.ihe.se.
- ⁹ Weinehall K, Ånggård A, Blom K, Ekelund B & Finndal K (2006). *Räkna med kostnader – en fallstudie om mäns våld mot kvinnor*. Skrifter från juridiska institutionen vid Umeå universitet, No 15/2006. Umeå: Umeå Universitet.
- ¹⁰ De Vyllder S (2010). Vad kostar våldtäkter? Samhällesekonomiska kostnader för sexuellt våld. *Antologi. Sju perspektiv på våldtäkt*. NCK-rapport 2010:2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.
- ¹¹ Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J & Kalliokoski A-M (2001). *Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsförmyndigheten.
- ¹² Ibid.
Wijma K, Samelius L, Wingren G & Wijma B (2007). The association between ill-health and abuse: A cross-sectional population based study. *Scandinavian J of Psychology*. 48, s. 567–575.
- ¹³ Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004). *Behandling av depressionssjukdomar, volym 1. En systematisk litteraturoversikt*. SBU-rapport nr 166/1. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- ¹⁴ Helweg-Larsen K & Kruse M (2003). Violence against women and consequent health problems: a register based study. *Scand J Public Health*. 31, s. 51–57.
Bonomi A, Anderson M, Reid R, Rivara F, Carell D & Tompson R (2009). Medical and Psychosocial Diagnoses in Women with a History of Intimate Partner Violence. *Arch Intern Med*. 169, s. 1692–1697.
- ¹⁵ Helweg-Larsen K & Kruse M (2003). Violence against women and consequent health problems: a register based study. *Scand J Public Health*. 31, s. 51–57.

10. Etiska aspekter på att rutinmässigt fråga om erfarenheter av våld i nära relationer

Anna T Höglund

Att rutinmässigt tillfråga kvinnor om erfarenheter av våld i nära relationer väcker många etiska frågor. Att vårdpersonal dagligen upplever etiska dilemman i sin yrkesutövning är välkänt. Vanligt förekommande dilemman i vården kan handla om en svårbedömbart symtombild, osäkerhet, kommunikationsproblem eller prioriteringar och brist på resurser.¹ Att arbeta med människor som är sjuka eller i behov av hjälp och stöd ställer ofta stora krav på etiskt omdöme. Etik har således alltid varit en viktig del av hälso- och sjukvårdspersonalens arbete. Forskning har emellertid visat att de etiska kraven på vårdpersonal i allmänhet har ökat de senaste decennierna. Orsakerna är flera, men ofta brukar man peka på att det hänger samman med den snabba utvecklingen av biomedicinsk kunskap och teknologi, en förändrad demografi med en ökande andel äldre i befolkningen, samt krympande resurser till vård och omsorg.² Det är rimligt att anta att utökad kunskap om förekomsten av våld i nära relationer väcker nya etiska frågor och ställer utökade etiska krav på vårdpersonal av olika kategorier.

Etik handlar om frågor kring hur vi bör leva våra liv och vad som är rätt och fel, gott och ont. Enligt vedertagna definitioner står begreppet *moral* för människors uppfattningar, ställningstaganden och ageranden i svåra situationer, medan *etik* betecknar reflektionen över och det teoretiska resonemanget kring moralisk praxis.³ Ursprungligen har de två orden ungefär samma betydelse (sed, sedvänja), men det ena (*moral*) är lånat från latinet och det andra (*etik*) från grekiskan. Mot denna bakgrund kan man hävda att det ofta är berättigat att använda begreppen synonymt.

Etiska beslut tas ständigt av personal inom vården, ofta momentant och intuitivt, utan någon medveten etisk reflektion. Men i svåra etiska dilemman kan en djupare etisk reflektion och argumentation krävas. Till stöd i sådana situationer finns i dag väl

etablerade etiska principer inom hälso- och sjukvården, som ska fungera som riktlinjer för det konkreta arbetet. De arbetades fram av de amerikanska forskarna Tom Beauchamp och James Childress på 1970-talet och är fyra till antalet, nämligen *autonomiprincipen*, *principen att göra gott*, *principen att inte skada* och *rättvisprincipen*.⁴

Autonomiprincipen innebär att patienten har rätt att vara med och bestämma om vilken vård och behandling som ska sättas in för honom/henne. Principerna om att göra gott och inte skada står för att vårdgivaren i varje situation ska väga aktuell risk med en behandling mot den framtida nyttan av densamma; i varje situation ska man alltså sträva efter att maximera de goda och minimera de dåliga konsekvenserna av sina handlingar. Rättvisprincipen, slutligen, innebär dels att vårdens resurser ska fördelas efter behov, dels att alla patienter ska behandlas lika, det vill säga utifrån sina medicinska behov och inte utifrån faktorer som genus, etnicitet, sexualitet, funktionshinder eller ålder.

Tanken är att dessa fyra principer ska vara till praktisk nytta vid medicinska och omvårdnadsetiska beslut på klinisk nivå och att de kan alternera i viktighetsgrad, på så sätt att någon princip kan ges företräde beroende på situationen och någon annan överträdas med hänvisning till en annan princip. De fyra principerna bygger på väl etablerade teoritraditioner inom moralfilosofin, nämligen distinktionen mellan så kallad pliktetik (*deontologi*) och konsekvensetik (varav den mest välkända formen är *utilitarismen*). Autonomi- och rättvisprincipen är pliktetiska och bör i det ideala fallet uppfyllas oavsett vilka konsekvenser de ger. Principerna om att göra gott och inte skada är konsekvensetiska eller utilitaristiska till sin karaktär och bygger på en avvägning av nytta och risker, där det goda ska maximeras och negativa konsekvenser minimeras. I hög grad återspeglas dessa etiska principer i yrkesetiska koder för olika kategorier vårdpersonal, till exempel i den etiska kod som tagits fram av internationella sjuksköterskeföreningen, International Council of Nurses (ICN), liksom i den etiska koden för barnmorskor samt i Läkarförbundets etiska regler.⁵

Det är rimligt att anta att detta att rutinmässigt tillfråga kvinnliga patienter om deras erfarenheter av våld i nära relationer ställer höga etiska krav på den vårdpersonal som ska ställa frågorna. Det har hävdats att patienter far illa av att vårdpersonal inte följer etiska principer för god omvårdnad.⁶ Detta kan givetvis bli extra accentuerat i situationer där etiskt känslig information söks från patienter i ett redan utsatt läge. I det följande kommer några relevanta etiska aspekter på frågan om att rutinmässigt tillfråga kvinnor om våld i nära relationer att diskuteras utifrån olika etiska perspektiv och principer. Syftet i kapitlet är att ge vägledning för på vilka grunder och på vilket sätt sådana frågor kan ställas.

Tidigare forskning

Både i Sverige och internationellt har försök gjorts med att rutinmässigt tillfråga kvinnliga patienter om våld.⁷ Det föreligger ingen enighet om evidensen, så om

denna typ av verksamhet minskar våldsutövningen och förbättrar kvinnors hälsa är under debatt.⁸ Studier som belyser etiska aspekter på att ställa känsliga frågor inom hälso- och sjukvården har främst gällt till exempel misstanke om att barn far illa. I en studie framkom att 23 procent av de tillfrågade ungdomarna blev upprörda av att få frågor om misshandel. Ungdomar som själva varit utsatta för våld tenderade att bli mer upprörda av frågorna än ungdomar utan erfarenhet av övergrepp och misshandel. Slutsatsen av studien var att den viktigaste etiska frågan i detta fall rör huruvida barnens välbefinnande kan öka av att frågan ställs.⁹ Samma utgångspunkt kan gälla frågan om att tillfråga kvinnor om erfarenheter av våld; nämligen om ett rutinmässigt tillfrågande minskar förekomsten av våld i nära relationer och därmed förbättrar kvinnors hälsa och välbefinnande.

Få studier har tagit upp just etiska aspekter på att tillfråga kvinnor om våld under anamnesen, men det har hävdats att det finns goda etiska skäl för att denna typ av frågor ska ställas, då man kan anta att de förbättrar kvinnors hälsa och välbefinnande genom att tidigt fånga upp kvinnor som erfar, eller riskerar att erfar, våld i nära relationer.¹⁰ Empiriska studier där de etiska aspekterna står i centrum är dock sällsynta.

Risk och nytta

En uppenbar etisk fråga i anslutning till en rutinfråga om våld i nära relationer är om den kan orsaka mer skada än nytta för kvinnorna. Här aktualiseras ett klassiskt risk/nytta-resonemang, där man väger risker mot eventuella vinster med det agerande man studerar. Exempel på negativa konsekvenser som har nämnts i anslutning till att fråga om våld i anamnesen är att frågorna kan väcka obehag hos patienten; att de kan riva upp obehagliga minnen hos kvinnorna samt att frågorna kan upplevas som anklagande eller misstänkliggörande. Ytterligare en fråga som kan ställas gäller om frågor om våld i nära relationer under anamnesen kan utsätta kvinnorna för fara, på så sätt att de riskerar att utsättas för nytt eller mer våld. För att kunna bedöma denna typ av negativa konsekvenser överväger man positiva följder av tillfrågandet, så som om det kan leda till att våldet minskar genom att kvinnor stärks i att ta sig ur våldsamma relationer, vilket skulle förbättra kvinnors hälsa och välbefinnande. Detta skulle även kunna vara till nytta för folkhälsan, vilket innebär att man kan hävda att rutinfrågor om våld i nära relationer skulle kunna vara kostnadseffektivt för hälso- och sjukvården (förutsatt att det leder till att våldet minskar). En slutsats av ett sådant resonemang är att frågandet skulle kunna ge goda konsekvenser både för individer och samhälle.

Ett problem som brukar hävdas med ett utilitaristiskt resonemang är att det kan vara oklart vilka konsekvenser man syftar på. Är det de reella eller de önskade, de långsiktiga eller de kortsiktiga konsekvenserna? På kort sikt kan man hävda att tillfrågandet skulle kunna ge negativa konsekvenser, i form av obehag

eller olust hos patienten och den personal som ska fråga, men på lång sikt kan man anta att minskat våld mot kvinnor skulle leda till bättre hälsa och välbefinnande för kvinnorna.

Ytterligare en aspekt som ett utilitaristiskt resonemang aktualiserar är för vem konsekvenserna ska vara goda. För en enskild individ eller för samhället i stort? Ett klassiskt utilitaristiskt resonemang hävdar att nyttan eller välbefinnandet ska maximeras för så många som möjligt, alltså för samhället i stort. Samtidigt betonar man att ingen individ får räknas som mindre värd än någon annan, vilket kan göra att svaret på frågan ändå inte blir enkelt ur detta perspektiv, då konsekvenserna för de tillfrågade kvinnorna trots allt skulle kunna vara ett visst upplevt obehag.

I en studie som undersökte effekten av att tillfråga kvinnor om våld vid besök hos läkare framkom intressanta etiska aspekter beträffande risk och nytta med att rutinmässigt fråga om våld. De deltagande läkarna fick genomgå en utbildning med särskilt fokus på hur man bör bemöta berättelser om våld innan studien startade. Läkarna uppmanades också att vid behov rekommendera kvinnorna att kontakta ett lokalt kvinnofridscentrum. I slutsatsen av undersökningen konstaterades att det inte fanns någon indikation på att frågan om våld var förknippat med kortsiktig skada hos kvinnorna. Oron för att kvinnorna som en följd av frågorna skulle utsättas för förnyat våld, uppleva psykologiska stressreaktioner eller problem i familjen visade sig vara obefogad. I jämförelse med de kvinnor som inte fick frågor om våld fann man ingen skillnad i livskvalitet och våldserfarenhet.¹¹

Integritet och autonomi

Som en möjlig negativ konsekvens nämndes ovan upplevelsen av obehag hos tillfrågade kvinnor, samt risken att frågorna kan riva upp minnen och upplevas som anklagande eller misstänkliggörande för de tillfrågade kvinnorna. Med ett etiskt begrepp skulle man kunna beskriva detta som att tillfrågade kvinnor kan riskera att känna sig kränkta i sin *integritet*.

Integritet är, vid sidan av autonomi, ett mycket viktigt vårdetiskt begrepp. Det innebär att något uppfattas som okränkbart, och syftar i vårdetiska sammanhang dels på patientens rätt att inte bli kroppsligen kränkt, dels på det etiska kravet att känsliga upplysningar om patientens hälsotillstånd hanteras ansvarsfullt och inte lämnas ut till obehöriga.¹² Autonomi betecknar uppfattningen att varje människa är fri och självständig, och som sådan har hon både rätt och möjlighet att så långt det är möjligt fatta egna och fria beslut om vad som ska ske i hennes liv.

Inom sjukvården strävar man efter att respektera patienternas autonomi genom det etiska kravet på informerat samtycke, det vill säga kravet på att patienten ska få adekvat information om sitt tillstånd och möjliga behandlingar av det och därmed ges möjlighet till att samtycka till vård och/eller behandling. Endast i undantagsfall, som vid svår sjukdom eller medvetslöshet, bör någon annan gå in

och bestämma å patientens vägnar. För vårdpersonal kan det ofta uppstå en etisk konflikt mellan patientens autonoma rätt att säga nej till såväl information som behandling och personalens egen önskan om – och tillika yrkesetiska plikt – att ge patienten adekvata råd, som i enlighet med göra gott- och icke skada-principerna leder till att han eller hon får den vård och behandling som krävs.

Vilka risker finns att integriteten kränks vid tillfrågande om våld och hur kan dessa risker i så fall minimeras? Ett antagande skulle kunna vara att direkta, muntliga frågor om våld vid ett läkarbesök som gäller något helt annat upplevs som mer integritetskränkande än skriftliga frågor om våld. En studie som undersökte just på vilket sätt kvinnor ville bli tillfrågade om våld i nära relationer fann att en majoritet av kvinnorna föredrog att själva fylla i ett formulär, framför direkta frågor i personliga möten med läkare eller annan vårdpersonal.¹³

Om man betonar integritet mycket starkt kan man givetvis hävda att inga frågor av känslig och personlig art, som inte är direkt relaterade till patientens besök hos sjukvården, ska ställas. Detta kan ses som ett strikt deontologiskt resonemang, där plikten att respektera integritet och privatliv ges företräde framför ett mer konsekvensinriktat agerande där man låter nyttan väga tyngre än eventuellt upplevt obehag vid tillfrågandet.

Man kan emellertid hävda att detta är en förståelse av autonomi där människor på ett realistiskt sätt uppfattas som oberoende och rationella med möjlighet att i alla sammanhang fatta autonoma beslut och göra rationella, självständiga val. Mot detta kan man hävda en *relationell autonomi*, vilket i korthet står för uppfattningen att vi som människor står i ett ömsesidigt beroende till varandra och att ingen därför bör lämnas ensam.¹⁴ När vi möter en annan människa, väcks ett etiskt krav på att möta denna person på bästa sätt. Med denna förståelse av autonomi, med dess koppling till integritet, blir det möjligt att argumentera för att ett rutinmässigt tillfrågande om erfarenheter av våld kan ske utan att en patients integritet och autonomi kränks, förutsatt att frågandet sker på ett etiskt övervägt sätt; antingen genom att det är skriftligt eller genom att personalen som frågar har goda kunskaper om hur frågan bör ställas, med andra ord har en hög etisk kompetens för att fråga.

Dokumentation

Integritet i hälso- och sjukvården handlar emellertid inte enbart om patientens upplevelse av kroppslig kränkning eller intima frågor, utan berör även frågan om hur vårdpersonal ska *dokumentera* frågan om våld och svaren på den. Det är inte ovanligt att hälso- och sjukvårdspersonal upplever etiska konflikter när det gäller dokumentation av känsliga uppgifter. En studie visade till exempel att telefonsjuksköterskor i vissa fall undvek att utförligt dokumentera känslig information i journalen, som när en patient hänvisades till en venereologmottagning.

Sjuksköterskan valde då att enbart skriva "hänvisning" i journalen; en i och för sig korrekt men föga informativ uppgift. Det skäl som uppgavs för detta var att sjuksköterskan ville undvika att stigmatisera patienten och handlade i avsikt att skydda patientens integritet.¹⁵

Ett argument som kan användas i anslutning till frågor om våld i anamnesen är just att en dokumentation av detta slag kan stigmatisera kvinnan vid ett nytt besök hos hälso- och sjukvården. Kvinnan kan uppfatta det som att hon "förföljs" av sin erfarenhet, även om hon tagit sig ur ett våldsamt förhållande, och risken finns också att hon kontinuerligt kommer att bemötas på ett visst sätt inom hälso- och sjukvården, beroende på att hon klassas som en "misshandlad kvinna".

Å andra sidan kan en korrekt och informativ dokumentation vara till stor nytta för patienten. Om våldet upprepas eller återupptas kan onödiga besök undvikas och missbedömningar undvikas och kvinnan få hjälp betydligt snabbare och mer adekvat än om tidigare erfarenheter av våld i en nära relation inte dokumenteras. Detta innebär att dokumentationen efter ett tillfrågande måste balansera de etiska kraven på respekt för integritet och strävan efter att minimera skada, risker och negativa konsekvenser för patienten.

Ansvar och etisk kompetens

En tentativ slutsats av analysen så här långt är att nyttan med ett rutinmässigt tillfrågande bör överväga riskerna med det, men att integriteten hos de kvinnor som tillfrågas kan vara hotad och att frågandet därför måste ske på ett mycket väl övervägt och genomtänkt sätt. Dessutom har analysen lett till argumentet att dokumentationen omkring eventuella erfarenheter av våld i nära relationer ska vara tydlig och informativ, utan att för den skull stigmatisera de kvinnor som har erfarenhet av våld, i syfte att undvika negativa konsekvenser för kvinnorna i framtida möten med hälso- och sjukvården. Allt detta ställer höga krav på etisk kompetens hos den personal som ska fråga. Att en sådan kompetens utvecklas är emellertid en förutsättning för att ett tillfrågande ska kunna uppfylla de etiska krav som aktualiseras genom denna rutin.

I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor står det att sjuksköterskan "ingriper på lämpligt sätt för att skydda enskilda individer, familjer och samhälle när deras/ dess hälsa är hotad av medarbetare eller andra personers handlande". I den etiska koden för barnmorskor sägs att barnmorskan "förstår de skadande konsekvenser som våld mot etiska och mänskliga rättigheter har på kvinnors och barns hälsa, och arbetar för att eliminera sådant våld". Dessa formuleringar tyder på att man från professionernas sida uppfattar det som att vårdgivaren har ett ansvar gentemot de patienter de träffar, vad gäller deras livssituation i ett helhetsperspektiv. Detta kan tala för att man ska vara uppmärksam på om kvinnor utsätts för våld i sina nära relationer, vilket kan ses som ett stöd för argumentet att frågan om våld

ska ingå i anamnesen. För att frågandet ska vara etiskt berättigat krävs dock att det sker på ett ansvarsfullt sätt, samt att de kvinnor som har erfarenhet av våld erbjuds adekvat hjälp. Särskilda etiska krav reses givetvis när det gäller särskilt utsatta patienter, som äldre dementa kvinnor, funktionshindrade kvinnor och invandrade kvinnor med svaga kunskaper i svenska.

Begreppet etisk kompetens har studerats mycket inom den empiriska etiken. Det har hävdats att etisk kompetens består av förmågan att varsebli etiska konflikter, att reflektera över dem samt att sedan agera utifrån reflektionen.¹⁶ En annan uppfattning är att etisk kompetens inom hälso- och sjukvården bör ses som ett begrepp som innefattar både kognitiva förmågor, som att ha kännedom om etiska principer, resonemangsmodeller och etiska riktlinjer, och emotionella förmågor, som att utveckla lämpliga karaktärsdrag för arbete med människor liksom att i dialog och diskussion med andra kunna utveckla sin etiska kompetens.¹⁷

Ett exempel på hur etisk kompetens kan visas vid frågor om våld är att undvika att fråga "osäkert", vilket kan ge patienten en känsla av att personalen inte klarar av ett jakande svar på frågan om erfarenhet av våld. Ordet "misshandlad" kan dessutom vara stigmatiserande och laddat för många kvinnor, varför konkreta frågor kan vara att föredra, till exempel om patienten har blivit knuffad, sparkad eller slagen hemma någon gång. Att på detta sätt klara av att balansera respekten för patientens autonomi och integritet dels med den yrkesetiska plikten att ställa frågan om våld (om denna rutin införs i anamnesen), dels med det etiska kravet på att ge patienten vård som maximerar det goda och minimerar skadorna för patientens hälsa, är ett uttryck för en hög etisk kompetens hos personalen.

Samtidigt som ansvaret för att utveckla etisk kompetens till stor del ligger på den enskilda vårdgivaren, har även ledningsnivån inom hälso- och sjukvården ett ansvar i detta avseende. För att bygga upp och upprätthålla en hög etisk kompetens hos personalen krävs olika former av stödstrukturer, till exempel fortbildning och regelbundna etiska diskussioner. En form som provats med viss framgång är införandet av så kallade "etikronder", det vill säga tvärprofessionella etikdiskussioner, under ledning av en moderator.¹⁸ Sådana diskussioner kan leda till större insikt i hur man kan resonera i svåra etiska frågor och förbättra förmågan att argumentera för den egna etiska uppfattningen. De kan även fylla en funktion som "debriefing", något som tidigare studier visat att vårdpersonal efterfrågar när försök med att rutinmässigt tillfråga kvinnor om erfarenhet av våld i nära relationer införts.¹⁹

Slutsats

I detta kapitel har några centrala etiska frågeställningar omkring frågan om våld i anamnesen presenterats och diskuterats. Slutsatsen av analysen är att om tillfrågandet om våld och övergrepp införs som en rutinmässig åtgärd i anamnesen,

så ställs krav på adekvat etisk kompetens hos dem som ska fråga precis som när exempelvis svåra besked om vård och behandling ska ges. Inledningsvis diskuterades hur risken med ett tillfrågande kan balanseras mot nyttan av att fråga. Här framkom att nyttan med ett rutinmässigt tillfrågande bör överväga riskerna med det, eftersom det dels kan leda till att kvinnor som utsätts för våld tidigt får hjälp och därmed förbättrad livskvalitet, dels kan minska antalet återbesök och felbehandlingar, vilket på sikt kan vara kostnadseffektivt för hälso- och sjukvården.

Därefter diskuterades begreppet integritet, utifrån den etiska frågan om huruvida patientens integritet kan hotas av frågan om våld i nära relationer, oavsett vad besöket hos hälso- och sjukvården gäller. Slutsatsen av detta resonemang var att i syfte att skydda integriteten hos de kvinnor som tillfrågas måste frågan ställas på ett mycket väl övervägt och genomtänkt sätt. Dessutom ska dokumentationen vara tydlig och informativ, i syfte att undvika skada för kvinnorna i mötet med hälso- och sjukvården, utan att för den skull stigmatisera de kvinnor som har erfarenhet av våld.

Avslutningsvis kopplades dessa resonemang till frågan om etisk kompetens hos personalen, vilket hävdades vara en förutsättning för att de etiska kraven som framkommit i kapitlet skulle kunna uppfyllas. Ansvaret för att en sådan kompetens utvecklas och upprätthålls ligger inte enbart på den enskilda vårdgivaren utan även på lednings- och organisationsnivå. Mot bakgrund av analysen i kapitlet kan man hävda att det finns goda etiska skäl för att införa ett rutinmässigt tillfrågande om erfarenheter av våld i nära relationer, men om detta införs krävs att alla nivåer inom hälso- och sjukvården tar del i ansvaret för att denna rutin utförs på ett etiskt ansvarsfullt sätt.

- ¹ Wolf ZR & Zuzelo PR (2006). "Never again". Stories of nurses: dilemmas in nursing practice. *Qual Health Res*. 16, s. 1191–1206.
- Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Forde R, Slowther AM, et al. (2007). Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *Journal of Medical Ethics*. 33, s. 51–57.
- ² Källemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P & Arnetz B (2004). Living with conflicts: ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science and Medicine*. 58, s. 1075–1084.
- ³ Johnstone MJ (2001). *Bioethics. A Nursing Perspective*. Sydney: Churchill Livingstone, Elsevier.
- ⁴ Beauchamp TL & Childress JF (2008). *Principles of Biomedical Ethics. 6th edition*. New York: Oxford University Press.
- ⁵ Se vidare www.icn.ch, www.barnmorskeforbundet.se och www.slfs.se.
- ⁶ Swanberg K, Wijma B & Liss PE (2006). Female patients report on health care staff's disobedience of ethical principles. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 85, s. 830–836.
- ⁷ Se till exempel Stenson K (2004). *Men's violence against women – a challenge in antenatal care*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E et al. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 302, s. 493–501.
- MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E et al. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 296, s. 530–536.
- ⁸ Spangaro J, Zwi AB & Poulos R (2009). The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. *Trauma Violence & Abuse*. 10, s. 55–68.
- Klevens J & Saltzman LE (2009). The controversy on screening for intimate partner violence: a question of semantics? *Journal of Women's Health*. 18, s. 143–145.
- ⁹ Ybarra ML, Langhinrichsen-Rohling J, Friend J & Diener-West M (2009). Impact of asking sensitive questions about violence to children and adolescents. *Journal of Adolescents Health*. 45, s. 499–507.
- ¹⁰ Valente SM (2000). Evaluating and managing intimate partner violence. *Nurse Pract*. 25, s. 18–30.
- ¹¹ MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E et al. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 302, s. 493–501.
- ¹² Arlebrink J (2006). *Grundläggande vårdetik – Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- ¹³ MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E et al. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 296, s. 530–536.
- ¹⁴ Mackenzie, Catriona & Stoljar, Natalie (eds.) (2000). *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. New York & Oxford: Oxford University Press.
- ¹⁵ Holmström I & Höglund AT (2007). The faceless encounter. Ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 16, s. 1865–1871.
- ¹⁶ Jormsri P, Kunaviktikul W, Ketefian S & Chaowalit A (2005). Moral competence in nursing practice. *Nursing Ethics*. 12, s. 582–594.
- ¹⁷ Eriksson S, Helgesson G & Höglund AT (2007). Being, Doing, and Knowing: Developing Ethical Competence in Health Care Practice. *Journal of Academic Ethics*. 5, s. 207–216.
- ¹⁸ Svantesson M, Anderzén-Carlsson A, Thorsén H, Kallenberg K & Ahlström G (2008). Interprofessional ethics rounds concerning dialysis patients: staff's ethical reflections before and after rounds. *Journal of Medical Ethics*. 34, s. 407–413.
- ¹⁹ Socialstyrelsen (2002). *"Tack för att ni frågar" – Screening om våld mot kvinnor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

11. Genusperspektiv på att rutinmässigt tillfråga kvinnor om våld i nära relationer

Anna T Höglund

Mycket forskning har tagit upp frågan om kopplingen mellan genus och våld mot kvinnor.¹ Det är väl belagt att frågan om våld i nära relationer kan förstås ur ett makt- och genusperspektiv, där manlighet överordnas kvinnlighet och där utövande av våld kan bli ett sätt att konstruera manlig överordning och genusmakt. Den så kallade normaliseringsprocessen, det vill säga den process som leder till att våldet successivt uppfattas som ett normalt inslag i vardagen, är väl belagd inom forskningen. Normaliseringsprocessen innebär att gränserna för vad som kan accepteras förskjuts, för både kvinnan och mannen, i ett våldsamt förhållande. Viktiga inslag i denna process är kontroll och isolering samt mannens växling mellan våld och värme gentemot kvinnan.²

Kunskap av detta slag innebär dock inte att det är självklart vilka genusaspekter som aktualiseras när det gäller just att *tillfråga* om erfarenheter av våld. I detta kapitel ska genusperspektivet på denna fråga diskuteras utifrån aspekter som vad det innebär att enbart kvinnor ska tillfrågas, hur detta hänger ihop med heteronormativitet i vården samt hur ett intersektionellt perspektiv kan anläggas på frågan; det vill säga ett perspektiv där identitetsskapande studeras utifrån hur olika faktorer, såsom genus, etnicitet, ålder, funktionshinder, klass och sexualitet, samverkar.

Teoretisk ram

En väl etablerad distinktion hävdar att kön och genus förhåller sig till varannat som det biologiska till det sociala. Kön står för biologisk manlighet och kvinnlighet och genus kan förstås som kulturella konstruktioner av och föreställningar om

manlighet och kvinnlighet, som dels är centrala i individers identitetsskapande, dels strukturerar maktrelationer mellan individer och grupper i ett samhälle. En vanlig uppfattning inom dagens genusforskning är emellertid att man ser genus som ett inkluderande begrepp, vilket innebär att man inte gör någon skarp åtskillnad mellan biologiskt och socialt kön, utan ser dessa nivåer som relaterade till och beroende av varandra.³

Ett genusteoretiskt perspektiv innebär att man antar att genus är något som ständigt är i vardande, med ett engelskt begrepp "doing gender". Enligt detta synsätt är vi alla aktiva i att skapa och befästa vår genustillhörighet, i relation till kulturella genusnormer, det vill säga i kulturen liggande uppfattningar om manligt och kvinnligt. Detta sker på såväl offentliga som privata arenor, vilket innebär att även mötet mellan vårdare och patient är en arena för genuskonstituering, liksom det privata familjelivet.

Den australiensiska forskaren Rowena Connell har utvecklat teorin om *hegemonisk maskulinitet*, enligt vilken manlighet och kvinnlighet skapas i relation till varandra samt utifrån de kontextuella genusnormer som föreligger.⁴ Detta konstruktivistiska perspektiv innebär att det i samma kontext kan förekomma flera typer av manlighet och kvinnlighet, vilka dock ofta är hierarkiskt ordnade i förhållande till varandra. Enligt Connell är den högst rangordnade manligheten i västerländsk kontext den hegemoniska manligheten, vilken konstrueras som överordnad kvinnligheten, vilken i sin tur konstrueras som tillmötesgående manligheten. Detta utesluter inte att mer jämlika konstruktioner av manlighet och kvinnlighet kan skapas, men mycket tyder på att de inte tagit över rollen som den högst rankade formen av genus. Det är i den hegemoniska manligheten utövandet av våld ryms. Den hegemoniska manligheten behöver inte vara "normal" i statistisk mening (i betydelsen den vanligast förekommande), för att fungera som *normerande* i en viss kontext.

Ett konstruktivistiskt synsätt på genus antar således att individer skapar genus i sina interaktioner. Tidigare forskning har visat att utövandet av våld kan fylla en funktion i skapandet av genus, då förmågan att utöva och ha en beredskap till våld kulturellt förknippats med hegemonisk manlighet.⁵ Ett argument för att rättfärdiga detta, har varit att hävda att manligt våld kan fylla en funktion för att skydda kvinnor och barn. Detta innebär att begreppspar som förövare/offer, beskyddare/beskyddad (och i fall med militärt våld även civil/militär) är starkt genusladdade. Forskning har emellertid visat att samhällen med hög förekomst av militärt våld även har en högre frekvens av våld i nära relationer.⁶

En utbredd uppfattning inom dagens genusforskning är också att genus samspelar med andra faktorer i en människas identitetsskapande, som till exempel etnicitet, sexualitet, klass, ålder och funktionshinder. Inom genusteorin kallas detta med ett försvenskat ord från engelskan för *intersektionalitet*. Intersektiona-

litet fokuserar på *skärningspunkten* mellan olika samhälleliga maktordningar. De kan vara baserade på faktorer som genus, etnicitet, nationalitet, hudfärg, sexualitet och klass. Det man inom intersektionalitetsforskning är intresserad av är hur olika maktordningar samverkar med och är inflettade i varandra. Det handlar alltså om något mer än att bara addera olika kategorier till varandra; snarare ser man identitetsskapande som ett komplext och dynamiskt samspel mellan olika maktordningar. Som Nina Lykke konstaterat innebär intersektionalitet att olika enheter inte ses som avgränsade, utan som att de ömsesidigt konstruerar och omformar varandra i en dynamisk process.⁷ Även inom denna teoretiska ram förstås kategorier som genus och etnicitet som något som individer "gör", inte som något de essentiellt "är" eller "har".

Paulina de los Reyes och Diana Mulinari menar att vi måste undersöka hur människors levnadsvillkor formas i skärningspunkten mellan flera olika maktstrukturer. Makt skapas utifrån socialt konstruerade skillnader som alla är inbäddade i varandra. Detta synsätt kan även ha betydelse för hur vi förstår våld i nära relationer:

En intersektionell analys som länkar samman olika analysnivåer kan således visa hur samhällets patriarkala strukturer förstärks av rasistiska praktiker på institutionell nivå och förvärrar situationen för våldsutsatta kvinnor och barn på individnivå. Omvänt är det möjligt att lyfta fram hur det patriarkala våldet i hemmet negligeras på grund av explicita och implicita patriarkala värderingar och rasistiska föreställningar hos samhällets institutioner och myndigheter, vilka i sin tur legitimeras av vetenskapliga interventioner.⁸

Frågan om sexualitet i relation till konstruktionen av genus aktualiseras av ett intersektionellt perspektiv, men har även studerats särskilt inom genusforskningen. Judith Butler har beskrivit hur den så kallade "heterosexuella matrisen" normerar ett samband mellan kön, genus och sexualitet, i det att man på ett normerande sätt kan anta att en person av kvinnligt biologiskt kön uppträder och klär sig som vad vi kulturellt uppfattar som en "kvinna", det vill säga har kvinnligt genus, samtidigt som hennes sexuella begär förväntas vara riktat mot män.⁹ Därmed (re)produceras en heteronormativitet, det vill säga strukturer och normer som vidmakthåller heterosexualiteten som det naturliga, normala och önskvärda. Att hälso- och sjukvården reproducerar en heteronorm är tidigare belagt inom vårdforskningen.¹⁰

Att tillfråga enbart kvinnor

En fråga som uppkommer när förslag om att rutinmässigt tillfråga kvinnor om erfarenheter av våld i nära relationer diskuteras är varför denna typ av fråga i så fall enbart ska riktas till kvinnor. Varför inte till alla patienter? Mot bakgrund av tidigare forskning, som visat att mäns våld mot kvinnor kan förstås utifrån

samhälleliga relationer omkring genus och makt, finns det givetvis goda skäl att, åtminstone i ett inledande skede, enbart rikta denna typ av rutinmässiga frågor till just kvinnor. Man kan hävda att det är en evidensbaserad insats, utifrån forskning som belagt att våld i nära relationer främst innefattar mäns våld mot kvinnor. I den svenska omfångsundersökning som publicerades 2001 uppgav 46 procent av de tillfrågade kvinnorna att de hade erfarenhet av våld eller hot om våld från någon man. 16 procent angav att de levt tillsammans med en man som varit våldsam.¹¹

Utifrån rådande genusnormer kan det vara förenat med svårigheter för kvinnor att ta upp frågan om våld i nära relationer vid till exempel besök i hälso- och sjukvården. De offentliga genusnormerna i Sverige föreskriver jämställdhet, vilket gör att den offentliga medvetenheten om strukturella faktorer som kan göra mäns våld mot kvinnor möjligt är låg. Detta öppnar för förklaringar på individnivå, vilket kan göra att en kvinna som utsatts för våld skuldbelägger sig själv och drar sig för att berätta om sina erfarenheter, och det kan även påverka bemötandet i vården av kvinnor med dessa erfarenheter. Undersökningar inom mödravården har emellertid visat att en majoritet av tillfrågade kvinnor accepterar och till och med uppskattar rutinfrågor om våld i nära relationer.¹²

Mannens närvaro

Ett dilemma som kan uppstå gäller om kvinnan har sin man med vid besöket i hälso- och sjukvården. Inom till exempel mödravården är rutinen ofta den att mannen/den blivande pappan uppmuntras att vara med vid besöken. Mot bakgrund av kunskap om hur genus och makt kan samverka och leda till att våldet normaliseras i en relation, förefaller det olämpligt att fråga om våld i den situationen.

I en svensk studie fann man att barnmorskor ofta hade motstridiga känslor inför att fråga om våld när mannen/den blivande pappan varit närvarande vid besöken på mödravården. De upplevde att de, genom att de lärde känna mannen vid upprepade besök, fick svårt att tänka på honom som en potentiellt våldsam man. Att då tillfråga kvinnan om erfarenheter av våld vid ett tillfälle när mannen inte var med kunde upplevas som "illojalt", menade man. Detta ledde till att många kvinnor aldrig blev tillfrågade.¹³

Utifrån etiska krav på respekt för autonomi och integritet, främst för patienten men även gentemot hans eller hennes anhöriga, vill personalen ofta respektera parets integritet vid ett besök där både man och kvinna är närvarande. Att då tillfråga om eventuellt våld i hemmet är inte möjligt om bägge är i besöksrummet. Det är också rimligt att anta att om våld förekommer är det att utsätta kvinnan för risk att fråga om mannen är med, då det kan leda till förnyat våld mot kvinnan. Mycket tyder emellertid på att personalen upplever att det kan kännas svårt och utpekande att fråga även om kvinnan och mannen inte är i besöksrummet

samtidigt. Mot detta kan man hävda att om tidigare studier om mäns våld mot kvinnor ska tas på allvar framstår det som angeläget att frågan om våld verkligen ställs, och att tillfällena för detta organiseras då personalen träffar kvinnan ensam, så frågandet kan ske på ett både respektfullt och säkert sätt.

Intersektionella aspekter

Mot bakgrund av den intersektionella teoribildningen som nämnts ovan kan man lyfta ytterligare frågor. Att mannen inte bör vara med i rummet när frågan ställs förefaller självklart, i syfte att göra situationen säker för de kvinnor som lever i våldsamma relationer. För kvinnor med utländsk bakgrund och dåliga kunskaper i svenska kan emellertid särskilda problem uppstå. Dels är det inte ovanligt att en anhörig används som tolk i sådana fall, vilket kan innebära att en man erbjuder sig att tolka åt sin hustru. Dels kan en kvinna vara orolig för att tystnadsplikten inte följs om en tolk finns i rummet. Kvinnor från mindre språkområden kan även hävda att de känner alla lokala tolkar på deras modersmål.¹⁴ Om tolken är man kan dessutom rädsla för manlig homosocialitet (det vill säga sammanhållning och lojalitet på grundval av genustillhörighet) och brott mot tystnadsplikten uppstå och göra det i det närmaste omöjligt att skapa en situation där kvinnan känner sig så trygg att hon öppet kan berätta om erfarenheter av våld. Särskild uppmärksamhet måste också riktas mot kvinnor som vid tillfrågan om våld beskriver en vardag som kan uppfattas som färgad av en så kallad "hederskultur".¹⁵ Frågan om en trygg och säker situation för patienten blir här av särskild vikt, liksom personalens kunskaper, så att kvinnor med denna typ av erfarenhet både bemöts respektfullt och får adekvat hjälp och stöd.

Man kan hävda att mot bakgrund av den ovan citerade genusforskningen som studerat makt och genus i relation till våld i nära relationer, så finns en viss heteronormativitet i utgångspunkterna till diskussionen om att tillfråga om våld i anamnesen. Det kan innebära att våld i samkönade relationer riskerar att inte uppmärksammas och ges samma tyngd som det i heterosexuella förhållanden. Om man antar att våld i nära relationer främst utgörs av mäns våld mot kvinnor kommer rutinen att tillfråga om våld enbart att omfatta kvinnor och därmed riskerar hälso- och sjukvården att inte fånga upp och hjälpa män som lever i våldsamma homosexuella relationer. Kvinnor som lever i samkönade par kan däremot fångas upp, genom att frågan ställs till just kvinnor. Detta är en aspekt som behöver övervägas och som skulle kunna leda till slutsatsen att om frågan om våld ska finnas med i anamnesen så ska den ställas till alla patienter, oavsett kön. Det skulle innebära att även våld i samkönade relationer skulle kunna fångas upp, liksom de fall där en kvinna misshandlar sin manlige partner.

När det gäller andra faktorer som en intersektionell analys brukar belysa, till exempel ålder, samhällsklass och funktionshinder, ska sådana faktorer inte

påverka vem som ska tillfrågas, men det är rimligt att hävda att till exempel äldre kvinnor och kvinnor med funktionshinder har svag autonomi och bör behandlas med särskild respekt även när det gäller att fråga om erfarenheter av våld i nära relationer.¹⁶

Avslutning

I detta kapitel har några olika aspekter av genus tagits upp och diskuterats i anslutning till frågan om att tillfråga om våld i anamnesen. Slutsatsen av analysen är att den som ska fråga bör ha goda kunskaper i kopplingen mellan genus och våld mot kvinnor. En hög genusmedvetenhet kan göra frågandet säkrare för kvinnan och minska risken för ett felaktigt och kränkande bemötande av de kvinnor som har erfarenhet av våld. En hög genusmedvetenhet innebär också en god beredskap för hur kvinnor som svarar jakande på frågan om erfarenheter av våld i nära relationer ska bemötas och hjälpas vidare.

Vad gäller frågan om huruvida enbart kvinnor ska tillfrågas om våld argumenterades för att detta kan motiveras av evidens, det vill säga forskning som belagt att våld i nära relationer i huvudsak utgörs av mäns våld mot kvinnor. Likaså diskuterades vikten av att frågan inte ställs när kvinnans man är närvarande, utan att frågandet, för att vara säkert och respektfullt, måste ske när personalen träffar kvinnan ensam. Med utgångspunkt i teorier om heteronormativitet och intersektionalitet diskuterades avslutningsvis risken för att ett normaliserande av heterosexuella relationer gör att hälso- och sjukvården missar våld i samkönade förhållanden samt att särskild uppmärksamhet bör riktas mot kvinnor i utsatta grupper, såsom invandrade kvinnor med svaga kunskaper i svenska, kvinnor med funktionshinder och kvinnor ur hederskulturer.

- ¹ Lundgren, E (1993). *Det får da være grenser for kjønn. Voldelig empiri og feministisk teori*. Oslo: Universitetsforlaget.
 Eliasson M (1997). *Mäns våld mot kvinnor*. Stockholm: Natur och Kultur.
 Wendt Höjer, M (2002). *Rådslans politik. Våld och sexualitet i den svenska demokratin*. Stockholm: Liber.
- ² Lundgren E (2004). *Våldets normaliseringsprocess*. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS).
- ³ Hirdman Y (2001). *Genus – om det stablas föränderliga former*. Malmö: Liber.
- ⁴ Connell RW (1995). *Masculinities*. Oxford: Polity Press.
 Connell RW & Messerschmidt JW (2005). Hegemonic masculinity. Rethinking the Concept. *Gender & Society*. 19, s. 829–859.
- ⁵ Lundgren, E (1993). *Det får da være grenser for kjønn. Voldelig empiri og feministisk teori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- ⁶ Reardon BA (1993). *Women and Peace. Feminist Visions of Global Security*. New York: State University of New York Press.
- ⁷ Lykke N (2005). Nya perspektiv på interseksjonalitet. Problem och möjligheter. *Kvinnovetenskaplig Tidskrift*. s. 2–3, 7–17.
- ⁸ De los Reyes P & Mulinari D (2005). *Interseksjonalitet. Kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*. Malmö: Liber förlag, s. 9.
- ⁹ Butler J (2004). *Undoing Gender*. New York: Routledge.
- ¹⁰ Rön Dahl G (2005). *Heteronormativitet i a Nursing Context: Attitudes toward Homosexuality and Experiences of Lesbians and Gay Men*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- ¹¹ Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J & Kalliokoski AM (2001). *Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsförmyndigheten.
- ¹² Bacchus L, Mezey G & Bewley S (2002). Women's perceptions and experiences of routine enquire for domestic violence in a maternity service. *BJOG*. 109, s. 9–16.
- ¹³ Stenson K (2004). *Men's Violence against Women – a Challenge in Antenatal Care*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- ¹⁴ Franck M (2006). *Multikulturell kvinnohälsa – med fokus på gynekologi och obstetrik*. Stockholm: Gothia.
- ¹⁵ Eldén Å (2003). *Heder på liv och död: Våldsamma berättelser om rykten, oskuld och heder*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- ¹⁶ Malmberg D & Färm K (2007). *Brottsoffer med funktionshinder – vem bryr sig?* Uppsala: Uppsala universitet, Centrum för Genusvetenskap.

12. Frågor om våldsutsatthet ur primärvårdsperspektiv

Elisabeth Tönnesen

Våld mot kvinnor är en omfattande hälsofråga som inte bara drabbar individen utan även familjen och samhället. Våldet orsakar mer ohälsa och förtida död hos kvinnor under 45 år än samtliga andra kända riskfaktorer, även innefattande högt blodtryck, övervikt och rökning.¹ Våldsutsatta kvinnor har sämre hälsa, lägre livskvalitet och högre utnyttjande av hälso- och sjukvården än icke våldsutsatta kvinnor. Den årliga kostnaden för hälso- och sjukvården beräknas i USA vara 19 procent högre för våldsutsatta kvinnor jämfört med kvinnor som inte varit utsatta för våld. Kostnadsökningen är störst under den period som våldet pågår och avklingar sedan, men ännu fem år efter det att våldet upphört kvarstår högre kostnader i den våldsutsatta gruppen.² Dessutom tillkommer kostnader för sjuk-skrivningar, socialtjänst, kvinnojourer, rättsväsende och annat stöd till brottsoffer.

Hälsoeffekter

Våldsutsatta kvinnors ohälsa manifesterar sig i många sjukdomstillstånd. Till primärvården söker kvinnor akut med skador som kontusioner, frakturer, skallskador och skärsår, men det är främst de långsiktiga effekterna av våld som belastar primärvården. Kroniska smärtor som huvudvärk, muskelvärk, bröstsmärta, buksmärta och mag/tarmproblem och gynekologiska besvär är vanliga liksom en rad psykosomatiska symtom som stickningar, domningar, illamående, diffus trötthet, yrsel och svimningar. Många kroniska sjukdomar, till exempel astma, diabetes och epilepsi, kan försämrats hos kvinnor som lever under kronisk stress i ett misshandelsförhållande.

Psykiskt våld är i lika hög grad som fysiskt våld förknippat med försämrat hälsotillstånd.³ Psykiska symtom och psykosociala problem är speciellt framträdande. Bland kvinnor som upplevt partnerrelaterat våld under det senaste året ses i en amerikansk studie en sexfaldig ökning av drogmissbruk, en nästan fem-

faldig ökning av familjerelaterade och sociala problem, en drygt trefaldig ökning av depressioner och en mer än tvåfaldig ökning av ångestrelaterade tillstånd samt tobaksbruk.⁴

Sexuellt våld förekommer ofta i kombination med fysiskt våld och ger upphov till rädsla, känslor av skuld och förnedring och självförebåelse hos den drabbade. Man finner också att kvinnor som utsatts för sexuellt våld har sämre hälsa och djupare depressioner än kvinnor som enbart utsatts för fysiskt våld.⁵

Våld i familjen drabbar även barnen. Nästan vart tionde barn i Sverige har bevittnat våld i familjen, och det är sex gånger vanligare att barn i våldsamma familjer även själva blivit misshandlade.⁶ Våldet får långtgående konsekvenser för barnens framtida psykiska hälsa, vilket tydligt framkommer inom barnpsykiatrin. Man räknar med att mamman till vart femte barn på BUP har utsatts för våld.⁷ Sedan 2006 betraktas även barn som bevittnat våld i familjen som brottsoffer enligt Brottskadelagen.

Att fråga om våld

År 1992 gick American Medical Association (AMA) ut med rekommendation om att rutinmässigt fråga alla kvinnliga patienter för partnerrelaterat våld och 1994 kom samma rekommendation från American Academy of Family Physicians (AAFP).

I en amerikansk primärvårdsstudie framkom att 86 procent av primärvårdsläkarna frågade ofta eller alltid när en kvinnlig patient sökte för en fysisk skada men att bara sex procent frågade vid nybesök och åtta procent vid återkommande kontroller. Detta visar att primärvårdsläkare inte rutinmässigt har integrerat rutinfrågor för våld.⁸

Det finns många orsaker till att vårdgivare undviker att fråga om våld. Rädsla att förödmjuka patienten och därigenom äventyra patient/läkarrelationen liksom risken att felaktigt anklaga en partner, vilken ofta även är familjeläkarens patient, som eventuell förövare, utgör hinder för att fråga. Många har en stereotyp bild av våldsutsatta kvinnor och förövare och tänker sig att våldet endast förekommer i socioekonomiskt svaga grupper. Detta gör att det kan vara svårt att identifiera våldsutsatta kvinnor med liknande bakgrund som vårdgivarens. Egna erfarenheter av våld som offer eller förövare kan störa professionaliteten, och känslor av maktlöshet, hopplöshet och frustration inför kvinnor som väljer att fortsätta leva i ett misshandelsförhållande kan verka hämmande på benägenheten att fråga. Bristande kunskaper, tidsbrist, avsaknad av rutiner och handlingsplaner för intervention framstår som administrativa hinder.⁹

Den främsta anledningen till att våldsutsatta kvinnor inte tar upp frågan är att de skäms över sin situation och är rädda för repressalier från partnern. Det kan finnas osäkerhet kring sekretessfrågor när det gäller journalföring och en rädsla för att saken

kommer att anmälas till sociala myndigheter och polisen. Tidigare negativa erfarenheter av vården, där kvinnan upplevt att personalen varit ointresserad, okunnig eller att det saknats resurser, minskar sannolikheten att hon ska ta upp frågan igen.¹⁰

Det är vanligt att våldsutsatta kvinnor endast uppfattar fysiska skador som orsakade av våld och inte associerar andra hälsoproblem till våldet. Detta förklarar att kvinnorna söker för allehanda symtom utan att spontant berätta om våldet. Det kan också finnas en osäkerhet huruvida hälso- och sjukvården är rätt instans att ta upp våldsproblem när man vill få hjälp att lösa sin situation.¹¹

Primärvårdsläkare upplever att de är väl skickade att identifiera våld i nära relationer eftersom de är tillgängliga, betrodda och kan erbjuda god kontinuitet i vården. Trots detta har läkarna en tendens att undervärdera prevalensen av våld bland sina patienter.¹² Sannolikheten för att vårdgivare ska fråga om våld ökar om dessa fått utbildning om våld i nära relationer och om de har praktisk erfarenhet av att fråga.¹³

I en översiktsartikel som granskat 20 engelskspråkiga studier framgår att 50–75 procent av kvinnliga patienter i primärvården ansåg det acceptabelt att rutinmässigt tillfrågas om våld. De kvinnor som själva upplevt våld var mer positiva. Däremot var endast en minoritet av läkarna och hälften av sjuksköterskorna i studien benägna att följa rekommendationen.¹⁴

Det är inte självklart att våldsutsatta kvinnor är beredda att avslöja sin våldsutsatthet ens om de blir tillfrågade. I en amerikansk studie gjord på akutmottagningar och i primärvård var 83 procent positiva till att frågan ställdes rutinmässigt. 58 procent svarade att de skulle svara ”ja” om de blev tillfrågade, 28 procent svarade ”kanske” medan 14 procent svarade ”nej”.¹⁵

I en annan studie tillfrågades våldsutsatta kvinnor om hur personal skulle kunna underlätta för kvinnan att berätta om sin situation. De betonade att vårdpersonalen bör förklara varför man ställer frågor om våld och berätta att målet är att utsatta kvinnor ska få hjälp. Det är viktigt att den som frågar ger sig tid, är intresserad och inte dömande. En personlig relation underlättar, men om kvinnan träffar vårdgivaren för första gången är det viktigt att det framgår att det är en rutinfråga så att hon inte känner sig utpekad. Trycksaker och information i väntrummet med telefonnummer till kvinnojour, skyddat boende etcetera visar att det finns kunskap på vårdnheten och att det är tillåtet att ta upp ämnet. Även om kvinnan nekar till att hon är drabbad bör vårdgivaren återkomma till frågan, och ändå ge information om vart hon kan vända sig för att få hjälp.¹⁶

Primärvårdens möjligheter

Primärvården har goda möjligheter att fånga upp och stödja våldsutsatta kvinnor. Kontinuitet i vårdkontakten ger förutsättningar för en god relation mellan patient och läkare respektive sköterska, vilket underlättar för våldsutsatta kvinnor

att berätta om våldet. Eftersom många kvinnor tycker att det är svårt att ta upp saken spontant och ofta inte själva ser sambandet mellan sina besvär och våldet är det angeläget att vårdgivaren aktivt frågar. Det faktum att hälso- och sjukvårdspersonal tenderar att underskatta hur vanligt våldet är gör att de underlåter att fråga. Chansen att frågan blir ställd ökar om vårdgivaren fått utbildning i ämnet och har erfarenhet av att fråga, vilket tyder på att det är en färdighet som man kan tillägna sig. Man kan jämställa frågor om våld med frågor om alkoholbruk som tidigare var ett närmast tabubelagt område men som nu tas upp rutinmässigt. Om våldet synliggörs kan vårdgivaren lättare förstå diffusa, till synes oförklarliga symtom, och extensiva kostsamma utredningar kan undvikas. Utsatta kvinnor kan därigenom få adekvat hjälp vilken förutom medicinsk vård ofta innebär samverkan med myndigheter som socialtjänst och rättsväsende.

Alla personalkategorier i primärvården är viktiga för att underlätta omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor. Det gäller att vara lyhörd i receptionen eller tidsbeställningen när våldsutsatta kvinnor ringer för att få råd eller för att beställa tid. Att kvinnan får ett bra bemötande kan vara avgörande för om hon ska känna förtroende nog att våga berätta om våldet. När våldet väl avslöjats är det dock helt avgörande att det finns en handlingsplan för hur man ska gå till väga för att fortsättningsvis stödja patienten. Organisationen varierar mellan olika landsting och handlingsplanen bör därför vara lokalt anpassad. Knutna till primärvården finns ofta kuratorer och/eller psykologer som kan ge akut kristerapi och efterföljande terapeutiska samtal vilkas mål är att åstadkomma en varaktig förbättring av kvinnans livssituation. Ibland måste patienten remitteras till psykiatrisk mottagning för mer specialiserad vård. Barnvårdscentralens sköterskor har ofta en nära relation till mammorna vilket gör att de har god möjlighet att upptäcka när kvinnor och barn utsätts för våld i hemmet. Samverkan med socialtjänsten kan bli aktuell när det gäller barnens situation.

Sammanfattning

Primärvården har en viktig roll när det gäller att identifiera våldsutsatta kvinnor och att sätta igång intervention mot våldet på ett tidigt stadium. Kvinnor har ofta svårt att ta upp sin utsatthet spontant och ser sällan sambandet mellan denna och besvären de söker för. Det är därför angeläget att vårdgivaren frågar aktivt. Detta förutsätter att alla personalkategorier får utbildning så att de lär sig känna igen effekter av våldet och övervinner eventuellt motstånd mot att våga ta upp ämnet.

- ¹ Rutherford A, Zwi A & Grove N (2007). Violence: a priority for public health? (part2). *J Epidemiol Community Health*. 61 s.764–70.
- ² Rivara F, Anderson M & Fishman P (2007). Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *Am J Prev Med*. 32:2 s. 89–96.
- ³ Kramer A, Lorenzon D & Meuller G (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues*. 14, s.19–29.
- Bonomi A, Anderson M & Reid R (2009). Medical and psychosocial diagnosis in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med*. 169:18, s. 1692–97.
- ⁴ Ibid.
- ⁵ Bonomi A, Anderson M & Rivara F (2007). Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *Journal of Women's Health*. 16:7, s. 987–997.
- ⁶ Janson S, Långberg B & Svensson B (2007). *Våld mot barn 2006–2007*. Stockholm: Allmänna Barnhuset.
- ⁷ Hedtjärn G, Hultmann O & Broberg A (2009). Var femte mamma till barn i BUP-vård hade utsatts för våld. *Läkartidningen*. 106:48, s. 3242–47.
- ⁸ Chamberlain L & Perham-Hester K (2002). The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women's Health*. 35:2-3, s. 55–69.
- ⁹ Rönnerberg A-K & Hammarström A (2000). Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. *Scand J Public Health*. 28, s. 222–29.
- ¹⁰ Ibid.
Taket A, Smith K & Watson J (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ*. 327, s. 673–6.
- ¹¹ Kramer A, Lorenzon D & Meuller G (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues*. 14, s. 19–29.
- ¹² Miller D & Jaye C (2007). GPs' perception of their role in the identification and management of family violence. *Family Practice*. 24, s. 95–101.
- ¹³ Gutmanis I, Beynon C & Tutti L (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 7, s. 12.
- ¹⁴ Ramsay J, Richardson J & Carter Y (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*. 325, s. 314–318.
- ¹⁵ Kramer A, Lorenzon D & Meuller G (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues*. 14, s. 19–29.
- ¹⁶ Chang J, Decker M & Moracco K (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Education and Counseling*. 59, s. 141–147.

13. Kvinnohälsovården

Anna Berglund

Att våldsutsatthet påverkar kvinnans reproduktiva hälsa är omvittnat och den internationella litteraturen är omfattande. (Se även kapitel 7, Våldets konsekvenser för hälsan.) Partnervåld i samband med graviditet har omfattande negativa konsekvenser för mors och barns hälsa.¹ I systematiska litteraturgenomgångar har man funnit starkt vetenskapligt stöd för att sexuellt risktagande ökar liksom risken för sexuellt överförda infektioner. Livmoderhalscancer är enligt en studie mer än dubbelt så vanligt bland kvinnor som varit utsatta för partnervåld, sexuella övergrepp som vuxen eller sexuella övergrepp som barn.² Det finns också ett tydligt samband mellan partnervåld och sexuell dysfunktion i form av smärttillstånd.³

Om kvinnan lever med en våldsam partner kan hon ha svårare att använda preventivmedel, eller tvingas till abort av sin partner och på så sätt fråntas kontrollen över sin fertilitet.⁴ Hos tonårsflickor kan våldsutsatthet leda till sexuell riskbeteende med oskyddade samlag med flera partner vilket i sin tur leder till ökad risk för sexuellt överförbara infektioner eller oönskade graviditeter.⁵

Hur vanligt är våldsutsatthet bland kvinnor som söker på en gynekologisk mottagning?

En nordisk forskargrupp studerade livstidsprevalens och konsekvenser av fysiskt, emotionellt och sexuellt våld i de nordiska länderna med ett frågeformulär där våldet var noga definierat. Formuläret besvarades av cirka 3 600 kvinnor som besökte de gynekologiska klinikerna på fem universitetssjukhus. Livstidsprevalensen för våldsutsatthet varierade mellan länderna: i Danmark 61 procent, i Finland 72 procent, i Island 55 procent, i Norge 52 procent och i Sverige 44 procent. Mellan 38 och 66 procent av kvinnorna uppgav att de hade varit utsatta för fysiskt våld (Sverige 38 procent), 19–37 procent för emotionellt våld (Sverige 19 procent) och 17–33 procent för sexuellt våld (Sverige 17 procent). Genomsnittligt hade fyra procent av kvinnorna varit utsatta för allvarligt fysiskt våld, sex procent för allvarligt emotionellt våld och drygt 1 procent för våldtäkt eller våldtäktsförsök under det gångna året. När det gällde våldtäkt och våldtäktsförsök skilde sig också länderna åt. I Island hade 2,6 procent av de tillfrågade varit utsatta, i

Finland 1,9 procent medan de övriga ländernas resultat låg mellan en halv och en procent (Sverige 0,6 procent). Skillnaderna var statistiskt säkerställda.

Få kvinnor (2–8 procent) hade spontant berättat om detta för sina gynekologer. Några kvinnor uppgav att deras gynekolog redan visste, enstaka hade blivit tillfrågade vid ett nyligt besök och ungefär lika många hade själva berättat om sina erfarenheter vid sitt senaste besök. Författarna understryker att gynekologer bör överväga att fråga sina patienter om våldsutsatthet.⁶ Erfarenheter av övergrepp har stor betydelse för hur den gynekologiska undersökningen upplevs och gynekologen måste vara medveten om detta så att kvinnan inte blir ytterligare utsatt.⁷

De våldsutsatta kvinnorna i den nordiska studien inbjöds att värdera hur detta påverkade deras nuvarande hälsa. Negativ effekt på hälsan rapporterades i genomsnitt av 22 procent efter emotionellt våld, av 24 procent efter fysiskt våld och av 17 procent efter sexuellt våld. Det är intressant att emotionellt våld gav det högsta utfallet på skattningen.⁸

Socialstyrelsens projekt *Tack för att ni frågar* hade som syfte att kartlägga våldsutsatthet ("våld, hot och kränkningar") bland kvinnor som söker på barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar samt hur kvinnor och vårdgivare upplever rutinfrågor om våld. Mottagningar i Dalarna, Skåne och Stockholm erbjöds att delta. Personalen fick utbildning innan projektet startade och studien utvärderades med enkäter. Cirka 9 300 kvinnor rekryterades enligt studieprotokollet och ingår i analyserna men många barnmorskor uppgav att de inte hade registrerat alla som blev tillfrågade. Kvinnor som vände sig till studiemottagningarna under en särskild vecka inbjöds att svara anonymt på en enkät om erfarenheter av våld. Cirka 700 kvinnor valde att delta. På barnmorskemottagningarna uppgav tolv procent och på ungdomsmottagningarna 16 procent att de varit utsatta för våld någon gång under livet vid direkt förfrågan av barnmorskorna, men i den anonyma patientenkäten angav 20 procent att de hade denna erfarenhet.⁹

På abortmottagningen

I dag genomgår årligen cirka 37 000 kvinnor abort i Sverige.¹⁰ Internationella studier har visat att abortsökande kvinnor i hög grad har utsatts för partnerrelaterat våld och/eller sexuella övergrepp. Prevalensen har uppmätts till mellan 15 och 40 procent, vilket är likvärdigt med prevalensen av våld hos kvinnor i allmänhet.¹¹ Om de internationella siffrorna överförs till svenska förhållanden skulle det betyda att mellan 5 500 och 14 800 abortsökande kvinnor årligen i Sverige har varit utsatta för våld. Det finns ingen enhetligt uppfattning om vilken typ av våld som dominerar bland kvinnor som söker abort. En studie redovisar att kvinnor som utsatts för våldtäkt av sin partner varit mer benägna att avbryta graviditeten jämfört med kvinnor som utsatts för fysisk misshandel.¹² Det har också diskuterats om upprepade aborter är vanligare bland våldsutsatta

kvinnor men det finns inga säkra belegg för det. Endast en studie visar att de kvinnor som genomgår upprepade aborter är mer utsatta för våld, men man anger ingen förklaring till detta.¹³

Våldsutsatthet under graviditet

Det finns flera svenska studier om våldsutsatta gravida kvinnor. En av de första utfördes i Göteborg under slutet av 1990-talet. Man intervjuade drygt 200 svenska kvinnor som hade en intim relation med en svenskfödd man. De rekryterades från tre mödravårdscentraler och studien är inte populationsbaserad. Kvinnorna intervjuades under graviditeten och följdes upp efter förlossningen. Frågorna tog upp fysiskt, psykologiskt och sexuellt våld ur olika aspekter. Man fann att drygt 27 procent någon gång hade upplevt våld från en partner och en fjärdedel av dessa hade upplevt våld under det gångna året. Av dem som rapporterade våldsutsatthet under pågående eller nyligen avslutad graviditet hade en stor andel (95 procent) varit utsatta även före. Allvarligt fysiskt våld under graviditeten hade förekommit i drygt fyra procent och sexuellt våld i drygt tre procent av fallen. Man fann en negativ inverkan på graviditetens längden (en vecka kortare hos de våldsutsatta) samt på födelsevikten och apgarpoängen hos barnen.¹⁴ Att ha varit utsatt för våld och kränkande beteende var associerat till depression och ångest hos kvinnorna.¹⁵ Man tillfrågade även kvinnorna åtta veckor efter förlossningen om våldsutsatthet och av de drygt 130 kvinnor som svarade på enkäten uppgav en fjärdedel att de varit utsatta för fysiskt, sexuellt eller emotionellt våld sedan förlossningen.¹⁶

I början av 2000-talet utfördes en populationsbaserad studie bland svenskspråkiga gravida i Uppsala. Alla som skrevs in på barnmorskemottagningarna i tidig graviditet under en tidsperiod av sex månader (1 280 kvinnor) inbjöds att delta och 93 procent accepterade. Frågorna tog upp emotionellt våld, fysiskt våld av olika grad samt sexuellt våld och tvång. Fysiskt våld från en närstående person under eller kort efter graviditeten rapporterades av drygt en procent och, om året före graviditeten inkluderades, av närmare tre procent. Livstidsprevalensen för våldsutsatthet var drygt 19 procent.¹⁷ Samma grupp forskare undersökte också specifikt förekomsten av sexuella övergrepp och fann att åtta procent av de tillfrågade kvinnorna någon gång under livet hade varit utsatta. Dessa kvinnor rapporterade oftare gynekologiska besvär och gynekologiska ingrepp, astmatiska besvär och psykisk ohälsa jämfört med övriga gravida kvinnor.¹⁸

De kvinnor i den svenska omfångsstudien *Slagen dam* som uppgav att de varit utsatta för våld av nuvarande eller tidigare partner tillfrågades om våld under graviditet. Sju procent uppgav att de utsattes för fysiskt eller sexuellt våld för första gången just under graviditeten och åtta procent angav detta för hot och trakasserier. Bland kvinnor som levde i ett våldsamt förhållande uppgav tre procent

att fysiskt eller sexuellt våld och fyra procent att hot och trakasserier förekommit under graviditet.¹⁹

Inom den svenska studien *Kvinnors upplevelse av barnafödande* gjordes en delstudie för att undersöka eventuella riskfaktorer för att bli slagen av sin partner under barnets första levnadsår. Man rekryterade cirka 3 200 gravida kvinnor varav drygt 80 procent svarade på två enkäter, en i början av graviditeten och en tolv månader efter förlossningen. Man frågade om kvinnan "blivit slagen" av sin partner men gjorde ingen specificering av våldets art. Två procent svarade jakande och knappt 40 procent av dem angav att de hade blivit slagna fler än en gång. Unga kvinnor under 25 år angav nästan dubbelt så ofta att de blivit slagna och bland ogifta kvinnor och kvinnor födda utanför Europa var andelen cirka sju procent. De med kort utbildning och de arbetslösa hade varit utsatta i nio respektive fem procent. I den enkät som besvarades i tidig graviditet ingick frågor om somatiska symtom och kvinnorna fick skatta hur besvärade de var. Man fann att kvinnor med kroniska sjukdomstillstånd, ryggbesvär, samlagssmärtor, depressiva besvär, magproblem och urinvägsbesvär i början av graviditeten uppgav fysiskt våld under det första året efter förlossningen mellan två och fyra gånger oftare än kvinnor utan somatiska besvär.²⁰

Förekomst av våldsutsatthet hos kvinnor som besöker barnmorskemottagning, ungdomsmottagning eller gynekologisk klinik i Sverige.

Studier	År	Population	Antal	Fysiskt %	Sexuellt %	Psykologiskt %	Totalt under livet %
Widding-Hedin et al.	2000	Gravida, Göteborg	207	4,3*	3,3	14,5	27,5
Stenson et al.	2001	Gravida, Uppsala	1 038	2,6/1,3**		15,4	19,4
Stenson et al.	2003	Gravida, Uppsala	1 038		8,1		
Wijma et al.	2003	Patienter på Kvinnokliniker, i Norden	838	37,5	16,6	18,7	44,2
Rådestad et al.	2004	BMM, Året efter partus	2 563	2			
Tack för att ni frågar #	2002	Rutinfrågor BMM	6 000				12 (ca)
Tack för att ni frågar #	2002	Rutinfrågor UM	3 300				16 (ca)
Tack för att ni frågar #	2002	Patientenkät BMM/ UM	673				20

* Allvarligt fysiskt våld. ** Året före graviditet/under pågående graviditet.

Projekt initierat av Socialstyrelsen på barnmorskemottagningar (BMM) och ungdomsmottagningar (UM) i Dalarna, Skåne och Stockholm som själva valt att delta. Bortfall är ej beräknat.

Tabellen visar en sammanställning av svenska studier inom kvinnosjukvården. Bland friska kvinnor som söker barnmorskemottagningar under graviditet, för preventivmedel eller med frågeställningar om sexuellt överförbara infektioner är det en av fyra till fem som varit utsatta för våld någon under livet medan den enda studien som undersökt patienter på en kvinnoklinik visade drygt dubbelt så hög livstidsprevalens (44 procent). Undersökningsmetoderna och frågorna är inte helt jämförbara men en del av skillnaden beror sannolikt på en överrepresentation av våldsutsatthet bland kvinnor med gynekologiska besvär.

Effekter på graviditet och förlossning

I den norska *MoBastudien* där drygt 55 000 kvinnor ingick fann man att kvinnor som hade utsatts för övergrepp i barndomen betydligt oftare rapporterade symptom och besvär under graviditeten än andra. Sambandet var starkast för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp.²¹

Liknande resultat fick man i en engelsk studie där man intervjuade 200 kvinnor som låg inne på sjukhus före eller efter förlossningen om erfarenhet av våld i familjen (domestic violence). Man fann att 23 procent hade livstidserfarenhet av våld i familjen och tre procent hade varit utsatta under sin graviditet. Man använde Edinburgh Postnatal Depression Scale för att värdera depression och fann att höga poäng hade ett signifikant samband med erfarenhet av våld i familjen.²²

Flera systematiska sammanställningar beskriver negativa effekter på graviditet utfall av våldsutsatthet. Sammantaget tyder studierna på en liten ökad risk för tillväxthämning, låg födelsevikt och prematur förlossning.²³ En del studier redovisar även ökad risk för blödning under graviditeten, förtidig avlossning av moderkakan och hypertoni men också att vanliga graviditetsbesvär, till exempel illamående, blir mera uttalade. En forskargrupp fann att risken för förtidig födsel och tillväxthämning var signifikant högre först vid uttalat och upprepat fysiskt våld som hade lett till att kvinnan blivit inlagd eller där våldet blivit polisanmält.²⁴

I en norsk studie fann man att fysiska och sexuella övergrepp under barndomen hade samband med uttalad förlossningsrädsla och att bara hälften av dessa kvinnor genomgick en normal förlossning.²⁵ Man har även undersökt om sexuella övergrepp i barndomen inverkar på andelen planerade kejsarsnitt men fann inget sådant samband.²⁶ Tidiga sexuella övergrepp kan bidra till riskfylld livsstil även under graviditeten. Det kan också störa förlossningsförloppet genom att kvinnan återupplever övergreppen i samband med förlossningen.²⁷

Att ställa frågan inom kvinnosjukvården

De allra flesta svenska kvinnor tycker att det är acceptabelt att bli tillfrågade om sexualitet och våld av barnmorskor och läkare under inom kvinnosjukvården.²⁸ Några procent tycker dock att det är obehagligt och att det kan kränka integriteten. Detta beskrivs utförligare i kapitel 2 och etiska aspekter på att rutinmässigt ställa frågor om våld tas upp i kapitel 10.

Efter att Kristina Stenson i sin avhandling påvisat en hög prevalens av våldsutsatthet bland gravida och attityder till att fråga bland kvinnor och barnmorskor i Uppsala har många barnmorskemottagningar i landet börjat ställa frågor om våld rutinmässigt till de gravida. Ungefär hälften av barnmorskemottagningarna i Sverige uppgav 2008 att man infört rutinfrågor om våld till alla gravida.²⁹ Arbetsgrupperna för mödrahälsovårdsöverläkare och samordningsbarnmorskor inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi respektive Svenska

barnmorskeförbundet har i en rapport om innehållet i mödrahälsovården i Sverige rekommenderat att alla gravida ska tillfrågas om erfarenheter av våld.³⁰ Alla mottagningar använder samma journalblad för anamnesupptagning i början av graviditeten. Efter den revision av journalbladet som nu (2010) pågår kommer det att finnas utrymme för att dokumentera om rutinfråga om våld har ställts.

Sammanfattning

Våld mot kvinnor har stora konsekvenser för den reproduktiva och sexuella hälsan. Risken för psykisk och kroppslig ohälsa liksom komplikationer under graviditet för mor och barn ökar. Utsatta kvinnors möjlighet att se om sin hälsa och själva bestämma över sin fruktsamhet kan också påverkas och många kvinnor som kommer till abortmottagningar har varit utsatta för våld.

Kvinnorna har i de allra flesta fall inget emot att bli tillfrågade om våldsutsatthet av personal inom kvinnosjukvård och familjeplanering, men om man inte frågar kommer de flesta kvinnor inte att spontant berätta om sina erfarenheter av våld och övergrepp ens om de har en lång och förtroendefull relation till vårdgivaren.

- 1 Chambliss L (2008). Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 51:2, s. 385–397.
- 2 Coker A, Hopenhayn C, DeSimone C, Bush H & Crofford L (2009). Violence against women raises risk of cervical cancer. *Journal of Women's Health*. 18(8): s. 1179–1185.
- 3 Coker A (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*. 8:2, s. 149–177.
- 4 Gee RE, Mitra N, Wan F, Chavkin DE & Long JA (2009). Power over parity: intimate partner violence and issues of fertility control. *Am J Obstet Gynecol*. 201;148e, s. 1–7.
- 5 Silverman JG, Raj A & Clements K (2004). Dating violence and associated sexual risk and pregnancy among adolescent girls in the United States. *Pediatrics*. 114(2), s. 220–5.
- 6 Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, Sidenius K, Steingrimsdottir T, Stoum H & Halmesmäki E. (2003). Emotional, physical and sexual abuse in patients visiting gynecology clinics: A Nordic cross-sectional study. *Lancet*. June 21; 361, s. 2107–13.
- 7 Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B & Schei B (2003). Women's experiences of the gynecological examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 82:11, s. 1030–1036.
- 8 Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesma E, Sidenius K, Steingrimsdottir T & Wijma B (2007). Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study of prevalence and associated factors in gynecological patients. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 86, s. 349–356.
- 9 Socialstyrelsen (2002) *Tack för att ni frågar. Screening om våld mot kvinnor*. Projektredovisning.
- 10 www.socialstyrelsen.se
- 11 Evin G & Chescheir N (1996). Prevalence of domestic violence among women seeking abortion services. *Women's Health Issues*. 6, s. 204–10; 323–25.
- Kaye D (2001). Domestic violence among women seeking post-abortion care. *Int J Gynecol Obstet*. 75(3), s. 323–5.
- Wiebe ER & Jansen P (2001). Universal screening for domestic violence in abortion. *Woman's Health Issues*. 11, s. 436–41.
- 12 McFarlane J (2007). Pregnancy following partner rape – what we know and what we need to know. *Trauma, Violence & Abuse*. 8, s. 127–134.
- 13 Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, Bello D & Gunter J (2005). Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ*. 172, s. 637–41.
- 14 Hedin LW, Grimstad H, Möller A, Schei B & Jansson PO (1999). Prevalence of physical abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 78, s. 310–15.
- 15 Hedin LW & Janson PO (1999). The invisible wounds: the occurrence of psychological abuse and anxiety compared with previous experience of physical abuse during the childbearing year. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 20, s. 136–44.
- 16 Hedin L W (2000). Post partum also a risk period for domestic violence. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 89:1, s. 41–45.
- 17 Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordström ML, Saarinen H & Wenker A (2001). The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *J Psychosom Obstet Gynecol* 22, s. 189–197.
- 18 Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordström ML, Saarinen H & Wenker A (2003). Lifetime prevalence of sexual abuse in a Swedish pregnant population. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 82, s. 529–36.
- 19 Eva Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J & Kallioikoski A-M (2001). *Slagen dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfattningsundersökning*. Umeå: Brottsförmyndigheten.
- 20 Rådestad I, Rubertsson C, Ebeling M & Hildingsson I (2004). What factors in early pregnancy indicate the mother will be hit by her partner during the year after childbirth? A nationwide Swedish survey. *Birth*. 31, s. 84–92.
- 21 Lukasse M, Schei B, Vangen S & Öjan P (2009). Childhood abuse and common complaints in pregnancy. *Birth*, 36:3, s. 190–9.
- 22 Bacchus L, Mezey G & Bewley S (2004). Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 113:1, s. 6–11.
- 23 Sarkar N (2008). The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol*. 28:3, s. 266–271.
- Chambliss L (2008). Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 51:2, s. 385–397.
- Sharps P, Laughon K & Giangrande S (2007). Intimate partner violence and the childbearing year: Maternal and infant health consequences. *Trauma Violence Abuse*. 8, s. 105–116.
- Murphy C, Schei B & Myhr T (2001). Abuse – a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, 164, s. 1567–72.
- 24 Coker A, Sanderson M & Dong B (2004). Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatrics and Perinatal Epidemiology* 18, s. 260–269.
- 25 Heimstad R, Dalohe R, Laache I, Skogvoll E & Schei B (2006). Fear of childbirth and history of abuse: Implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 85, s. 435–440.
- 26 Lukasse M, Vangen S, Öjan P & Schei B (2010). Childhood abuse and caesarean section among primiparous women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BJOG*. 117; 9, s. 1153–7.
- 27 Leeners B, Richter-Appelt H, Imthurn B, Rath W (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery and the early postpartum period in adult women. *J of Psychosomatic Research*, 61, s. 139–151.

- ²⁸ Stenson K, Saarinen H & Heimer G (2001). Women's attitudes to being asked about experience to violence. *Midwifery*. 17(1): s. 2–10.
- Wendt E, Hilding C, Lidell E, Westerstahl A, Baigi A & Marklund B (2007). Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 86: s. 590–595.
- Wendt E, Lidell E, Westerstahl A, Marklund B & Hilding C (2009). Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a contents analysis. *Midwifery* doi: 10.1016/j.midw.2009.06.008 e-pub ahead of print (läst 20100105)
- Socialstyrelsen (2002). *Tack för att ni frågar*. Projektredovisning.
- ²⁹ Nationella kvalitetsregistret för mödrhälsovård.
- ³⁰ Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2008). *Mödrhälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa*. ARG-rapport nr 59.

14. Akutsjukvård och våldsutsatta kvinnor

Pauline Lindblom, Maaret Castrén, Lisa Kurland

Akutsjukvården omfattar hela vårdkedjan från första kontakten med SOS Alarm, den vård som ges av ambulanssjukvårdare både vid ankomsten till patienten och under transporten in till akutmottagningen, samt den vård som ges på akutmottagningen, och den kan även inkludera vårdtiden på akutvårdsavdelningar. Många gånger är akutsjukvården den första och enda sjukvårdskontakten för de kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.¹

Varje år dör i genomsnitt 17 kvinnor i Sverige till följd av misshandel i nära relation.² Av dessa kvinnor har 44–78 procent sökt akutsjukvård för misshandel innan de dödats.³ Varje dödsfall och varje misshandel kan ses som ett misslyckande. Vi inom vården borde kunna fånga upp dessa kvinnor och hjälpa dem.

Våld mot kvinnor registreras sällan

Mellan 13 och 30 procent av alla kvinnor som söker akutsjukvård har under det gångna året blivit utsatta för våld⁴ och enligt statistik från WHO har en av fem kvinnor varit utsatt för våld under sin livstid.⁵ Ett flertal studier utförda inom hälso- och sjukvården i USA visar en årlig förekomst av utsatthet för våld hos mellan 4 och 23 procent av alla kvinnor. Av kvinnorna i Sverige i åldrarna mellan 16 och 64, uppger 46 procent att de efter sin 15-årsdag varit utsatta för våld av en man.⁶

Hur ser då sjukvårdsstatistiken ut? Södersjukhuset, Nordens största akutmottagning, tog 2009 emot totalt 98 101 patienter, av vilka 48 073 var kvinnor. Endast 262 av dessa skrevs ut med orsakskoden kvinnomisshandel enligt AKU-SYS, Södersjukhusets administrativa system, vilket utgör 0,55 procent av alla som sökte. Varje år söker cirka 1 200 kvinnor akutsjukvården med misshandelsskador inom hela Stockholms läns landsting.⁷ Epidemiologiska studier beskriver alltså våld mot kvinnor som vanligt förekommande men sjukvårdsstatistiken står i kontrast mot dessa siffror.

Detsamma gäller för den gynekologiska akutmottagningen på Södersjukhuset. Endast sex patienter skrevs ut med orsakskoden kvinnomisshandel vilket är 0,05 procent av deras totala patientgrupp året 2009, trots att enheten även tar

emot våldtagna kvinnor. Att kvinnor inte talar med sin gynekolog om sina erfarenheter av psykisk, fysisk och sexuell misshandel, bekräftas i tidigare studier.⁸ Detta talar för att den gynekologiska akutsjukvården inte heller identifierar de kvinnor som utsatts för misshandel.

Akutsjukvårdens huvuduppgifter

Då akutsjukvården ofta är den första och kanske enda kontakten som misshandlade kvinnor har med sjukvården är det viktigt att ge dessa kvinnor ett adekvat omhändertagande. Detta innebär att identifiera dem som utsatts för våld i en nära relation, behandla, dokumentera korrekt och vid behov hänvisa kvinnorna till rätt instans.

Först måste man *identifiera* de misshandlade kvinnorna. En möjlighet är att rutinmässigt, oavsett sökorsak, fråga alla kvinnor som kommer till akuten om våldsutsatthet. Det finns olika modeller som används inom akutsjukvården internationellt.⁹ De vanligaste metoderna är direktintervju, självskattningsformulär eller IT-baserade enkäter kring frågor som rör utsatthet för våld.¹⁰ Om man använder skriftliga eller datoriserade formulär följs frågorna upp genom intervju. Det är visat att en majoritet av svenska kvinnor skulle uppskatta att tillfrågas rutinmässigt om våldsutsatthet från sjukvårdens sida.¹¹ Sjukvårdspersonalen själva tillstår att rutinmässiga frågor skulle underlätta upptäckten av våld i nära relationer. Studier visar att endast 8–10 procent av sjukvårdspersonalen rutinmässigt frågar om våld i nära relation, trots acceptans för detta bland både personal och kvinnor.¹²

Efter identifiering måste man *behandla* kvinnans skador och symtom. Ibland sker detta naturligtvis som första steg om skadorna kräver akuta medicinska åtgärder.

Skadorna ska *dokumenteras* som underlag för eventuell utredning och rättsprocess. Till sist måste man vid behov kunna *hänvisa* patienten till kurator, skyddat boende, kvinnojourer och så vidare. Varje akutmottagning måste ha en tydlig struktur, rutin och handlingsplan för detta. Men i dag finns det ingen akutmottagning i Sverige som dygnet runt har tillgång till kurator eller annan personal som är utbildad för dessa frågor för våldutsatta kvinnor.

Kvinnor som söker med uppenbara skador

Den grupp kvinnor som skrivs ut från sjukvården med orsaks-koden kvinnomisshandel är de som söker med skador där våld är den uppenbara orsaken. Klart dominerande är huvudskador som utgör 32 procent av skadorna i denna grupp. Övriga skador utgörs i fallande ordning av ansiktsskada, mjukdelsskada, sårskada, extremitetsskada inklusive frakturer, hjärnskakning, buksmärter inklusive gynekologiska besvär, bröstorgsskada, ryggskada och krisreaktion.

Kvinnorna har ibland så svåra skador att ineliggande sjukhusvård krävs. Under 2009 behövde tio procent av de kvinnor som sökte med uppenbara misshandelskador vårdas ineliggande. Av dessa hade hälften inkommit med ambulans, en fjärdedel sökte på egen hand och den resterande fjärdedelen kom på uppmaning från, eller tillsammans med, polis.

Prehospital sjukvård

När SOS Alarm meddelats att det rör sig om våld i nära relation, larmar de utöver ambulans också polis. Polisen ska finnas på plats för att ta upp en eventuell anmälan av den skadade kvinnan och för att säkra skadeplatsen så att den prehospitala personalen inte utsätts för hot eller våld.

Det saknas rutiner för det prehospitala omhändertagandet av kvinnor som varit utsatta för våld i nära relation. Standardiserade överrapporteringsmodeller mellan ambulanspersonalen och sjukhuspersonalen skulle vara av värde. Ambulanspersonalen har ofta varit inne i patientens hem och kan ha sett tecken på att våld förekommit. De observerar även om det finns barn i familjen som kan behöva tas om hand. Sådan information kan vara avgörande för den fortsatta handläggningen. Vårdprogram för handläggning av patienter som utsatts för våld i en nära relation saknas för den prehospitala sjukvården. Det finns ett stort behov av forskning inom området.

Våldsutsatta kvinnor som söker vård utan uppenbara skador

De som blivit utsatta för våld i nära relation söker oftare hälso- och sjukvård än kvinnor som inte är utsatta. Att leva i en misshandelsrelation ger stressymtom och kan medföra depression, ångest och sömnstörningar. Det är vanligt att kvinnor som utsatts för våld men inte har uppenbara skador söker vård för symtom så som magsmärta, försämring i sin astma, bröstsmärta, värkproblematik och yrsel, eller söker upprepade gånger utan att ha blivit bättre på tidigare insatt behandling.¹³ Det är framför allt i mötet med dessa kvinnor som vårdpersonalen inte fattar misstankar om bakomliggande våldsutsatthet.

En kvinna som tidigare haft en välkontrollerad hypertoni eller astma kan plötsligt komma upprepade gånger till akutmottagningen på grund av försämring i sin grundsjukdom. Försämringen kan bero på att gärningsmannen hindrar kvinnan från att gå på kontroller för sin sjukdom, eller att ta sina mediciner. Stressen i sig kan utlösa och förvärra patientens sjukdom, till exempel vid kärkramp.¹⁴ Om en kvinna söker upprepade gånger med akuta symtom som talar för att en tidigare välreglerad kronisk sjukdom försämrats bör sjukvårdspersonalen vara uppmärksam. Om man inte finner någon rimlig förklaring till patientens besvär bör detta också leda tankarna till våldsutsatthet som möjlig bakomliggande förklaring.

Riskbedömning

Riskbedömningar inför hemgång görs vid tillstånd som depressioner, självmordsförsök och självska debeteende som man möter inom akutsjukvården. När sjukvårdspersonal misstänker eller känner till att våld förekommit men patienten inte kommer att läggas in på sjukhuset bör man värdera risken för ytterligare misshandel om kvinnan återgår till sitt hem. I Sverige finns inga systematiska rutiner för detta inom hälso- och sjukvården. Det skulle kunna vara av värde att ställa frågor som reflekterar risken för upprepad misshandel om patienten går tillbaka hem. Till exempel vore det lämpligt att ta reda på om förövaren finns kvar i hemmet och i så fall erbjuda ett alternativt boende via till exempel en kvinnojour. Andra viktiga frågor skulle kunna vara "Känner du dig trygg i ditt hem?"; "Finns det minderåriga barn i hemmet?"; "Har du blivit skadad eller hotad senaste året?".

Om kvinnan läggs in på sjukhuset finns det större möjligheter att utreda förhållandena samt att etablera kontakt med de instanser som kan bistå henne. Polisen kan komma till sjukhuset för att ta upp en anmälan, sociala myndigheter kan hjälpa till om det finns barn i familjen, och man kan även ordna med skyddat boende eller kontakt med kvinnojour lättare om patienten stannar kvar på sjukhuset. Man bör därför vara frikostig med att lägga in patienter som har varit utsatta för våld av sin partner, oavsett hur omfattande eller små de fysiska skadorna är.

Kvinnor som utsatts för våld från sin partner löper den största risken att dödas eller skadas i samband med att hon försöker lämna relationen och nyligen efter en separation.¹⁵

Attityder hos sjukvårdspersonal om våld i nära relation

Som påpekats ovan, föreligger en diskrepans mellan andelen patienter som skrivs ut från akutmottagningen med orsaks-koden kvinnomisshandel jämfört med den förväntade andelen enligt epidemiologiska studier. En studie på akutkliniken, kvinnokliniken och bland ambulanspersonal på Södersjukhuset i Stockholm visar att elva procent av de sjuksköterskor, ambulanspersonal, barnmorskor, läkare och undersköterskor som studerats inte tycker att det är vårdens uppgift att undersöka underliggande orsak till en patients skada. De övriga instämde helt eller till viss del i att det var vårdens uppgift att ta reda på underliggande orsak till skadan. Av dessa ansåg 28 procent att det kan vara patientens passiva och beroende personlighet som gör att de utsätts för våld från sin partner; 17 procent ansåg att "man bara är offer om man själv väljer att vara det", och 21 procent ansåg att det som regel "inte är en persons fel att två träter". Alltså är det uppenbart att vi måste påverka och förändra denna attityd hos sjukvårdspersonalen för att kunna hjälpa utsatta kvinnor.¹⁶

En studie på amerikanska akutmottagningar visade att de kvinnor som uppträdde oartigt, asocialt eller var påverkade av droger eller alkohol ofta gavs mindre tid och fick ett sämre omhändertagande. Dessa kvinnor skuldbelades oftare än kvinnor med högre social status eller ett trevligare sätt. De sociala faktorerna och uppträdandet spelade emellertid en betydligt mindre roll om akutmottagningen fortlöpande utbildade personalen och hade fasta rutiner för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor.¹⁷

Sammanfattning

- Akutsjukvården är ofta den första och ibland enda kontakt dessa kvinnor har med sjukvården.
- I regel har de kvinnor som dör till följd av misshandel redan sökt akutsjukvård flera gånger.
- De flesta kvinnor som utsatts för våld söker inte med uppenbara kroppsskador utan med andra mera ospecifika symtom, såsom smärtproblematik eller försämring i en tidigare välskött grundsjukdom.
- Akutsjukvården behöver fasta rutiner för att fånga upp de våldsutsatta kvinnorna, för att vidare kunna hjälpa dem. Detta gäller också inom larmfunktionen (SOS Alarm) och den prehospitla sjukvården.
- En del av förklaringen till varför man inte fångar upp dessa kvinnor är sjukvårdspersonalens attityder som är till men för de våldsutsatta kvinnorna.
- Det råder en anmärkningsvärd diskrepans mellan förekomsten av våld i nära relationer enligt epidemiologiska studier och antalet fall som registreras som misshandel med diagnoskod på akutmottagningen.
- Rutinmässiga frågor till alla kvinnor som söker på en akutmottagning, oavsett orsak, om utsatthet för våld skulle öka upptäckten av våld i nära relation.

- ¹ Glass N, Hopkins J, Dearwater S & Campbell J (2001). Intimate Partner Violence Screening and Intervention: Data from Eleven Pennsylvania and California Community Hospital Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*. 27:2, s. 141–149.
- ² Rying M (2001). *Dödlig våld mot kvinnor i nära relation*. BRÅ-rapport 2001:11. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- ³ Sharps P W, Koziol-McLain J, Campbell J, McFarlane J, Sahcs C & Xu X (2001). Health Care Providers Missed Opportunities for Preventing Femicide. *Preventive Medicine*. 33 s. 373–380.
- ⁴ Glass N, Hopkins J, Dearwater S & Campbell J (2001). Intimate Partner Violence Screening and Intervention: Data from Eleven Pennsylvania and California Community Hospital Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*. 27:2, s. 141–149.
- ⁵ WHO (2005). *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. www.who.int hämtat 2010-12-20.
- ⁶ Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J & Kalliokoski A-M (2001). *Slagen dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfattningsundersökning*. Umeå: Brottsförmyndigheten.
- ⁷ Brismar B, Bromark A-M, Corbo V, Holm S, Leander K, Lindberg S, Runeson B, Rydelius P-A, Seflin G & Öhlén G (2003). Fokusrapport – Akut omhändertagande av misshandlade kvinnor och deras barn. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- ⁸ Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, Sidenius K, Steingrimsdottir T, Stoum H & Halmesmäki E. (2003). Emotional, physical and sexual abuse in patients visiting gynecology clinics: A Nordic cross-sectional study. *Lancet*. June 21;361, s. 2107–13.
- ⁹ Anglin D & Sachs C (2003). Preventive care in the emergency department: screening for domestic violence in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 10(10), s. 1118–27.
- ¹⁰ MacMillan H, Wathen N, Jamieson E, Boyle M, McNutt L-A, Worster A, Lent B & Webb M (2006). Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in health Care Settings. *JAMA*. 296:5. s. 530.
- ¹¹ Stenson K, Saarinen H, Heimer G & Sidenvall B (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*. 17 (1); s. 2–10.
- ¹² Erickson MJ, Hill TD & Siegal RM (2001). Barriers to domestic Violence Screening in the Pediatric Setting. *Pediatrics*. 108, s. 98–102.
- ¹³ Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ & Rivara FP (2009). Medical and Psychosocial Diagnoses in Women With a History of Intimate Partner Violence. *Arch Intern Med*. 169 (no18), s. 1692–1697.
- ¹⁴ Heimer G, Björck A & Högmark S (2006). Att möta kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt – Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal.
- ¹⁵ Anglin D & Sachs C (2003). Preventive care in the emergency department: screening for domestic violence in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 10(10), s. 1118–27.
- ¹⁶ [Lawoko, et al., 2010, submitted].
- ¹⁷ Skoger U, Edlund K & Leander K (2005). *Handlingsprogram, omhändertagande av våldsutsatta kvinnor*. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa.

15. Våldsutsatthet hos unga kvinnor och män

Ingela Danielsson

Hur vanligt är det att ungdomar utsätts för våld?

Ungdomar är den grupp i samhället som är mest utsatt för våld.¹ Socialstyrelsen har sedan 1978 gjort återkommande så kallade ULF-undersökningar. Från 2007 redovisas att 17 procent av unga kvinnor och 23 procent av unga män mellan 16 och 24 år det senaste året varit utsatta för våld eller hot.² Från samma år redovisade Brottsförebyggande rådets Nationella trygghetsundersökning (NTU) att nio respektive fyra procent av unga kvinnor och män i samma åldrar varit utsatta för hot medan 5 respektive 12 procent varit utsatta för misshandel. Andelen som uppgavs var utsatta för sexualbrott var lägre: tre respektive en halv procent.³

Mycket högre siffror för våldsutsatthet rapporteras i en undersökning från nio olika ungdomsmottagningar i hela landet där man använt ett frågeformulär med konkreta och utförligt formulerade frågor.⁴ Undersökningen visar också tydliga könsskillnader. De unga kvinnorna var generellt mer utsatta för psykiskt och sexuellt våld och de unga männen mer för fysiskt våld. Trettiofyra procent av kvinnorna och 18 procent av männen uppgav att de det senaste året utsatts för någon form av psykiskt våld, medan 18 procent av kvinnorna och 27 procent av männen utsatts för någon form av fysiskt våld. Störst var skillnaden för det sexuella våldet: 14 procent av kvinnorna och 4 procent av männen hade varit utsatta för något sexuellt våld senaste året. Det fanns också stora skillnader mellan könen på vem man rapporterade som förövare. Bland unga kvinnor var det vanligare att förövaren var någon som stod dem nära, det vill säga förälder, partner eller tidigare partner. De unga männen uppgav oftare en kompis eller en okänd som förövare. De unga kvinnorna rapporterade att de led mer än männen av både det psykiska och fysiska våldet.

Det hedersrelaterade våldet har nyligen undersökts av en forskargrupp vid Stockholms universitet.⁵ Man visar att en högre andel flickor än pojkar lever under hedersrelaterade normer och begränsningar. Tjugotvå procent av flickorna och sju procent av pojkarna svarade att de inte fick ha ett förhållande med en jämnårig pojk- eller flickvän och att deras föräldrar förväntar sig att de är oskuld då de

gifter sig. Sju procent av flickorna och tre procent av pojkarna hade dessutom varit utsatta för kränkande behandling, hot eller våld i ett hedersrelaterat sammanhang.

Ungdomars utsatthet för våld och deras hälsa

Flera nationella och internationella undersökningar har visat att våld mot kvinnor i nära relationer är ett av de största hoten mot kvinnors hälsa.⁶ För ungdomar finns färre undersökningar, men från USA finns flera rapporter om *dating violence*, det vill säga våld i nära relationer. Där har man visat att både unga kvinnor och män som utsatts för våld, har en klart sämre fysisk och psykisk hälsa, med bland annat ökad risk för ätstörningar, självmordstankar och självmordsförsök.⁷ Bland unga kvinnor är det också vanligare med ett ökat sexuellt risktagande med flera partners, lägre kondomanvändning och fler oönskade graviditeter.⁸ Även om våldet utövats av en person man inte har någon nära relation till är hälsan sämre, framför allt hos unga kvinnor, men i viss mån även hos unga män.⁹ De som varit utsatta för våld är också stora sjukvårdskonsumenter, de unga kvinnorna i högre grad än de unga männen.¹⁰ Det är däremot ovanligt att ungdomar söker vården specifikt för att de blivit utsatta för våld.¹¹

Ungdomsmottagningar

Det finns cirka 230 ungdomsmottagningar i landet och mer än 200 000 ungdomar kommer varje år för ett enskilt besök till en ungdomsmottagning.¹² Den övergripande målsättningen för verksamheten är "att främja ungdomars fysiska och psykiska hälsa, stärka ungdomar i identitetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner".¹³ De flesta mottagningar tar emot ungdomar mellan 12 och 20 år, några upp till 23 eller 25 år. Även om ungdomsmottagningarna vänder sig till både unga kvinnor och män, är en stor majoritet av besökarna, 80–90 procent, unga kvinnor. Andelen unga män varierar och på vissa mottagningar är upp till 30 procent av besökarna unga män. De vanligaste orsakerna till att ungdomar söker en ungdomsmottagning är preventivmedelsrådgivning eller oro för underlivsinfektioner eller underlivsbesvär, men många ungdomar kommer också till mottagningen för samtal vid sociala eller psykiska problem. På mottagningarna arbetar både barnmorskor, sköterskor, kuratorer, psykologer och läkare.¹⁴ På de flesta mottagningar är det inte särskilt vanligt att ungdomar söker specifikt för att de varit utsatta för våld.

Att fråga ungdomar om deras erfarenhet av våld

Flera amerikanska organisationer som till exempel American Medical Association, American Nurses Association och American College of Obstetricians and Gyne-

cologists rekommenderar personal inom hälso- och sjukvård att fråga kvinnor rutinmässigt efter våldutsatthet. American Academy of Pediatrics rekommenderar att barnläkare ställer frågor om våld inom all barnsjukvård, huvudsakligen för våld inom familjen riktat mot modern.¹⁵ Orsaken är att om mamman är utsatt för våld så är barnet också ofta det. Även om barnet inte utsätts för direkt våld själv, påverkas det mycket negativt av att bevittna våldet. Man skriver också att barn som kommer från ett hem med våld ofta upprepar det våldsamma beteendet i egna nära relationer. En nyligen publicerad svensk undersökning har visat att barn och ungdomar som lever med en mamma som utsatts för våld har sämre hälsa och högre sjukvårdskonsumtion.¹⁶ För ungdomar finns inga kända officiella rekommendationer om frågor om våld i anamnesen. Under senare år har dock flera forskare föreslagit att personal inom hälso- och sjukvård bör fråga ungdomar om deras erfarenheter av våld, eftersom det finns övertygande belegg för att ungdomar, och framför allt unga kvinnor, som varit utsatta för våld, har betydligt sämre fysisk, psykisk och sexuell hälsa än de som inte varit utsatta.¹⁷

Socialstyrelsen genomförde 2001 ett metodutvecklingsprojekt som inkluderade 14 olika ungdomsmottagningar i landet, där man undersökte hur personalen ställde sig till att fråga alla kvinnor som sökte på mottagningen om de varit utsatta för våld.¹⁸ Inledningsvis var 21 procent av personalen tveksamma eller negativa till att rutinmässigt ställa frågor om våld, men efter att ha gjort det i ett halvår hade antalet minskat med två tredjedelar. Knappt hälften av personalen upplevde att rutinfrågorna om våld hade medfört ökad tidspress och knappt en fjärdedel önskade mer handledning. Personalens uppfattning var att det stora flertalet av de unga kvinnorna var positiva till att svara på frågor om utsatthet för våld, och flera ungdomar uttryckte också att de tyckte det var bra: "Äntligen någon som frågar", "Det känns helt rätt", "Jättebra". Av de knappt 200 kvinnor som i samband med besöket på mottagningen även svarat på en enkät hur de upplevde att bli tillfrågade om våld och kränkningar var det ingen som uttryckt en negativ inställning. De allra flesta våldshändelser låg en tid tillbaka i tiden.

Viktiga förutsättningar för att kunna genomföra att personalen skulle fråga om våld rutinmässigt var bland annat att de fick tillräcklig information och utbildning om syftet med att fråga om våld samt ett tydligt stöd från ledningen. Vidare behöver personalen få tid att bemöta det frågan väcker hos kvinnorna, samt till handledning och reflektion för att utveckla trygghet i yrkesrollen.

Andra viktiga erfarenheter var att kvinnor inte berättar spontant om sin våldserfarenhet men däremot svarar på direkt fråga och att såväl kvinnor som söker på mottagningen som majoriteten av personalen anser att rutinmässiga frågor om våld bör ingå den ordinarie verksamheten. Även om kunskapen och intresset för ungdomars utsatthet för våld har ökat på de flesta ungdomsmottagningar i landet är det en minoritet av mottagningarna där personalen i dag regelbundet frågar ungdomar om deras erfarenhet av våld.

Det goda exemplet

Det finns flera ungdomsmottagningar som kan tjäna som goda exempel. I Stockholm frågar personalen på flera olika mottagningar ungdomarna regelbundet om våld. På Järva Ungdomsmottagning, som var en av de mottagningar som deltog i Socialstyrelsens utvecklingsprojekt att fråga om våld, startade man redan 1999 att fråga ungdomarna om våld. På mottagningen arbetar tre barnmorskor och tre kuratorer. Alla frågar regelbundet samtliga unga kvinnor och män som kommer på sitt första besök på mottagningen om deras erfarenhet av fysiskt, psykiskt, sexuellt och hedersrelaterat våld. De enda som inte tillfrågas är de som kommer tillsammans med en partner eller förälder. Man använder inga bestämda frågeformulär, utan har diskuterat sig fram till ett förhållningssätt och alternativa sätt att fråga ungdomarna. Personalen berättar att det ständigt pågår erfarenhets- och kunskapsutbyte inom personalgruppen, vilket de uppfattar som mycket stimulerande. Innan man börjar prata om våld informeras ungdomarna alltid om att sekretessen i vissa fall kan brytas, och barnmorskan/kuratorn uttrycker också att "man svarar bara på det man vill". Frågorna om våld introduceras ofta på ungefär följande sätt "Vi vet att det är mycket vanligt att ungdomar utsätts för olika typer av våld och att det kan påverka en mycket. Därför frågar vi alltid om det". De ungdomar som berättar att de varit utsatta för våld erbjuds alltid fortsatt kuratorskontakt. En minoritet, 20–30 procent, av ungdomarna tackar ja, vilket stämmer väl med Socialstyrelsens rapport från sitt utvecklingsprojekt.¹⁹ För att följa upp arbetet registrerar personalen regelbundet hur många ungdomar som svarar jakande på någon fråga om våld.

Personalen uttrycker att det är viktigt med ett tydligt stöd uppifrån, vilket på Järva Ungdomsmottagning bland annat är formulerat i ett samverkansavtal mellan kommun och landsting. Där framgår att riskfaktorer som våld, hot och övergrepp speciellt ska uppmärksammas. Personalgruppen är mycket positiv till att rutinemässigt fråga om våld. De tycker att det berikar arbetet genom att de känner att de gör ett bra jobb, att det stimulerar metod- och yrkesutvecklingen och att mötet med ungdomarna fördjupas. De ser egentligen inga svårigheter, utom möjligen när det kan bli aktuellt med en anmälan till socialtjänsten. De har inte uppfattat att det skulle finnas någon risk för att ungdomar inte skulle komma till mottagningen av rädsla för att få frågor om våld. Både barnmorskor och kuratorer har däremot många gånger upplevt att ungdomarna uppskattar att bli tillfrågade om våld. Personalen säger också att frågorna ofta kan öppna upp för andra svåra frågor.

Sammanfattning

Det finns många starka skäl till att personalen på ungdomsmottagningarna bör ställa frågor till alla unga kvinnor och män om deras erfarenhet av våld. Målet för verksamheten på mottagningarna är att verka för bättre psykisk och fysisk

hälsa och det finns vetenskapligt stöd för att både den fysiska och psykiska hälsan är sämre och sjukvårdskonsumtionen högre hos ungdomar som utsatts för våld. Ungdomar som varit utsatta berättar sällan om sin utsatthet spontant men däremot ofta när de blir tillfrågade. Acceptansen är hög hos ungdomarna som söker på ungdomsmottagningar att bli tillfrågade om våld. Genom att rutinmässigt fråga om erfarenheterna av våld kan mottagningen erbjuda fler ungdomar som utsatts för våld en möjlighet att bearbeta det. Det finns i dag ingen forskning som visar att ungdomar mår bättre av att berätta om eller bearbeta det våld de varit med om, även om det sannolikt är så. Inte heller är det visat att risken för upprepning av våldet minskar. Men eftersom våldet påverkar ungdomarnas hälsa är det rimligt att personalen tar upp det i anamnesen, precis som med andra faktorer som kan påverka hälsan.

Personalen kan också genom att fråga om utsatthet för våld visa ungdomar att våld inte är acceptabelt och att ungdomsmottagningen kan vara en plats där det går att prata om våld. Det finns goda förutsättningar och en stor acceptans hos personalen att fråga om våld, framför allt när personalen arbetat regelbundet med det under en period.

Avslutande reflektion

Min personliga ingång till att forska kring ungdomars utsatthet för våld var mitt intresse för samlagssmärta. Vid ett tillfälle hörde jag en amerikansk forskare berätta om en stor studie han hade gjort, där han fann ett mycket starkt samband mellan utsatthet för våld i barndomen och samlagssmärta.²⁰ När jag gick igenom litteraturen fann jag att det fanns beskrivet starka samband mellan flera andra olika smärtillstånd och tidigare utsatthet för våld.²¹ Under senare år när jag själv forskat kring ungdomars utsatthet för våld, har jag ofta avslutat artiklar eller föredrag med att betona vikten av att fråga alla ungdomar som söker på våra mottagningar om deras utsatthet för våld. Ändå har jag inte gjort det regelbundet. Under skrivandet av det här arbetet, och framför allt efter att ha träffat personal från ungdomsmottagningar där man regelbundet frågar om utsatthet för våld, har jag genom att ta del av deras kunskap och erfarenhet blivit helt övertygad om att frågor om våld kan och bör ställas till alla ungdomar som kommer på sitt första besök till mottagningen.

- ¹ Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- ² Statistiska centralbyrån (2007). *Undersökningar om levnadsförhållanden (ULF)*.
- ³ Brottsförebyggande rådet (2008) *Nationella trygghetsundersökningen 2007. Om utsatthet, trygghet och förtroende*. Rapport 2008:3
- ⁴ Danielsson I, Blom H, Nilsen C, Heimer G and Högborg U (2009). Gendered patterns of high violence exposure among Swedish youth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 88:5; s. 528–35.
- Danielsson I, Blom H, Nilsen C, Högborg U, Heimer G (2010). Tydliga könsskillnader i ungdomars utsatthet för våld. Också stora skillnader mellan olika studier. *Läkartidningen* 18;107, s. 1230–34.
- ⁵ Schlytter A, Högdin S, Ghadimi M, Backlund Å and Rexvid D (2009). *Oskuld och heder. En undersökning av pojkar och flickor som lever under hedersrelaterad kontroll i Stockholm stad – omfattning och karaktär*. Stockholm: Stockholm Stad.
- ⁶ Campbell J C (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 359, s. 1331–6.
- WHO (2005) *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*.
Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport 2009*.
- ⁷ Ackard DM, Eisenberg M and Neumark-Sztainer D (2007). Long-term impact of adolescent dating violence on the behavioral and psychological health of male and female youth. *J Pediatr*. 151:5, s. 476–81.
- Olshen E, McVeigh K H, Wunsch-Hitzig R A and Rickert V I (2007). Dating violence, sexual assault, and suicide attempts among urban teenagers. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 161:6, s. 539–45.
- ⁸ Silverman J G, Raj A and Clements K (2004). Dating violence and associated sexual risk and pregnancy among adolescent girls in the United States. *Pediatrics*. 114:2, s. 220–5.
- Roberts T A, Auinger P and Klein J D (2005). Intimate partner abuse and the reproductive health of sexually active female adolescents. *J Adolesc Health*, 36:5, s. 380–5.
- ⁹ Sundaram V, Helweg-Larsen K, Laursen B and Bjerregaard P (2004). Physical violence, self rated health, and morbidity: is gender significant for victimisation? *J Epidemiol Community Health*. 58:1, s. 65–70.
- Danielsson I, Olofsson N and Gådin K G (2005). Våldets följder – en fråga om folkhälsa. Starkt samband mellan våld/hot och ohälsa hos både kvinnor och män. *Läkartidningen*. 102: 12–13, s. 938–40, 42.
- Olofsson N, Lindqvist K, Gådin K G and Danielsson I (2009) Violence against young men and women – A vital health issue. *The Open Public Health Journal* 2, s. 1–6.
- ¹⁰ Danielsson I, Olofsson N and Gådin K G (2005). Våldets följder – en fråga om folkhälsa. Starkt samband mellan våld/hot och ohälsa hos både kvinnor och män. *Läkartidningen*. 102: 12–13, s. 938–40, 42.
- Olofsson N, Lindqvist K, Gådin K G and Danielsson I (2009) Violence against young men and women – A vital health issue. *The Open Public Health Journal* 2, s. 1–6.
- ¹¹ Ashley O S and Foshee V A (2005). Adolescent help-seeking for dating violence: prevalence, sociodemographic correlates, and sources of help. *J Adolesc Health*. 36:1, s. 25–31.
- Priebe G and Svedin C G (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse Negl*. 32:12, s.1095–108.
- ¹² Wiksten-Almströmer M (2006). Ungdomsmottagningar – nätverk med helhetssyn på ungdomars problem. *Läkartidningen*. 103, s. 289–93.
- ¹³ Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) (2002). *Policyprogram för Sveriges Ungdomsmottagningar*.
- ¹⁴ Wiksten-Almströmer M (2006). Ungdomsmottagningar – nätverk med helhetssyn på ungdomars problem. *Läkartidningen*, 103, s. 289–93.
- ¹⁵ American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (1998). The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics*. 101: 6, s.1091–2.
- ¹⁶ Olofsson N, Lindqvist K, Gådin KG, Bråbäck L and Danielsson I (2010). Physical and psychological symptoms and learning difficulties in children of women exposed and non-exposed to violence: a population-based study. *Int J Public Health*, 2010 [Epub ahead of print].
- ¹⁷ Olshen E, McVeigh K H, Wunsch-Hitzig R A and Rickert V I (2007). Dating violence, sexual assault, and suicide attempts among urban teenagers. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 161:6, s. 539–45.
- Danielsson I, Olofsson N and Gådin K G (2005). Våldets följder – en fråga om folkhälsa. Starkt samband mellan våld/hot och ohälsa hos både kvinnor och män. *Läkartidningen*. 102: 12–13, s. 938–40, 42.
- Olofsson N, Lindqvist K, Gådin K G and Danielsson I (2009) Violence against young men and women – A vital health issue. *The Open Public Health Journal* 2, s. 1–6.
- ¹⁸ Socialstyrelsen (2001). *"Tack för att ni frågar" – Screening om våld mot kvinnor*.
- ¹⁹ Ibid.
- ²⁰ Harlow B L and Stewart E G (2005). Adult-onset vulvodynia in relation to childhood violence victimization, *Am J Epidemiol*. 161:9, s. 871–80.
- ²¹ Hamberg K, Johansson E and Lindgren G (1999). "I was always on guard" –an exploration of woman abuse in a group of women with musculoskeletal pain, *Fam Pract*. 16, s. 238–44.

16. Våld i nära relationer bland äldre

Britt-Inger Saveman

Varför ska man ta upp våld i nära relationer bland äldre som ett särskilt kapitel?

Det finns egentligen inget som säger att fenomenet våld mot äldre skiljer sig från våld mot barn och unga vuxna, men en faktor som gjort att våld mot äldre behandlas separat är att det inte uppmärksammats tillräckligt. Under senare delen av 1900-talet uppmärksammades våld mot barn och kvinnor medan det i litteraturen fanns mycket litet som belyste de äldres utsatthet. I slutet av 1980-talet började forskningsstudier publiceras om våld mot äldre och media och allmänhet började fråga sig: Finns det verkligen folk som misshandlar äldre? Där startade forskningen i Sverige om våld och äldre.¹

Från ungefär 1985 och fram till dags dato har vi fått ifrågasätta våra föreställningar om hur det är att åldras vilket borde vara förenat med glädje, harmoni och att bli bemött med respekt. Fortfarande har många professionella inom vård och omsorg svårt att förstå och erkänna att äldre utsätts för våld, inte enbart på gatan av främlingar, utan även i nära relationer i hemmet eller i det särskilda boendet. Ibland verkar det som om det till och med förekommer att man skyller på offret eller att våldet är sanktionerat i samhället.² Men varför skulle våld i nära relationer ta slut för att parterna fyller 65 år? Och varför skulle inte missbrukande och kriminella vuxna barn kunna hota, misshandla och stjäla från sina föräldrar? Även när en make/maka vårdar en partner med demenssjukdom uppstår många situationer som är svåra att hantera och som ibland leder till våld.

Vad är våld mot äldre?

En mer och mer accepterad definition är den så kallade Toronto-deklarationen som både Världshälsoorganisationen (WHO) och International Network on Prevention of Elder Abuse (INPEA) enats om: "Våld mot äldre är en enstaka eller upprepade handling, eller frånvaro av önskvärd/lämplig handling, som utförs inom ett förhållande där det finns en förväntan på förtroende och som försäkrar skada

eller smärta hos en äldre person”.³ Denna handling kan vara fysisk, psykologisk/känslomässig, finansiell eller helt enkelt återspegla avsiktlig eller oavsiktlig försummelse.⁴

Socialstyrelsen har ingen vedertagen definition på sin webbplats om våld och äldre.⁵ I anslutning till sina rekommendationer om vilka allvarliga missförhållanden som ska anmälas enligt 24 a § LSS (Lex Sarah) uppger man emellertid att det som avses är ”såväl aktiva handlingar som försummelser som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för enskildas liv, personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa”.⁶

Lagstiftning

Det har under många år diskuterats om Sverige ska anta en lag om anmälningsplikt vid misstanke om att äldre och funktionshindrade utsätts för våld, fungerande på samma sätt som när det gäller anmälningsplikt angående barn som far illa. En sådan lagstiftning måste följas av ett åtgärdsprogram för att hantera de anmälningar som kommer in. Ett liknande system fungerar i de flesta stater i USA och där finns ett *Adult Protective Service* som tar sig an anmälda fall. En liknande verksamhet (*Vern for eldre*) men utan lagstiftning finns sedan cirka tio år på några orter i Norge. I Sverige finns Lex Sarah, en lag om anmälningsplikt för personal inom socialtjänsten, för att skydda äldre från allvarliga missförhållanden inom socialtjänstens vård- och serviceorganisation. Det innebär att våld som sker i nära relationer i de äldres eget hem, där kanske varken offer eller förövare har vård- eller omsorgsbehov, inte innefattas av lagen.

Den som anmäler missförhållanden inom äldreården gör det till närmsta chef inom socialtjänsten. Denne kan välja att göra något åt det ”på plats”, till exempel genomföra en etisk diskussion på den arbetsplats där det hände, och sedan anse problemet åtgärdat. Ingen anmälan går då till länsstyrelsen som sammanställer de rapporterade fallen till nationell statistik, vilket leder till en underrapportering. En annan orsak till underrapportering är att anmälaren inte får vara anonym och därigenom inte alltid vill anmäla en arbetskamrat. Allt detta bidrar till att Lex Sarah enligt min mening är en tämligen uddlös lag.

Problem med begrepp och definitioner

Det har under många år pågått en diskussion i litteraturen och bland personal om de begrepp som omgärdar våld och äldre: misshandel, kränkningar, vanvård, försummelse, övergrepp, missförhållanden och inadekvat vård. Begreppen kan användas och tolkas på olika sätt i olika kontexter, inom sjukvård, socialtjänst, polis eller av de drabbade själva.⁷ Vissa av begreppen verkar vara för övergripande i förhållande till vad som sker och många verkar tveka inför att använda begrep-

pet våld. I en studie från Norge ville vårdpersonalen på ett sjukhem inte tala om "våld" mot äldre patienter, utan tyckte att begreppet "inadekvat vård" stämde bättre med de handlingar som benämndes våld i enkäten de skulle besvara. Deltagarnas eget språkbruk bedömdes som relevant att använda i studien.⁸ Ett annat exempel på "fel" begrepp är när en äldre dam på frågan om hennes son misshandlat henne svarade: "Nej, han har inte misshandlat mig, han har bara slagit mig". Hur vi betecknar/beskriver våld i nära relationer bland äldre har betydelse för hur vi kommer att upptäcka, identifiera, hantera och åtgärda det våld vi möter som professionella inom olika yrkesgrupper. När frågan om utsatthet ska ställas kan det vara bra att ha funderat över vilket språkbruk som gäller för just det mötet med den personen eller familjen.

Sandvide⁹ har i sin avhandling fokuserat på relationen mellan våld som förekommer i äldreboenden och det språk som används när våldet och involverade parter diskuteras och beskrivs. Språket har betydelse för konstruktionen av en social verklighet, såsom en våldssituation. Vi *gör* något genom språket, vi rättfärdigar, legaliserar, argumenterar och så vidare för en viss ståndpunkt – våld som en social verklighet eller en överklighet. Genom det språkbruk vi använder utifrån en viss diskurs (till exempel den medicinska) kan den sociala verkligheten begränsas eller utvidgas. Språket ger även makt, som kan brukas eller missbrukas, men som spelar stor roll för hur våld mot äldre uppfattas. Det finns en relation mellan våld och det språk som används när man talar och berättar om våldet och de involverade parterna. Sandvide skriver att vi behöver fundera och reflektera över hur vi talar och tänker om fenomen som våld eller om de människor vi möter, som kan vara utsatta eller som utsätter andra för våld.

Den kontext där våldet begås kan utgöra en del i hur vi definierar våldet. I hemmet är det framför allt våld inom familjen liknande fysiskt våld mot barn och kvinnor vi tänker på, men hit räknas även om en närstående vårdar en sjuk och utövar våld (avsiktligt eller oavsiktligt) eller när närståendevårdaren blir utsatt av den som vårdas (avsiktligt eller oavsiktligt). Från massmedia vet vi att främlingar kan komma in i hemmet och utöva våld men forskning kring just detta fenomen är sällsynt. När våld sker inom institutioner är det framför allt kvinnliga vårdare som begår vanvård, försummelse, fysiskt och psykiskt våld¹⁰ men även i denna kontext förekommer att närstående/familjemedlemmar är förövare.¹¹ Gatuvåld mot äldre som oftast utförs av en främling sker inte så ofta, men de skador som detta våld orsakar kan icke desto mindre få oerhörda konsekvenser för en svag äldre person.

Typ av våld och prevalens

De typer av våld mot äldre som finns beskrivna i nästan all forskning är fysiskt, psykiskt och ekonomiskt våld samt vanvård och försummelse.¹² I en systematisk

litteraturstudie¹³ om prevalens av våld mot äldre framkommer att sex procent av äldre personer i en generell population rapporterade att de blivit utsatta den senaste månaden och även sex procent av par rapporterade att fysiskt våld förekommit i deras relation det senaste året. Nästan var femte angavs kunna vara utsatt för ekonomiskt våld. Bland sårbara äldre, till exempel de med en demenssjukdom, rapporteras att mellan 15 och 50 procent av närstående vårdare som tillfrågats har angett att de utövat någon form av våld mot den sjuke.¹⁴ I Sverige har en omfångsundersökning¹⁵ visat att 16 procent av äldre i ett avgränsat geografiskt område medgett att de utsatts för våld sedan de fyllt 65 år. Däremot är sexuella övergrepp beskrivet i mycket liten omfattning i litteraturen, men i den svenska omfångsundersökningen¹⁶ uppgav fem procent av kvinnorna att de blivit sexuellt trakasserade och tre promille att de utsatts för sexuellt våld. De sexuella övergreppen beskrivs ske mot kvinnor med nedsatt förmåga till att fungera självständigt,¹⁷ eller på sjukhemspatienter.¹⁸

Någon säker skillnad i prevalens mellan utsatta kvinnor och män framkommer inte. Denna oklarhet kan bero på att kvinnor ofta utgör en majoritet i studerade åldersgrupper och att beräkningar av proportioner saknas i vissa studier. Däremot framkommer att ökad ålder (80+) ökar risken två till tre gånger för att bli utsatt för våld av något slag.¹⁹ Från samma undersökning framkommer att det till största delen var en familjemedlem som var förövaren, cirka hälften var barn eller var femte en make/maka. Dessutom var det mestadels en man som var förövaren, men det behöver inte betyda att det enbart är våld i partnerrelationer utan det kan även vara våld mellan syskon, eller att barn, barnbarn, vårdare (närstående eller formell) eller en vän är förövare.

Ser våldet från kvinnor och män olika ut?

Från omfångsundersökningen i Umeå²⁰ framkommer att manliga förövare utövar grövre fysiskt våld än kvinnliga förövare, men att även kvinnor utövar mildare former av fysiskt våld, såväl i det egna hemmet som i äldreboenden. Det sexuella våld som angivits hade alla manliga förövare och när det gäller ekonomiskt våld var tre av fyra förövare män. Det finns en föreställning om att kvinnor i större utsträckning utövar psykiskt våld, till exempel i form av hot och trakasserier. I ovanstående undersökning framkommer dock att detta är mera lika mellan könen, minst sex procent av kvinnorna och åtta procent av männen hade utsatts för någon form av hot eller trakasserier från en nuvarande eller tidigare partner, från barn eller styvbarn eller från annan person. Kvinnor är mer utsatta för upprepade hot och trakasserier medan män är mer utsatta för enstaka trakasserier.

När det gäller våld i vården visar Umeå-undersökningen att manlig personal står för drygt tre femtedelar av den försummelse som angivits av de äldre. Denna proportion överstiger i betydande grad andelen män som arbetar inom vård- och äldreomsorg.

Var i hälso- och sjukvården finns de äldre vi ska uppmärksamma?

I en litteraturstudie²¹ konkluderas att en av fyra sårbara äldre är i riskzonen för att utsättas för våld, men endast en liten del av dessa upptäcks. De äldre personer som är utsatta återfinns inom alla instanser inom hälso- och sjukvården, på geriatriska, ortopediska och gynekologiska mottagningar och avdelningar, på vårdcentraler och på akutmottagningar och inte minst inom den kommunala äldrevården. Det förekommer en brist på kunskap och uppmärksamhet bland professionella, till exempel bland distriktsläkare.²² Hur många utsatta äldre som besöker akutmottagningarna i Sverige vet vi mycket lite om. En första genomgång av utsatta och fysiskt skadade äldre personer som hämtats ur ett skadedataregister omfattande alla skadade inom ett geografiskt välavgränsat område (cirka 12 000 skadade/år) har gjorts vid Norrlands universitetssjukhus. Det visar att det från år 1993 till och med år 2009 rapporterades endast 61 fall av våldsutsatta äldre (65+), 34 män och 27 kvinnor. Av dessa hade 31 situationer uppstått i hemmiljö, resten kan vara exempel på gatuvåld.²³ Det är min övertygelse att detta är toppen av ett isberg. Inom alla verksamheter där de äldre finns bör man uppmärksamma möjligheten att äldre är utsatta för våld på ett bättre sätt än vad som gjorts hittills.

Riskfaktorer – vad ska vi titta efter?

En forskargrupp undersökte riskindikatorer för att äldre kan komma att bli utsatta för våld, genom en litteraturgenomgång och expertutlåtanden med så kallad Delphi-teknik. Det är en metodik som tar hänsyn till vad experter kommer fram till genom att de vid upprepade tillfällen får värdera ett stort antal riskindikatorer, får ta del av vad andra experter tycker och därigenom kan komma till konsensus om vilka faktorer som är mest betydelsefulla. I studien redovisas bland annat att det finns generella och specifika indikatorer för fysiskt eller psykiskt våld samt indikatorer som kan återfinnas hos den som är utsatt eller hos förövaren. Exempel på riskindikatorer hos den äldre är stort vårdbehov, fysiskt beroende, problematiska beteendeförändringar, kognitiv funktionsnedsättning (nedsatt korttidsminne) och mentala symtom (förvirring, depression).²⁴

Vidare vet man att om en familjemedlem lider av psykisk ohälsa och/eller alkoholism och kanske är beroende av den äldre ökar risken för att denne utsätter någon i familjen för våld. Detta gäller även anhängigvårdare med psykisk ohälsa, aggressivt och fientligt beteende, samt inte minst dem som upplever börda och utmattning. Risken ökar dessutom om det inte finns tillräcklig hjälp att tillgå och om man lever i en relation som är fylld med konflikter. Med ett svagt socialt nätverk och social isolering ökar risken än mer. I artikeln²⁵ presenteras även rutinfrågor som är användbara när man möter personer/familjer där man misstänker våld.

Det har visat sig att såväl de äldre själva som deras familjemedlemmar och professionella vårdare är beredda att rapportera om våldet om de får möjlighet.²⁶ Det är därför viktigt att rutinmässigt fråga alla äldre om våld förekommer. Testade bedömningsinstrument eller enbart några få rutinfrågor borde utvecklas och användas kliniskt. Det finns ett bedömningsinstrument som är utvecklat i Sverige utifrån tidigare forskningsresultat,²⁷ men ännu inte översatt och testat, vilket mycket väl skulle kunna användas.²⁸

Tecken på att det förekommer våld, försummelse eller vanvård kan bestå av blåmärken av olika ålder på delar av kroppen där man kanske inte normalt får blåmärken. Det kan även visa sig som uttorkning, sår, liggsår, skalpskador, brännmärken efter cigaretter, skador på genitalia och frakturer. Andra tecken förutom synliga skador kan utgöras av depression, tillbakadragenhet, extrem rädsla för den som följer med vid besöket eller att personen inte ges möjlighet att prata och svara på frågor själv. Det viktigaste är att ge sig tid att lyssna till berättelser och försöka bilda sig en helhetsuppfattning om denna komplexa situation. Vem som gör denna undersökning och uppföljning av situationen kan variera, men läkare och sjuksköterskor borde vara väl lämpade till detta.

Sammanfattning

Vi vet att äldre utsätts för våld i nära relationer inom familjen eller i vården. Det är vanligast att närstående är förövare och våldet kan ta sig många olika uttryck, fysiskt och psykiskt våld, försummelse och/eller vanvård. Om professionella ser de tecken och signaler som finns beror på om de har kunskap om fenomenet och om de tar sig tid att ställa frågor och göra en grundlig kroppsundersökning. Komplexa våldssituationer inom familjen kan ha pågått under lång tid. Professionella vårdgivare måste bli mer medvetna om detta och inte undvika att ta upp problemet även om patienten redan haft en långvarig kontakt med vården eller omsorgen. Det är inte acceptabelt att vårdgivaren väljer att inte engagera sig utan lämnar över problemet till någon annan instans att hantera.²⁹ Teamarbete där professionella från hälso- och sjukvård, socialtjänst och polis hjälps åt är nödvändigt för att hantera dessa komplexa situationer.

- ¹ Saveman B-I. (1994). *Formal carers in health care and the social services witnessing abuse of the elderly in their homes*. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet.
- ² Erlingsson C, Carlson S & Saveman B-I. (2006). Perceptions of elder abuse: Voices of professionals and volunteers in Sweden – An exploratory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 20, s. 151–159.
- ³ WHO/INPEA (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva, World Health Organization, s. 3.
- ⁴ Ibid.
- ⁵ <http://www.socialstyrelsen.se/valdochovergrepp/valdmotaldre> (2010-04-24).
- ⁶ Socialstyrelsen (2008). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tillämpningen av 24 a § LSS; (SOSFS 2008:11)*.
- ⁷ Erlingsson C (2007). *Elder abuse explored through a prism of perceptions; perspectives of potential witnesses*. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet.
- ⁸ Malmedal W, Ingebrigtsen O & Saveman B-I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23, s. 231–242.
- ⁹ Sandvide Å. (2008). *Våld i särskilda boenden för äldre – språk och sociala interaktioner*. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå Universitet.
- ¹⁰ Malmedal W, Ingebrigtsen O & Saveman B-I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 23, s. 231–242.
- Joshi, S. and J. H. Flaherty (2005). Elder abuse and neglect in long-term care. *Clinics in Geriatric Medicine*. 21(2): s. 333–354.
- ¹¹ Saveman B-I, Åström S, Bucht G & Norberg A. (1999). Elder abuse in residential settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10(1/2), s. 43–60.
- ¹² National Research Council (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in aging America. Panel to review risk and prevalence of elder abuse and neglect*. Washington, DC, National Academic Press.
- ¹³ Cooper C, Selwood A & Livingston G (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age and Ageing* 37, s. 151–160.
- ¹⁴ Lee M & Kolomer SR. (2005). Caregiver burden, dementia, and elder abuse in South Korea. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 17(1): s. 61–74.
- Cooney C, Howard R et al. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 21(6): s. 564–571.
- ¹⁵ Eriksson H. (2001). *Ofrid? Våld mot äldre kvinnor och män – en omfångsundersökning i Umeå kommun*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- ¹⁶ Ibid.
- ¹⁷ Joshi S & Flaherty JH. (2005). Elder abuse and neglect in long-term care. *Clinics in Geriatric Medicine*. 21(2): s. 333–354.
- ¹⁸ Burgess AW & Dowdell EB et al. (2000). Sexual abuse of nursing home residents. *Journal of Psychosocial Nursing* 38(6): s. 10–18.
- ¹⁹ National Research Council (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in aging America. Panel to review risk and prevalence of elder abuse and neglect*. Washington, DC, National Academic Press.
- ²⁰ Eriksson H (2001). *Ofrid? Våld mot äldre kvinnor och män – en omfångsundersökning i Umeå kommun*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- ²¹ Cooper C, Selwood A & Livingston G (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age and Ageing* 37, s. 151–160.
- ²² Saveman B-I & Sandvide Å (2001). Swedish general practitioners' awareness of elderly patients at risk of or actually suffering from elder abuse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 15, s. 244–249.
- Saveman B-I. (2005). Våld mot äldre – ett fortsatt dolt problem. *Incitament*. 14(1), s. 80–82.
- ²³ Personlig kommunikation.
- ²⁴ Erlingsson C, Carlson S & Saveman B-I (2003). Elder abuse risk indicators and screening questions: results from a literature search and a panel of experts from developed and developing countries. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 15 (3/4), s. 185–203.
- ²⁵ Ibid.
- ²⁶ Cooper C, Selwood A & Livingston G (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age and Ageing* 37, s. 151–160.
- ²⁷ Erlingsson C, Carlson S & Saveman B-I (2003). Elder abuse risk indicators and screening questions: results from a literature search and a panel of experts from developed and developing countries. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 15 (3/4), s. 185–203.
- ²⁸ Erlingsson C & Saveman B-I (2003). *Kalmar Elder Abuse Assessment Form*. Opublicerad frågeguide.
- ²⁹ Saveman B-I & Hallberg IR (1997). Interventions in hypothetical elder abuse situations suggested by Swedish formal carers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 8(4), s. 1–19.

17. Hälso- och sjukvårdens bemötande av hbtq-personer som varit utsatta för våld i en nära relation

Emilia Åkesson

En förutsättning för att ge ett likvärdigt och adekvat bemötande gentemot alla vårdtagare inom hälso- och sjukvården är kunskap om människors olika livssituationer och livsvillkor. Hittills är kunskapen om våld i nära relationer där hbtq-personer (homosexuella, bisexuella, transpersoner och queer) ingår ofta bristfällig, vilket kan bli ett hinder för ett bra bemötande. Därför krävs utbildning och utökad kompetens inom området. Föreställningen om att våld i nära relationer endast förekommer i heterosexuella parrelationer är utbredd och bidrar till att våld i nära relationer där hbtq-personer ingår ofta osynliggörs. En del av terminologin inom detta fält förklaras i slutet av texten med en begreppslista.

Forskningsområdet våld i nära relationer där hbtq-personer ingår är relativt nytt och i Sverige har det hittills endast genomförts en större omfångsundersökning för att kartlägga förekomsten. Denna undersökning publicerades 2005 och visade att en fjärdedel av hbtq-personerna i Sverige har varit utsatta för någon form av psykologiskt, sexuellt eller fysiskt våld i en pågående eller före detta parrelation. Endast sex procent av dessa gjorde en polisanmälan.¹ Undersökningen är baserad på ett selektivt urval och omfattar cirka 2 000 respondenter. Knappt hälften av dem som uppgett att de varit utsatta har sökt någon form av stöd, enligt en mindre uppföljningsstudie. Av dem som sökt stöd har en majoritet vänt sig till vänner eller ursprungsfamilj.² Ungdomsstyrelsen publicerade 2010 en fördjupad analys av unga hbt-personers hälsosituation, som bygger på resultat från de nationella folkhälsoenkäterna från 2005 och 2008 och Statens folkhälso-

instituts webbenkät som riktade sig till hbt-personer. Denna analys visar att en av fem hbt-personer i åldern 16–25 år har blivit utsatta för fysiskt våld av en partner, förälder eller en annan anhörig vuxen. Bland unga heterosexuella är de utsatta hälften så många.³ RFSL ungdom har genomfört en webbundersökning genom internet-communityt Quiser som visar att av hbt-personer i åldern 15–25 år, har 57 procent blivit utsatta för sexuella övergrepp. En tredjedel av dessa uppger att de inte har haft någon att prata med om det som de varit utsatta för. Endast tio procent av dem som varit utsatta uppger att de har anmält det som hänt till polisen. De hbt-personer som är mest utsatta för sexuella övergrepp och våld är personer med osäker transidentitet och yngre transpersoner.⁴

Diskriminering, kränkningar, missförstånd och osynliggörande i mötet med vården bland hbtq-personer beror oftast på en förväntad heterosexualitet hos vårdtagaren. En förutsättning för ett bra bemötande inom vården gentemot hbtq-personer kräver att vårdpersonalen har en icke-heteronormativ utgångspunkt gentemot alla vårdtagare.⁵ Ett inadekvat bemötande kan leda till att patienten väljer att inte söka sig till vården, vilket kan få livshotande konsekvenser.⁶ Arbetsgivare har ett ansvar att arbeta förebyggande mot diskriminering, enligt diskrimineringslagen.⁷

Begreppet heteronormativitet innefattar de handlingar och relationer, men också institutioner och strukturer, som upprätthåller föreställningen om heterosexualiteten som naturligt och universell.⁸ Heteronormativiteten upprätthåller också motsattpar som homosexualitet – heterosexualitet och kvinnligt – manligt och driver oss till att tänka i formen av dessa motsatser. Ett heteronormativt perspektiv osynliggör alternativa förhållanden, som exempelvis samkönade parrelationer. Begreppet heteronormativitet synliggör också den privilegierade position och den makt som följer med att tillhöra normen.⁹

Heteronormativitet i vården bidrar till att lesbiska och bögar inte vågar berätta om sin läggning eller sina sexuella preferenser i mötet med vårdpersonal. Många känner också en oro och ängslan i mötet med personalen på grund av de heteronormativa budskap som kommuniceras inom hälso- och sjukvården.¹⁰ Av dem som sökt stöd, påpekar många att hbtq-kompetens hos personalen är grundläggande för ett bra bemötande.¹¹ Kunskap och utbildning behövs för att omhändertagandet och bemötandet av hbtq-personer som varit utsatta för våld i en nära relation ska förbättras. Inkluderande bemötande är en demokratisk rättighet och handlar om alla människors lika värde.¹²

Faktorer som kan öka utsattheten bland hbtq-personer

De mekanismer och processer som kännetecknar mäns våld mot kvinnor i heterosexuella parrelationer återfinns även när det gäller våld i samkönade parrelationer och relationer där hbtq-personer ingår. Våldet som en konsekvens av makt och

kontroll finns även här, liksom förekomsten av fysiskt våld, ekonomisk kontroll, psykiskt våld, psykologisk kontroll, psykologisk isolering, hot och sexuellt våld. På samma sätt känner den som varit utsatt ofta skuld och skam över sin utsatthet. Våldet tenderar också att öka i omfattning och intensitet med tiden. Något som kan skilja sig åt är dock att det i marginaliserade grupper finns hotmekanismer och former av utsatthet som är mer utbredda.¹³

Hbtq-personer är en heterogen grupp, och beroende på föreställningar om och konsekvenser av kategoriseringar som kön, funktionalitet, klass, ålder, ras/ etnicitet ser utsattheten för våld olika ut. Genom det analysverktyg som kallas intersektionalitet kan vi undersöka hur olika maktordningar påverkar och skapar olika positioner i samhället.¹⁴ Det finns dock vissa påverkansfaktorer som kan vara specifika för hbtq-personer och som är viktiga att känna till vid bemötande. Minoritetsstress är ett begrepp som har använts för att förklara den psykosociala påfrestning som det kan innebära att inte tillhöra majoritetssamhället.¹⁵ Minoritetsstress kan innebära exempelvis diskriminering, homofobi/hbtq-fientlighet eller hatbrott, eller rädsla och oro för att utsättas för dessa. Brott med homofobiska motiv kallas hatbrott och kan innefatta exempelvis misshandel, hot eller kränkningar.¹⁶ Enligt statens folkhälsoinstituts undersökning som baseras på cirka 650 svar ur en nationell folkhälsoenkät, och cirka 3 400 svar ur en webbaserad enkät riktad till hbt-personer, har femtio procent av homosexuella och trettio procent av bisexuella i Sverige någon gång i livet blivit utsatta för trakasserier eller våld på grund av sexuell läggning. Trettiofem procent av transpersoner i Sverige har blivit utsatta för våld eller trakasserier på grund av sitt könsuttryck eller sin könsidentitet. Trakasserier och våld kan innebära muntliga eller skriftliga hot eller trakasserier, sexuella trakasserier, hot om våld, fysiskt våld, sexuellt våld, skadegörelse, eller att man har blivit bestulen.¹⁷ Minoritetsstress kan också uttrycka sig i form av internaliserad homofobi vilket innebär att man införlivar majoritetssamhällets negativa inställningar i sin egen självbild.¹⁸ Sammantaget är lesbiska och homosexuella män överlag mer utsatta för våld än heterosexuella, och våldsutsattheten i det offentliga rummet och det privata hänger ihop i och med den homofobi och heteronormativitet som genomsyrar hela samhället.¹⁹

Minoritetsstress i kombination med att hbtq-personers sociala nätverk i många fall innefattar andra hbtq-personer kan öka isoleringen i en nära relation. Den som varit utsatt kan känna ett hinder i att vända sig till en organisation som arbetar med hbtq-frågor, då det finns risk för att gemensamma vänner, partners vänner eller före detta partner arbetar där.²⁰ Ytterligare en aspekt kan vara att det finns ett motstånd att prata om eller berätta om våldsutsatthet, då hbtq-personer redan tillhör en stigmatiserad grupp, och man vill inte förstärka detta.²¹

Den förväntade heterosexualiteten kräver den process som kallas komma-ut-processen, där den som avviker från heteronormen måste berätta eller visa att personen inte lever upp till förväntningarna. Att komma ut är inget som händer

vid endast ett tillfälle, utan det är något som många gör genom hela livet, i nya situationer och sammanhang.²² Isoleringen i relationen kan öka om en eller båda parterna inte har berättat för sina anhöriga eller bekanta om relationen, eller om anhöriga och bekanta inte accepterar relationen. Våldsutövaren kan använda denna isolering för att kontrollera sin partner, eller hota om eller genomföra "outing" (berätta om en persons sexuella preferenser, läggning, hiv-status eller könsidentitet mot personens vilja), det finns dock en osäkerhet kring hur vanligt förekommande detta är i Sverige.²³

För många äldre hbtq-personer kan isoleringen i en relation vara förstärkt. Om man under sin livstid har varit med om att ens sexuella preferenser eller kärleksrelationer varit kriminella eller tabu, kan det också vara särskilt svårt att sätta ord på sina relationer eller upplevelser. Fram till 1944 var det i Sverige förbjudet med sexuella handlingar mellan vuxna människor av samma kön och först 1979 klassades homosexualitet inte längre som en sjukdom av Socialstyrelsen. Detta har lett till att äldre hbtq-personer kan använda sig av implicita begrepp som "min väninna" för att beskriva sin sambo eller partner eller "sån", för att beskriva en hbtq-person.²⁴

För många hbtq-personer som har varit utsatta för sexuellt våld och/eller våld i en nära relation, finns det svårigheter med att sätta ord på utsattheten. Till exempel saknar män som blivit utsatta för sexuellt våld av andra män ofta begrepp för att beskriva händelsen, vilket gör det svårt att definiera det man varit med om som exempelvis våldtäkt.²⁵

Föreställningen om den våldsutsatta som en vit heterosexuell passiv kvinna kan exkludera hbtq-personer men även heterosexuella kvinnor som inte identifierar sig inom denna kategori.²⁶ Det finns också föreställningar om att våld mellan två män handlar om en match mellan två jämnstarka parter, där båda slår varandra. När det handlar om sexuellt våld, finns det en uppfattning om mäns sexuella aktivitet, som inte innefattar utsatthet för våldtäkt. Det finns också föreställningar om att män ska vara kapabla att försvara sig vid ett övergrepp. När det gäller kvinnor som utsätter andra kvinnor för våld kan detta uppfattas som att det inte är lika allvarligt, som när män utövar våld mot kvinnor, och att kvinnor inte är kapabla att utöva sexuellt våld mot andra kvinnor.²⁷ Dessa föreställningar bidrar till osynliggörande av hbtq-personer som är utsatta för våld i nära relationer.

Bemötande

Det är alltid den professionella aktörens ansvar att ha kompetens och skaffa sig den kunskap och utbildning som behövs för att kunna ge ett adekvat bemötande.²⁸ Att ha otillräcklig kunskap är inte detsamma som att ha en negativ attityd i botten.²⁹ Med utbildning och rätt kompetens kan man undvika diskriminering och missuppfattningar. Om du i mötet med en person som identifierar sig som

hbtq-person känner att du har en bristande kompetens – berätta detta för den du möter och säg att du ska ta reda på det som krävs för att patienten ska få ett bra bemötande och omhändertagande. Det är inte patientens uppgift att utbilda hälso- och sjukvårdens personal.³⁰ Det är arbetsgivarens ansvar att hälso- och sjukvårdens personal har rätt kompetens och utbildning för att kunna ge ett adekvat bemötande.

Något som är viktigt att reflektera över är att en individ alltid själv definierar sin könsidentitet eller sexuella läggning. Även om någon annan skulle tycka att en person har ett könsöverskridande beteende, betyder inte det att den personen själv identifierar sig som transperson eller queer. Identifikation kan vara något som ändrar sig över tid och plats. Det kan innebära exempelvis att man under en tidsperiod i livet identifierar sig som heterosexuell och senare som homosexuell. Det finns de som inte identifierar sig med någon särskild kategori. Det är bra att skilja på självidentifiering, som kan innefatta sexuell läggning eller könsidentitet, och sexuell praktik, som innefattar de sexuella handlingar som praktiseras. Exempelvis identifierar sig inte alla män som har sex med andra män som homosexuella.

Som vid alla bemötanden av personer som varit utsatta för våld handlar bemötande av våldsutsatta hbtq-personer om att lyssna och ta patientens behov och berättelse på allvar. Ifrågasätt inte vårdtagarens historia och trivialisera inte våldet, utan lyssna och bekräfta.³¹ Något som kan vara bra att tänka på, vid alla bemötandesituationer, är att i ett inledningsskede ställa öppna frågor, utan att använda ett könsbestämmande pronomen på patientens eventuella partner. Man kan också ställa specifika frågor som exempelvis "Är du tillsammans med en kvinna/tjej eller man/kille?"³² Var lyhörd och låt den du möter själv definiera sin könstillhörighet och sexuella läggning eller sexuella preferenser och respektera och bekräfta detta. Om du är osäker på hur någon vill definiera sig kan du fråga till exempel: "Jag ser i mina papper att du juridiskt är man, är det så du definierar dig?" Om det inte är relevant för undersökningen, fokusera inte på patientens sexuella läggning, praktik, preferenser, kärleksrelationer eller könsidentitet.³³ Om det är relevant för undersökningen att få reda på vilken sexuell praktik personen har, fråga hellre efter det, än sexuell läggning.³⁴

Var uppmärksam om vårdtagaren visar tecken på våldsutsatthet och har en medföljande vän som inte viker från dess sida, det finns en risk att denna person är förövaren. Det kan vara extra viktigt vid omhändertagande av hbtq-personer som varit utsatta för våld i en nära relation att undersöka hur personens sociala nätverk ser ut. Många hbtq-personer har goda relationer till sin ursprungsfamilj och ett stort socialt nätverk, men det finns de som har ett mycket begränsat nätverk, och där det är få eller ingen som känner till relationen. Det kan också vara viktigt att vara medveten om att personen kan vara utsatt för diskriminering, kränkningar eller våld i vardagslivet på grund av sexuell läggning eller könsidentitet och att detta kan förstärka en eventuell utsatthet i en nära relation.

Precis som när det gäller bemötande och omhändertagande av personer som varit utsatta för våld i heterosexuella relationer är det bra att fråga hbtq-personer om barn finns i familjen. Det är också viktigt att komma ihåg att om den som söker vård inte pratar svenska, ska inte en eventuellt medföljande vän eller partner tolka för vårdpersonalen.³⁵

För att visa att man välkomnar hbtq-personer på sitt sjukhus, sin mottagning eller avdelning kan man till exempel ha en regnbågsflagga i sitt informationsmaterial och på sin hemsida.³⁶ I väntrummet är det också bra att hänga upp en regnbågsflagga och om det finns konst, använda bilder på androgyna personer eller familje- eller parkonstellationer som är icke-heteronormativa.³⁷

Sammanfattning

För ett bra bemötande och omhändertagande inom hälso- och sjukvården av homosexuella, bisexuella, transpersoner och queera personer som blivit utsatta för sexuellt våld eller våld i en nära relation krävs framför allt ett icke-heteronormativt perspektiv. Det krävs utbildning och kunskap om hur heteronormativiteten påverkar hbtq-personers livsvillkor och hur situationen kan se ut för hbtq-personer som blivit utsatta för våld. Vidare är det viktigt att denna kompetens praktiseras vid alla bemötandesituationer inom hälso- och sjukvården.

Begreppsförklaring

Förkortningen hbtq står för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queer. Nedan följer en introduktion till begreppsförklaring till dessa och relaterade begrepp.

Bisexualitet – Förmågan att bli attraherad av eller kär i andra personer, oavsett kön.

Bög – Icke-heterosexuell man eller kille.

*Cis-person*³⁸ – Person som identifierar sig med det kön som registrerades för denna person vid födseln, ej transperson.

Flata – Icke-heterosexuell kvinna eller tjej.

Hen – Könsneutralt personligt pronomen, används istället för hon eller han, böjs hens, henom.

Heterosexualitet – Förmågan att bli attraherad av eller kär i personer av motsatt kön.

Homosexualitet – Förmågan att bli attraherad av eller kär i personer av samma kön.

Intersexualitet – Oklar könstillhörighet utifrån biologiska faktorer.

Intergender – En person som varken identifierar sig som man eller kvinna. En könsidentifikation som kan befinna sig mellan eller bortom dessa kategorier.

Ksk – Kvinnor som har sex med kvinnor.

Könsidentitet – Det kön som en person själv upplever sig tillhöra.

Lesbisk – Icke-heterosexuell kvinna eller tjej.

Msm – Män som har sex med män.

Samkönad relation – Relation där parterna har samma könsidentitet. Kan vara exempelvis en parrelation, vänskapsrelation eller kärleksrelation.

Transperson – Ett begrepp som samlar personer som alltid eller ibland inte identifierar sig med, eller har ett uttryck som befinner sig inom, normen för det kön som registrerades vid personens födsel. Transperson innefattar exempelvis begreppen transsexuell, transvestit, dragqueen, dragking, intersexuell och intergender. Identifikationen transperson har inget med sexuell läggning att göra.

Transsexuell – Kan vara ett sätt att identifiera sig, och/eller en medicinsk diagnos. En person som inte identifierar sig med det kön som registrerades vid födseln. Många vill korrigera kroppen med kirurgi och/eller hormonbehandling.

Transvestit – En person som i perioder, eller kanske bara för en kväll, klär sig i motsatta könets kläder.

Queer – Kan syfta på en identitet som ofta innebär icke-heterosexualitet och/eller könsöverskridande. Kan även syfta på ett perspektiv som ifrågasätter heteronormen, eller andra normer kring sexualitet och kön.

- ¹ Holmberg C, Jacobson M & Stjernqvist U (2008). *Våldsamt lika och olika. En skrift om våld i samkönade relationer*. Stockholm: RFSL. s. 11.
- ² Holmberg C & Stjernqvist U (2007). Samkönat partnervåld – vad är det och vilket stöd behövs? *Tidskrift för genusvetenskap*. 4, s. 49–50.
- ³ Ungdomsstyrelsen (2010). *HON HEN HAN En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen. s. 29–30, s. 235.
- ⁴ RFSL Ungdom (2009). *Effekter av heteronormen*. Rapport. s. 5, s. 31.
- ⁵ *Ibid.* s. 18–19.
- ⁶ Statens Folkhälsoinstitut (2005). *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Rapport A 2005:19, s. 55. Tillgänglig via www.fhi.se
- ⁷ Diskrimineringslagen (2008:567).
- ⁸ Rosenberg T (2002). *Queerfeministisk agenda*. Stockholm: Atlas. s. 13.
- ⁹ Dahl U i Kulick D (red.) (2005). *Queersverige*. Stockholm: Natur och kultur. s. 68.
Holmberg C, Stjernqvist U & Jacobsson M (2008). *Våldsamt lika och olika. En skrift om våld i samkönade relationer*. Stockholm: RFSL. s. 13.
- ¹⁰ Röndahl G (2005). *Heteronormativity in a nursing context: attitudes toward homosexuality and experiences of lesbians and gay men*. Uppsala: Uppsala universitet. s. 22, 42–43.
- ¹¹ Holmberg C & Stjernqvist U (2007). Samkönat partnervåld – vad är det och vilket stöd behövs? *Tidskrift för genusvetenskap*. 4, s. 59.
- ¹² Holmberg C, Jacobson M & Stjernqvist U (2008). *Våldsamt lika och olika. En skrift om våld i samkönade relationer*. Stockholm: RFSL. s. 9–10.
- ¹³ Gärdfeldt L (2003). *Kvinna slår kvinna, man slår man. Homosexuell partnermisshandling*. Stockholm: Nationellt råd för kvinnofrid. s.17–18.
Nationellt centrum för kvinnofrid (2009). *Våld i samkönade relationer – en kunskaps- och forskningsöversikt*. NCK-rapport 2009:2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet. s. 33, s. 69.
- ¹⁴ Nationellt centrum för kvinnofrid (2009). *Våld i samkönade relationer – en kunskaps- och forskningsöversikt*. NCK-rapport 2009:2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet. s. 22.
- ¹⁵ *Ibid.* s. 8.
- ¹⁶ *Ibid.* s. 23.
- ¹⁷ Statens Folkhälsoinstitut (2005). *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Rapport 2005:19 Bilaga 2 s.14, s. 72–74. Tillgänglig via www.fhi.se
- ¹⁸ Nationellt centrum för kvinnofrid (2009). *Våld i samkönade relationer – en kunskaps- och forskningsöversikt*. NCK-rapport 2009:2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet. s. 39–40.
- ¹⁹ *Ibid.* s. 42.
- ²⁰ Holmberg C, Jacobson M & Stjernqvist U (2008). *Våldsamt lika och olika. En skrift om våld i samkönade relationer*. Stockholm: RFSL. s. 55.
- ²¹ Gärdfeldt L (2003). *Kvinna slår kvinna, man slår man. Homosexuell partnermisshandling*. Stockholm: Nationellt råd för kvinnofrid. s. 22.
- ²² Holmberg C, Jacobson M & Stjernqvist U (2008). *Våldsamt lika och olika. En skrift om våld i samkönade relationer*. Stockholm: RFSL.
Nationellt centrum för kvinnofrid (2009). *Våld i samkönade relationer – en kunskaps- och forskningsöversikt*. NCK-rapport 2009:2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet. s. 22.
- ²³ Nationellt centrum för kvinnofrid (2009). *Våld i samkönade relationer – en kunskaps- och forskningsöversikt*. NCK-rapport 2009:2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet. s. 69, s. 22.
Holmberg C, Jacobson M & Stjernqvist U (2008). *Våldsamt lika och olika. En skrift om våld i samkönade relationer*. Stockholm: RFSL. s. 13.
- ²⁴ Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) (2008). *HomO:s Kommunhandbok – en vägledning för dig som arbetar inom vård/omsorg*. s. 8. Tillgänglig via www.do.se
- ²⁵ Knutagård H (2009). *"Men du har ju blivit våldtagen"- om våldtagna mäns ordlöshet*. Malmö: SRHR, Socialmedicinska enheten, Universitetssjukhuset MAS. s. 39–41.
- ²⁶ Nationellt centrum för kvinnofrid (2009). *Våld i samkönade relationer – en kunskaps- och forskningsöversikt*. NCK-rapport 2009:2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet. s. 43–47.
- ²⁷ Gärdfeldt L (2003). *Kvinna slår kvinna, man slår man. Homosexuell partnermisshandling*. Stockholm: Nationellt råd för kvinnofrid. s. 18–19.
Nationellt centrum för kvinnofrid (2009). *Våld i samkönade relationer – en kunskaps- och forskningsöversikt*. NCK-rapport 2009:2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet. s. 54–57.
- ²⁸ Darj F & Nathorst-Böös H (2008). *Är du kille eller tjej?* Stockholm: RFSL Ungdom. s. 33.
- ²⁹ Röndahl G (2005). *Heteronormativity in a nursing context: attitudes toward homosexuality and experiences of lesbians and gay men*. Uppsala: Uppsala universitet. s. 47.
- ³⁰ Darj F & Nathorst-Böös H (2008). *Är du kille eller tjej?* Stockholm: RFSL Ungdom. s. 25.
- ³¹ Hofrén A (2007). *Våld i samkönade relationer – en handbok från SKR*. Stockholm: Sveriges kvinno- och tjejurers riksförbund (SKR). s. 35–36.

- ³² Holmberg C, Jacobson M & Stjernqvist U (2008). *Våldsamt lika och olika. En skrift om våld i samkönade relationer*. Stockholm: RFSL. s. 56.
- ³³ Ibid. s. 56.
Darj F & Nathorst-Böös H (2008). *Är du kille eller tjej?* Stockholm: RFSL Ungdom. s. 33–34.
- ³⁴ Socialstyrelsen (2009). *Att förebygga HIV och STI bland ungdomar och unga vuxna*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- ³⁵ Hofrén A (2007). *Våld i samkönade relationer – en handbok från SKR*. Stockholm: Sveriges kvinno- och tjejjourers riksförbund (SKR). s. 32–36.
- ³⁶ Holmberg C, Jacobson M & Stjernqvist U (2008). *Våldsamt lika och olika. En skrift om våld i samkönade relationer*. Stockholm: RFSL. s. 55.
- ³⁷ Darj F & Nathorst-Böös H (2008). *Är du kille eller tjej?* Stockholm: RFSL Ungdom. s. 33–34.
Röndahl G (2005). *Heteronormativity in a nursing context: attitudes toward homosexuality and experiences of lesbians and gay men*. Uppsala: Uppsala universitet. s. 45.
- ³⁸ "Cis" är latin och betyder "på samma sida".

18. Våldsutsatthet och vanliga psykiska symtom

Anna Berglund, Lena Smith

Den negativa effekten av våldsutsatthet på den mentala hälsan är väldokumenterad.¹ Patienter med ångestillstånd och depression behandlas ofta i primärvården men söker psykiatrin vid akut behov av hjälp. Bland kvinnor med tyngre psykiatrisk problematik är våldsutsatthet mycket vanligt och deras funktionshinder innebär ibland kognitiva svårigheter som ställer särskilda krav på omhändertagandet. Detta diskuteras mera i detalj i kapitel 19.

Våldsutsatta personer rapporterar försämrad självupplevd hälsa med både somatiska och mentala symtom.² I en studie av drygt 300 deprimerade kvinnor fann amerikanska forskare att 55 procent hade varit utsatta för våld i vuxen ålder och hos 15 procent hade det hänt under det gångna året. Man fann också att de hade mera kroppsliga symtom än andra deprimerade kvinnor. De fick sällan behandling för sin mentala ohälsa men sökte däremot primärvården oftare för varierande symtom.³

Posttraumatiskt stressyndrom och somatisering hos våldsutsatta kvinnor har beskrivits i en svensk studie.⁴ Forskargruppen studerade också hur kvinnor påverkas av sina våldserfarenheter. Närmare 70 procent av de våldsutsatta kvinnorna uppgav att de fortlöpande led av sina erfarenheter även om händelserna låg långt tillbaka i tiden. De uppgav mer ångest, depressioner och sömnsvårigheter.⁵ Association mellan våldsutsatthet i en nära relation och ångest, depression och försämrad livssituation rapporteras av många andra forskare.⁶ Effekten av utnyttjande och övergrepp under barndomen på den mentala hälsan är också väldokumenterad.⁷

I *Slagen dam* rapporterade drygt tjugo procent av de utsatta kvinnorna att de kände sig deprimerade och tio procent hade uttalad nedstämdhet. Nästan tre fjärdedelar av dem som hade försökt ta sitt liv hade varit utsatta för våld liksom två tredjedelar av dem som hade haft självmordstankar. Av dem som försökt ta sitt liv hade 60 procent varit utsatta för sexuellt våld, 48 procent för fysiskt våld och 42 procent för hot.⁸

År 2002 genomförde Rikskvinnocentrum en enkätundersökning bland kvinnor som sökte akut psykiatrisk vård. Enkäten bestod av nio enkla frågor som berörde

fysiskt, emotionellt och sexuellt våld. Cirka 320 enkäter delades ut under en tremånadersperiod och svarsfrekvensen var 89 procent. Totalt uppgav 48 procent att de varit utsatta för våld från sin partner och i nästan alla fall hade det inträffat flera gånger. Av de 37 procent som varit utsatta för sexuella övergrepp hade 39 procent varit utsatta som barn och 25 procent både som barn och vuxen.⁹

Studier från Australien har visat att det inte är självklart att man ställer frågor om våldsutsatthet till patienter som söker psykiatrisk vård.¹⁰ Även om man frågar medför ett avslöjande inte alltid adekvat vård för den drabbade.¹¹

Heru och medarbetare fann att 90 procent av patienter som lagts in på en psykiatrisk avdelning på grund av starka suicidtankar hade varit utsatta för partnervåld under det senaste året. Män och kvinnor uppgav detta i lika stor utsträckning och författarna rekommenderar att man frågar efter våld i nära relationer.¹² I en kinesisk studie om kvinnor som hade gjort självmordsförsök rapporterade en tredjedel att de utsatts för våld från sin make.¹³

När människor söker akut med krisreaktion, ångest, depression eller självmordstankar bör alltid frågan om våldsutsatthet ställas.

¹ Coker AL, Davids KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM & Smith PH (2002). Physical and mental effects of intimate partner violence for men and women. *Am J of Prev Med.* 23:4, s. 260–8.

Agar K, Read J & Bush JM (2002). Identification of abuse history in a community mental health centre: The need for policies and training. *Journal of Mental health.* 11:5, s. 533–543.

Afifi T, MacMillan H, Cox B, Asmundson G, Stein M & Sareen J (2009). Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *Journal of Interpersonal Violence.* 24:8, s. 1398–1417.

² Ibid.

³ Scholle SH, Rost K & Golding J (1998). Physical abuse among depressed women. *J Gen Intern Med.* 13, s. 607–613.

⁴ Samelius L (2007). *Abused women – Health, somatization and posttraumatic stress.* Thesis. Linköping: Linköping University, Division of Gender & Medicine, Department of Molecular and Clinical Medicine, Faculty of Health Sciences.

⁵ Samelius L, Wijma B, Wingren G & Wijma K (2010). Lifetime history of abuse, suffering and psychological health. *Nord J Psychiatry.* 2010 jan 19. [Epub ahead of print]

⁶ Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares I, Celda-Navarro N, Blasco-Ros, C, Echeburua E, & Martinez M (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health.* 15, s. 599–611.

Straus H, Cerulli C, McNutt LA, Rhodes KV, Conner KR, Kemball RS, Kaslow NJ & Houry D (2009). Intimate partner violence and functional health status: Associations with severity, danger, and self-advocacy behaviours. *J Womens Health (Larchmt).* 18:5, s. 625–31.

Stenson K, Claesson I & Heimer G (2006). *Våldsutsatta kvinnors hälsa och livssituation – en longitudinell, deskriptiv studie.* Rikskvinnocentrumets rapportserie 2006:1. Uppsala: Rikskvinnocentrum.

⁷ Maniglio R (2009). The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev.* 29:7, s. 647–57.

⁸ Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J & Kalliokoski A-M (2001). *Slagen Dam; Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfattningsundersökning.* Umeå: Brottsförförmyndigheten.

⁹ Claesson I (2004). *De värsta ären sitter på insidan.* Magisteruppsats, institutionen för socialt arbete. Stockholm: Stockholms Universitet.

¹⁰ Agar K, Read J & Bush JM (2002). Identification of abuse history in a community mental health centre: The need for policies and training. *Journal of Mental health.* 11:5, s. 533–543.

Read J (2007). To ask or not to ask about abuse – New Zealand Research. Comment. *American Psychologist.* 62:4, s. 325–26.

¹¹ Agar K & Read J (2002). What happens when people disclose sexual or physical abuse to staff in a community health centre? *International Journal of Mental Health Nursing.* 11, s. 70–79.

¹² Heru AM, Stuart GL, Eyre J & Recupero PR (2006). Prevalence of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent. *J Clin Psychiatry.* 67:1, s. 23–9.

¹³ Wong SP & Phillips MR (2009). Nonfatal suicidal behaviour among Chinese women who have been physically abused by their male intimate partners. *Suicide Life Threat Behav.* 39:6, s. 648–58.

19. Våldsutsatthet bland kvinnor som vänder sig till psykiatrisk vård

Anita Bengtsson-Tops

Våld riktat mot kvinnor som vänder sig till den psykiatriska vården har under det senaste decenniet uppmärksammats i Sverige. Inte minst beror detta på att olika brukarorganisationer bedrivit fokuserat lobbyingsarbete på olika nivåer i samhället för att på så sätt lyfta fram frågan. Vidare är det så att personal inom det samhällsbaserade vård- och stödsystemet, till exempel hälso- och sjukvård, socialtjänst, polis, kyrka och rättsväsende, på ett tydligt sätt påtalat brister i bemötandet av kvinnor med psykisk sjukdom som utsatts för våld. Resultat från såväl nationell som internationell forskning har också bidragit till att aktualisera frågan om våld mot kvinnor med psykisk sjukdom då upprepade studier presenterar hög förekomst av utsatthet för fysiskt och sexuellt våld.

I detta kapitel presenteras forskningsresultat som bygger på studier som berör förekomst av hot om våld, fysiskt och sexuellt våld samt dess konsekvenser bland kvinnor som vänder sig till den psykiatriska vården. Vidare kommer resultat från en svensk studie som belyser hur personal inom den samhällsbaserade vården erfar att möta våldsutsatta kvinnor med en psykisk sjukdom att presenteras. Kapitlet avslutas med några råd, baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet, om hur man bör bemöta kvinnor med psykisk sjukdom som utsatts för våld.

Psykiatrisk vård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS:1982:763), skall psykiatrisk vård ansvara för att förebygga, utreda och behandla psykisk sjukdom. Psykiatrisk vård bedrivs såväl offentligt som privat och erbjuder både akut och långsiktig vård inom öppna och slutna vårdformer. De personer som vänder sig till psykiatrisk vård har vanligtvis själslig smärta som kommer till uttryck genom olika såväl upplevda som synbara tecken eller symtom på lidande och ohälsa. Ångest, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter, stresskänslighet, vantolkning av händelser, minnes-

svårigheter och svårigheter att hantera den sociala vardagen är alla vanliga tecken på psykiskt lidande.¹ Av tradition, vars ursprung kräver mer utrymme att utreda än vad detta kapitel tillåter, och ibland pragmatiska skäl tillskrivs den själsliga smärtan ett namn, en diagnos, då personer inträder i den psykiatriska vården.² Namn på psykisk sjukdom eller diagnoser som ofta förekommer inom psykiatrisk vård är psykos, schizofreni, bipolärt syndrom, djup depression, neurokognitiva störningar, missbruk, personlighetsstörningar och posttraumatiskt stressyndrom för att nämna några.³ Personer som drabbats av psykiskt lidande och som vänt sig till psykiatrin upplever sig inte sällan stigmatiserade, marginaliserade och mindre delaktiga i samhället.⁴ Inte minst beror det på att de ibland lever under svåra socioekonomiska förhållanden och har omfattande behov av vård och stöd och därmed en bristande kontroll över vardagen.⁵

Förekomsten av övergrepp mot kvinnor som vänder sig till psykiatrisk vård

Upprepade studier har visat att det är vanligt att kvinnor som vänder sig till den psykiatriska vården har erfarenheter av olika former av fysiska övergrepp såväl under barndomen som i vuxna livet.⁶ Inte minst gäller det kvinnor med psykisk ohälsa i form av missbruk, posttraumatiskt stressyndrom, depression, självmordsbenägenhet och psykossjukdomar.⁷ Utsatthet för övergrepp bland dessa kvinnor är ett komplext fenomen som kommer till uttryck i situationer där olika aspekter i livet sammanflätas, möts men också utkristalliseras. Det kan handla om makt, självkänsla, beroende, fattigdom, svagt socialt nätverk, arbetslöshet och låg legitimitet i samhället. Följande citat som är hämtat ur en intervju med en kvinna som under många år lidit av schizofreni har för avsikt att ge en bild av denna komplexitet.

"Jag prostituerar mig för att få ihop pengar till hyra, kläder och mat, sen behöver min far också lite pengar han är gammal. När jag kommer ner till dom andra på gatan så skriker dom åt mig, kallar mig för idiot eller däre och tvingar mig att ställa mig längst ut i ytterkanten av stråket. Dom vill inte ha mig där, för jag dumpar priserna, för som jag ser ut kan jag ju inte ta samma pris. Där längst ute kommer dom konstiga torskarna, dom som inte bara vill ha ett samlag eller bli avsugna. Nu i veckan blev jag riktigt rädd, först så slog han ner mig, sedan tryckte han ner mig mot marken och satte sig och gjorde sina behov i mitt ansikte. Jag var livrädd, jag trodde jag skulle dö och ingen kom och hjälpte mig när jag skrek."

Kvinnans berättelse kan tyckas brutal och man vill värja sig, emellertid utgör inte detta ett försvar för att låta hennes historia bli oberättad. Det är inte enbart berätt-

telser som kan vara brutala, även siffror kan visa på brutalitet beroende på hur man tolkar dem. Exempelvis visar en kartläggande studie gällande övergrepp mot kvinnor som sökt såväl öppen som sluten psykiatrisk vård i Skåne att drygt hälften som deltog utsatts för någon form av emotionellt, fysiskt eller sexuellt övergrepp innan de fyllt 16 år.⁸ Vidare framkom att 63 procent utsatts för emotionellt, fysiskt eller sexuellt övergrepp efter 16 år ålder och 31 procent under det senaste året.⁹ I denna anonyma enkätstudie deltog 1 382 kvinnor. Deras medelålder var 39 år och de hade haft kontakt med psykiatri i genomsnitt tre år. Kvinnorna uppgav att de led av återkommande depression, psykossjukdom, utbrändhet och ätstörning.¹⁰ Majoriteten av kvinnorna bodde i en egen bostad (86 procent) och var utan arbete (58 procent).

Utsatthet för övergrepp i barndomen

I ovan nämnda studie visade det sig också att drygt en fjärdedel av de kvinnor som deltog i studien hade utsatts för fysiska (28 procent) och/eller sexuella (27 procent) övergrepp innan de fyllt 16 år. Kvinnorna rapporterade föräldrar, syskon, släktingar, bekanta till familjen men också obekanta som förövare. Oftast var det män som utsatt dem men även kvinnor rapporterades som förövare. Till exempel uppgav en fjärdedel av de utsatta kvinnorna att deras mödrar utsatt dem för övergrepp under barndomen. Över hälften av de kvinnor som utsatts för övergrepp i barndomen hade utsatts vid upprepade tillfällen (54 procent) och av olika förövare (38 procent).

Utsatthet för övergrepp i vuxenliv

Majoriteten av de kvinnor (74 procent) som utsatts för övergrepp i barndomen hade också utsatts under vuxenlivet. Uppemot en tredjedel (30 procent) hade utsatts för någon form av fysiskt våld. De hade till exempel blivit slagna med knytnäve, sparkade eller dunkade mot väggen eller golvet. Tolv procent av kvinnorna uppgav att de hotats med vapen och att fysiskt övergrepp lett till kroppsliga skador. En tredjedel av kvinnorna sade sig ha varit utsatta för verbala hot (31 procent), till exempel hot om att skadas (27 procent) eller dödas (20 procent). Vidare hade en femtedel (19 procent) utsatts för sexuella övergrepp. När det gällde förekomst av övergrepp under senaste året uppgav tio procent av kvinnorna att de blivit hotade att skadas eller dödas, sju procent hade utsatts för fysiskt våld och tre procent för sexuella övergrepp. Nästan två tredjedelar av de kvinnor som hade erfarenhet av övergrepp i vuxenlivet hade utsatts för mer än en typ av övergrepp och hade också utsatts vid upprepade tillfällen. Vanligtvis var det den nuvarande manliga partnern (44 procent) eller före detta manliga partner (42 procent) som utsatt dem, men även manlig familjemedlem, bekant och obekant uppgavs. Mer än två tredjedelar av kvinnorna uppgav att de utsatts för övergrepp i egna hemmet medan en tredjedel uppgav att de utsatts i någon

annans hem, utomhus eller när de varit ute på stan och besökt exempelvis pubar, kaféer eller intresseföreningar.

Självrapporterade konsekvenser av övergrepp bland kvinnor som vänder sig till den psykiatriska vården

Forskning som berör övergrepp mot kvinnor med psykisk sjukdom försöker vanligtvis att finna ett samband mellan olika psykiatriska diagnoser och utsatthet för övergrepp vilket också gjort att man funnit sådana.¹¹ Emellertid saknas det i dag forskning om hur kvinnor med psykisk sjukdom och som utsatts för övergrepp ser på dessa samband.¹² Det saknas kunskap om vilka konsekvenser av övergrepp dessa kvinnor upplever. I ovan nämnda studie ställdes en öppen fråga i enkäten om vilka konsekvenser utsatthet för övergrepp under vuxenlivet hade fått i deras nuvarande liv. Genom deras skriftliga svar framkom att kvinnorna upplevde att deras erfarenhet av övergrepp hade givit dem en negativ syn på sig själva. De upplevde också en generell rädsla i livet, en rädsla som inte var riktad mot någon eller något, men också en rädsla för enskilda personer eller för att hamna i speciella situationer. Vidare framkom att många kvinnor upplevde ångest och oro just på grund av sin erfarenhet av övergrepp. De uppgav också att deras sätt att umgås med andra människor var påverkat av deras erfarenheter av övergrepp. Till exempel hade de svårt att klara av nära relationer och att känna tillit till andra. Erfarenhet av övergrepp hade för en del kvinnor lett till ett ointresse för andra människor och även till sexuella problem.¹³

Att kvinnor med psykisk sjukdom som utsatts för övergrepp får en negativ självbild, upplever rädsla och hopplöshet har även andra studier visat.¹⁴ Negativ självkänsla som en konsekvens av utsatthet för övergrepp kan göra att kvinnan inte orkar bryta sig loss ifrån förhållanden där övergrepp förekommer. I stället väljer hon att omformulera och omtolka sin livssituation och se övergreppen som sitt öde, sin lott i livet.¹⁵

Behov av stöd

Föregående avsnitt indikerar att kvinnor som vänder sig till psykiatrin och som utsatts för övergrepp har behov av stöd, hjälp och behandling. I den tidigare beskrivna svenska studien uppgav majoriteten (77 procent) av de kvinnor som utsatts för hot, fysiskt och sexuellt övergrepp att de hade någon de kunde vända sig till och prata om sin utsatta situation om de behövde hjälp och stöd. Det kunde vara personal inom olika vård- och stödinrättningar, familjemedlemmar eller vänner som de vände sig till vid sådana tillfällen. De flesta upplevde att dessa personer förstod dem och också erbjöd dem stöd. Emellertid önskade närmare hälften (43 procent) ytterligare hjälp för att kunna bearbeta emotionella conse-

kvenser av utsatthet för övergrepp och/eller undvika ytterligare utsatthet. Med hjälp av en öppen fråga i enkäten framkom att kvinnorna framför allt efterfrågade stödsamtal med professionella som hade kunskap och erfarenhet av att arbeta med kvinnor med psykisk sjukdom som utsatts för övergrepp. En del önskade sig också praktiskt stöd i hemmet för att kunna upprätthålla en god kontakt med sina barn och för att sätta gränser mot förövaren (partnern). Ett stöd som antogs minska risken för ytterligare utsatthet. Kvinnorna önskade också, dock i betydligt mindre utsträckning, att få rättshjälp, alternativa behandlingsformer samt att delta i självhjälpgrupp.¹⁶

Professionellas bemötande

Att utsättas för övergrepp innebär att individens integritet, frihet och självbestämmande kränks på ett sätt som egentligen skulle frammana skyddande och försvarande handlingar hos tredje part. Detta kan tyckas som en självklarhet då det gäller övergrepp mot personer som av olika anledningar är svaga i samhället. Emellertid visar forskningsresultat att så inte är fallet. Kvinnor som drabbats av psykisk sjukdom erbjuds sällan stöd och hjälpinsatser för de övergrepp de varit utsatta för.¹⁷ I stället blir de negligerade och osynliggjorda genom att de möts av en trivialiserande attityd, något som upplevs som att övergreppet förminskas eller förloras i betydelse.¹⁸ Det har visat sig att professionella misstror våldsutsatta kvinnor med psykisk sjukdom och i stället tolkar kvinnornas berättelse som tecken på denna sjukdom i form av vanföreställningar, förföljelseidéer eller hallucinationer.¹⁹

Naturligtvis finns det många olika förklaringar till sådant bemötande. I en svensk studie, där sjuksköterskor inom psykiatrisk och somatisk vård, socialsekreterare, anställda inom kyrkan och lärare ingick, framkom en rad olika aspekter som skulle kunna vara förklaringar till personals ibland negligerande attityd. Samtliga som ingick i studien mötte dagligen i sitt arbete kvinnor med psykisk sjukdom som utsatts för övergrepp. Trots deras vana att möta dessa kvinnor upplevde de att det var svårt att förstå vad det var som gjorde att andra personer utsatte dem för våld. Å andra sidan kunde de i nästa stund anklaga kvinnan för att själv bära skulden för sin utsatthet. De menade till exempel att det behövdes "två för en tango", eller att "kvinnan genom sitt udda beteende tiggde om att bli slagen" av sin partner. Deras ambivalenta känslor bottnade i bristande kunskap om hur de skulle förstå och tolka fenomenet. De saknade en teoretisk referensram för de komplexa och sammanvävda personliga, samhälleliga, politiska och ekonomiska aspekter som de antog döljer sig bakom övergrepp mot kvinnor med psykisk sjukdom. I sitt vardagliga arbete med dessa kvinnor erbjöd de främst materiellt stöd och de byggde på eget bevåg upp informella nätverk med enskilda personer inom andra verksamheter som arbetade med samma typ av problematik. Dessa nätverk användes då kvinnor behövde skyndsam behandling. Studien ger stöd för att personal

som i sitt dagliga arbete möter våldsutsatta kvinnor med psykisk sjukdom befinner sig i sårbara situationer och behöver känna att deras arbete får legitimitet från verksamhetsledningen. De har också behov av teoretisk utbildning om orsakerna till övergreppen och konsekvenserna för denna grupp av kvinnor.²⁰

Hur bemöter man på bästa sätt kvinnor med psykisk sjukdom som utsatts för övergrepp?

Det finns inget svar på frågan om hur man på bästa sätt bemöter kvinnor med psykisk sjukdom som utsatts för övergrepp. Det finns emellertid förslag på hur man på bästa sätt bemöter kvinnor med psykisk sjukdom som i sin barndom blivit utsatta för övergrepp.²¹ Dessa förslag till bemötande har ännu inte testats i studier och dessutom berör de inte kvinnor som utsatts under sitt vuxna liv. De kvinnor som jag genom min forskning mött under åren, har lärt mig en del om hur man kan bemöta en kvinna med psykisk sjukdom som utsatts för våld på ett sätt som gör att hon känner sig avspänd i situationen. Jag har aldrig mött en kvinna som upplevt det besvärligt att svara på korta konkreta frågor om erfarenhet av övergrepp. Ju konkretare jag varit i samtalet och ju mer jag anammat kvinnans eget språkbruk desto lättare har det varit för henne att berätta om vad hon varit med om och ta emot information om hjälp. Att vara närvarande i situationen, öppen, inte ta något för givet och att vara genuint intresserad av kvinnans berättelse samt att vare sig förvånas eller förskräckas över en ibland mycket brutal berättelse har visat sig vara förhållningssätt som öppnat upp för samtal och skapat tillit. Vikten av att svara och fråga rakt, kort och konkret kan inte nog understrykas. Inte minst är detta viktigt på grund av de kognitiva svårigheter som personer med psykisk sjukdom har med att ta in ordrik information. Exempel på korta konkreta frågor är: "De senaste tolv månaderna/månaden/veckan – har någon hotat dig, slagit dig, tvingat dig till sex eller på något annat sätt skadat dig?" "Är du rädd för någon just nu i din närmaste omgivning (föräldrar, partner, ex-partner, barn, vårdare)?" "Känns det tryggt för dig att gå hem efter det att du varit här?" "Skulle du vilja ha någon hjälp av mig? I så fall vilken typ av hjälp?"²²

Om kvinnan svarar jakande på de tre första frågorna men inte vill ha någon hjälp bör man ställa en fråga kring anledningen till detta. Kvinnan kanske inte vet att det finns hjälp att få eller också vet hon inte vilken hjälp hon behöver. Det är då personalens uppgift att ge information om vilken typ av hjälp och stöd som finns och vad kvinnor vanligtvis brukar behöva efter att de blivit utsatta för övergrepp. För att kunna ge sådan information bör man vara uppdaterad på det utbud av hjälp och stöd som finns lokalt. Emellertid kan det vara på sin plats att poängtera att det finns kvinnor som väljer att inte berätta om sin erfarenhet av övergrepp, något som man respektfullt måste acceptera. I samband med detta bör också vikten av att följa lagar om sekretess framhållas.

När en kvinna med psykiskt funktionshinder behöver information om fysiska och psykiska konsekvenser av övergrepp, vilka möjligheter till stöd och hjälp som erbjuds samt hur det går till att länka/remittera henne till annan instans bör man vara tydlig med inom vilket område man kommer att ge information. Du säger kanske så här:

1. "Jag skulle nu vilja ge dig information om vanliga negativa följdverkningar av att ha utsatts för övergrepp. Jag kommer att börja med att ge exempel på fysiska besvär, därefter ger jag exempel på psykiska besvär och till slut exempel på sociala problem. Har du själv några frågor omkring detta?" (Skriv ned kvinnans frågor så att du inte glömmer dessa.)
2. Ta därefter upp ett delområde/fråga åt gången.
Fråga vad kvinnan redan vet om exempelvis fysiska/psykiska problem i samband med övergrepp. Denna fråga ger dig kunskap om kvinnans tankar och ger dig möjlighet till att bekräfta henne i det som är rätt och korrigera eventuella felaktigheter.
Ge sedan själv en kort och koncis redogörelse för samma område, i detta fall fysiska/psykiska/sociala problem i samband med övergrepp. När du gjort detta frågar du kvinnan om hon fått tillräckligt med information eller om hon vill veta mer.
3. Avsluta informationen med att be kvinnan summera vad du sagt. På så sätt får kvinnan möjlighet att repetera informationen och du upptäcker om information gått förlorad.
4. Repetera denna procedur även då det gäller information om möjligheter till stöd och hjälp som erbjuds samt hur det går till att länka/remittera kvinnan till annan instans eller hur polisanmälan går till.

Denna stegvisa informationsteknik är utvecklad och testad bland personer som drabbats av psykisk sjukdom.²³

Sammanfattning

Hot och våld som riktas mot kvinnor med psykisk sjukdom är vanligt förekommande i vårt samhälle i dag och medför att kvinnornas psykiska hälsa och självkänsla försämras. För att tillgodose deras behov av vård och stöd måste personal inom det samhällsbaserade vård- och stödsystemet i större utsträckning än vad som görs i dag ställa frågor om utsatthet samt informera om hjälp som finns att tillgå. Dessutom behöver personal utbildning för att bättre förstå bakomliggande orsaker till våld mot dessa kvinnor samt hur de på bästa sätt ska bemötas. För att personal ska kunna tillgodose behov hos våldsutsatta kvinnor med psykisk sjukdom måste verksamhetsledningen oavsett beslutsnivå legitimera personalens arbete med denna grupp kvinnor.

- ¹ Cullberg J (2003). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur
- ² Johansson K (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv, i *Diagnosens makt*. Hellerstedt G (red). Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB, s. 29–41.
- ³ Allgulander C (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- ⁴ Brunt D & Hansson L (2005). *Att leva med psykiska funktionshinder*. Studentlitteratur.
- ⁵ Bengtsson-Tops A (2004). Mastery in patients with schizophrenia living in the community: relationship to sociodemographic and clinical characteristics, needs for care, and social network. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 11, s. 298–304.
- ⁶ Sturup J, Sorman K, Lindqvist P & Kristiansson M (2009). Violent victimisation of psychiatric patients: a Swedish case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Nov 16. [Epub ahead of print].
Goodman L, Rosenberg S, Mueser K & Drake R (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence and correlates, treatment, and future research directions. *Schizophrenia Bulletin*. 23, s. 685–696.
- ⁷ Cascardi M, O'Lery K & Schlee, KA (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*. 14, s. 227–249.
Golding J (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta analysis. *Journal of Family Violence*. 14, s. 99–132.
Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, deGraaf R & van Os J (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109, s. 38–45.
- ⁸ Bengtsson-Tops A, Markström U & Lewin B (2005). The prevalence of abuse in Swedish female psychiatric users, the perpetrator and places where abuse occurred. *Nordic Journal of Psychiatry*. 59, s. 504–10.
- ⁹ Bengtsson-Tops A, Markström U & Lewin B (2005). The prevalence of abuse in Swedish female psychiatric users, the perpetrator and places where abuse occurred. *Nordic Journal of Psychiatry*. 59, s. 504–10.
- ¹⁰ Bengtsson-Tops, Anita & Tops, Dolf (2007) Self-reported consequences and needs for support associated with abuse in female users of psychiatric care. *Int J Ment Health Nurs*. 16:1, s. 35–43.
- ¹¹ Cascardi M, O'Lery K & Schlee, KA (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*. 14, s. 227–249.
Golding J (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta analysis. *Journal of Family Violence*. 14, s. 99–132.
Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, deGraaf R & van Os J (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109, s. 38–45.
- ¹² Humphreys C & Thiarra R (2003). Mental health and domestic violence: 'I call it symptoms of abuse'. *British Journal of Social Work*. 33, s. 209–226.
- ¹³ Bengtsson-Tops, Anita & Tops, Dolf (2007). Self-reported consequences and needs for support associated with abuse in female users of psychiatric care. *Int J Ment Health Nurs*. 16:1, s. 35–43.
- ¹⁴ Humphreys C & Thiarra R (2003). Mental health and domestic violence: 'I call it symptoms of abuse'. *British Journal of Social Work*. 33, s. 209–226.
Nehls N & Sallman J (2005). Women living with a history of physical, and/or sexual abuse, substance use, and mental health problems. *Qualitative Health Research*. 15, s. 365–381.
- ¹⁵ Ibid.
- ¹⁶ Bengtsson-Tops, Anita & Tops, Dolf (2007). Self-reported consequences and needs for support associated with abuse in female users of psychiatric care. *Int J Ment Health Nurs*. 16:1, s. 35–43.
- ¹⁷ Agar, K & Read, J (2002). What happens when people disclose sexual or physical abuse to staff at a community mental health centre? *International Journal of Mental Health Nursing*. 11, s. 70–79.
- ¹⁸ Fugate M, Landis L, Riordan K, Naureckas S & Engel B (2005). Barriers to domestic violence help seeking. Implications for interventions. *Violence against women*. 11:3, s. 290–310.
- ¹⁹ Humphreys C & Thiarra R (2003). Mental health and domestic violence: 'I call it symptoms of abuse'. *British Journal of Social Work*. 33, s. 209–226.
- ²⁰ Bengtsson-Tops A, Saveman B & Tops D (2009). Staff experience and understanding of working with abused women suffering from mental illness. *Health and Social Care in Community*. 17(5), s. 459–465.
- ²¹ Read J, Hammersley P & Rudegear T (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*. 13, s. 101–110.
- ²² Ramsey J, Richardson J, Carter Y, Davidson L, Feder G (2002). Should health professional screen women for domestic violence? Systematic review. *BMI*. 325, s. 314–318.
Carlsson Gielen A, O'Campo P, Campbell J, Scollenberg J, Woods A, Jones A et al. (2000). Women's opinion about domestic violence screening and mandatory reporting. *American Journal of Preventive Medicine*. 19, s. 279–285.
- ²³ Thornicroft G & Tansella M (1999). *The Mental Health Matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University press.

20. Särskilt sårbara grupper

Anna Berglund

Kvinnors livsförutsättningar är olika och en del är dubbelt sårbara på grund av fysisk eller psykiskt funktionsnedsättning, eget missbruk eller prostitution. Dessa kvinnor är än mer utlämnade till sin partner eller andra personer som de är i beroendeställning till och studier visar att de i högre grad än andra har varit utsatta för allt slags våld.

Kvinnor med funktionshinder

I Kanada pågår mycket forskning kring våld mot kvinnor i nära relationer. Studier därifrån har visat att våld från en manlig partner är vanligare om kvinnan har ett funktionshinder, åtminstone i ett tidsperspektiv på fem år eller mer.¹ I en studie telefonintervjuades närmare 9 000 kvinnor som levde eller hade levt i ett parförhållande om sitt hälsotillstånd. Knappt 1 500 kvinnor uppgav att de hade ett fysiskt eller psykiskt funktionshinder som minskade deras möjlighet till normala vardagsaktiviteter. Dessa kvinnor uppgav i signifikant högre grad att de var utsatta för våld av något slag; knappt var tredje utsattes ofta och var fjärde ibland att jämföra med kvinnor utan funktionshinder där var femte uppgav våld vid något tillfälle. Emotionellt våld var vanligast och förekom ofta hos en fjärdedel, allvarigare fysiskt våld i sju procent och sexuellt våld i knappt fyra procent. Motsvarande resultat för de "friska kvinnorna" var 18, fyra och drygt en procent. Man har inte skilt på heterosexuella och homosexuella relationer.²

I samma material jämförde man kvinnor med funktionshinder med friska kvinnor där båda grupperna hade varit utsatta för partnervåld under de senaste fem åren. Man fann att depression, ångest och skamkänslor förekom oftare i den funktionshindrade gruppen som också konsumerade mera läkemedel för depression och sömnstörningar. De rapporterade också oftare fysiska skador som begränsat deras förmåga till dagliga aktiviteter.³ En stor amerikansk studie rapporterar liknande fynd hos kvinnor som uppgav att deras förmåga till dagliga aktiviteter stördes av fysiska, mentala eller emotionella problem.⁴

I den svenska Handustudien studerades kvinnor med fysiska funktionshinder som rekryterats via handikappföreningar. Kvinnorna hade gemensamt att de hade

begränsad förmåga att fly, förflytta sig eller orientera sig rumsligt i en hastigt uppkommen situation. Drygt 1 000 kvinnor rekryterades och svarade på frågor per brev eller telefon utifrån sina förutsättningar. En femtedel angav att deras funktionshinder var medfött och tre fjärdedelar att det var förvärvat. Sammanfattningsvis fann man att en tredjedel utsatts för våld, hot om våld och trakasserier och hälften av dem, totalt 14 procent, hade fått fysiska skador. Tjugo procent hade varit utsatta av nuvarande eller tidigare make/sambo och sju procent hade separerat på grund av partnervåld. En stor andel (16 procent) hade varit utsatta för sexuellt våld före 15 års ålder. Frågornas lydelse överensstämmer delvis med frågorna i *Slagen dam*, se tabellen för jämförelse.

Totalt uppgav en av tio kvinnor att de utsatts för våld av en man före sin 15-årsdag. De uppgav fadern eller annan familjemedlem som förövare men det förekom också att lärare, chaufför, kontaktperson eller vårdgivare hade utsatt dem för våld. Många kvinnor, framför allt de yngre, hade blivit utsatta för trakasserier av personer de måste ha till hjälp. Kvinnorna känner sig försvarslösa och maktlösa och många oroar sig för att bli utsatta för våld och trakasserier.⁵

Fysiskt funktionshinder och våldsutsatthet

	Fysiskt funktionshindrade Handu %	Slagen dam* %
Våldsutsatthet totalt under livet	33	46
Fysiskt våld från nuvarande partner	6	7
Tidigare levtt i våldsamt förhållande	57	35
Utsatt för hot om fysiskt våld av tidigare partner	19	19
Utsatt för våld och känner skam	36	23
Utsatt för våld och känner rädsla	40	33
Utsatt för sexuellt våld av annan än partner före 15 års ålder	16	–
Utsatt för sexuellt våld av annan än partner efter 15 års ålder	18	13

* Slagen dam är en nationell omfångsstudie där kvinnor med funktionshinder kan ingå.

Kvinnor med mental utvecklingsstörning

I Handustudien deltog även kvinnor med lindrig eller måttlig mental utvecklingsstörning. De fick hjälp att svara på frågor av personer som utbildats för ändamålet. Sammanlagt svarade knappt 160 kvinnor på anpassade frågor. En tredjedel uppgav att de utsatts för våld av en man före sin 15-årsdag och lika många som vuxna. En fjärdedel upplevde våld i sitt pågående förhållande. En av fem hade blivit utsatta för sexuellt våld innan de fyllde femton och totalt hade en av tio hade blivit våldtagen av en man de inte hade någon nära relation till. Självmodersförsök var också vanliga, en av fem hade försökt ta sitt liv.

När det gäller sexuellt våld från en man uppgavs partner som förövare i en fjärdedel av fallen. Kvinnorna var också utsatta av sina vårdare. Personal i

gruppbostad uppgavs som förövare i sju procent, boendestödjare eller hemtjänstpersonal i nio procent och färdtjänstpersonal i tre procent. Men vanligast förövare förutom partnern var ”kompis” (25 procent), släkting (12 procent), arbets- eller skolkamrat eller annan personal på jobbet (16 procent).

Resultatet av en mindre studie från Israel tyder på att ungdomar 12–21 år med lindriga psykiska funktionsnedsättningar är mera utsatta för våld än andra. Särskolan tycktes vara fredat område men däremot angavs transporter till och från kunna innebära risker både för emotionellt, fysiskt och sexuellt våld, till exempel från chauffören. Mer våld utövades mot de funktionshindrade i närheten av hemmet och av en person de kände medan andra ungdomar var mera utsatta i skolan och oftare av okända gärningsmän.⁶

Kvinnor som missbrukar

Våldsutsatthet och missbruk hos kvinnor kan ses ur två perspektiv. Våldsutsatthet kan bidra till missbruk och missbruk som sådant leder till att kvinnan löper högre risk att utsättas för våld. Kvinnor som är utsatta för våld av sin partner missbrukar alkohol och droger i högre grad än andra kvinnor. En amerikansk studie visade att de våldsutsatta kvinnorna hade en sex gånger högre risk att missbruka alkohol och droger.⁷ Kvinnor som lever i ett våldsamt förhållande använder ofta alkohol eller droger för att vara mindre rädda men deras missbruk gör dem även mer utsatta.⁸

Kvinnor som i samhällets ögon betraktas som missbrukare är en särskilt drabbad grupp när det gäller våld av alla former och deras situation förvärras ofta av att de hamnar i beroendeställning till sin partner. Dessa kvinnor söker ofta inte vård förrän de fått allvarliga skador och är också svåra att motivera till varaktiga kontakter. Kvinnor som utsatts för våld hänvisas ofta från vården till kvinnojouren där man inte alltid har resurser eller tillräcklig kunskap att möta missbruksproblematiken. Kvinnan återvänder därför ofta till sin våldsamma partner eftersom hon inte har någon annanstans att ta vägen. Tvärtom händer det också att vården i första hand uppmärksammar missbruket och inte våldsutsattheten.⁹

Det finns många anledningar till att kvinnor missbrukar, men övergrepp i barndomen är överrepresenterade i denna grupp.¹⁰ Det ligger i sakens natur att det är svårt att göra representativa studier på kvinnor med pågående missbruk. De studier som finns har ofta rekryterat kvinnor som går i behandling eller bor på härbärgen eller i stödboenden. I rapporten *Världens sämsta brottsoffer* utgiven av Nationella rådet för kvinnofrid svarade 40 kvinnor på en enkät om sin våldsutsatthet. Kvinnorna vistades på häkte, i fängelse eller på behandlingshem i Stockholm. Alla uppgav att de utsatts för fysiskt och psykiskt våld och 25 av kvinnorna hade blivit sexuellt utnyttjade. Den vanligaste förövaren var en manlig partner men även föräldrar och syskon nämndes. Flera angav mer än en förövare och man kunde dra slutsatsen att de utsatts under nästan hela sitt liv. Femton av

kvinnorna hade blivit utsatta för våld från personal inom polisen, kriminalvården, socialtjänsten och skolan.¹¹

Svenska forskare har undersökt hur missbruk och våld interagerar i en grupp kvinnor som hade kontakt med verksamheter som vänder sig till missbrukande kvinnor i Stockholm, Göteborg och Malmö.¹² Kvinnorna missbrukade alkohol och/eller narkotika eller läkemedel. De svarade på en enkät på plats under en viss vecka. Sammanlagt lämnade 103 av 153 kvinnor in enkäten (67 procent). Totalt hade över 90 procent av kvinnorna utsatts för fysiskt, sexuellt eller emotionellt våld av en man. Vanligast var verbala kränkningar men den övervägande delen hade även varit utsatta för andra övergrepp. Nästan fyra av fem hade utsatts för hot och tre av fyra hade utsatts för fysiskt våld samt 41 kvinnor dessutom för sexuellt våld. Drygt hälften hade varit utsatta av mer än en förövare, oftast män.

Det var vanligast att förövaren var en före detta manlig partner (77 kvinnor) men en femtedel av kvinnorna hade utsatts av professionella personer som polis, väktare eller behandlingspersonal. Knappt hälften hade utsatts mer än tio gånger.

De kvinnor som hade varit utsatta de senaste två åren fick svara på frågor om typ av våld och förövare. Hot och kränkningar var vanligast men 60 procent hade blivit sparkade och fått motta knytnävsslag, 22 procent hade varit utsatta för våld med tillhygge och lika många för sexuellt våld. Den vanligaste förövaren var här en tidigare manlig partner (49 procent). Nuvarande manlig partner förekom i 28 procent och manlig bekant ungefär lika ofta. Professionella personer uppgavs i 14 procent. Tre fjärdedelar hade blivit utsatta i den egna bostaden men sju procent uppgav behandlingshem. Drygt hälften hade sökt hjälp, de flesta hos polisen. Hälften av kvinnorna hade någon gång blivit tillfrågade om partnervåld utan att de själva hade behövt ta upp frågan. Socialtjänsten hade frågat flest, 19 av kvinnorna. Socialtjänsten var även den instans som oftast erbjudit stöd.¹³

I en amerikansk studie intervjuades drygt 170 kvinnor som missbrukat droger det senaste året varav knappt en fjärdedel djupintervjuades. Hälften var hemlösa och bodde på härbärgen och hälften hade ett subventionerat permanent boende. Det visade sig att de hemlösa kvinnorna utsattes för våld från en rad olika förövare och ofta på platser utanför sitt boende men i drygt 60 procent av fallen var förövaren ändå en partner i en pågående eller tidigare relation vilket väl överensstämmer med den svenska studien. Våldtäkt var vanligare i denna grupp som ibland också sålde sex för att finansiera sitt missbruk, 21 mot 5 procent bland dem med egen bostad. Fysiskt våld drabbade de båda grupperna ungefär lika mycket, i 76 respektive 64 procent. Kvinnorna med fast boende var alltså lika utsatta för fysiskt våld, över 70 procent i form av partnervåld, men de var även utsatta för våld från andra boende som till exempel en grannes partner. Missbruk var mycket vanligare bland de hemlösa och enligt dessa kvinnors mening bidrog detta i hög grad till våldet, framför allt det sexuella.

Kvinnornas uppfattning om vad som skulle räknas som övergrepp skilde sig inte mellan grupperna men däremot från den gängse uppfattningen, vilket är värt att notera. Intentionen att skada var avgörande men också hur grov skadan blev. Om det inte uppstod blodvite eller var förenat med livsfara räknades ofta inte våldet som övergrepp.¹⁴ En annan amerikansk studie påpekar vikten av att man frågar efter våldsutsatthet då missbrukande kvinnor söker vård.¹⁵

Prostituerade kvinnor är en av de mest utsatta grupperna. I en kanadensisk studie fann man att kriminalisering, hemlöshet och dålig tillgång till behandling för missbruk korrelerade till våldsutsatthet hos kvinnor som sålde sex med gatan som bas.¹⁶

Kvinnor med funktionshinder har ofta behov av olika stödåtgärder från kommunen. Socialstyrelsen har granskat kommunernas beredskap för våldsutsatta kvinnor och funnit stora brister. Allmänna råd om kommunernas ansvar har utfärdats.¹⁷

Sammanfattning

Kvinnorna som beskrivs i detta kapitel är särskilt sårbara och i hög grad i behov av stöd och skydd från vården och samhället. Tvärtom blir de i stället ofta dubbelt utsatta då de söker hjälp eftersom vården inte sällan väljer att blunda för delar av deras komplicerade problematik. Samhällets stödåtgärder innebär vidare förvånande ofta nya tillfällen för dessa kvinnor att utsättas för våld och kränkande behandling. Medvetenheten om detta måste förbättras. Stor öppenhet och lyhördhet behövs inom vård och socialtjänst för att dessa kvinnor ska berätta om sin situation och ta emot hjälp. Deras livserfarenheter gör ibland att de har en annan referensram för vad som är otillbörligt våldsamt beteende och man måste formulera sina frågor så att kvinnorna kan känna igen sig.

- ¹ Brownridge D (2006). Partner violence against women with disabilities. Prevalence, risks and explanations. *Violence against Women*. 12:9, s. 805–822.
- ² Cohen MM, Forte T, DuMont J, Hyman I & Romans S (2005). Intimate partner violence among Canadian women with activity limitations. *J Epidemiol Community Health*. 59:10, s. 834–9.
- ³ Forte T, Cohen MM, DuMont J, Hyman I & Romans S (2005). Psychological and physical sequelae of intimate partner violence among women with limitations in their activities of daily living. *Archives of Women's Mental Health*. 8, s. 248–256.
- ⁴ Barrett K, O'Day B, Roche A & Leipidus Carlson B (2009). Intimate partner violence, health status, and health care access among women with disabilities. *Women's Health Issues*. 19, s. 94–100.
- ⁵ Utredningsinstitutet Handu (2007). *Mäns våld mot kvinnor med funktionsnedsättning*. Stockholm: Handu.
- ⁶ Reiter, S, Bryen D & Shachar I (2007). Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. *J Intellectual Disabilities*. 11:4, s. 371–387.
- ⁷ Bonomi A, Anderson M, Reid R, Rivara F, Carell D & Tompson R (2009). Medical and Psychosocial Diagnoses in Women with a History of Intimate Partner Violence. *Arch Intern Med*. 169: 18, s. 1692–1697.
- ⁸ Bennet L & O'Brien P (2007) Effects of coordinated services for drug-abusing women who are victims of intimate partner violence. *Violence Against Women*. 13:4, s. 395–411.
- ⁹ Nationellt råd för kvinnofrid (2003). *Råd för kvinnofrid till regeringen – slutrapport från Nationellt råd för kvinnofrid*, Stockholm: Näringsdepartementet.
- Martin S, Moracco K, Chang J, Council C & Dulli L (2008). Substance abuse issues among women in domestic violence programs: findings from North Carolina. *Violence Against Women*. 14:9, s. 985–97.
- ¹⁰ Liebschutz J, Savetsky J, Saitz R, Horton N, Lloyd-Travaglini Ch & Samet J (2002). The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 22, s. 121–128.
- Lincoln A, Liebschutz J, Chernoff M, Nguyen D & Amaro H (2006). Brief screening for co-occurring disorders among women entering substance abuse treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*. 1, s. 26.
- ¹¹ Alfredsson K (2003). *Världens sämsta brottsoffer. Om mäns våld mot missbrukande kvinnor och kvinnor med psykiska funktionshinder*. Stockholm: Nationellt råd för kvinnofrid.
- ¹² Holmberg C, Smirthwaite G, Nilsson A (2005). *Mäns våld mot missbrukande kvinnor – ett kvinnofridsbrott som andra*. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- ¹³ Ibid.
- ¹⁴ Tucker J, Wenzel S, Straus J, Ryan G & Gollinelli D (2005). Experiencing Interpersonal Violence: Perspectives of Sexually Active, Substance-Using Women Living in Shelters and Low-Income Housing. *Violence against women*. 11, s. 1319.
- ¹⁵ Lincoln A, Liebschutz J, Chernoff M, Nguyen D & Amaro H (2006). Brief screening for co-occurring disorders among women entering substance abuse treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*. 1, s. 26.
- ¹⁶ Shannon K, Kerr T, Strathdee SA, Shoveller J, Montaner JS & Tyndall MW (2009). Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *BMJ*. 2009;339:b2939 doi:10.1136/bmj.b2939
- ¹⁷ Socialstyrelsen (2009). *Socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som blivit utvalda*. SOSFS 2009:22 (S); Allmänna råd. Stockholm: Socialstyrelsen.

21. Barn som lever med våld i hemmet

Staffan Janson

Detta avsnitt handlar om barn som utsätts för våld i hemmet. Eftersom fokus för rapporten är våld mellan vuxna, särskilt mäns våld mot kvinnor, har tonvikten i den följande texten lagts på de konsekvenser som våld i familjen får för barnen, medan den direkta misshandeln av barn behandlas mer kortfattat. För den som vill fördjupa sig om olika former av barnmisshandel i vår tid och dess konsekvenser hänvisas till annan aktuell litteratur.¹

Barn har, så långt tillbaka i tiden som vi har dokumentation, agats och misshandlats i hemmen, som ungt tjänstefolk och i skolorna. Med största sannolikhet har barn också bevittnat mycket våld både i sina hem och i samhället. I de länder där barnaga förbjudits har man först förbjudit detta i skolorna och i allmänhet långt senare i hemmen. Detta beror med största sannolikhet på att staten varit huvudman för skolorna, men haft betydligt svårare att lägga sig i det som uppfattats som interna familjeangelägenheter.²

Sverige var det första land i världen som förbjöd vårdnadshavare att kroppsligt bestraffa sina barn, genom en ändring i föräldrabalken år 1979, vilken i vardagslag kommit att kallas anti-aga lagen. År 1982 tillkom en viktig bestämmelse, då barnmisshandel i hemmet föll under allmänt åtal, vilket betyder att åtal kan väckas även om båda vårdnadshavarna nekar till misshandeln. Redan före lagändringarna hade svenska föräldrars inställning till kroppslig bestraffning av barn successivt förändrats. Genom nationella attitydundersökningar som har genomförts regelbundet sedan mitten av 1960-talet vet vi att föräldrar som är positiva till barnaga successivt minskat från 65 procent år 1965 till sju procent år 2006. Vi vet också att nio förskolebarn av tio fick stryk minst någon gång om året i hemmen på 1960-talet och att vart tredje barn agades regelbundet. År 1980 angav drygt var fjärde förälder att de agat ett specifikt angivet barn under det sista året, medan detta vid den senaste nationella föräldrastudien år 2006 sjunkit till knappt tre procent. Det är inte bara antalet agade barn som minskat, utan de barn som agas i sina familjer bestraffas vid färre tillfällen och allt mer sällan med tillhyggen. Det som svenska föräldrar fortfarande gör i hög utsträckning är att de ruskar, drar och

sliter i småbarn, även de allra minsta. Kunskapen om att det kan vara farligt att ruska småbarn (shaken baby) tycks inte ha nått fram till alla, trots upplysningskampanjer under det senaste decenniet.

Studier visar att det är vanligare att invandrade föräldrar slår sina barn och att deras barn oftare bestraffas med tillhyggen. Invandrarföräldrar som är väl integrerade – som har tillägnat sig svenska språket, har arbete och egen bostad – använder mer sällan våld för att lösa konflikter med sina barn.³ I alla familjer gäller att det är förskolebarnen som agas mest och om ett barn inte blivit kroppsligt bestraffat i hemmet före tolv års ålder, så är det mycket ovanligt att det sker i högre åldrar. När man frågar skolbarn om de blivit kroppsligt bestraffade i hemmen under den senaste tioårsperioden har femton procent konsekvent svarat att det hänt någon gång i livet. Av dem som bestraffats har en av tio bestraffats regelbundet och ofta även med tillhyggen. De nationella barnmisshandelsstudierna år 2000 och 2006 har också visat att ungefär vart tionde barn bevittnar våld mellan vuxna i sina familjer.⁴

Barnmisshandelns bestämningsfaktorer

Barnmisshandeln bestäms av ett antal faktorer som har att göra med individen, familjen, kulturen och samhället. Alla dessa faktorer griper in i varandra. Föräldrarnas egna erfarenheter av våld som ett medel att lösa konflikter ökar risken betydligt för misshandel av barnen. Missbruk och kriminalitet är också betydande riskfaktorer, särskilt i de fall där kriminaliteten är kopplad till misshandel och annat våld. De stora problemen med föräldrars alkohol- och drogmisshandling är att missbruket ofta utlöser känslor av misstänksamhet, vilket i sin tur ökar risken för våld och att missbrukande föräldrar blir självupptagna och inte tillgodoser barnens grundläggande behov eller skyddar dem för farliga situationer. De här riskerna är naturligtvis störst för de minsta barnen, som har svårt att ta vara på sig själva. Även där avancerat våld inte förekommer är således vanvård av barn vanligt i missbrukarfamiljer.

Föräldrar med psykoser, särskilt de med vanföreställningar, utgör en betydande risk för barnen, medan depression hos föräldern har en mer måttligt ökad risk för misshandel och vanvård. Det är viktigt att tänka på att ungefär var tredje person som vårdas av psykiatrin också har minderåriga barn. Det finns ingen aktuell forskning om svagbegåvade föräldrar och barnmisshandel i vårt land, men det är sedan tidigare känt att dessa föräldrar (i likhet med en del tonårsföräldrar) kan riskera sina barns hälsa, då de inte har förmåga att förutse vad deras barn kan råka ut för. Utländska erfarenheter talar för att misshandelsrisken för barn till svagbegåvade föräldrar och tonårsföräldrar är måttligt ökad.⁵

Det har länge varit en stridsfråga om sociala och ekonomiska problem ökat risken för misshandel i hemmen, eller om sannolikheten att det skall upptäckas i

dessa familjer är högre. Senare års forskning har bekräftat den ökade risken i socialt utsatta familjer. I allmänhet har dessa familjer en kombination av stressutlösare som dålig ekonomi, arbetslöshet, ensamstående föräldraskap och social isolering.⁶

Det är olyckligtvis också så att vissa egenskaper hos barnet ökar risken för misshandel. Det gäller för tidigt födda barn, sannolikt på grund av bristande social kontakt och anknytningssvårigheter, samt för barn med "svåra" temperament. Hyperaktiva barn kan utlösa stressrelaterat våld, oppositionella barn kan trigga aggressiva reaktioner medan letargiska barn kan bli försummade och vanvårdade. Från både svenska och utländska studier vet vi att misshandelsrisken är dubblerad för barn med kroniska sjukdomar och funktionshinder.⁷ För barn med "svårbegripliga" funktionshinder som exempelvis adhd är risken ännu högre, särskilt om de lever i familjer med social och ekonomisk stress.

Våld inom familjen

Den allvarligaste av alla riskfaktorer för våld mot barn är våld i hemmet mellan de vuxna.

I Norden gjordes banbrytande arbeten om barn som upplever våld i sina familjer av Else Christensen i Köpenhamn redan i början av 1980-talet och något senare följde flera studier om familjevåld i de övriga nordiska länderna.⁸ Men det var först med studierna från Kommittén mot Barnmisshandel år 2000, som man fick en uppfattning om hur vanligt det är att svenska barn bevittnar våld mellan vuxna i sina familjer. Både i skolbarnsstudierna från år 2000 och år 2007 fann man att ungefär åtta procent av barnen sett de vuxna slå varandra, sex procent vid enstaka tillfällen och två procent ofta. Även när man tar hänsyn till andra riskfaktorer så har vi i de svenska nationella studierna visat att barn i dessa familjer har sex gånger ökad risk att bli slagna jämfört med barn där våld i familjen inte förekommer.⁹ I familjer där de biologiska föräldrarna inte längre levde tillsammans rapporterade barnen nästan dubbelt så mycket familjevåld som de övriga barnen. Våld i familjen var också vanligare i familjer med svag ekonomi. Att nästan vart tionde barn i vårt land bevittnar våld i sina familjer måste betraktas som ett av våra mest betydande folkhälsoproblem. Våld mot kvinnor tycks också vara vanligare i familjer där barnen har psykiska problem. Vid den barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Gamlestaden i Göteborg började man år 2007 konsekvent att tillfråga barnens mödrar om de utsatts för våld av sin partner. Av 308 tillfrågade mödrar svarade 21 procent att deras partner utsatt dem för våld.¹⁰

Våld mot mödrar och barn

Risken för fysiskt våld mot både barn och mor är störst i familjer med låg social position vare sig den bedömts efter yrke, utbildningsnivå eller ekonomi. Risken

att barn utsätts för fysiska övergrepp tycks stå i direkt proportion till antalet våldshandlingar mellan föräldrarna, oavsett om det är mannen eller kvinnan som är den dominerande parten. Men i praktiken är våld mot barnen huvudsakligen knutet till fysiskt våld mot kvinnorna. Det grova våldet mot kvinnor, som leder till sjukhusvistelse, kulminerar i åldrarna 25–44 år, det vill säga i de åldrar då kvinnorna är mammor till förskolebarn och yngre skolbarn.¹¹

Internationella studier har visat att mödrar som uppsöker sjukvård för misshandlade barn i 30–60 procent av fallen själva utsatts för misshandel. Detta uppmärksammas dock sällan av sjukvården. Omvänt gäller att barn till våldsut-satta kvinnor också i upp till 60 procent blivit utsatta för våld, ofta utan att det blivit känt vare sig för sjuk- eller socialvård.¹² Studier talar för att barn bevittnar våldet mot sina mammor i omkring 50 procent av tillfällena. Ibland blir barnen också indragna i misshandeln, antingen därför att pappan tvingar dem att utöva våld mot mamman eller genom att barnen försöker gå emellan och stoppa våldet. I sådana sammanhang kan barnen utsättas för grovt våld eller skadas svårt vid avvärjande rörelser från vuxna, även när detta inte varit avsikten. Exempel på detta är en pappa som med händerna är upptagen med att hålla fast kvinnan och samtidigt försöker sparka undan barnet.

Barns utsatthet

Barn som växer upp i familjer där det förekommer upprepat våld lever under mycket speciella omständigheter. När hot eller faror härstammar från en person som barnet samtidigt söker kärlek och omsorg hos, blir de psykiska effekterna mer omfattande än när hotet kommer från främlingar. Barn som växer upp i en omgivning där våld när som helst kan brisera lever i ett förhöjt spänningstillstånd, som i värsta fall förhindrar barnets normala utveckling och ökar risken för avvikande socialt beteende.

En mycket omfattande internationell kunskapsöversikt från år 2008 om familjevåldets effekter på barnen kan sammanfattas enligt följande:¹³

- Att se sin förälder bli slagen i hemmet är en form av psykisk misshandel, som för de flesta barn har mycket negativa effekter.
- Många barn ser inte bara sin mor bli slagen utan får ibland även uppleva att hon våldtas av fadern eller någon annan vuxen man, som vistas i hemmet.
- Om våldet är mycket allvarligt, där exempelvis knivar och skjutvapen är inblandade, tar barnen mycket illa vid sig, oavsett om de blir direkta vittnen till våldet eller befinner sig i ett närliggande rum utan direkt insyn.
- Våld som fortsätter efter att föräldrarna separerat är ofta gravare än det våld som föregick separationen. Alkoholmissbruk ökar risken för övergrepp som slutar med mord.
- Risken att barnet också skall bli slaget (eller i vissa fall våldtagen) varierar i internationella studier mellan 30 och 60 procent.

- Det är inte helt ovanligt att barnen av förövaren tvingas in som part i misshandeln av modern. Ju äldre barnet blir, ju större är risken att de deltar i misshandeln eller till och med misshandlar mamman på eget initiativ, särskilt pojkarna som tillägnat sig en dålig förebild när det gäller att lösa konflikter.

Symtom hos barnen

Redan under spädbarnstiden tycks barn kunna skapa kroppsliga (beteendemässiga) minnen av våld och från treårsåldern får barn så starka minnen att de kan minnas och berätta om dem. Barn som bevittnat våld i hemmet har ofta symtom av posttraumatisk stress och symtomen tycks vara vanligare när våldet begåtts av en närstående. Förskolebarn har vanligen psykosomatiska symtom som ont i magen, mardrömmar och ätstörningar, men även rastlöshet och överdrivet föräldraberoende. De återupprepar ofta traumatiska händelser i sina lekar.

Skolbarnen känner ofta skuld för att de inte kunnat förhindra våldssituationerna, får skamkänslor och försöker bevara familjevåldet som en familjehemlighet. Både pojkar och flickor i den här åldern kan besväras av koncentrationsstörningar och minnessvårigheter, vilket påverkar skolarbetet negativt.

Hos tonåringarna blir skamkänslor och självanklagelser vanligare. Många söker förståelse hos jämnåriga utanför hemmet och tonårsflickor kan utveckla en stark misstro mot män och negativa attityder till fasta relationer i vuxen ålder.

Långtidseffekter

Även när man kontrollerar för faktorer som direkt utsatthet för fysiska övergrepp under barndomen och svåra alkoholproblem hos föräldrarna kvarstår negativa långtidseffekter hos unga vuxna. De psykiska problemen är ofta betydande även i familjer där föräldraskapet i perioder fungerat väl. Senare års forskning talar för att det finns ett starkt samband, särskilt för kvinnor, mellan att växa upp i en våldsamt familj och även som vuxen bli utsatt för våld.¹⁴

Motståndskrafter

All forskning talar för att ungefär en tredjedel av alla barn klarar av att bli välfungerande vuxna, även när de vuxit upp under de allra svåraste förhållanden. Dels handlar det om inbyggd biologisk styrka som god begåvning och ett lugnt temperament, dels om sociala skyddsfaktorer. En säker anknytning till den icke våldsamma föräldern eller till en annan betydelsefull vårdare är det utsatta barnets viktigaste skyddsfaktor. Under ungdomsåren kan goda relationer till kamrater mildra effekterna av familjevåldet, men det finns inga studier som med säkerhet visat att kamratrelationer har betydelse på längre sikt för den psykiska hälsan. Barn med god självkänsla inom något område som exempelvis idrott eller musik, har högre förmåga att "skaka av sig" våldets negativa effekter.¹⁵

Förändrad lagstiftning

I juli 2003 infördes ett tillägg i brottsbalken som säger att det är en försvårande omständighet om ett brott undergräver ett barns tillit till någon som står barnet nära. Sedan november 2006 är också brottskadelagen ändrad så, att barn som bevittnar våld får rätt till brottskadeersättning, men däremot är de enligt gällande lagstiftning inte målsägande i brott där de bevittnat våld.

Trots en ökad medvetenhet om att många män är farliga för sina samboende kvinnor uppfattas dock samma män ofta som ofarliga för sina barn. I praktiken tycks istället en far som använder våld mot kvinnor att betraktas som en bra vårdnadshavare och umgängesförälder tills motsatsen är bevisad. Våren 2005 publicerade barnombudsmannen en rapport som visade att svenska tingsrätter under år 2000 systematiskt dömde till gemensam vårdnad mot en förälders vilja, trots en straffrättslig dom för våld av pappan mot mamman och utan att domstolar eller socialtjänst gjort de riskbedömningar de är ålagda att göra.¹⁶

Att kunna se och förstå sammanhanget

De som arbetar med våldsutsatta kvinnor, i akut skede eller långsiktigt, måste fråga sig om kvinnorna har minderåriga barn som kan vara i fara och om en anmälan till socialtjänsten är aktuell. De som utreder barnmisshandel måste fråga sig om även modern är utsatt för våld. Men att avslöja våld i familjen kan många gånger vara svårt. Det är fullt möjligt att en familj genomgår en utredning för misshandel av barn utan att övrigt våld i familjen uppdagas.¹⁷ Flera faktorer försvårar möjligheten att fastställa om barn är utsatta för att bevittna våld i familjen:¹⁸

- a. Våldet ses ur ett vuxenperspektiv, vanligtvis ett kvinnoperspektiv och sällan ur ett barnperspektiv. Många gånger förstår inte de vuxna eller tränger bort hur mycket av våldet som barnen ser eller tar till sig.
- b. Rädsla från föräldrarna, inte minst från kvinnorna, att barnen kan omhändertas för samhällsvård.
- c. Barn är mycket lojala även gentemot våldsutövande föräldrar och berättar inte gärna spontant för utomstående. Även barnen kan ha skamkänslor för sin familj och för att de själva skall uppfattas som avvikande.
- d. Många barn tror eller invaggas i förhoppningar om att det kommer att bli bättre.
- e. Barn litar inte på professionella från socialtjänst, polis eller hälsovård (ibland på grund av tidigare dåliga erfarenheter).

Identifikation av våldsutsatta mödrar är troligen det bästa sättet att också identifiera övergrepp mot barn. Personal inom all sjukvård, men särskilt de som arbetar med mödrar och barn måste tränas i att identifiera våldsutsatta kvinnor och barn och att göra kopplingen dem emellan. Den tiden måste vara förbi när vi inte ser

att våld i familjen drabbar både kvinnor och barn, och hur det undergräver människans funktion som pappor.

Även barnen behöver stöd för att bearbeta det våld de upplevt i sina hem. Det är ingen lätt uppgift att tala med barn om dessa svåra förhållanden men kris-samtal i så nära anslutning till den våldsamma händelsen som möjligt ger barnet en omedelbar lättnad och underlättar vidare bearbetning. Rädda Barnen i Sverige har gjort ett pionjärbete genom att samla sina erfarenheter i en handbok och ta fram en konkret arbetsmodell för att stödja barn som varit vittne till våld i sina familjer.¹⁹ Detta eller liknande arbetssätt används i dag både inom barnpsykiatrisk verksamhet och socialtjänst, dit man kan vända sig för att få hjälp.

Gruppsamtal med skolbarn där man informerar om och diskuterar barns rättigheter och vad som inte är acceptabelt är sannolikt en bra primärpreventiv åtgärd om samtalen leds av erfaren elevvårdspersonal. Eftersom vi vet att barn som utsätts för våldshandlingar i hemmen också har ökad risk för att bli inbegripna i mobbningsituationer kan sådana samtal kopplas till skolornas anti-mobbingsarbete.

Sammanfattning

Att se sin förälder bli slagen i hemmet är en form av psykiskt våld som för de flesta barn har mycket negativa effekter på deras hälsa och utveckling. Att bevittna våld mellan föräldrarna ger upphov till så väl akuta som långvariga post-traumatiska stressreaktioner, särskilt vid upprepat våld. Våld mellan föräldrarna är också den allvarligaste riskfaktorn för våld mot barnet. Det är drygt femtio procents risk att även barnen blivit slagna om modern misshandlats i hemmet och identifiering av våldsutsatta mödrar är troligen det bästa sättet att identifiera utsatta barn. Att vara utsatt för våld försämrar också moderns förmåga att både skydda och trösta barnet. Våldsutsatta barn behöver kvalificerad hjälp där man måste ta hänsyn till barnets skydd mot nya övergrepp, få ordning och reda i vardagslivet och ge möjlighet att bearbeta de obehagliga upplevelserna. Ju yngre barnen är ju snabbare måste hjälpen sättas in.

- ¹ Janson S, Långberg B & Svensson B (2007). *Våld mot barn 2006–2007*, Stiftelsen Allmänna Barnhusets skriftserie 2007:4, Stockholm. Gilbert R, Widom CP, Browne K, Ferguson D, Webb E & Janson S (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. *The Lancet* 373, s. 68–81.
- ² Bergenlöf E (2009). *Drabbade barn – aga och misshandel i Sverige från reformationen till nutid*. Nordic Academic Press, Lund.
- ³ Janson S, Långberg B & Svensson B (2007). *Våld mot barn 2006–2007*, Stiftelsen Allmänna Barnhusets skriftserie 2007:4, Stockholm.
- ⁴ Ibid.
- ⁵ Lundberg I (2005). *Utsatta flickor och pojkar – en översikt av aktuell svensk forskning*. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- ⁶ Gilbert R, Widom CP, Browne K, Ferguson D, Webb E & Janson S (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. *The Lancet*. 373, s. 68–81.
- ⁷ Sullivan PM & Knutson JF (2000). Maltreatment and Disabilities: A population based epidemiological study, *Child Abuse & Neglect*. 24;10, s. 1257–1273.
- ⁸ Christensen E (1984). *Vold ties icke ihjel. En bog om parforhold*. Köpenhamn: Nyt Nordisk forlag.
- ⁹ Janson S, Långberg L & Svensson B (2007). *Våld mot barn 2006–2007*, Stiftelsen Allmänna Barnhusets skriftserie 2007:4, Stockholm.
- ¹⁰ Hedtjärn G, Hultman O & Broberg A (2009). Var femte mamma till barn i BUP-vård hade utsatts för våld. *Läkartidningen*. 106; s. 3242–3247.
- ¹¹ Janson S & Almqvist K (2000). Barn som bevittnat våld – en utsatt grupp som är alltför lite uppmärksammas, *Läkartidningen*. 97, s. 4094–4099.
Hartley CH (2002). The co-occurrence of child maltreatment and domestic violence: Examining both neglect and child physical abuse. *Child Maltreatment*. 7, s. 349–358.
- ¹² Eriksson M (red) (2007). *Barn som upplever våld. Nordisk forskning och praktik*. Stockholm: Gothia.
- ¹³ Holt S, Buckley H & Whelan S (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature, *Child Abuse & Neglect*. 32; 8, s. 797–810.
- ¹⁴ Renner L & Slack K (2009). Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse & Neglect*. 30, s.599-617.
- ¹⁵ Holt S, Buckley H & Whelan S (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature, *Child Abuse & Neglect*. 32; 8, s. 797–810.
- ¹⁶ BO (2009). *När tryggheten står på spel*, Stockholm: Barnombudsmannen.
- ¹⁷ Hartley CH (2002). The co-occurrence of child maltreatment and domestic violence: Examining both neglect and child physical abuse. *Child Maltreatment*. 2002; 7, s.349–358.
- ¹⁸ Hydén M (2005). *När mamma blir slagen – att hjälpa barn som levtt med våld i familjen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- ¹⁹ Arnell A & Ekblom I (1999). *"och han sparkade mamma" – möte med barn som bevittnar våld i sina familjer*. Stockholm: Rädda Barnen.

22. Mäns utsatthet för våld i nära relationer

– mötet med hälso- och sjukvården

Eleonora Stolt

Genom såväl internationell som nordisk forskning står det klart att grovt och upprepat våld i heterosexuella parrelationer i de flesta fall handlar om mäns våld mot kvinnor.¹ Samtidigt visar undersökningar från bland annat våra nordiska grannländer att även hetero- och homosexuella män utsätts för våld av sina partner och andra familjemedlemmar. När det gäller lindrigare former av våldsutövning, till exempel knuffar, slag, att dra i håret eller att kasta saker, visar forskningen att partnervåld som riktas mot kvinnor och män förekommer i liknande utsträckning.² I nordiska studier rapporteras utsatthet för relationsvåld i samma grad av män som kvinnor. Däremot visar forskningen att det rör sig om olika typer av våld.³ Kvinnor utsätts oftare för upprepat våld som dessutom tenderar att vara grövre.⁴

Ur ett hälso- och rättssäkerhetsperspektiv är det viktigt att uppmärksamma våldsutsatta män. De personer som utsatts för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld riskerar att utveckla ångest, depression och smärttillstånd – besvär som kan komma att bli kroniska. Dessa symtom utgör ett stort folkhälsoproblem som skulle minska om offren på ett tidigt stadium erbjuds stöd och hjälp samt möjlighet att bearbeta de traumatiska upplevelsorna. Att rutinmässigt ställa frågan om våld till alla som söker sjukvård innebär en viktig möjlighet att få kontakt med personer som är eller tidigare har blivit utsatta för våld. Män är den grupp i samhället som utsätts för mest fysiskt våld; oftast av en obekant person men även av bekanta och närstående.⁵ Hälso- och sjukvårdens personal måste därför ha kunskap om hur de ska bemöta och hjälpa våldsutsatta män.

Omfattningen av mäns utsatthet för våld i nära relationer

Det finns i dag få svenska omfångsundersökningar som specifikt undersöker mäns utsatthet för våld i nära relationer. De större befolkningsundersökningar som

gjorts har fokuserat på kvinnors utsatthet.⁶ Det innebär att kunskapen om mäns erfarenheter av att utsättas för våld av en partner är begränsad, liksom kunskapen om deras behov av hjälp och stöd.

Forskning visar att svaren beträffande utsatthet för relationsvåld kan skilja sig åt beroende på hur frågorna är formulerade och i vilket sammanhang de ställs. Resultaten skiljer sig om studien i grunden handlar om konfliktlösningar, om våld respektive om brott (det vill säga våldsutövning som enbart definieras som kriminell). Om frågor om våldsutövning ställs inom ramen för en studie om konfliktstrategier blir den uppskattade förekomsten av våld mer omfattande och i dessa studier observeras heller inga större skillnader mellan kvinnor och män. Då enbart brottsliga gärningar undersöks förefaller våld i nära relationer inte vara lika vanligt förekommande och det är också oftare riktat mot kvinnor.⁷ Män kan emellertid underrapportera sin utsatthet för våld i nära relationer på grund av att de har svårt att definiera och reflektera över sina erfarenheter av våld i termer av brott.⁸

En svensk omfångsundersökning från 2009 om mäns våldsutsatthet i ett livsloppsperspektiv visar att fler män än kvinnor utsätts för våld, men att det våld som män utsätts för är mindre allvarligt än det våld kvinnor utsätts för och inte orsakar samma långvariga lidande.⁹ Studien, som kommer från Hälsouniversitetet i Linköping, baseras på enkätsvar från 1 800 män, vilka jämförs med en tidigare studie med samma frågor som gjorts på en kvinnlig population. Närmare hälften av männen hade utsatts för fysiska övergrepp i sitt liv och fler än var tionde person hade även upplevt emotionella övergrepp. Knappt tio procent av männen rapporterade att de fortfarande lider av de fysiska övergrepp som de utsatts för och lika stor andel led av de psykiska övergrepp som de upplevt. Bland kvinnorna var motsvarande siffra mellan 15 och 20 procent.¹⁰

Fyra procent av männen uppgav att de hade utsatts för sexuella övergrepp. I merparten av fallen hade övergreppen begåtts då männen var under 18 år och utövats av en person de kände. En mycket liten andel av de sexuella kränkningarna hade utövats av en kvinnlig partner. Det var också mycket sällsynt att männen uppgav att förövaren till de sexuella övergrepp de utsatts för var en kvinna. Däremot svarade en större andel av de utsatta männen att deras kvinnliga partner utsatte dem för psykiska övergrepp. Gemensamt för de båda studierna var att såväl manliga som kvinnliga offer i det flesta fall hade utsatts för fysiska, psykiska och sexuella övergrepp av en manlig förövare.¹¹

En kartläggning gjord av Brottsförebyggande rådet (Brå) år 2009 visar att en av sex personer som utsätts för våld i nära relationer i Sverige är en man.¹² Brå har analyserat de nationella trygghetsundersökningar som myndigheten sammanställt under åren 2006, 2007 och 2008, baserade på 37 800 redovisade svar. De flesta rapporterade händelser av relationsvåld hade utförts av en man mot en kvinna (85 procent) och 14 procent av en kvinna mot en man. Männen utsattes oftare

för trakasserier och mindre ofta för direkt fysiskt våld eller hot om fysiskt våld. Av studien framgick att kvinnor i större utsträckning rapporterade om en grövre form av utsatthet som innefattade misshandel och hot. Kvinnor upplever även rädslan för relationsvåld som ett större hinder. Betydligt fler kvinnor än män har någon gång avstått från en aktivitet på grund av rädsla för brott.¹³ Däremot framhålls att det kan vara svårt att utifrån studien göra direkta jämförelser mellan de omständigheter kring relationsvåld som män respektive kvinnor drabbas av.¹⁴

Ytterligare en svensk omfångsundersökning om ungdomars utsatthet för våld pekar också på att det finns stora skillnader mellan unga kvinnor och unga män. Undersökningen som är baserad på över 3 000 enkäter som besvarats av gymnasieelever och ungdomar som sökt sig till ungdomsmottagningar visade att de unga kvinnorna signifikant oftare än männen varit utsatta för psykiskt och sexuellt våld medan männen betydligt oftare utsattes för fysiskt våld. De unga männen uppgav oftare att de utsatts för psykiskt eller fysiskt våld av en skolkamrat/kompis eller en okänd gärningsman medan kvinnorna i större utsträckning uppgav att det var någon förälder, partner eller ex-partner som utsatt dem.¹⁵

Nordiska studier

Norska omfångsstudier om våld i parförhållanden visar att en stor andel av männen och kvinnorna uppger att de blivit utsatta för partnervåld det senaste året men att ytterst få (två till tre procent) har utsatts för grovt och upprepat våld. Betydligt fler män än kvinnor blir också utsatta för våld av en obekant person, medan kvinnor i större omfattning än män blir utsatta av en partner eller en tidigare partner. Verbala angrepp och kränkningar från en partner är något som relativt många vuxna upplever under loppet av ett halvår, medan färre utsätts för fysiska angrepp.¹⁶

I en norsk nationell omfångsundersökning om våld i parförhållanden från 2005, baserad på svar från 4 816 manliga och kvinnliga respondenter i åldrarna 20–55 år, konstaterades att nästan hälften av männen har utsatts för hot eller våld någon gång efter sin 15-årsdag. Studien visar även att de personer som utsatts för våld av en annan person än sin partner också löper större risk för att utsättas för partnervåld.¹⁷ Av de respondenter som levde i ett parförhållande hade mer än var tjugonde man och kvinna utsatts för en eller flera våldsformer under de senaste tolv månaderna, varav 2,6 procent av männen och 9,2 procent av kvinnorna utsatts för mycket allvarligt fysiskt våld av partnern. Yngre personer uppvisar generellt en högre utsatthet än äldre personer i undersökningen.¹⁸ Många av dem som utsatts för våld uppger att de inte förmått skydda sig mot våldet och var tionde våldsutsatt man rapporterar om mycket allvarliga fysiska skador som en direkt konsekvens av våldsutövningen.¹⁹

Ett annat exempel är en dansk undersökning från 2008 om mäns generella våldsutsatthet. Där konstateras att knappt tio procent av de tillfrågade männen våldsanmälningar gällde en tidigare eller nuvarande partner. Studien, som sammanställer olika datakällor och analyser av kriminalregistret, visar att i 69 procent av de händelser som definierades som partnervåld var våldsutövaren en man och i 31 procent en kvinna.²⁰ I denna kategori ingår dock våld som utövats av "en närstående", vilket kan innebära att förövaren även är en familjemedlem eller släkting. De män som har uppgivit att de var homo- och bisexuella löpte statistiskt sett en större risk än heterosexuella män för att utsättas för våld av en partner. Statistiken över polisanmält våld som utövats av en person som den utsatta haft en samborelation med visar att partnervåld var tio gånger så vanligt bland kvinnor som bland män. Studien visade också att det partnervåld som män polisanmäler är mer frekvent och allvarligt än andra typer av våld som män anmäler. Denna bild stämmer också överens med svenska undersökningar, som visar att relationen till gärningspersonen och graden av våld har betydelse för huruvida brottet polisanmäls eller inte. Dessa två faktorer samspelar med varandra på så sätt att ju grövre våldet är i en nära relation desto högre är sannolikheten att en anmälan görs.²¹

Även internationell forskning har visat att våld mot män i nära relationer är ett problem som förtjänar att uppmärksammas. I en retrospektiv kohortstudie, genomförd i USA under perioden 2003–2005, fann man att 4,6 procent av männen hade utsatts för våld av en partner under de senaste 12 månaderna. När tidsperioden utökades till de senaste fem åren var antalet utsatta män 10,4 procent. Under ett livsloppsperspektiv uppgav 28,8 procent av de tillfrågade männen att de utsatts för denna typ av våld. Partnervåld definierades i undersökningen som fysiskt, psykiskt och sexuellt våld samt hot om våld utövat av en partner i syfte att skada eller traumatisera den som utsatts för våldet.²²

Våldets former och uttryck

Det är vanligare att män som utsatts för våld i nära relationer uppger att de utsatts för psykiskt våld än fysiskt våld. Det kan ta sig uttryck som verbala angrepp (förlöjligande och mobbning), isolering (social eller ekonomisk), svart-sjuka, hot om fysiskt våld eller tortyrliknande övergrepp, hot om skilsmässa och förstörelse av personlig egendom.²³ Det är också vanligt att hot uppkommer i samband med skilsmässa. Det kan till exempel handla om att hota att neka partnern umgängesrätt i en vårdnadstvist och att sabotera samvaron med barnen genom att baktala den våldsutsatta föräldern.

Sexuellt våld i nära relationer kan ta sig uttryck som kränkande sexuella handlingar, våldtäktsförsök och våldtäkt, eller som ofrivilligt sex. En norsk omfångsundersökning visade att två procent av de tillfrågade männen hade erfarit minst

en sexuell kränkning efter att de fyllt 16 år.²⁴ Majoriteten av offren har utsatts av en bekant eller närstående och i nästan samtliga fall är förövaren en man. Män drabbas även av sexuella övergrepp som barn vilket ofta får långtgående och allvarliga konsekvenser och kan ge en förhöjd risk att utsättas för annan våldsbrottslighet i vuxen ålder.²⁵ Män utsätts också för sexuella kränkningar av familjemedlemmar, släkt eller vänner och i andra sammanhang såsom i fängelser och andra institutioner. Även kyrkan och militären är potentiella arenor för övergrepp mot män. Sexuellt våld mot män är också vanligt förekommande i krig.²⁶

Män som utsätts för sexuella övergrepp upplever ofta en ordlöshet som innebär att de har svårt att förstå, definiera och benämna utsattheten i termer av våld och kränkningar.²⁷ Manliga våldtäktsoffer tenderar även att söka sjukvård och/eller anmäla brottet till polisen endast om de fysiska skadorna efter övergreppet varit påtagliga eller grava.²⁸ Bilden av män som ständigt sexuellt intresserade och virila bidrar också till myter om våldtäkt som försvårar den mentala läkningsprocessen för de män som utsätts. Det är därför angeläget att sjukvårdspersonalen bidrar till att motverka dessa mytbildningar och ger alla personer som söker sjukvård efter ett sexuellt övergrepp ett likvärdigt och adekvat bemötande.²⁹

Medicinska och sociala konsekvenser

De omedelbara konsekvenserna av våldsutövningen handlar i huvudsak om fysiska skador som kräver akut behandling och uppföljning.³⁰ De fysiska skadorna kan vara omfattande och leder ofta till långvariga efterverkningar som kräver många återbesök och behandling över tid. Våldet kan också få mer långtgående konsekvenser än direkt akuta skador. Det handlar om psykisk ohälsa, rädsla, nervositet, ångest och sömnsvårigheter, PTSD-syndrom, depressioner, nedstämdhet, panikångest, dödsångest, självmordsförsök samt överhängande oro och rädsla för att utsättas för nya våldshändelser.³¹

Män som utsätts för allvarligt våld i nära relationer utvecklar ofta en social fobi, upplever en isolering, minskat socialt nätverk och en rädsla för att vistas i det egna hemmet. Den rädsla männen upplever är tydligt kopplad till att utsättas för nya våldshändelser, och partnerns hot om våld bidrar därför till att förstärka känslan av utsatthet och oro. Våldet påverkar deras vardag på ett genomgripande sätt och försämrar kraftigt livskvaliteten. Det kan till exempel handla om att tvingas lämna sin hemort för att flytta till en annan del av landet för att känna sig trygg, svårigheter att sköta sitt arbete samt långvariga medicinska uppföljningar som innebär omfattande fysisk och psykisk smärta och som tar mycket tid i anspråk.³²

Många män anmäler inte våldet

Tabu och rädsla för att inte bli trodd gör att många våldsutsatta män inte anmäler det våld de utsatts för. Män som blivit utsatta för våld i nära relationer har betydligt lägre förtroende för rättsväsendet, både jämfört med kvinnor med samma erfarenheter och med män som blivit utsatta för annan typ av våld.³³ Våldsutsatta män känner sig också oftare sämre bemötta av polis än vad kvinnor gör.³⁴

Offerbegreppet har för många negativa konnotationer och ses som motsats till att vara stark och kunna försvara sig. Särskilt tabubelagt är det att som man utsätts för våld av en kvinnlig partner.³⁵ Detta leder till att många män försöker lösa sin situation på egen hand utan att söka hjälp utifrån. Normativa föreställningar om män och maskulinitet gör det således komplicerat för män att ta steget att fråga om hjälp och stöd, vilket innebär att det kan vara svårt att upptäcka män som utsatts för våld av en partner eller familjemedlem. Även andra faktorer som ekonomiskt beroende eller rädsla för att förlora ett socialt nätverk som paret har gemensamt kan ha betydelse för oviljan att söka hjälp, anmäla brottet och/eller att lämna en våldsam relation. Många män som har barn tillsammans med den partner som utsätter dem för våld upplever också en överhängande rädsla för att förlora vårdsnaden vid en eventuell vårdnadstvist.³⁶

Mäns behov av hjälp och stöd

Personal vid de hjälpinstanser som möter våldsutsatta män framhåller att männen framför allt har behov av att få bekräftelse på att deras utsatthet är reell, och att de behöver stöd för att få detta bekräftat. Behov av att få våldet att upphöra samt att få berätta om sin våldsutsatthet är också vanliga skäl till att man söker en samtalskontakt.³⁷ I en norsk kartläggning från 2010 konstateras att det inte främst är traumabearbetning (det vill säga hur våldet påverkar den utsatta) som männen efterfrågar utan i första hand att få hjälp att hantera den aktuella situationen och ta sig ur våldsamma förhållanden, till exempel att få hjälp att hitta ett nytt boende och stöd vid en polisanmälan. Samtidigt påpekas att människans uppfattningar om hur omfattande behovet av stöd och hjälp är inte stämmer överens med det faktiska behovet. Därför är det viktigt att vårdpersonal och olika hjälpinstanser förmedlar kontakter till verksamheter som kan erbjuda mer omfattande stöd och samtalsterapi.

Den hjälp männen efterfrågar kan påverkas av deras föreställningar om vilken typ av hjälp som män "bör" få och vilken hjälp män förmodas efterfråga. Studier av våldsutsatta män visar att våldet starkt kan påverka både psykiska och sociala reaktioner. Även om männen i liten grad efterfrågar att få hjälp med att bearbeta dessa bör man ha i åtanke att vissa män kan uppleva det som mer stigmatiserande och konfliktfyllt att be om att få psykisk behandling än att få fysiska skador behandlade.

Män som utsatts för våld av en partner i Sverige hänvisas till såväl professionellt som frivilligt stöd, vilket exempelvis ges vid landets mansjourer och krismotagningar för män samt vid de lokala brottsofferjourerna. Dessa organisationer har mångårig erfarenhet av både våldsutövande och våldsutsatta män liksom god kunskap om våldsproblematik och traumabearbetning.³⁸ Däremot saknas det i dag skyddade boenden för män som utsatts för våld av en partner. Socialtjänsten kan emellertid hjälpa till att hitta ett tillfälligt boende för män och eventuella barn om det finns ett skyddsbehov. De kan också hjälpa till att göra en ansökan till skattemyndigheten om skyddad identitet eller skyddade personuppgifter.

Att ställa frågan om våld till män

De flesta personer som utsätts för våld av en närstående anmäler inte händelsen till polisen och söker sig endast till sjukvården om skadorna är akuta. Vissa söker sjukvård för andra symtom som kan vara kopplade till utsatthet för våld, även om patienten inte själv tar upp sin våldsutsatthet. Sjukvården har ofta goda möjligheter att erbjuda stöd, hjälp och information men det förutsätter att vårdpersonalen uttryckligen frågar om patienten varit utsatt för våld. Om patienten berättar om utsatthet för våld eller sexuella övergrepp måste vårdgivare ha kunskap om hur de ska agera. Det innebär att ge patienten korrekt information, erbjuda relevanta insatser, genomföra en riskbedömning och förmedla kontakt med rättsväsendet, socialtjänsten och andra relevanta aktörer, såsom brottsofferjourer och kris- och traumamottagningar som har specifik kompetens för att bemöta våldsutsatta män.

När man ställer frågan om våldsutsatthet till män måste man tänka på att en del manliga patienter kan uppleva ett extra hinder kring att berätta om sina erfarenheter. Män kan ha svårt att identifiera sig som brottsoffer samt uppleva att det är skamfyllt och stigmatiserande att som man utsätts för våld av en kvinnlig partner. Homosexuella män kan också uppleva en dubbel utsatthet när de söker hjälp hos hälso- och sjukvården i och med att de förutom att berätta om sin våldsutsatthet även måste berätta om sin sexuella läggning.

Det är viktigt att våldsutsatta män får hjälp att formulera sina erfarenheter av våld och att de tas på stort allvar. Bemötandet från sjukvårdspersonalen måste grunda sig på fakta och kunskap och inte på stereotypa föreställningar om hur män förväntas uppträda. En negativ respons från sjukhuspersonalen kan leda till att den våldsutsatte mannen inte berättar om sina erfarenheter och att minnena av våldet och upplevelsen av kränkningar förblir obearbetade. Män kan ha lika svårt som kvinnor att hantera en dominant partner och kroppsstorlek eller fysisk styrka har inte betydelse för vem i relationen som utsätts eller utsätter den andra för våld. Utgångspunkten bör därför vara att alla patienter kan vara potentiella offer för våld i nära relationer och att hälso- sjukvården har en viktig funktion när det gäller att förmedla stöd och krishantering.

- ¹ Dobash R P & Dobash R E (2004). Women's violence to men in intimate relationships. Working on a Puzzle. *British Journal of Criminology*. 44: 3, s. 324–249.
- ² Haaland T, Clausen S-E et al. (2005). *Vold i parforhold – ulike perspektiver: resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
 Pape H (2003). Vold og krenkeler i unge menneskers parforhold. *Medisin og vitenskap*, 15: 123, s. 2016–20.
 Helweg-Larsen K & Frederiksen M L (2008). *Vold mod mænd i Danmark. Omfang og karakter – 2008*. Köpenhamn: Statens institutt for folkesundhet, Syddansk universitet og Minister for ligestilling.
 Nieminen J, Heloma A & Pihlajamäki H (2008). Myös nuoret miehet joutuvat parisuhdeväkivallan uhreiksi. *Lyhyellä koulutuksella 55 voitiin vaikuttaa varusmiesten asenteisiin Suomen Lääkärilehti* 3/2008 vsk 63.
- ³ Hradilova Selin K (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer – Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Rapport 2009:12.
- ⁴ Johnson M P (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*. 57: May, s. 283–294.
 Pape H & Stefansen K (2004). *Den skjulte volden? En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep*. Rapport: Publikasjonsserie fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress 1/2004. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. 142, s 8.
 Haaland T, Clausen S-E et al. (2005). *Vold i parforhold – ulike perspektiver: resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
 Hradilova Selin K (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer – Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Rapport 2009:12.
- ⁵ Brottsförebyggande rådet (2009). *Kriminalstatistik 2008*. Rapport 2009:17. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
 Ekström L (2008). *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007*. Brottsförebyggande rådet. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- ⁶ Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J & Kalliokoski A-M (2001). *Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- ⁷ Gill P & Remahl C (2005). Kvinnor är lika våldsbenägna som män i parförhållanden. DN Debatt 2005-01-27. *Dagens Nyheter*.
- ⁸ Davies M (2002). Male sexual assault victims: a selective review of the literature and implications for support services. *Aggression and Violent Behavior*. 7, s. 203–214.
- ⁹ Swahnberg K, Hearn J, Davidsson J & Wijma B (2010). Men's experiences of emotional, physical and sexual violence and abuse, and abuse in health care: A cross-sectional study of a Swedish random male population sample. In manuscript.
- ¹⁰ Ibid.
- ¹¹ Ibid.
- ¹² Hradilova Selin K (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer – Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Rapport 2009:12.
- ¹³ Ibid. s. 32.
- ¹⁴ Ibid. 24.
- ¹⁵ Danielsson I, Blom H, Nilses C, Högberg U & Heimer G (2010). Tydliga könsskillnader i ungdomars utsatthet för våld. *Läkartidningen* 18, s. 1230–4.
- ¹⁶ Pape H & Stefansen K (2004). *Den skjulte volden?: En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep*. Rapport: Publikasjonsserie fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress 1/2004. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. 142, s 8.
 Haaland T, Clausen S-E et al. (2005). *Vold i parforhold – ulike perspektiver: resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- ¹⁷ Haaland T, Clausen S-E et al. (2005). *Vold i parforhold – ulike perspektiver: resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- ¹⁸ Ibid. s. 86–87.
- ¹⁹ Ibid. s. 108.
- ²⁰ Helweg-Larsen K & Frederiksen M L (2008). *Vold mod mænd i Danmark. Omfang og karakter – 2008*. Köpenhamn: Statens institutt for folkesundhet, Syddansk universitet og Minister for ligestilling.
- ²¹ Hradilova Selin K (2008). *Våldtäkt mot personer 15 år och äldre: utvecklingen under åren 1995–2006*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Rapport 2008:13.
- ²² Reid R J, Bonomi A E, Rivara F P, Anderson M L, Fishman P A, Carell D S & Thompson R S (2008). Intimate Partner Violence Among Men, Prevalence, Chronicity, and Health Effects. *The American Journal of Preventive Medicine*. 34: 6, s. 478–485.
- ²³ Follingstad DR, Wright S, Lloyd S & Sebastian J A (1991). Sex differences in motivations and effects in dating violence. *Fam Relat*. 40, s. 51–57.
- ²⁴ Stefansen K & Smette I (2006). Det var ikke en voldtekt, mer et overgrep.... *Tidsskrift for Samfunnsforskning* 1/2006.
- ²⁵ Andersen T H (2008). Speaking About the Unspeakable: Sexually Abused Men Striving Toward Language. *American Journal of Men's Health*, 2008: 2, s. 25–36.
 Pape H & Stefansen K (2004). *Den skjulte volden?: En undersøkelse av Oslobefolkningens utsatthet for trusler, vold og seksuelle overgrep*. Rapport: Publikasjonsserie fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress 1/2004. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. 142, s 8.
- ²⁶ Abdullah-Khan N (2008). *Male rape. The emergence of a social and legal issue*. New York: Palgrave Macmillan.

- ²⁷ Knutagård H (2009). "men du har ju blivit våldtagen" – om våldtagna mäns ordlöshet. Malmö: SRHR, Socialmedicinska enheten, Universitetssjukhuset MAS.
- Davies M (2002). Male sexual assault victims: a selective review of the literature and implications for support services. *Aggression and Violent Behavior*. 7, s. 203–214.
- Today J L, Linville D, Bustin A, Wheeler J & Gau J (2009). Sexual Assault Support Services and Community Systems: Understanding Critical Issues and Needs in the LGBTQ Community. *Violence Against Women*. 15: 8, s. 952–976.
- ²⁸ Mezey G C & King M B (1989). The effects of sexual assault on men: A survey of 22 victims. *Psychological Medicine*. 19, s. 205–209.
- ²⁹ Nationellt centrum för kvinnofrid. (2008) *Handbok: Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet.
- ³⁰ Exempel på vanliga skador är utslagna tänder (vanligtvis i överkäken), blåmärken, rivsår, näsblod, brutet kind- och näsben, brustna artärer, omfattande blodförlust och medvetslöshet, skadade lungor, snitt över ögonen eller pannan, skador på insidan av munnen, hjärnskakning samt akuta smärtor i korsryggen.
- ³¹ Sogn H & Hjemdal OK (2010). *Vold mot menn i nære relasjoner. Kunnskapsgjennomgang og rapport fra et pilotprosjekt*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).
- ³² Ibid.
- ³³ Hradilova Selin K (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer – Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Rapport 2009:12.
- ³⁴ Ibid.
- ³⁵ Isdal P (1997). Når menn skal mestre overgrepserfaringer. Eksempler fra behandlingssentre for menn med voldsproblemer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 34, s. 106–109.
- ³⁶ Sogn H & Hjemdal OK (2010). *Vold mot menn i nære relasjoner. Kunnskapsgjennomgang og rapport fra et pilotprosjekt*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).
- ³⁷ Ibid.
- ³⁸ Eriksson M, Biller H & Balkmar D (2006). *Mäns våldsutövande – barns opplevelser. En kartläggning av intervensjoner, kunnskap og utveklingsbehov*. Stockholm: Näringsdepartementet.

23. Att fråga om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården kräver utbildning

Annika Björck

Hälso- och sjukvården har ett ansvar att upptäcka och identifiera våldsutsatta kvinnor och ge ett adekvat medicinskt och psykosocialt omhändertagande. Detta tydliggörs i hälso- och sjukvårdslagens definition av ”en god vård”.¹ Våld mot kvinnor förekommer i alla samhällsklasser och kan ta sig många olika uttryck vilket innebär att kvinnorna kan söka hjälp överallt i vården. Vårdkonsumtionen är ofta omfattande och kontakten med hälso- och sjukvården kan vara den enda myndighetskontakt kvinnan har. Hälso- och sjukvårdens personal utgör därför en nyckelgrupp när det gäller att upptäcka och identifiera våldet.

Att kommunicera om våldsutsatthet

Att vara våldsutsatt kan innebära ett hinder i kommunikationen mellan patient och vårdgivare. För många våldsutsatta kvinnor är det svårt att berätta om våldet varför kommunikationsansvaret vilar på sjukvårdspersonalen. Varsamt och noggrant frågande är nödvändigt för att tidigt kunna identifiera våldet och förhindra ytterligare lidande.² En förutsättning är förstås att personalen har grundläggande kunskap om våldet och dess konsekvenser. Kunskap är också nödvändig för att bedriva förebyggande arbete, tillskapa resurser och förändra attityder i samhället.

Brist på kunskap – ett problem

Bristen på kunskap har i flera utredningar och skrivelser påtalats som ett av de stora problemen i arbetet med att synliggöra och motverka våldet mot kvinnor. Kvinnovåldskommissionen (1993) visade att mäns våld mot kvinnor som område behandlades ytterst lite i yrkesutbildningar.³ I den efterföljande *Kvinnofrids-*

propositionen (1998) betonades det att personer som arbetar med frågorna måste ha tillräcklig utbildning och kompetens för att upptäcka våldet i tid och ge ett bra bemötande. I propositionen föreslogs en satsning på att öka kunskaperna hos de yrkesgrupper som handlägger ärenden eller på annat sätt kommer i kontakt med våldsutsatta kvinnor. Det framhölls även att yrkesutbildningarnas examensordning borde förtydligas i syfte att säkerställa att jämställdhetsfrågor och frågor om våld mot kvinnor blev belysta i relevanta yrkesutbildningar.⁴

Andra utredningar såsom *Slag i luften* (2004), statens offentliga utredning av kvinnofridspropositionen, visade på att det fortfarande fanns brister hos tjänstemän på myndigheterna när det gäller kunskap om våldet och det menade utredarna kunde härledas till obefintliga eller svaga insatser inom området på grundutbildningar.⁵ Kvinnofridspropositionen följdes även upp av Höskoleverket (HSV) som i rapporten *Genusperspektiv och mäns våld mot kvinnor* (2004) utvärderade hur mäns våld mot kvinnor beaktades i elva utbildningar.⁶ I rapporten framhölls faktorer för en framgångsrik undervisning. Som exempel menade utredarna att undervisningen borde bestå av obligatoriska kurser som vilar på en formell grund och att den inte borde vara beroende av enskilda lärares engagemang i frågan. Genom att skriva in mäns våld mot kvinnor i kursplanen menade HSV att undervisningen skulle få en långsiktig och stabil grund att stå på. Lärarnas kompetens och utbildning lyftes också fram som en viktig faktor samt att studenterna borde få en möjlighet att samverka med andra aktörer som dagligen arbetar med mäns våld mot kvinnor. Höskoleverkets rekommendationer var bland annat att regeringen borde överväga att införa kunskap om mäns våld mot kvinnor som ett krav i examensordningar samt utbildning av lärare vid universitet och högskolor i dessa frågor.

Vikten av utbildning har även aktualiserats genom regeringens *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer* (2007). I handlingsplanen är ett av de prioriterade insatsområdena ökad kunskap om våldet och dess bakomliggande mekanismer. Handlingsplanen betonar även vikten av utbildning för att öka kompetensen hos dem som i yrket kan komma att möta våldsutsatta kvinnor och förövare.⁷ I de grundutbildningar vid universitet och högskolor som leder till yrken inom hälso- och sjukvården beaktas i dag kunskapsområdet mäns våld mot kvinnor i skiftande grad. Det finns stora variationer både mellan de olika programmen och mellan lärosätena.⁸ Många studenter som examineras till yrken inom hälso- och sjukvården där man med stor sannolikhet kommer att möta mäns våld mot kvinnor har liten eller ingen kunskap och är därmed dåligt förberedda. Detta innebär att arbetsgivaren har ett stort ansvar för fortbildning av berörd personal.

Attityder och värderingar

Mäns våld mot kvinnor är i hög grad förknippat med emotioner. Attityder och värderingar och rena fördomar om våldet kan ha sin grund i brist på kunskap.

Många bär på föreställningar om såväl förekomsten av våld som vem som utsätts och vad våldet får för konsekvenser. En attityd definieras inom socialpsykologin som en mental beredskap att reagera mer eller mindre medvetet i positiv eller negativ riktning på en företeelse eller en grupp av företeelser, utifrån de värderingar om fenomenet och om gruppen som vi har i botten. Attityder är avgränsade och specifika i förhållande till ett fenomen eller en grupp människor och är tämligen stabila över tid.

Det finns tre komponenter i en attityd:

1. Den kognitiva är de kunskaper vi har i en viss fråga och består av begrepp och föreställningar och bygger på kunskaper och erfarenheter eller – i brist på detta – på myter och uppfattningar som inte är underbyggda. Till förståelsen av ett fenomen knyts andra likartade begrepp som bildar en förståelseram till företeelsen.
2. Den affektiva eller känslomässiga komponenten innehåller våra känslor kring begreppet eller gruppen berörda människor. Känslorna, eller emotionerna, berör både de direkt inblandade och dem som bara är åskådare. Dessa olika emotionella reaktioner har betydelse för vilka handlingsalternativ vi förespråkar för oss själva och för samhället.
3. Handlingskomponenten som bygger på den kognitiva och affektiva komponenten syftar på det faktiska agerandet eller vilket beteende vi lutar åt i förhållande till företeelsen i fråga.

Enligt teorin om kognitiv dissonans strävar man alltid efter att få kunskapsdelen i en attityd att vara i harmoni med sig själv. En kognitiv dissonans uppstår alltså när vissa intellektuella element i vår förståelse står i logisk opposition till andra.

Att enbart öka informationsflödet och kunskapen leder inte automatiskt till en positiv förändring av attityder. När vi blir medvetna om detta upplever vi en konflikt, dissonans, inom oss som leder till en strävan att återfå den inre balansen. Samtidigt som dissonansen ökar så tilltar också trycket att minska den och då prövar vi olika åtgärder för att återfå harmoni inombords. Genom att undvika eller omtolka information kan vi uppnå en slags balans inom oss själva. Är det känslomässiga engagemanget mindre går det antagligen lättare att förändra någons attityd. En insikt om egna attityder är alltså nödvändig för att kunna använda kunskaper om mäns våld mot kvinnor.⁹

Utbildning om mäns våld mot kvinnor

Vad måste man ha för kunskap för att fråga och vilka behöver kunskap?

Behöver vissa personalkategorier eller vissa områden inom hälso- och sjukvården speciell kunskap/spetskompetens för att fråga om våld? Egentligen inte. Vålds-

utsatta kvinnor och deras barn kan söka hjälp överallt även om besöken är vanligare vid vissa enheter som till exempel akutsjukvården, psykiatrin, primärvården och kvinno- och barnsjukvården.

Detta innebär att all sjukvårdspersonal som möter patienter behöver ha en grundkunskap för att kunna ställa frågor om och identifiera våldet. I grundkunskapen ingår att känna till våldets omfattning och hälsokonsekvenser. Därtill behövs särskild kunskap om våld i nära relationer – den process som leder till att våldet normaliseras och försvårar uppbrottet. Ökad självinsikt hos vårdpersonalen måste också till för att kunna bearbeta attityder och förändra beteendet. Då kan personalen också hjälpa kvinnorna – både att våga prata om det våld de varit utsatta för och att våga lita på att hälso- och sjukvården kan hjälpa dem mot en förändring som kan leda till ett liv utan våld.

Den yrkesspecifika kunskap som dessutom behövs innefattar rutiner och metoder kopplade till de egna arbetsuppgifterna. Varje enhet inom vården måste utifrån sina områden utforma egna rutiner när det gäller att gå vidare i vård och behandling. För akutsjukvården kan det till exempel vara att säkerställa hur skadedokumentation går till. Kunskapsområdet innefattar även samverkan mellan myndigheter och organisationer. Ofta blir flera aktörer involverade i hjälpkedjan och det ställer särskilda krav på samarbete som måste fungera på ett sådant sätt att brottsoffret inte hamnar mellan stolarna. Att bara ha kunskap inom det egna yrkesområdet blir då otillräckligt. Man måste också känna till andra myndigheters (polis, socialtjänst) möjligheter och begränsningar för att kunna ge ett optimalt omhändertagande.¹⁰

Vad ger utbildning för effekter?

Effekter av utbildningsinsatser

Studier om utvärderingar av utbildningsinsatser inom grundutbildningar och fortbildning inom hälso- och sjukvårdssektorn har visat att viljan ställa frågor om våld generellt sett ökar och att tendensen att skuldbelägga offret minskar. Då ökar också troligen empatin i mötet med den våldsutsatta kvinnan. En annan effekt är att en stor del av de myter kring våld mot kvinnor som florerar tenderar att minska. Medvetenheten om våldets förekomst i alla socioekonomiska grupper ökar också möjligheten att upptäcka fler våldsutsatta kvinnor som söker hjälp utan att direkt ange våldet som orsak. Studier kring attitydförändringar visar en större tendens bland studenter att förändra sina attityder jämfört med andra individer, vilket gör det än mer viktigt att redan under grundutbildningar introducera undervisning gällande våldsproblematiken. Det finns få studier som testat långsiktig inlärningseffekt. De som genomförts visar att en viss långtidseffekt uppnås men att en del av kunskapen också faller bort med tiden och återgår till

nivån före undervisningen. Vilken kunskap som blir långsiktigt bestående beror på hur man utformar utbildningen, vad man lägger tyngdpunkten på och vilka diskussioner som berörs under utbildningen.¹¹

Andra studier kring visar också att utbildning i kunskapsområdet leder till ökad förmåga att identifiera våldsutsatta kvinnor. NCK genomförde i ett projekt med Primärvården inom Landstinget i Uppsala län en enkät avseende personalens erfarenheter av våldsutsatta kvinnor som patienter. Studien visade att många kvinnor sökte hjälp inom primärvården och att vårdgivarna kände att de hade bristfälliga kunskaper. En bred utbildningssatsning med fokus på bemötande och kunskap om brottsoffers reaktioner på våld i nära relationer genomfördes och erbjöds samtliga yrkeskategorier. En ny enkätstudie genomfördes därefter som visade en 30-procentig ökning av antalet handlagda fall kring våldsutsatta kvinnor. För kvinnliga läkare och mottagningssköterskor var ökningen 60 respektive 70 procent. Den självskattade kompetensen ökade generellt och särskilt bland personal som själva handlagt våldsärenden.¹²

En svensk studie om våldserfarenheter bland kvinnlig sjukvårdspersonal vid ett universitetssjukhus visade att utbildning var den enda faktor som hade betydelse i mötet med våldsutsatta kvinnor och att det var viktigare än den egna våldserfarenheten. Kunskap var också avgörande för att man skulle ställa frågor om våld.¹³

Sjuksköterskeprogrammet vid Uppsala universitet är det första och enda i landet som på ett strukturerat sätt infört undervisning om våld mot kvinnor. Från och med höstterminen 2006 ingår kompetensområdet mäns våld mot kvinnor som en "strimma" i programmet. Undervisningen knyter an till olika kurser såsom vårdvetenskap, etik, folkhälsovetenskap och gynekologi och obstetrik under terminerna 1, 2, 4 och 6 och består av föreläsningar och diskussionsuppgifter. Studenterna examineras inom ordinarie kurstentamen. De två första avgångsklasserna har utvärderats genom enkäter och fokusgrupper. Resultatet visar att studenterna anser att våld mot kvinnor är ett viktigt kunskapsområde som ska vara ett självklart inslag i sjuksköterskeprogrammet. Kunskaper från första undervisningstillfället fanns kvar efter tre år – särskilt den kunskap som berör våld i nära relationer. Studenterna anser vidare att det är viktigt att aktivt fråga kvinnliga patienter om våldserfarenheter och inser att kunskap liksom rutiner är viktigt för att man ska våga fråga. Återkommande undervisning som en strimma genom programmet upplevs positivt och bidrar till att flera av studenterna känner sig förberedda att ställa frågor om våld.

Sammanfattning

Våldsutsatta kvinnor kan söka överallt i hälso- och sjukvården och har rätt att kräva ett professionellt omhändertagande såväl medicinskt som psykosocialt. Att vara utsatt för våld innebär ofta att man känner både skam och skuld för det man

varit utsatt för och även rädsla för vad som ska hända om våldet avslöjas. Självkänslan liksom tilliten till andra människor och myndigheter är också ofta svårt skadad. Hälso- och sjukvårdspersonal måste ta kommunikationsansvaret och ställa direkta frågor om våld.

En förutsättning är att man har en grundkunskap om våldets förekomst och konsekvenser, andra myndigheters ansvar och inte minst om egna värderingar och attityder till våld mot kvinnor. Utvärderingar av utbildningsinsatser visar att kunskap om våldets effekter ökar viljan och förmågan att ställa frågor om och identifiera våld.

I dagsläget ingår inte kunskapsområdet som en obligatorisk del i grundutbildningar som leder till yrken inom hälso- och sjukvården där man kommer att ställas inför problematiken. Arbetsgivaren måste därför ansvara för att personalen får grundläggande utbildning. Därtill behövs specialkunskap och rutiner som är kopplade till arbetsuppgifter vid varje specialitet. Då ökar inte bara möjligheterna att synliggöra våldet och ge enskilda våldsutsatta kvinnor hjälp och stöd utan också att bidra till en förbättrad kvinnohälsa generellt och på lång sikt medverka till att våldet mot kvinnor upphör.

¹ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) SFS-nr 1982:763.

² Heimer G & Sandberg D (2008). *Våldsutsatta kvinnor samhällets ansvar*. Kapitel 5. Lund: Studentlitteratur.

³ SOU 1995:60 *Kvinnofrid*.

⁴ Prop. 1997/98:55 *Kvinnofrid*.

⁵ SOU 2004:121 *Slag i luften. En utredning om myndigheter, mansvåld och makt*.

⁶ Högskoleverket (2004.) *Genusperspektiv och mäns våld mot kvinnor. Ett regeringsuppdrag*. Stockholm: Högskoleverket.

⁷ Regeringens skrivelse 2007/08:39 *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer*.

⁸ Nationellt centrum för kvinnofrid. (2010). *Nationell kartläggning av hur mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer beaktas i grundutbildningar vid universitet och högskolor*. NCK-rapport 2010:3. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

⁹ Rikskvinnocentrum. (2004). *Rikskvinnocentrums utbildningsverksamhet 1994–2004*. Uppsala: Rikskvinnocentrum.

¹⁰ Heimer G & Sandberg D (2008). *Våldsutsatta kvinnor samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur

¹¹ Rikskvinnocentrum. (2004). *Rikskvinnocentrums utbildningsverksamhet 1994–2004*. Uppsala: Rikskvinnocentrum.

¹² Tønnesen E, Lundh C & Heimer G (2002) *Primärvårdens erfarenheter av våldsutsatta kvinnor 1998–2000*. Uppsala: Rikskvinnocentrum.

¹³ Stenson K & Heimer G (2008). Prevalence of experiences of partner violence among female health staff. Relevance to awareness and action when meeting abused women patients. *Women's Health Issues*. 18 (2008) s. 141–149.

Artikelsammanställningen har gjorts för NCK av Eva Wendt, VKV.
Frågeställningarna finns i kapitel 6, sidan 61.

Tabell 1. Resultat av litteratursökningen 1998–2008. (Siffran inom parentes hänför sig till artikels nummer i tabell 2 a och b)

Land	År och första författare	Yrkesgrupp <i>anmärkningar</i>	Rutinfrågor om våld
USA (1)	1998 Horan	Läkare inom obstetrik och gynekologi	39 % vid det första graviditetsbesöket/ 68 % vid misstanke 27 % icke gravida vid första besök/ 72 % vid misstanke
USA (3)	1999 Rodriguez	Primärvårdsläkare totalt	79 % av patienter med skador 10 % vid nybesök 9 % vid hälsokontroller 11 % vid graviditetskontroller
		Familjeläkare	80 % vid skador 10 % nya patienter 14 % hälsokontroller 12 % första graviditetsbesöket
		Invärtesmedicinare	76 % vid skador 6 % nya patienter 7 % hälsokontroller
		Obstetiker/gynekologer	84 % vid skador 17 % nya patienter 10 % hälsokontroller 14 % första graviditetsbesöket
USA (4)	2000 Chamberlain	Primärvårdsläkare	Vid första graviditetsbesöket: 17 % ofta/alltid 54 % ibland 29 % aldrig Följande graviditetsbesök 7 % ofta/alltid 70 % ibland 26 % aldrig
USA (6)	2001 Glass	Personal på akutmottagning. Informanter: <i>kvinnor samt jämförelse med journalen</i>	< 25 % av kvinnorna tillfrågades 39 % efter akut trauma
USA (8)	2001 Zlotnick	Läkare under specialistutbildning på medicinklinik	19 fall av 674 fanns journalanteckning om närvaro eller frånvaro av våld
USA (9)	2002 Borowsky	Barnläkare Familjeläkare <i>Dålig svarsfrekvens</i>	8 % av familjeläkarna och 5 % av barnläkarna frågade föräldrar vid konsultationer för barn och tonåringar
USA (10)	2002 Chamberlain	Läkare på familjeläkarcentral: internmedicin, gynekologi, allmänmedicin	85,7 % ofta eller alltid vid skador 6,2 % vid förstagångsbesök 7,5 % vid årliga undersökningar
USA (11)	2002 Coker	Familjeläkare	För 14,7 % av 144 kvinnor med erfarenhet av partnervåld dokumenterades det i journalen
USA (12)	2002 Lapidus	Barnläkare Barn- och familjeläkare	12 % frågade vid alla besök 61 % frågade utvalda patienter 30 % frågade aldrig
USA (13)	2003 Scholle	Mottagning för obstetrik och gynekologi <i>Pågående utbildning i screening för alla läkare och all personal</i>	97 % tillfrågades om våld före graviditeten 82 % tillfrågades om våld under graviditeten 57 % tillfrågades vid besök som ej orsakades av graviditet Övergripande: 72 % av besöken dokumenterade att man frågat (84 % gravida, 60 % andra kvinnor)
USA (14)	2003 Richter	Dokumentation akutmottagningsklinik	29 % dokumenterade att de frågat
USA (15)	2007 Clemants	Personal på Familjerådgivningscentrum	69 % tillfrågade klienter vid samtal
USA (17)	2007 Rhodes	Akutmottagningspersonal	Beskrivning av kommunikation om våld i nära relation
USA (19)	2008 Lindhorst	Personal på socialbyrå	9,3 % av samtalen tog upp frågan om våld i nära relation.

forts.

APPENDIX

forts. Resultat av litteratursökningen 1998–2008. (Siffran inom parentes hänför sig till artikelns nummer i tabell 2 a och b)

Land	År och första författare	Yrkesgrupp anmärkningar	Rutinfrågor om våld
Storbritannien (5)	2000 Foy	Obstetrik och barnmorskor på mödravårdsenheter	Obstetrik: 10 % frågade vanligtvis vid graviditetsbesök 27 % frågade vid misstanke Barnmorskor: 15 % frågade vanligtvis vid graviditetsbesök 45 % frågade vid misstanke
Storbritannien (7)	2001 Marchant	Barnmorskechefer och barnmorskor med specialintresse för ämnet	12 % hade skrivna riktlinjer 30 % hade överenskommelse om att följa dem Mindre än hälften av mödravårdscentralerna erbjöd besök för kvinnan utan hennes partner
Kanada (2)	1999 Maheux	Läkare inom allmänmedicin Obstetrik/gynekologer	3,2 % tillfrågade vuxna 5,6 % tillfrågade tonåringar 1,3 % tillfrågade vuxna 2,8 % tillfrågade tonåringar
Kanada (16)	2007 Gutmanis	Sjuksköterskor och läkare inom familjepraktik, kvinnoklinik, akutvårdsklinik, nyföddhetsavdelning, primärvård <i>Låg svarsfrekvens bland läkarna</i>	Sjuksköterskor: 32 % tog upp frågor om våld Läkarna: 42 % Läkare som arbetade på akutmottagning tog upp frågan i större utsträckning än på andra kliniker, 52,9 %.
Australien (18)	2007 Spangaro	Alla "Health Services Areas". <i>Ej uppgivet när frågan ställs eller vilka professioner som frågar.</i>	Mödravårdsöv: 83 % Mental hälsa: 57 % Kvinnohälsa: 80 % Andra verksamheter: 34 % Totalt 62 %

Tabell 2a. Andel vårdgivare som frågar om erfarenheter av partnervåld i anamnesen 1998–2009; USA (Artikel 1, 3, 4, 6, 8–15, 17, 19) och Australien (18). Artikelnummer inom parentes.

Profession	Nybesök	Hälsokontroll	Graviditetsbesök	Skadade/misstanke om våld	Frågar aldrig rutinmässigt	Journal anteckning/vid granskning	Kommentar
Obstetrik/Gynekolog	57 % (13)		39 % första besöket (1) 97 % (13)				Pågående utbildning (13, journalgranskning)
Läkare i primärvård (familjeläkare, internmedicinare, obstetrik/gynekolog)	10 % (3)	9 % (3)	11 % (3)	79 % (3)			Obstetrik/Gynekolog ställde rutinfrågor i större omfattning nya patienter (3)
Allmänläkare			17 % första besöket, 5 % följande besök (4)				
Akutmottagningspersonal				39 % (6)		29 % av journaler (14)	Frågan ställd till kvinnor med kontroll av journalen (14)
ST läkare på medicinklinik						9 av 674 (8)	
Familjeläkare	8 % (9) 6,2 % (10)	7,5 % (10)		85,7 % (10)		14,7 % vid pågående våld (11)	
Barnläkare	5 % (9) 12 % (12)			61 % (12)	30 % (12)		
Community mediation centers/ Familjerådgivning	69 % (15)						Studie från USA men även Kanadensiska centers var med. Olika sätt att fråga beskrivs i artikeln (15)
Public Welfare offices Socialkontor	9,3 % (19)						Rutinen var olika beroende på stat, organisation och karaktäristika på personalen
NSW Health Services (Ej uppgivet personalkategori)							I genomsnitt 62 % vid kvinnors besök inom hälso- och sjukvården (18)

Tabell 2b. Andel vårdgivare som frågar om erfarenheter av partnervåld i anamnesen 1998–2009; Kanada (Artikel 2, 16) Storbritannien (5, 7). Artikelnummer inom parentes.

Profession	Nybesök	Skadade/ misstanke om våld	Kommentar
Obstetriker/Gynekolog	1,3 % vuxna, 2,8 % tonåringar (2) 10 % (5) 40,0 % (16)	27 % (5)	
Sjuksköterskor hos Obstetriker/gynekolog	25,1 % (16)		
Barnmorskor	15 % (5)	45 % (5)	12 % hade skrivna riktlinjer, 30 % hade överenskommen policy, <50 % erbjöd kvinnor besök utan partner (7)
Läkare i primärvård (familjeläkare, internmedicinare, obstetriker/gynekolog)	23,6 %		
Sjuksköterskor hos familjeläkare i primär vård	49,4 % (16)		
Allmänläkare	3,2 % vuxna, 5,6 % tonåringar (2) 39,8 % (16)		
Akutvårdspersonal	52,9 % läkare (16) 24,7 % sjuksköterska (16)		

Referenser

- Borowsky IW & Ireland M (2002). Parental screening for intimate partner violence by pediatricians and family physicians. *Pediatrics*. 110, s. 509–16.
- Chamberlain L & Perham-Hester KA (2000). Physicians' Screening Practices for Female Partner Abuse During Prenatal Visits. *Matern Child Health*. 4:2, s. 141–8.
- Chamberlain L & Perham-Hester KA (2002). The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women and Health*. 35, s. 55–69.
- Clemants E & Gross A (2007). "Why aren't we screening?" A survey examining domestic violence screening procedures and training protocol in community mediation centers. *Conflict Resolution Quarterly*. 4, s. 413–31.
- Coker AL, Bethea L, Smith PH, Fadden MK & Brandt HM (2002). Missed opportunities: intimate partner violence in family practice settings. *Preventive Medicine*. 34, s. 445–54.
- Foy R, Nelson F, Penney G & McIlwaine G (2000). Antenatal detection of domestic violence. *Lancet*. 355(9218):1915.
- Glass N, Dearwater S & Campbell J (2001). Intimate partner violence screening and intervention: Data from eleven Pennsylvania and California Community hospital emergency departments. *J Emerg Nurs*. 27:2, s. 141–9.
- Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN & MacMillan HL (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 7, s.12.
- Horan DL, Chapin J, Kelin L, Schmidt LA & Schulkin J (1998). Domestic Violence Screening Practices of Obstetrician-Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 92:5, s. 785–9.

APPENDIX

- Lapidus G, Cooke MB, Gelven E, Sherman K, Duncan M & Banco L (2002). A state-wide survey of domestic violence screening behaviours among pediatricians and family physicians. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 156, s. 332–6.
- Lindhorst T, Meyers M & Casey E (2008). Screening for Domestic Violence in Public Welfare Offices. *Violence Against Women.* 1, s. 5–28.
- Maheux B, Haley N, Rivard M & Gervais A (1999). Do physicians assess lifestyle health risks during general medical examinations? A survey of general practitioners and obstetrician-gynecologists in Quebec. *CMAJ.* 160:13, s. 1830–4.
- Marchant S, Davidsson LL, Garcia J & Parsons JE (2001). Addressing domestic violence through maternity services: policy and practice. *Midwifery.* 17:3, s. 164–70.
- Rhodes KV, Frankel RM, Levinthal N, Prenoveau E, Bailey J & Levinson W (2007). "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider patient communication about domestic violence. *Ann Intern Med.* 147:9, s. 620–7.
- Richter KP & Surprenant ZJ (2003). Detecting and Documenting Intimate Partner Violence. *Violence Against Women.* 4, s. 458–465.
- Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E & Grumbach K (1999). Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse. Practices and Attitudes of Primary Care Physicians. *JAMA.* 282:5, s. 468–474.
- Scholle SH, Buranosky R, Hanusa BH, Ranieri L, Dowd K & Valappil B (2003). Routine screening for intimate partner violence in an obstetrics and gynecology clinic. *Am J Public Health.* 93, s. 1070–2.
- Spangaro J (2007). The NSW Health routine screening for domestic violence program. *NSW Public Health Bulletin.* 18, s. 86–89.
- Zlotnick C & Powrie RO (2001). Domestic violence screening among medical residents: Is the message getting through? *J Interpers Violence.* 16, s. 841–45.

NCK

Nationellt centrum för kvinnofrid | Uppsala universitet
Akademiska sjukhuset | 751 85 Uppsala
Tel: 018-611 27 93 | www.nck.uu.se

NCK-rapport 2010:4 | ISSN 1654-7195