

”Jag visste inte att vården kunde hjälpa mig.”

Om kvinnors utsatthet för våld i nära relationer i Region Stockholm



Akademiskt primärvårdscentrum
REGION STOCKHOLM

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

Akademiskt primärvårdscentrum

Box 45436

113 65 Stockholm

Rapport 2022

ISBN 978-91-987716-0-2

Författare: Mia Barimani och Ylva Elvin-Nowak

Formgivning och produktion: Luxlucid

Omslagsbild: Daphne Macris, Akademiskt primärvårdscentrum

Foton: Istock (personerna på bilderna har inget att göra med innehållet i denna rapport)

Tryck: DanagårdLitho, mars 2022

Rapporten kan laddas ner från Akademiskt primärvårdscentrum, www.akademisktprimarvardscentrum.se

Förord

Enheten Våld i Nära Relationer vid Akademiskt primärvårdscentrum* startade i sin nuvarande form, och så småningom omfattning, under 2019. Numera består enheten av sex till sju personer med olika professioner med klinisk förankring i hälso- och sjukvården. I vårt arbete med att höja kompetensnivån kring våld i nära relation inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm, kom frågan *Hur ser det ut i vår region?* ofta upp. På den frågan hade vi inga svar. Den kliniska ”känslan” säger att vi inom hälso- och sjukvården möter många människor som lever med våld i en nära relation utan att vi upptäcker det. Att det är på det viset bekräftar även såväl nationell som internationell forskning. Många kliniker av olika profession har också gett uttryck för en frustration över att inte riktigt veta hur man ska ställa frågor om våld, och hur svaret ska bemötas. Vad vill och behöver egentligen en våldsutsatt person när hen kommer till hälso- och sjukvården, är också en fråga vi ofta fått.

Det utvecklingsprojekt vi började planera i slutet av 2019, var alltså kommet ur ett regionalt kliniskt behov. För att maximera möjligheterna att få veta hur kvinnor i Region Stockholm har det utifrån frågeställningar med bäring på våldsutsatthet, hälsa och hälso- och sjukvårdens bemötande, valde vi mödrahälsovården och barnmorskemottagningen som arena. Till barnmorskan kommer kvinnor i alla åldrar och i olika ärenden under livet. Här skulle vi kunna ”fånga” kvinnor i alla åldrar och livssituationer. Pandemin satte en del käppar i hjulet men efter vissa fördröjningar började inte mindre än 35 av regionens 64 barnmorskemottagningar i slutet av 2020 att dela ut den enkät vi tagit fram. Tre månader senare hade över 6 000 kvinnor i Region Stockholm valt att dela med sig av sina erfarenheter genom att fylla i enkäten. Utan dessa, för oss, okända kvinnors engagemang och tid, hade vi inte haft den kunskap vi har i dag, och som vi med denna rapport vill förmedla till hälso- och sjukvårdens personal.

Projektledare har varit professor Mia Barimani. Utöver hennes insatser har följande personer varit delaktiga i det projekt som ligger till grund för denna rapport: Ylva Elvin-Nowak, fil dr., leg psykoterapeut, enhetschef och t.f. verksamhetschef APC, Susanne Åhlund, med dr. och barnmorska, Ragnhild Eikemo, doktorand och barnmorska, Karin Dahlström, leg psykolog och koordinator, Wibke Jonas, docent och barnmorska, Moa Backman-Enelius, fil mag. och Julia Eriksson, M, Sc och statistiker. Utan regionens samordningsbarnmorskor och alla de barnmorskor som engagerat sig, delat ut och samlat in enkäter på de olika mottagningarna hade det inte blivit någon studie. Ett varmt tack till er!

*Akademiskt primärvårdscentrum är en del av Stockholms Läns Sjukvårdsområde och är en kunskapsorganisation för primärvårdens aktörer oavsett driftsform.

Innehåll

| | |
|---|----|
| Förord..... | 3 |
| Innehåll..... | 4 |
| Sammanfattning..... | 5 |
| Bakgrund..... | 6 |
| Studiens syfte och frågeställning | 16 |
| Metod och projektets genomförande | 17 |
| Resultat..... | 21 |
| Metoddiskussion | 47 |
| Diskussion | 49 |
| Medskick till hälso- och sjukvården | 55 |
| Referenser | 56 |
| Bilaga 1 | 62 |

Sammanfattning

Våld i nära relation är ett omfattande folkhälsoproblem som inte ser ut att minska. Denna studie som omfattar över 6 000 kvinnor i Region Stockholm visar att omkring 8 procent lever med våld i en nära relation. I ett livstidsperspektiv är siffran 25 procent. För de gravida kvinnor som ingår i studien är livstidsprevalensen 15 procent medan 2,1 procent lever med pågående våld i en nära relation. Den vanligaste våldsutsattheten är psykiskt våld och just psykiskt våld har i många studier visat sig ha ett starkt samband med såväl fysisk som psykisk ohälsa. Våldet är vidare vanligt förekommande och nästan hälften av de kvinnor som uppger att de lever med psykiskt våld anger att våldet sker dagligen, några gånger i veckan eller några gånger i månaden. När det gäller fysiskt våld uppger en fjärdedel av de våldsutsatta kvinnorna att de lever med upprepat våld. Den vanligaste förövaren är en före detta eller nuvarande partner. Släkting är den tredje vanligaste förövaren i de fall den våldsutsatta kvinnan uppger att hon är rädd för sin förövare.

Resultaten visar att högre ålder och att bo tillsammans med make eller partner är en skyddande faktor för att vara utsatt för våld i nära relation. Detsamma gäller att vara född i Europa, då det tydligt framgår att kvinnor som är födda utanför Europa har en ökad risk för att vara utsatta för våld i en nära relation. Detta gäller framför allt fysiskt våld. När det gäller gravida kvinnor utgör utbildning och sysselsättning en skyddande faktor för att vara utsatt för våld i en nära relation. Detta samband finns inte för de icke-gravida kvinnorna.

Våldsutsatta kvinnor uppger signifikant fler depressionssymtom än vad icke våldsutsatta kvinnor gör. Skillnaderna är störst i gruppen gravida kvinnor. Psykiskt våld har starkast koppling till depression i båda grupperna men kopplingen är starkast inom gruppen gravida kvinnor.

Personal inom hälso- och sjukvården möter många våldsutsatta personer, men många gånger utan att känna till det. En övervägande majoritet av de tillfrågade icke-gravida kvinnorna i denna studie uppger att de aldrig fått frågor om våld i nära relation i mötet med hälso- och sjukvården. Bland de som är våldsutsatta är det bara 15 procent som blivit tillfrågade. När det gäller gravida kvinnor så säger vårdens riktlinjer att samtliga kvinnor ska tillfrågas om våld i nära relation och rapporteringen till graviditetsregistret är i det närmaste hundra procentig. Resultaten i denna studie visar dock att över 40 procent av de gravida kvinnor som lever med pågående våldsutsatthet uppger att de inte fått frågor om våldsutsatthet.

En övervägande majoritet av de kvinnor som fått frågor om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården är positiva till att få frågan, oavsett om de själva är våldsutsatta eller ej. Ett mycket glädjande resultat är hälso- och sjukvårdens förmåga att ge adekvat stöd och hjälp till de våldsutsatta kvinnor som berättar om sin våldsutsatthet. 68 procent av de som berättat uppger att de fått stöd och hjälp, huvudsakligen i form av en samtalskontakt.

Bakgrund

Våld mot kvinnor

Föreanta nationernas (FN) allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna antogs år 1948 och fastslår att var och en har rätt till liv, frihet och personlig säkerhet (FN, 1948). Då denna konvention uttrycks i könsneutrala termer riktades med tiden kritik mot att kvinnors särskilda utsatthet för våld osynliggjordes, vilket ledde till att FN:s generalförsamling år 1993 antog Deklarationen om avskaffandet av våld mot kvinnor (FN, 1993). I denna deklaration fastslås att våld mot kvinnor utgör en kränkning av deras mänskliga rättigheter i det att man definierar våld mot kvinnor i termer av varje könsrelaterad handling som resulterar i fysisk, psykisk eller sexuell skada eller lidande för den som utsätts. I definitionen av våld mot kvinnor ingår även hot om våld, tvång och godtyckligt frihetsberövande. Barns rätt till en uppväxt utan våld formulerades av FN år 1989 i Konventionen om barns rättigheter. Sedan 1 januari 2020 utgör den så kallade barnkonventionen svensk lag (SFS 2018:1197), vilket bland annat innebär ett förtydligande av att domstolar och rättstillämpare ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen. Ett sådant förtydligande utgör bland annat den nya lagen om barnfridsbrott, vilken innebär att det från 1 juli 2021 är straffbart att låta barn bevittna våld i nära relation.

Den så kallade Istanbulkonventionen (det officiella begreppet är Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor i hemmet) är det första juridiskt bindande europeiska instrumentet om våld mot kvinnor (Europarådet, 2011). Syftet med konventionen är att skydda kvinnor och flickor mot alla former av våld och att förebygga, lagföra och avskaffa våld mot kvinnor och våld i hemmet. Sverige undertecknade konventionen vid dess öppnande i maj 2011 och den trädde i kraft i Sverige år 2014. Våld mot kvinnor definieras i Istanbulkonventionen som:

”... ett brott mot de mänskliga rättigheterna och en form av diskriminering av kvinnor och avser varje fall av könsrelaterat våld som leder till, eller troligen kommer att leda till, fysisk, sexuell, psykisk eller ekonomisk skada eller fysiskt, sexuellt, psykiskt eller ekonomiskt

lidande för kvinnor, inbegripet hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, oavsett om det sker i ett offentligt eller privat sammanhang.” (artikel 3.a.)

Till skillnad från andra definitioner av våld mot kvinnor, exempelvis den som antagits av FN, inkluderar Istanbulkonventionens definition även ekonomiskt våld.

Undertecknandet av Istanbulkonventionen innebär långtgående åtaganden och regelbunden rapportering. Staternas implementering av konventionen övervakas av en expertgrupp som också sköter utvärderingar, vilket för Sveriges del skedde år 2019. Sveriges undertecknande av Istanbulkonventionen ledde till en tioårig nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Strategin började gälla 1 januari 2017 och har som slutgiltig målsättning att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. I den breda definition som ofta används innefattar mäns våld mot kvinnor:

- Alla former av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld mot kvinnor och flickor.
- Hedersrelaterat våld och förtryck, inklusive barnäktenskap, tvångsäktenskap och könsstympning av kvinnor och flickor.
- Prostitution och människohandel för sexuella ändamål.
- Kommersialisering och exploatering av kvinnokroppen i reklam, medier och pornografi.

Länsstyrelsen är regional samordnare för uppdraget att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor och för att genomföra den nationella strategin på regional nivå. Detta görs genom framtagandet av regionala strategier och handlingsplaner vilket sker i samverkan med kommuner, regioner, myndigheter och civilsamhället. I Stockholms län har strategin tagits fram i nära samverkan med bland annat Region Stockholm, vilket innebär att det i handlingsplanen finns ett antal konkreta åtaganden framför allt gällande hälso- och sjukvården. Vid sidan om detta arbete driver Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) en omfattande kvinnofridsattsning med fokus bland annat på hälso- och sjukvården.



Våld i nära relation

Definition

Våld i nära relation är definitionsmässigt både ett smalare och bredare begrepp än mäns våld mot kvinnor. Våld i nära relation innefattar våld mellan partners oavsett kön, våld mellan vuxna barn och föräldrar och våld från annan anhörig eller släkting. Ofta omfattar definitionen även våld mot sjuka, äldre och funktionshindrade från vårdpersonal eller andra som personen står i beroendeställning till. Vidare omfattar våld i nära relation också barn som upplever våld i hemmet, som inte är direkt riktat mot barnet. Våld i nära relation omfattar alltså inte bara kvinnor utan fokus ligger just på att det handlar om våld i en nära relation. Våld i nära relation utgörs oftast av anknytningsvåld i det att våldet utövas inom ramen för en relation där förövaren och den utsatta har starka känslomässiga band till varandra. Våldet utövas vanligtvis i den egna bostaden och eskalerar ofta över tid (Brottsförebyggande rådet, Brå, 2014; Hradilova Selin, 2009).

Våld i nära relationer innefattar fysiskt våld, psykiskt våld (inklusive latent våld, hot om våld och kontroll), sexuellt våld och övergrepp, försummelse samt materiellt och ekonomiskt våld. Även om män utsätts för våld i nära relationer så är kvinnor i många avseenden betydligt mer utsatta (Socialstyrelsen, 2014a).

Fysiskt våld

Fysiskt våld är det som vanligtvis associeras med våld i nära relationer. Fysiskt våld är dock det minst vanliga och enligt Brås senaste undersökning lever cirka 2 procent av såväl kvinnor som män med pågående fysiskt våld (Brå, 2014). Det fysiska våldet skiljer sig emellertid mycket med avseende på kvinnors och mäns våldsut-satthet där våldet mot kvinnor är betydligt allvarigare och mer systematiskt. Fysiskt våld omfattar exempelvis

slag med eller utan tillhyggen, sparkar, bett, örfilar, knuffar, knivstick, att bli dragen i håret, att bli fasthållen och att förövaren tar stryptag (Socialstyrelsen, 2016; WHO, 2018).

Psykiskt våld

I alla relationer där det förekommer fysiskt eller sexuellt våld finns också det psykiska våldet. Psykiskt våld är dock svårt att mäta då den som lever med det sällan själv uppfattar det som våld. En annan svårighet med att mäta psykiskt våld beror på att det kan definieras på olika sätt och att det kan vara svårt att skilja ut från andra typer av våld. Psykiskt våld omfattar direkta och indirekta hot, kontrollbeteenden, social isolering, glåpord och förlöjliganden. Även våld eller hot om våld mot husdjur kan räknas till psykiskt våld (Socialstyrelsen, 2016). Då psykiskt våld är svårt att mäta har det fått mindre uppmärksamhet än fysiskt och sexuellt våld. Allt fler studier visar dock att psykiskt våld kan ha större inverkan på såväl fysisk som psykisk hälsa än vad fysiskt våld har (Lagdonet al., 2014).

Sexuellt våld

Sexuellt våld omfattar våldtäkt eller andra påtvingade sexuella handlingar som den utsatta inte vågar säga nej till. Det kan också handla om att bli tvingad att se pornografi, att bli utsatt för ett sexuellt kränkande språk eller sexuella trakasserier. Sexuellt våld omfattar också könsstympning (Socialstyrelsen, 2016).

Andra typer av våld

Våld i en nära relation kan också omfatta andra typer av våld såsom försummelse, ekonomiskt våld och materiellt våld. Försummelse kan drabba personer i beroendeställning och kan bestå i att exempelvis bli undanhållen sin medicin eller att inte få tillgång till den mat eller de hjälpmedel man behöver. Ekonomiskt våld kan handla

om att bli fräntagen sina pengar eller kontokort, att behöva redovisa varje inköp in i minsta detalj eller att tvingas skriva under handlingar som leder till negativa konsekvenser för den utsatta. Materiellt våld omfattar förstörelse av ägodelar och oftast handlar det då om saker med högt affektionsvärde för den utsatta (Socialstyrelsen, 2016; WHO 2018).

Hedersrelaterat våld och förtryck

Hedersrelaterat våld och förtryck uppstår när en familj eller släkt vill skydda sitt sociala anseende genom att kontrollera hur kvinnor eller flickor i familjen betar sig. Våldet kan ta sig många olika uttryck men handlar i grunden om att kontrollera kvinnans sexualitet och familjeroll, genom att ställa villkor för hur hon får klä sig, vem hon ska träffa eller om hon får ha sex före äktenskapet (Socialstyrelsen, 2020). Det som skiljer hedersvåld från andra former av relationsvåld är att våldet är kollektivt legitimerat (NCK, 2022). Däremot spelar ofta den utsattas familjemedlemmar och närstående en avgörande roll i våldet eller förtrycket. Detta medför att hedersrelaterat våld i allra högsta grad är en form av våld i nära relation.

Barn som upplever våld i hemmet

Våld i nära relation omfattar även barn som upplever våld i hemmet, även när våldet inte är riktat direkt mot barnet självt. Enligt svensk statistik har ungefär ett av tio barn någon gång bevittnat våld i sitt hem, och av dessa har vartannat barn gjort detta vid upprepade tillfällen. Att som barn bevittna våld mot en anknytningsperson har lika stora negativa psykologiska konsekvenser för barnets hälsa som när våldet är riktat direkt mot barnet själv (NCK, 2021a). Vidare visar forskningen att barn löper större risk för att vara direkt utsatta för våld i hem där våld mellan föräldrar förekommer, framför allt i de fall där pappan utsätter mamman för våld (Janson, 2010). Vissa forskare menar att den potentiellt skadligaste formen av våld för ett barn är att bevittna att pappan utsätter barnets mamma för våld, vilket innebär att våld mot kvinnor med barn är särskilt angeläget att uppmärksamma (Groves, 2001).

Våld i nära relationer – prevalens

I en global kontext har nästan en tredjedel av världens kvinnor någon gång utsatts för fysiskt eller sexuellt våld i en nära relation (WHO, 2021). Utifrån en svensk kontext visar Brås statistik från 2012 att var fjärde kvinna och var sjätte man utsatts för våld i en nära relation någon gång i sitt liv. När det gäller pågående våldsutsatthet brukar detta definieras som händelser under de senaste 12 månaderna. Utifrån denna definition visar Brås undersökning från samma år att 6,7 procent av

männen och 7 procent av kvinnorna lever med pågående våld i en nära relation (Brå, 2014). Även om kvinnor och män uppger ungefär lika stor pågående våldsutsatthet är det stora skillnader i våldets allvarlighetsgrad och omfattning. Våldet mot kvinnor är generellt sett mycket grövre och det är tio gånger vanligare att kvinnor behöver uppsöka hälso- och sjukvården efter en våldshändelse. Våldet mot kvinnor är också ofta upprepat och systematiskt och varje år dödas mellan 16 och 20 kvinnor av en nuvarande eller före detta partner (Brå, 2021).

När det gäller sexuellt våld visar Folkhälsomyndighetens (Fohm) rapport från 2017 att 11 procent av kvinnorna och 1 procent av männen har utsatts för försök till samlag genom fysiskt våld eller hot om fysiskt våld någon gång under sin livstid. 7 procent av kvinnorna och 1 procent av männen har utsatts för påtvingat samlag med fysiskt våld eller hot om fysiskt våld någon gång under sin livstid (Fohm, 2017). I denna studie har man inte närmare analyserat förövaren, men då vi från många andra studier vet att förövaren vid allvarliga sexuella övergrepp vanligtvis är en aktuell eller tidigare partner, kan vi dra slutsatsen att sexuellt våld drabbar kvinnor som grupp mycket hårt.

År 2016 polisanmälades cirka 12 400 fall av våld i nära relationer i Sverige (Socialstyrelsen, 2018). Mörkertalet är dock mycket stort. Brås studie från 2014 visar att knappt 4 procent av de som utsatts för våld i en nära relation har gjort en polisanmälan.

När det gäller graviditet visar såväl internationella som nationella studier att våld i nära relationer definitivt förekommer även under graviditet. Utifrån ett globalt perspektiv finns det dock stora variationer mellan hög- och låginkomstländer. I en studie från Världshälsoorganisationen, WHO, omfattande 24 000 kvinnor i 10 olika länder år 2005, framkom ett intervall mellan en och 28 procent (majoriteten 4–12 procent) när det gäller kvinnor som utsatts för fysiskt våld från en partner under graviditet (WHO, 2005). En annan studie som genomfördes i 19 länder visade att prevalensen är lägre i Asien och Europa och högre i Latinamerika och Afrika. Siffrorna visar ett intervall mellan 2 och 13,5 procent med ett genomsnittligt värde mellan 4 och 9 procent (Devries et al., 2010). I Sverige har få studier avseende våldsutsatthet och graviditet genomförts. I en studie från 2001 omfattande 1 038 gravida kvinnor rapporterade 2,6 procent av kvinnorna att de varit utsatta för våld i en nära relation året innan de blev gravida, och 1,3 procent att de varit utsatta för fysiskt våld under graviditeten (Stenson et al., 2001). I en nyligen publicerad studie omfattande 1 694 kvinnor i Sverige, rapporterade 2 procent av kvinnorna att de varit utsatta för någon typ av våld i en nära relation under graviditeten (Finnbogadottir, 2020).



Våld i nära relationer och faktorer som kan påverka våldsutsatthet

Det finns inga ”typiska” våldsutsatta kvinnor. Kvinnor som utsätts för våld i nära relation finns i alla samhällsklasser. Vissa grupper löper dock större risk att utsättas för våld i en nära relation, och det kan också finnas perioder i livet när risken är större.

Ålder

Flera studier (Capaldi et al., 2012; Yakubovich et al., 2018) inkluderat WHO:s stora globala studie (WHO, 2021) visar att ung ålder är en av de tydligaste riskfaktorerna för våldsutsatthet i nära relation. Sammanfattningsvis kan man säga att våld i nära relation minskar med åldern men samtidigt påpekar också WHO (2021) att det behövs fler studier kring äldre och våld i nära relation. Även i Sverige är våld i nära relation vanligare bland yngre personer. Enligt Brås kartläggning är unga vuxna i åldrarna 20–34 år mest utsatta för våld i nära relation. Framför allt utgör kvinnor mellan 20 och 24 år en tydlig riskgrupp (Brå, 2014). Att ung ålder innebär en signifikant riskfaktor att utsättas för våld bekräftas även i en svensk nationell tvärsnittsstudie från 2012 (Lövestad & Krantz, 2012).

Socioekonomisk status, utbildning och inkomst

Mycket tyder på att låg utbildning, arbetslöshet och ekonomisk utsatthet medför en ökad risk att utsättas för våld i nära relation (Capaldi et al., 2012). Detta samband beror sannolikt på att en utsatt ekonomisk situation leder till ett större beroende av partner eller annan anhörig, vilket även gör det svårare att lämna en våldsam relation. Det kan även bero på att personer med högre utbildning också är äldre, och relationsvåld tycks avta något med åldern. Enligt Brås kartläggning 2014 är kvinnor med eftergymnasial utbildning mindre utsatta för våld än kvinnor med enbart grundskoleutbildning. I samma kartläggning uppgav våldsutsatta kvinnor även betydligt sämre ekonomiska förutsättningar än kvinnor som inte var våldsutsatta. Detta tyder på att både utbildning och ekonomisk trygghet är skyddande faktorer bland kvinnor.

Sambanden mellan utbildning, inkomst och våldsutsatthet är däremot inte linjära. I en svensk avhandling undersöktes sambandet mellan ökad ekonomisk frihet och risken att utsättas för partnervåld. Studien visar att kvinnors ökade löneinkomst innebar en ökad risk att bli utsatt för våld i nära relation. Denna risk var särskilt

stor bland välutbildade heterosexuella kvinnor äldre än 45 år som varit gifta längre än 5 år (Ericsson, 2020). En förklaring till detta resultat kan vara att kvinnors stärkta ekonomiska ställning kan medföra en risk för att utsättas för våld, i det att maktbalansen i relationen utmanas.

Flera forskningsstudier pekar också mot att ensamstående kvinnor är mer våldsutsatta medan gifta eller sammanboende kvinnor är mindre utsatta för våld i nära relation (Capaldi et al., 2012; Yakubovich et al., 2018).

Utrikesfödda kvinnor

Utrikesfödda brukar benämnas som en särskilt sårbar grupp vid våld i nära relation. Denna sårbarhet kan bero på språksvårigheter, social isolering, okunskap om sina rättigheter samt diskriminering och segregation. En annan orsak kan vara att utrikesfödda kvinnor som grupp befinner sig i en mer utsatt ekonomisk situation och är lågutbildade i högre utsträckning än kvinnor födda i Sverige, vilka båda är riskfaktorer för utsatthet för våld i nära relation (NCK, 2021). Slutligen kan utrikesfödda kvinnor vara särskilt sårbara som en konsekvens av sin rättsliga status. Detta gäller framför allt papperslösa kvinnor, vilka är skyddslösa vid våldsut-satthet eftersom kontakt med polisen kan innebära ett hot om utvisning. Även utländska kvinnor som gift sig med en svensk man lever i en särskilt utsatt situation om kvinnan befinner sig i Sverige under ett tillfälligt uppe-hållstillstånd knutet till partnern (Socialstyrelsen, 2014).

Att utrikesfödda kvinnor är särskilt sårbara för våld i nära relation råder relativ enighet om. Däremot är forskningen tvetydig gällande huruvida utrikesfödda kvinnor faktiskt är mer utsatta för våld i nära relation i

jämförelse med kvinnor födda i Sverige. I Brås nationella kartläggning 2014 över våldsutsatthet bland hela den svenska befolkningen fanns inga skillnader i utsatthet mellan personer födda i Sverige och personer födda i andra länder (Brå, 2014). En annan nationell enkätstudie fann inte heller några skillnader mellan grupperna (Nybergh et al., 2013). Däremot visade en svensk registerstudie att utrikesfödda kvinnor löper en betydligt större risk att bli dödade av en nuvarande eller tidigare partner jämfört med kvinnor födda i Sverige. Risken för våld med dödligt utfall var högre för kvinnor som kommer från länder med låg jämställdhet (Fernbrandt et al., 2016). Ytterligare en studie visade att utrikesfödda kvinnor löper större risk att utsättas för våld i nära relation än kvinnor födda i Sverige. Däremot försvann dessa skillnader när materialet justerades för förväxlingsfaktorer som inkomst, ålder och relationsstatus (Fernbrandt et al., 2011). Sammantaget pekar dessa resultat på att den ökade utsattheten bland utrikesfödda beror på en större koncentration av riskfaktorer inom denna grupp, snarare än på kvinnornas ursprung.

Graviditet

Våld i nära relationer förekommer även under graviditet, men huruvida graviditet är en risk- eller skyddsfaktor för våld i nära relation är omtvistat. De flesta studier visar att utsatthet för våld i nära relation minskar under graviditet. De största studierna som genomförts på området är från USA, där bland annat en studie visade att bland 118 579 kvinnor rapporterade 4,7 procent utsatthet för fysiskt våld året före graviditeten medan siffran sjönk till 3,7 procent under graviditeten (Silverman et al., 2006).



Våldsutsatthet och ohälsa

Redan 2013 beskrev WHO våld mot kvinnor i nära relationer som ett av de allvarligaste hoten mot kvinnors hälsa. Vid upprepade tillfällen har WHO adresserat våld mot kvinnor som en prioriterad folkhälsofråga, vilket såväl den svenska nationella strategin för att bekämpa mäns våld mot kvinnor som den regionala strategin och handlingsplanen med samma fokus, tydligt poängterar. Att leva med våld i sin närmaste relation innebär en enorm påfrestning såväl fysiskt som psykiskt och såväl internationell som svensk forskning visar att det finns starka kopplingar mellan våldsutsatthet och ohälsa. Människor som är och har varit våldsutsatta söker sig frekvent till hälso- och sjukvården men sällan på grund av våldet. Istället handlar det ofta om olika slags symptom som det kan vara viktigt för hälso- och sjukvårdens personal att vara vaksamma på och utreda vidare om man inte hittar rimliga förklaringar (NCK, 2014).

I en nederländsk studie omfattande 16 primärvårdsenheter jämförde forskarna journaler för 50 våldsutsatta kvinnor med journalerna för 50 icke våldsutsatta kvinnor. De variabler man tittade på var sökfrequens, remisser, läkemedelsförskrivning och sökorsak under en femårsperiod. De två grupperna var matchade med avseende på ålder, antal barn, utbildningsnivå, födelse-land och sysselsättning. Studien visade att de våldsut-

satta kvinnorna sökte primärvård nästan dubbelt så ofta som kontrollgruppen. Sökorsaken var vanligtvis sociala problem, missbruk och problem kopplat till reproduktiv ohälsa. De våldsutsatta kvinnorna remitterades också oftare vidare till psykiatri på grund av ytterligare diagnoser, och de fick drygt fyra gånger fler läkemedelsförskrivningar på grund av depression än kontrollgruppen (Prosman et al., 2012).

Kopplingen mellan utsatthet för våld i en nära relation och såväl psykisk som fysisk ohälsa har påvisats i mängder av studier från olika delar av världen och i olika kulturella kontexter (se exempelvis Dillon, 2012 för en litteraturgenomgång). Det blir allt tydligare att inte bara psykisk ohälsa, utan också många av våra vanligaste fysiska ohälsotillstånd har samband med utsatthet för våld i nära relation. Det blir också allt tydligare att utsatthet för psykiskt våld kan ha starkare negativ effekt än fysiskt våld, inte bara på psykisk ohälsa, utan i allra högsta grad även på fysisk ohälsa (McCall et al., 2014; Mason et al., 2012).

Våld i nära relation och fysisk ohälsa

Långvarig smärta som inte kan förklaras somatiskt, har kopplats till våldsutsatthet i en mängd kontrollerade studier och olika slags smärttillstånd, framförallt från rygg, huvud, nacke och mage, utgör ett av de vanligaste

symtomen hos kvinnor som är eller har varit utsatta för våld i en nära relation (Campbell, 2002; Carlberg et al., 2017; Wuest et al., 2010). Det tycks vidare finnas kopplingar mellan allvarlighetsgraden av smärtupplevelser och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) i det att människor som lider av PTSD upplever allvarligare smärta och uppger mer omfattande funktionsnedsättning till följd av smärtan, än människor med långvarig smärta som inte lider av PTSD. Eftersom PTSD har starka kopplingar till våldsutsatthet är detta centralt också för förståelse av kopplingen mellan smärta och våldsutsatthet (Dillon et al., 2013).

Det kan vara lätt att tro att fysiskt våld har starkare koppling till långvarig smärta än psykiskt våld. Det finns dock mycket som tyder på motsatsen och flera studier beskriver ökad risk för långvarig smärta bland kvinnor (de flesta studier är gjorda på kvinnor) som utsatts för psykiskt våld i form av till exempel kontroll och förnedring (McCall-Hosenfeld et al., 2014; Wuest et al., 2010).

Även flera studier som rör våra vanligaste kroniska sjukdomar har visat på starka kopplingar mellan psykiskt våld i nära relation och utvecklande av symtom och sjukdom. I en amerikansk studie undersöktes sambanden mellan utsatthet för våld i en nära relation hos vuxna kvinnor och incidensen för diabetes typ 2 utifrån den longitudinella Nurses Health Study II (NHSII), vilken utgör den största prospektiva kohorten i världen med avseende på en mängd olika hälsoparametrar. Utifrån frågeställningar om kopplingen mellan pågående våldsutsatthet i en nära relation och diabetes typ 2, visade resultaten att kvinnor som varit utsatta för allvarligt psykiskt våld i en nära relation i närtid löpte nästan 80 procent högre risk för att utveckla diabetes typ 2 än personer som inte varit våldsutsatta (Mason et al., 2013).

Utifrån samma kohort undersökte forskarna associationen mellan utsatthet för våld i en nära relation och utvecklandet av hypertoni, vilket utgör en central riskfaktor för kardiovaskulära sjukdomar. Resultaten visade en 24-procentig riskökning för hypertoni hos kvinnor som varit utsatta för allvarligt psykiskt våld i en nära relation i närtid i jämförelse med kvinnor som inte varit utsatta (Mason et al., 2012).

Våldsutsatta kvinnor rapporterar även signifikant mer mag- och tarmbesvär än icke våldsutsatta kvinnor, vilket associeras med den kroniska stress som våldsutsatthet innebär (Campbell, 2002). I en systematisk litteraturgenomgång med fokus på sambandet mellan olika slags våldsutsattheter i en nära relation och funktionell magtarmsjukdom hos kvinnor, framkom att inte bara fysiskt och sexuellt våld, utan också psykiskt våld

hade starka samband med olika slags funktionella mag- och tarmsjukdomar (Banjar et al., 2021).

Att leva med, eller att ha varit utsatt för, våld i en nära relation förefaller på det hela taget vara associerat med signifikant lägre fysisk funktionsnivå och en mängd fysiska symtom och besvär (Dillon et al., 2013).

I Dillons et al. metaanalys från 2013 som bygger på 75 artiklar, framkom i många av underlagsartiklarna starka samband mellan våldsutsatthet och exempelvis allergi, respiratoriska tillstånd och astma, yrsel, synproblem och vaginal smärta (Dillon et al., 2013; se vidare till exempel Loxton et al., 2006). Gynekologiska symtom var i en mängd av underlagsartiklarna för Dillons genomgång, associerade med en historia av utsatthet för våld i en nära relation bland kvinnor i såväl utvecklingsländer som i västvärlden (Dillon et al., 2013; se vidare till exempel Nerøien & Schei, 2008 för en nordisk kontext). En amerikansk prospektiv intervjustudie där forskarna undersökte 267 kvinnors självrapporterade fysiska symtom i relation till pågående våldsutsatthet, visade att de kvinnor som levde med våld i en nära relation vid båda mättillfällena uppvisade signifikant fler och allvarligare fysiska symtom än de kvinnor som lämnat den våldsamma relationen mellan intervju-tillfällena, och i jämförelse med kvinnor som aldrig varit våldsutsatta. De fysiska besvär som fanns som svarsalternativ i studiens frågeformulär (en modifierad form av PHQ-15) var bland annat värk i olika delar av kroppen, yrsel, mag- och tarmproblem och illamående, samlagssmärta, omfattande menstruationsblödning och uttalad trötthet (Gerber et al., 2007).

När det gäller våldsutsatthet under graviditet visar en mängd studier att våldsutsatthet innebär allvarliga risker för såväl kvinnan som barnet. Komplikationer som kan uppstå omfattar bland annat missfall, prematuritet, låg födelsevikt och perinatal död. I en metaanalys framkom att kvinnor som är utsatta för våld i en nära relation under graviditet löper tre gånger så hög risk att drabbas av att fosterdöd i jämförelse med kvinnor som inte är våldsutsatta. Våldsutsatta gravida kvinnor besöker mödrahälsovården senare i graviditeten och kommer på färre besök, vilket i sig kan utgöra en fara för såväl kvinnans som det födda barnets hälsa (Pastor-Moreno et al., 2020). Graviditetsdiabetes är en komplikation som kan kopplas till bland annat övervikt och andra livsstilsfaktorer. Forskare menar att det finns alltmer evidens för att våld i nära relation under graviditet utgör en så allvarlig stressfaktor att det ökar risken för att utveckla graviditetsdiabetes (Pheiffer et al., 2020). Andra studier påvisar att kvinnor som utsatts för våld under graviditet löper högre risk för förlossningsdepression och PTSD (Bacchus et al., 2018; Howard et al., 2013).

Våld i nära relation och psykisk ohälsa

Många studier och forskningsgenomgångar visar på starka samband mellan utsatthet för våld i nära relation och psykisk ohälsa och sjukdom (Bacchus et al., 2018; Devries et al., 2013; Dillon et al., 2013; NCK, 2014; Trevellion et al., 2012). I en systematisk genomgång av 58 vetenskapliga artiklar mellan år 2004 och 2014 beskriver Lagdon och kollegor att utsatthet för våld i en nära relation har en allvarlig negativ effekt på den psykisk hälsan, inte bara i jämförelse med personer som inte är eller har varit våldsutsatta, utan också i jämförelse med personer som varit utsatta för andra slags trauman. Starkast samband föreligger mellan våldsutsatthet och depression, posttraumatisk stress och ångest. Lagdon refererar ett antal studier som visat att psykiskt våld i många fall kan ha allvarligare negativa konsekvenser för den psykiska hälsan än vad fysiskt våld har. Det är det psykiska våldet; hoten, kontrollen, förnedringen och isoleringen, som driver våldsspiralen och som finns där hela tiden. Det är vidare det psykiska våldet som leder till identitetsförlust och till att den våldsutsatta antar förövarens negativa bild av henne (Lagdon et al., 2014).

I en populationsbaserad svensk tvärsnittsstudie omfattande 573 kvinnor i åldrarna 18 till 65 år undersökte forskarna pågående utsatthet för olika slags våld i nära relation, inklusive kontrollerande beteende, i relation till självskattad depression. Även denna studie visade att psykiskt våld i form av kontrollerande beteende från en partner är minst lika skadligt med avseende på depression, som utsatthet för fysiskt och sexuellt våld (Lövestad et al., 2017).

Vidare påverkar allvarlighetsgraden i våldet och hur länge det pågått omfattningen av depressiva symtom hos våldsutsatta personer. För personer som är utsatta för mer än en typ av våld ökar risken för depressiva symtom och symtomen blir ofta allvarligare (Lagdon et al., 2014; Miller & McCaw., 2019).

Efter depression är ångest det vanligaste psykiska ohälsotillståndet bland personer som är och har varit utsatta för våld i nära relation (Dillon et al., 2013; Lagdon et al., 2014; NCK, 2014; Trevellion et al., 2012). Ångest är en biologiskt nedärvd reaktion på ett verkligt eller upplevt hot, och att leva med våld eller hot om våld i en nära relation leder oundvikligen till en förhöjd ångestnivå. Samband mellan utsatthet för våld i en nära relation och allvarlig mental ohälsa har också framkommit i flera studier (Bacchus et al., 2018).

I en brittiskt populationsbaserad retrospektiv kohortstudie jämfördes över 18 000 kvinnor som i en primärvårdskontext kodats som tidigare våldsutsatta, med drygt 74 000 icke våldsutsatta kontrollpersoner

som matchats med avseende på ålder. Resultaten visar på mycket starka samband mellan utsatthet för våld i en nära relation och sannolikheten för att drabbas inte bara av depression och ångest utan också av annan allvarlig mental ohälsa som schizofreni, bipolär sjukdom och icke-affektiva psykostillstånd (Chandan et al., 2019).

Många studier visar på starka samband mellan utsatthet för våld i en nära relation och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Dillon et al., 2013; Lagdon et al., 2014; NCK, 2014; Trevellion et al., 2012). PTSD innebär kvarstående allvarliga psykiska och fysiska symtom långt efter att våldshändelsen ägt rum. De mest framträdande symtomet är upprepade och påträngande minnen av våldshändelsen, så kallade flashbacks (ibid). Sömnstörningar, både avseende sömnkvalitet och sömnkvantitet, är vanligt förekommande hos personer som är utsatta för våld i nära relation. Att leva med en konstant rädsla för våld gör att många utsatta har en ständig förhöjd biologisk och mental beredskap, vilket leder till svårigheter att somna eller frekventa uppvaknanden under natten. Denna förhöjda beredskap kan kvarstå långt efter separation från den våldsamma partnern (Pigeon et al., 2011; Dillon et al., 2013).

Konsumtion av alkohol ökar risken för att bli utsatt för våld och flera stora internationella studier har visat att förekomsten av partnervåld är högre bland de som konsumerar alkohol i jämförelse med de som inte gör det (Andreasson et al., 2017; Graham et al., 2010). Resultaten är dock inte entydiga och i en tämligen ny systematisk genomgång av forskningsläget fann man inga samband mellan pågående utsatthet för våld i nära relation och riskbruk (Bacchus et al., 2018). Kvinnor som lever i ett aktivt missbruk är däremot extremt utsatta för våld av sin partner eller ex-partner. Flera svenska studier bland kvinnor i missbruk har visat att mellan 90-100 procent har varit utsatta för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld. Den vanligaste förövaren var en nuvarande eller före detta manlig partner, men även föräldrar, syskon, polis och behandlingspersonal uppgavs som förövare (Andréasson et al., 2017; Cafferky et al., 2018).

Det finns starka samband mellan rökning och att vara utsatt för våld i en nära relation (Crane et al., 2013). Somliga studier pekar på att rökning bland våldsutsatta är så mycket som tre gånger vanligare än bland kvinnor som inte är våldsutsatta (Sullivan, 2015). Sambandet mellan rökning och våldsutsatthet kan till del förklaras av att kvinnor som röker generellt har lägre socioekonomisk status än kvinnor som inte röker (Hiscock et al., 2012) vilket i sig är en riskfaktor för våldsutsatthet (Brå, 2014; Capaldi et al., 2012).



Våld i nära relation – hälso- och sjukvårdens ansvar

Enligt Socialstyrelsen besöker 12 000 till 14 000 kvinnor varje år öppenvården på sjukhus, jourcentraler eller primärvården till följd av utsatthet för våld i en nära relation (Socialstyrelsen, 2009). Givet att, enligt Brås siffror, omkring 7 procent av befolkningen lever med våld i en nära relation och att en majoritet av befolkningen passerar någon del av primärvården under en 2-årsperiod, träffar hälso- och sjukvården många våldsutsatta personer varje vecka. Våldsutsatthet är i sig vare sig en diagnos eller ett symptom, vilket gör frågan om hälso- och sjukvårdens ansvar central. Såväl klinisk erfarenhet som forskning och utvärderingar visar att hälso- och sjukvårdens personal många gånger är osäkra på vilket ansvar som vilar på hälso- och sjukvården (Bradbury-Jones et al., 2017).

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anges att ”Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa” och att målet för hälso- och sjukvården är ”en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen”. Eftersom våldsutsatthet orsakar allvarlig ohälsa kan arbetet med att identifiera våldsutsatthet och erbjuda insatser ses som ett sätt att agera i enlighet med lagens intentioner om att förebygga ohälsa (SKR, 2021).

Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd är styrande för hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer (SOFS 2014:4). Föreskrifter och allmänna råd avser vårdgivarens ansvar för såväl barn som vuxna som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp av en närstående, samt barn som bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående. När det gäller vuxna innebär detta konkret att ”Om en vuxen visar symptom eller tecken som väcker misstanke om att någon har utsatts för våld eller andra övergrepp av en närstående, ska hälso- och sjukvårdspersonalen fråga den vuxne i enrum om orsaken till symptom och tecken” (SOFS 2014:4 8 kap, 9§). Vidare ska en orosanmälan göras till socialtjänsten om det finns barn i hemmet, man ska informera om möjligheterna till vård, stöd och hjälp, dokumentera symptom, skador och åtgärder (ska ske under skyddade sökord) och fastställa rutiner på arbetsplatsen för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta (SOFS 2014:4 8 kap, 9§).

I Socialstyrelsens skrift Våld. Handbok om Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer (2016), finns ytterligare rekommendationer kring hälso- och sjukvårdens ansvar. Man rekommenderar här att alla kvinnor som uppsöker mödravården bör tillfrågas om erfarenhet av våld.

Det vetenskapliga stödet för denna rekommendation är forskning som visar att rutinfrågor inom mödrahälsovården markant ökar upptäckten av våld. Även WHO (2013) anger mödrahälsovården som en verksamhet där rutinfrågor om våld kan ställas. WHO pekar på att den dubbla sårbarhet som graviditet kan innebära är en viktig faktor i sammanhanget. Socialstyrelsen rekommenderar vidare att hälso- och sjukvården bör fråga alla kvinnor som uppsöker psykiatrisk vård om erfarenhet av våld, då våldsutsatta kvinnor är överrepresenterade inom den psykiatriska vården. Slutligen rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården tar upp frågan om våld i alla ärenden inom barn- och ungdomspsykiatri (Socialstyrelsen, 2016).

Sammanfattningsvis kan man således säga att hälso- och sjukvårdens ansvar huvudsakligen fokuserar på upptäckt av våldsutsatthet i nära relation, rutiner för hänvisning (huvudsakligen till socialtjänsten) och handläggning samt i förekommande fall behandling av konsekvenser av våldsutsatthet.

Utifrån hälso- och sjukvårdens generella fokus på diagnos och behandling i kombination med våldsutsatta personers svårigheter att berätta om våldsutsatthet när de söker hälso- och sjukvården, är risken stor att personer som lever med våld i en nära relation inte får det stöd och den hjälp och behandling som de skulle behöva och har rätt till. Såväl internationell som svensk forskning visar att många våldsutsatta personer aldrig får frågan om våld när de söker hälso- och sjukvården och att våldsutsatta patienter kan behandlas under långa tider för olika symtom utan att våldsproblematiken adresseras (NCK, 2010; Pratt-Eriksson et al., 2014).

När det gäller vårdens bemötande när kvinnor berättar om våldsutsatthet visar bland annat en metaanalys utifrån 25 kvalitativa studier att de mest centrala underlättande faktorerna är att hälso- och sjukvårdens personal är icke-dömande, medkännande och noga med konfidentialiteten. Andra viktiga faktorer, som såväl denna som andra studier visat är centrala, är att hälso- och sjukvårdens personal har en förståelse för att våldsutsattheten har en mängd sociala och psykologiska implikationer, förståelse för att det inte finns några enkla och snabba lösningar, att inte pressa den våldsutsatta att anmäla eller lämna partnern samt att hon får hjälp med att benämna våldet som oacceptabelt (Feder et al., 2006; Liebschuts et al., 2008). Brister i det professionella bemötandet utifrån dessa dimensioner leder till att våldsutsatta kvinnor upplever sig som svikna, avvisade och inte lyssnade på i mötet med hälso- och sjukvården (Pratt-Eriksson et al., 2016).

Screening

Sammantaget visar forskningen att väldigt få våldsutsatta personer fångas upp inom hälso- och sjukvården. Exempelvis visade en svensk studie omfattande 749 kvinnor i åldrarna 25–85 år, att endast 13 procent av de som uppgav sig vara eller ha varit våldsutsatta, någon gång fått frågan om våld inom ramen för besök inom hälso- och sjukvården (Simmons & Swahnberg, 2020). Internationellt finns flera standardiserade frågeformulär för att ställa frågor om våld i nära relation inom hälso- och sjukvården (Basilie et al., 2007). Internationella metaanalyser som utvärderat en del av dessa formulär visar att systematiskt frågande om våld i nära relation leder till en fördubbling i identifiering av våldsutsatta kvinnor. När det gäller gravida kvinnor upptäcks fyra gånger fler våldsutsatta kvinnor om man använder ett underlag för systematiska frågor. Det har dock visat sig svårt att påvisa ett tydligt samband mellan användandet av standardiserade frågeformulär och långsiktiga positiva hälsokonsekvenser för våldsutsatta kvinnor. Identifieringen av våldsutsatthet har heller inte kunnat kopplas till en minskning i våldsutsattheten (O'Doherty et al., 2015; Sprague et al., 2016; WHO, 2013). Svårigheten att tydligt bevisa dessa samband har tyvärr lett till ett visst ifrågasättande av värdet av standardiserade frågeformulär och att vi i Sverige saknar sådana rekommendationer (Socialstyrelsen, 2018). Utifrån ett kliniskt perspektiv är det dock uppenbart att användandet av något slags standardiserad frågemetod leder till att hälso- och sjukvårdens personal ställer betydligt fler frågor om våldsutsatthet, och därmed också upptäcker fler våldsutsatta. Det i sig utgör en förutsättning för att överhuvudtaget kunna påverka hälsokonsekvenser och vidare hänvisning (Socialstyrelsen, 2014). Vidare visar forskningen tämligen samstämmigt att kvinnor som får frågor om våldsutsatthet inom ramen för hälso- och sjukvården uppskattar att få frågan, oavsett egen våldsutsatthet eller ej (Socialstyrelsen, 2002).

Studiens syfte och frågeställning

Syfte

Det övergripande syftet med föreliggande studie är att öka kunskapen om kvinnors utsatthet för våld i nära relationer i Region Stockholm.

► SPECIFIKA FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur vanligt är fysiskt, psykiskt och sexuellt våld i nära relation bland kvinnor i Region Stockholm?
- Vem är förövaren och hur omfattande är våldet när kvinnor i Region Stockholm blir utsatta för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld?
- I vilken omfattning ställs frågor om våld i nära relation till kvinnor inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm?
- Hur upplever kvinnor att få frågor om våld när de besöker hälso- och sjukvården?
- Hur bedömer kvinnor som utsatts för våld i en nära relation att hälso- och sjukvården bäst kan bemöta våldsutsatta kvinnor med avseende på upptäckt, relationella aspekter, behandling och hänvisning?
- Finns det skillnader avseende sociodemografisk bakgrund och livsstil mellan kvinnor som utsatts för våld i nära relation och kvinnor som inte utsatts?
- Finns det skillnader avseende hälsotillstånd och sjukskrivningsantal mellan kvinnor som utsatts för våld i nära relation och kvinnor som inte utsatts?

Metod och projektets genomförande

Föreliggande rapport har sitt ursprung i ett utvecklings- och forskningsprojekt som formulerats och utvecklats vid enheten Våld i Nära Relation vid Akademiskt primärvårdscentrum i Region Stockholm. Enhetens uppdrag är att stötta hälso- och sjukvårdens och tandvårdens personal med kunskap, utvecklingsstöd och utbildning kring våld i nära relationer utifrån hälso- och sjukvårdens uppdrag. Då kunskap kring våld i nära relation utifrån ett regionalt perspektiv saknades, initierades den enkätundersökning som ligger till grund för denna rapport. Studien bygger på en så kallad vänt-rumsenkät som under en 2-månadersperiod, mellan den 12 oktober och 11 december 2020, fanns tillgänglig på 35 barnmorskemottagningar i regionen. Alla kvinnor som under denna period besökte dessa mottagningar fick möjlighet att besvara enkäten på plats eller ta den med hem och posta den. Studiedesignen innebar att enkäten besvarats helt anonymt. Vi vet hur många som besvarat den men inte har några exakta uppgifter kring hur många som skulle kunna ha besvarat den.

Design av enkäten

Utformandet av enkäten skedde parallellt med rekrytering av deltagande enheter samt informations- och utbildningsarbete. Forskargruppen har tillsammans stor erfarenhet av enkätmetodik, kunskapsområdet kvinnohälsa och kunskapsområdet våld i nära relation, men hade även regelbundna diskussioner med andra kunniga kollegor inom olika professioner. Kvinnor som besöker barnmorskemottagningar gör det av olika anledningar och efter en tids arbete stod det klart att studien skulle kunna ge fler och intressantare svar om vi utgick från tre olika grupper som var och en tilldelades en egen enkät:

1. kvinnor som kommer för gynekologiskt cellprov eller för förskrivning av preventivmedel
2. kvinnor som kommer för kontroll under graviditet
3. kvinnor som kommer för kontroll efter förlossning

Samtliga enkäter 1, 2 och 3 innehåller exakt samma frågeformulär avseende våldsutsatthet i en nära relation samt flervalfrågor om vårdens bemötande och upptäckt av våldsutsatthet. Efter en omfattande granskning av befintliga internationella och nationella instrument för att fråga om och upptäcka pågående våldsutsatthet, valdes instrumentet Abuse Assessment Screen (AAS). En viktig orsak till detta val var att AAS, till skillnad från många andra instrument, även ställer frågor om våldets frekvens och svårighetsgrad samt vem som är förövaren (McFarlane et al, 1992). AAS är ett internationellt vedertaget kliniskt instrument för att mäta fysiskt och sexuellt våld under de senaste 12 månaderna och har framför allt använts för att mäta våldsutsatthet under graviditet (Basilie et al, 2007). I föreliggande studie valdes AAS som utgångspunkt för frågor om våld i nära relation, men vidareutvecklades och anpassades till svenska förhållanden med avseende på vissa uttryck. Uttrycken "man" och "exman" byttes ut mot "partner" och "före detta partner". Vidare byttes "pojkvän" ut till "någon du för närvarande träffar", för att bättre fånga in datingföreteelsen och "släkting" lades till som möjlig förövare för att fånga eventuellt hedersrelaterat våld och förtryck. I den ursprungliga versionen av AAS är frågan om våldsfrekvens öppen. För att om möjligt öka svarsfrekvensen valdes de fasta svarsalternativen "dagligen", "några gånger i veckan", "några gånger i månaden" och "enstaka tillfällen". Den fråga som i originalet handlar om fysiskt våld under graviditet, byttes ut mot en generell fråga om psykiskt våld (se bilaga 1). Eftersom instrumentet mäter pågående våldsutsatthet (de senaste 12 månaderna), var det för enkät 2 (gravida) och enkät 3 (nyligen förlösta) centralt att ta reda på hur situationen såg ut före graviditet respektive före förlossningen. För att fånga situationen både före och efter graviditet respektive förlossning upprepades frågorna om våld i nära relation i enkät 2 och 3.

Flervalsfrågorna om vårdens bemötande bygger inte på några kliniska instrument eller formulär utan på klinisk erfarenhet hos forskargruppen och andra kliniskt erfarna referenspersoner inom hälso- och sjukvården.

Enkäterna har samma frågor kring sociodemografi men lite olika frågor kring hälsa och livsstil. Tabell 1 visar de frågor från enkäten som är analyserade i denna rapport. För de som är intresserade av att se enkäterna i sin helhet hänvisar vi till kontakt med enheten Våld i Nära Relationer.

Tabell 1. Frågor från enkäterna som presenteras i denna rapport.

| Enkäterna | Sociodemografi | Våld i nära relation | Livsstil | Hälsa och välbefinnande |
|-----------|-----------------|---|---|--|
| ► Enkät 1 | Ålder | Frågor om våld i nära relation, se bilaga 1 | Audit ¹ | Självskattat allmänt hälsotillstånd |
| | Utbildning | Flervalsfrågor kring vårdens bemötande och upptäckt av våldsutsatthet | Konsumtion av tobak Konsumtion av läkemedel ² | Symtom på depression (PHQ-9) ³ Sjukskrivning ⁴ Återkommande besvär eller symtom ⁵ |
| ► Enkät 2 | Sysselsättning | | Inga frågor om livsstil presenteras i rapport | Självskattat allmänt hälsotillstånd |
| | Boendesituation | | | Sjukskrivning ⁴ Återkommande besvär eller symtom ⁵ Depression (EPDS) ⁶ |
| ► Enkät 3 | Födelseland | | Inga frågor om livsstil presenteras i rapport | Inga frågor om hälsa och välbefinnande presenteras i rapport |

¹ Audit är ett instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion.

² Användning av receptbelagda läkemedel som inte är ordinerade av läkare exempelvis Benzodiazepaner och Tramadol.

³ PHQ-9 är en validerad screening av egentlig depression enligt DSMIV.

⁴ Sjukskriven mer än två veckor i följd de senaste 12 månaderna.

⁵ Återkommande besvär eller symtom de senaste 12 månaderna såsom olika typer av smärtor (värk i leder och muskler som i nacke, skuldror och rygg), mag- eller tarmbesvär, huvudvärk, migrän, eksem/hudutslag, sömnsvårigheter, ångslan, oro eller ångest, yrsel, allergi, gynekologiska besvär och smärta vid sexuellt samliv.

⁶ EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) är ett validerat instrument som mäter pre- och postnatala symtom på depression.

Innan den slutliga enkäten utformades för varje grupp, genomfördes en pilottestning där ett tiotal personer ur de olika målgrupperna besvarade enkäten, för att sedan komma med återkoppling avseende enkätens omfattning och innehåll. Efter några mindre justeringar ansågs enkäterna färdiga och översattes till de tre mest förekommande språken i Region Stockholm; somaliska, arabiska och engelska. Detta gjordes av en auktoriserad tolkförmedling upphandlad av Region Stockholm. Enkätfabriken i Lund anlätades för att göra de olika enkäterna inskanningsbara.

Datainsamlingens genomförande

Projektet har genomförts inom mödrahälsovården i region Stockholm. Mödrahälsovårdens uppdrag är att genom hälsofrämjande och förebyggande insatser identifiera risker för ohälsa och bidra till en god sexuell och reproduktiv hälsa. I uppdraget ingår även att minimera risker och sjuklighet hos kvinnan och barnet under graviditet, förlossning och spädbarnstid. År 2020 fanns det inom mödrahälsovården i Region Stockholm totalt 64 barnmorskemottagningar där cirka 400 barnmorskor arbetade. År 2020 skedde 28 362 födselar i Region Stockholm. Under samma år genomfördes 48 653 cellprov och 85 230 utförda fysiska besök för preventivmedelsrådgivning. I dessa besök ingår även samtal om sex och samlevnad samt provtagning för sexuellt överförbara infektioner (Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm, 2020). Sammantaget innebär detta att en stor del av den kvinnliga populationen besöker en barnmorskemottagning regelbundet, och att kvinnor som kallas till besök på barnmorskemottagning i mycket hög utsträckning kommer dit. Den kliniska erfarenheten visar att barnmorskemottagningen upplevs som en trygg miljö där man kan få hjälp med olika slags problem under hela livscykeln. Inom denna kontext bedömdes att det skulle finnas stora möjligheter att utföra en enkätstudie och därmed få ett representativt urval av kvinnor.

Projektet planerades tillsammans med Region Stockholms samordnings- och chefsbarnmorskor. Tillsammans med dessa diskuterades hur datainsamlingen skulle kunna genomföras på bästa sätt, hur alla berörda barnmorskor skulle få information om studien och hur studien skulle få så liten störningseffekt som möjligt på den ordinarie verksamheten. När designen av projektet var beslutad och samtliga chefsbarnmorskor fått information om projektet, skickades en förfrågan per mejl till samtliga chefsbarnmorskor huruvida de ville delta i projektet med "sina" enheter. Positiv respons kom från totalt 35 barnmorskemottagningar vilket inkluderade totalt 268 barnmorskor (av totalt 400

barnmorskor). Många av de större mottagningarna valde att delta men mottagningar i alla storlekar och från alla delar av regionen var inkluderade.

När alla deltagande mottagningar var bekräftade fick samtliga barnmorskor en kort utbildning om våld i nära relation samt information om projektet. En kontaktbarnmorska utsågs på varje mottagning som skulle ha direktkontakt med forskarna under studiens gång.

Checklista och material distribuerades till alla barnmorskemottagningar och affischer hängdes upp i alla väntrum för att informera besökande om studien. Alla barnmorskor fick en egen uppsättning av de tre enkäterna på samtliga språk med tillhörande information till varje rum. Enkäterna distribuerades av barnmorskorna som därmed kunde avgöra vilken enkät som var "rätt" med avseende på besöksorsak och i förekommande fall även språk. Efter avslutat besök fick varje kvinna frågan om hon ville besvara en enkät. Om kvinnan var positiv till detta informerades hon skriftligen om studien och kunde fylla i enkäten i väntrummet. Då datainsamlingsperioden sammanföll med andra vågen av covid-19-pandemin, var det inte tillåtet för partner att följa med vid besöken. För kvinnor med erfarenhet av våldsutsatthet innebar det att möjligheten att tryggt sitta ner och fylla i enkäten var större än i normala fall. Vidare fick kvinnorna information om att lägga de ifyllda enkäterna i en låst brevlåda innan de gick. De kvinnor som inte hade tid eller möjlighet att besvara enkäten på plats i väntrummet fick ett frankerat svarskuvert och kunde således besvara enkäten vid ett senare tillfälle. Forskarna hade regelbunden kontakt med kontaktbarnmorskorna och besökte initialt samtliga barnmorskemottagningar. Ifyllda enkäter hämtades regelbundet på plats under perioden.

Etisk prövning

Innan undersökningen påbörjades granskades och godkändes undersökningens syfte, design, metod, enkäter och informationsblad av Etikprövningsmyndigheten.

Deltagande kvinnor fick information om att delta-
gande var frivilligt och att enkäterna inte var spårbara. De fick också information om vart de kunde vända sig för stöd och hjälp om de hade frågor eller om de kände behov av att prata om sin våldsutsatthet (kontakt med psykolog vid enheten Våld i Nära Relationer).

Statistisk bearbetning

Alla enkäter skickades till Enkätfabriken i Lund som har en egen inskanningscentral. När de ifyllda pappersenkäterna nådde Enkätfabriken skannades dessa in för att sedan tolkas med Enkätfabrikens programvara för formulärstolkning. Utifrån denna mall kunde programvaran känna igen vilka rutor och fält som skulle tolkas. Frågorna i enkäten mallades upp utifrån frågetyp och skala. Därefter programmerades rimliga värden för att säkerställa att programvaran tolkade enkäterna korrekt. I de fall där enkäter hade fyllts i korrekt kunde programvaran själv läsa in hela resultatet. I de fall där det fanns tveksamheter skedde en manuell verifiering

genom att en operatör tog ställning till hur svaren skulle tolkas. Datafilerna exporterades sedan till Akademiskt primärvårdscentrum i SPSS och Excel. Samtliga datafiler granskades och ofullständiga enkäter togs bort, se tabell 2. Otydliga eller osannolika svar kontrollerades manuellt. Därefter bearbetades materialet inför den statistiska analysen.

Databearbetning har genomförts med programmen SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, version 26.0, IBM) och R (R version 4.1.0 (RStudio Team (2021). RStudio: Integrated Development for R. RStudio, Inc., Boston, MA URL <http://www.rstudio.com/>) i ett samarbete mellan Akademiskt primärvårdscentrum och Karolinska Institutet Biostatistics Core Facility.

Deskriptiva data är presenterade i antal (n) och procent (%). Sambandsanalys har genomförts som binära logistiska regressionsanalyser för att beräkna riskerna för utsatthet i relation till olika sociodemografiska variabler samt hälso- och livsstilsvariabler. Resultaten presenteras som oddskvoter (Odds ratio) och konfidensintervaller (95 % KI) och p-värden. Regressionsanalyserna tittar till exempel på om oddsen för våldsutsatthet förändras när kvinnan har ett försämrat hälso- eller livsstilsutfall.

Resultat

Det totala antalet inkomna enkäter uppgick till 6 388. Majoriteten av respondenterna valde att svara på enkäten på en barnmorskemottagning (n=5 423) medan 956 valde att besvara enkäten utanför mottagningen och

skicka in den per post. Efter bortrensning av ofullständigt ifyllda enkäter kvarstod 6 294 enkäter, se tabell 2. Tabell 3 visar studiepopulationens sociodemografiska bakgrund.

Tabell 2. Det totala antalet inkomna enkäter.

| | Enkät 1 Kvinnor i åldrarna 18–76 år | | Enkät 2 Gravida kvinnor | | Enkät 3 Kvinnor som nyligen fött barn | |
|----------------|--|---|----------------------------|---|--|---|
| | Inkomna enkäter | Efter bortrensning av ofullständiga enkäter | Inkomna enkäter | Efter bortrensning av ofullständiga enkäter | Inkomna enkäter | Efter bortrensning av ofullständiga enkäter |
| Svenska ▶ | 2 294 | 2 239 | 3 177 | 3 152 | 555 | 552 |
| Engelska ▶ | 95 | 92 | 157 | 157 | 20 | 17 |
| Somaliska ▶ | 1 | 1 | 9 | 9 | 1 | 1 |
| Arabiska ▶ | 13 | 10 | 56 | 54 | 10 | 10 |
| Total ▶ | 2 403 | 2 342 | 3 399 | 3 372 | 586 | 580 |

Tabell 3. Studiepopulationens sociodemografiska bakgrund.

| | | Studiepopulation Enkät 1 (n=2 342) (%) | Studiepopulation Enkät 2 (n=3 372) (%) | Studiepopulation Enkät 3 (n=580) (%) |
|-------------------|-----------------------------------|---|---|---|
| Ålder ▶ | <25 år | 476 (20,3) | 146 (4,3) | 18 (3,1) |
| | 25–34 år | 670 (28,6) | 2 363 (70,2) | 382 (65,9) |
| | 35–44 år | 369 (15,8) | 848 (25,2) | 176 (30,3) |
| | 45–54 år | 235 (10,0) | 10 (0,3) | 4 (0,7) |
| | 55–65 år | 534 (22,8) | – | – |
| | >65 år | 51 (2,2) | – | – |
| Utbildning ▶ | Grundskola | 88 (3,8) | 79 (2,3) | 17 (2,9) |
| | Gymnasium | 709 (30,3) | 699 (20,7) | 120 (20,7) |
| | Universitet | 1 525 (65,1) | 2 588 (76,7) | 441 (76,0) |
| Sysselsättning ▶ | Ej sysselsatta ¹ | 616 (26,3) | 435 (12,9) | 53 (9,1) |
| | Sysselsatta | 1 713 (73,1) | 2 927 (86,8) | 524 (90,3) |
| Boendesituation ▶ | Make eller partner | 1 021 (43,6) | | |
| | Föräldrar eller syskon | 260 (11,1) | | |
| | Andra vuxna | 138 (5,9) | | |
| | Barn | 435 (18,6) | | |
| | Ensam | 475 (20,3) | | |
| Boendesituation ▶ | Partner (väntar första barnet) | | 2 154 (63,9) | |
| | Partner och barn | | 1 113 (33,0) | |
| | Ensam | | 84 (2,5) | |
| | Föräldrar, syskon/ andra vuxna | | 17 (0,5) | |
| Boendesituation ▶ | Make eller partner | | | 558 (96,2) |
| | Föräldrar eller syskon | | | 2 (0,3) |
| | Andra vuxna | | | 1 (0,2) |
| | Barn | | | 7 (1,2) |
| | Ensam | | | 8 (1,4) |
| Födelseregion ▶ | Sverige | 1 870 (79,8) | 2 593 (76,9) | 475 (81,9) |
| | Europa | 204 (8,7) | 267 (7,9) | 35 (6,0) |
| | Utanför Europa | 258 (11,0) | 491 (14,6) | 70 (12,1) |

¹Arbetsökande, pensionärer eller studerande

Resultatet presenteras utifrån fem olika delar där enkätunderlagen ser olika ut beroende på frågeställning.

Del 1 redovisar prevalens för utsatthet för våld i nära relationer hos kvinnor i Region Stockholm. Här redovisas enkät 1 (icke-gravida kvinnor mellan 18 och 76 år), enkät 2 (gravida kvinnor) och enkät 3 (kvinnor som nyligen fött barn) var och en för sig.

Del 2 redovisar omfattningen av våld i nära relation och vem som är förövaren med avseende på våldsutsatthet. Här redovisas enkät 1 och 2 gemensamt (för enkät 2 omfattas den del där kvinnorna svarat utifrån våldsutsatthet före graviditet), det vill säga underlaget utgörs helt av icke-gravida kvinnor.

Del 3 redovisar våldsutsatta kvinnors erfarenheter av mötet med hälso- och sjukvården med avseende på erfarenheter av att ha fått frågor om våldsutsatthet och av att eventuellt berätta om våldsutsatthet. Här redovisas enkät 1 (icke-gravida kvinnor mellan 18 och 76 år) och enkät 2 (gravida kvinnor).

Del 4 redovisar våldsutsatta kvinnors erfarenheter av mötet med hälso- och sjukvården med avseende på bemötande, stöd och hjälp. Här redovisas samtliga enkäter gemensamt.

Del 5 redovisar sambandet mellan våld i nära relation och sociodemografiska faktorer, livsstil och hälsa. Enkäterna 1 och 2 redovisas var och en för sig. Enkät 3 ingår inte i dessa analyser.

Del 1

Våld i nära relation – förekomsten av utsatthet bland kvinnor i Region Stockholm

Bland *kvinnor i åldrarna 18 till 76 år* uppgav 25,1 procent att de varit utsatta för våld i en nära relation någon gång i livet. 8,7 procent av kvinnorna har varit utsatta för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld i en nära relation under det senast året, vilket utgör definitionen av att leva med pågående våld i en nära relation. Uppdelat i de olika våldstyperna uppgav 3,1 procent av kvinnorna att de varit utsatta för fysiskt våld, 6,6 procent att de varit utsatta för psykiskt våld och 2,6 procent att de varit utsatta för sexuellt våld i en nära relation under de senaste 12 månaderna, se tabell 4. Vissa kvinnor har varit våldsutsatta för mer än en typ av våld.

Bland *gravida kvinnor* uppgav 15,5 procent att de varit utsatta för våld i en nära relation någon gång i livet. 2,1 procent uppgav att de utsatts för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld under graviditeterna. Uppdelat i de olika våldstyperna uppgav 0,6 procent av kvinnorna att de varit utsatta för fysiskt våld, 1,8 procent att de varit utsatta för psykiskt våld och 0,1 procent att de varit utsatta för sexuellt våld, se tabell 4. Vissa kvinnor har varit våldsutsatta för mer än en typ av våld. Under året före graviditeten uppgav 6 procent att de varit utsatta för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld. Resultaten visar en signifikant minskning avseende våldsutsatthet under graviditet i jämförelse med året före.

Bland *kvinnor som nyligen fött barn* uppgav drygt 14 procent att de varit utsatta för våld i en nära relation någon gång i livet. 2,8 procent uppgav att de utsatts för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld efter att de fött barn. Uppdelat i de olika våldstyperna uppgav 0,5 procent att de varit utsatta för fysiskt våld, 2,2 procent uppgav att de varit utsatta för psykiskt våld och 0,3 procent att de varit utsatta för sexuellt våld sedan de fött barn, se tabell 4.

Tabell 4. Förekomst av utsatthet för våld i nära relation hos kvinnor i åldrarna 18–76 år som inte är gravida, gravida kvinnor och kvinnor som nyligen fött barn.

| Förekomst av utsatthet för våld i nära relation hos kvinnor i åldrarna 18–76 år som inte är gravida (n=2 342) | Utsatta n (%) | Ej utsatta n (%) | Ej angett n (%) |
|--|----------------------|-------------------------|------------------------|
| Utsatt någon gång i livet | 588 (25,1) | 1 720 (73,4) | 34 (1,5) |
| Utsatthet för <i>fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld</i> under de senaste 12 månaderna | 204 (8,7) | 2 049 (87,5) | 89 (3,8) |
| Utsatthet för <i>fysiskt våld</i> under de senaste 12 månaderna | 73 (3,1) | 2 243 (95,8) | 26 (1,1) |
| Utsatthet för <i>psykiskt våld</i> under de senaste 12 månaderna | 154 (6,6) | 2 123 (90,6) | 65 (2,8) |
| Utsatthet för <i>sexuellt våld</i> under de senaste 12 månaderna | 61 (2,6) | 2 214 (94,5) | 67 (2,9) |
| Förekomst av utsatthet för våld i nära relation hos gravida kvinnor (n=3 372) | Utsatta n (%) | Ej utsatta n (%) | Ej angett n (%) |
| Utsatt någon gång i livet | 524 (15,5) | 2 818 (83,6) | 30 (0,9) |
| Utsatthet för <i>fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld</i> året före graviditet | 202 (6,0) | 3 068 (91,0) | 102 (3,0) |
| Utsatthet för <i>fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld</i> under graviditet | 72 (2,1) | 3 285 (97,4) | 145 (0,6) |
| Utsatthet för <i>fysiskt våld</i> året före graviditet | 106 (3,1) | 3 244 (96,0) | 22 (0,7) |
| Utsatthet för <i>fysiskt våld</i> under graviditet | 20 (0,6) | 3 247 (96,3) | 105 (3,1) |
| Utsatthet för <i>psykiskt våld</i> året före graviditet | 138 (4,1) | 3 199 (95,0) | 35 (1,0) |
| Utsatthet för <i>psykiskt våld</i> under graviditet | 61 (1,8) | 3 236 (96) | 75 (3,2) |
| Utsatthet för <i>sexuellt våld</i> året före graviditet | 33 (1,0) | 3 246 (96,0) | 93 (2,8) |
| Utsatthet för <i>sexuellt våld</i> under graviditet | 5 (0,1) | 3 287 (97,5) | 80 (2,4) |
| Förekomst av utsatthet för våld i nära relation hos kvinnor som nyligen fött barn (n=580) | Utsatta n (%) | Ej utsatta n (%) | Ej angett n (%) |
| Utsatt någon gång i livet | 82 (14,1) | 490 (84,5) | 8 (1,4) |
| Utsatthet för <i>fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld</i> hos kvinnor som nyligen fött barn | 16 (2,8) | 532 (91,7) | 32 (5,5) |
| Utsatthet för <i>fysiskt våld</i> hos kvinnor som nyligen fött barn | 3 (0,5) | 557 (96) | 20 (3,4) |
| Utsatthet för <i>psykiskt våld</i> hos kvinnor som nyligen fött barn | 13 (2,2) | 542 (93,4) | 25 (4,2) |
| Utsatthet för <i>sexuellt våld</i> hos kvinnor som nyligen fött barn | 2 (0,3) | 558 (96,2) | 20 (3,4) |

► SAMMANFATTNING DEL 1

Utifrån de tre studerade grupperna kan vi se att icke-gravida kvinnor mellan 18 och 76 år uppgivit högre livstidsprevalens för samtliga typer av våld i nära relation än de andra grupperna. Även när det gäller utsatthet för pågående våld i en nära relation ligger gruppen icke-gravida kvinnor mellan 18 och 76 år högre än i de andra grupperna. En möjlig förklaring till att livstidsprevalensen för denna grupp är högre kan vara att denna grupp omfattar kvinnor i alla åldrar. Äldre kvinnor har levt längre och har därmed rent tidsmässigt haft fler möjliga tillfällen att bli utsatta för våld i en nära relation. När det gäller den lite högre siffran för utsatthet för pågående våld i nära relation i denna grupp, skulle förklaringen å andra sidan kunna vara att yngre kvinnor är överrepresenterade i undersökningsgruppen, och att yngre ålder i sig är en riskfaktor för våldsutsatthet (se vidare del 5). Skälet till överrepresentationen av yngre kvinnor härrör sannolikt från det faktum att yngre kvinnor har fler anledningar till att besöka mödrahälsovården än vad äldre kvinnor har.

Utifrån resultaten förefaller graviditet och familjebildning utgöra en skyddande omständighet då vi också ser en signifikant minskning av våldsutsatthet när kvinnan blir gravid i jämförelse med året innan. När det gäller de olika våldstyperna visar resultaten samstämmighet med såväl internationell som nationell forskning att psykiskt våld är den vanligaste våldstypen.

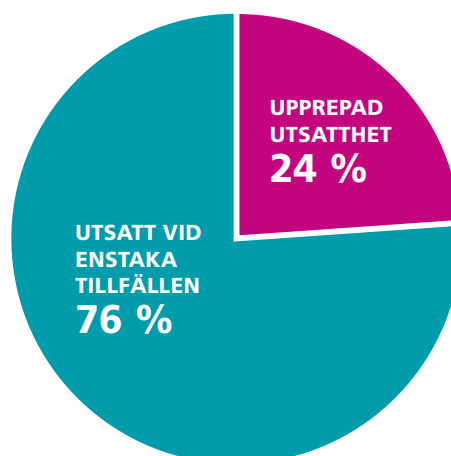
Del 2

Våld i nära relation

– Hur ofta förekommer våldet?

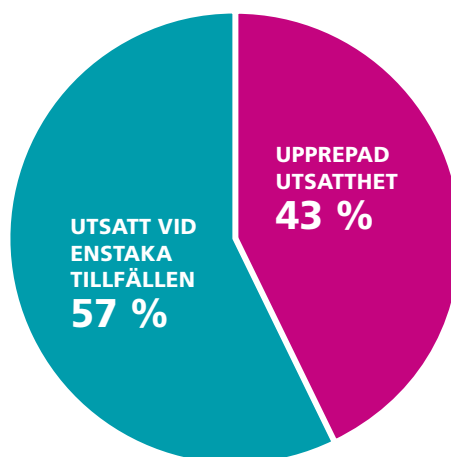
Figurerna 1–3 visar hur ofta våld förekommer bland de kvinnor som uppgett att de varit utsatta för våld under det senaste året. Utsatt vid enstaka tillfällen innebär att kvinnorna uppgett att de vid enstaka tillfällen blivit våldsutsatta. Upprepad våldsutsatthet innebär att kvinnorna blivit utsatta dagligen, några gånger i veckan eller några gånger i månaden.

Hur ofta kvinnorna blivit utsatta för fysiskt våld under det senaste året



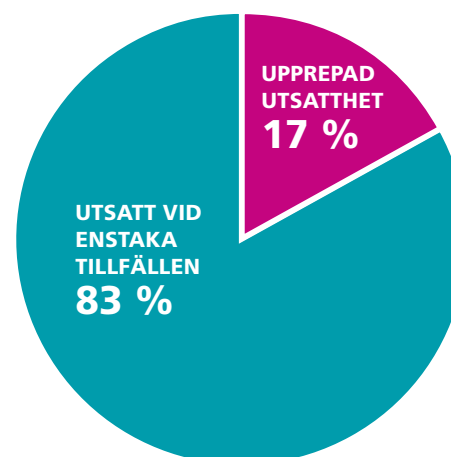
Figur 1. Hur ofta kvinnorna blivit våldsutsatta för fysiskt våld under det senaste året. (n=151).

Hur ofta kvinnorna blivit utsatta för psykiskt våld under det senaste året



Figur 2. Hur ofta kvinnorna blivit våldsutsatta för psykiskt våld under det senaste året (n=274).

Hur ofta kvinnorna blivit utsatta för sexuellt våld under det senaste året

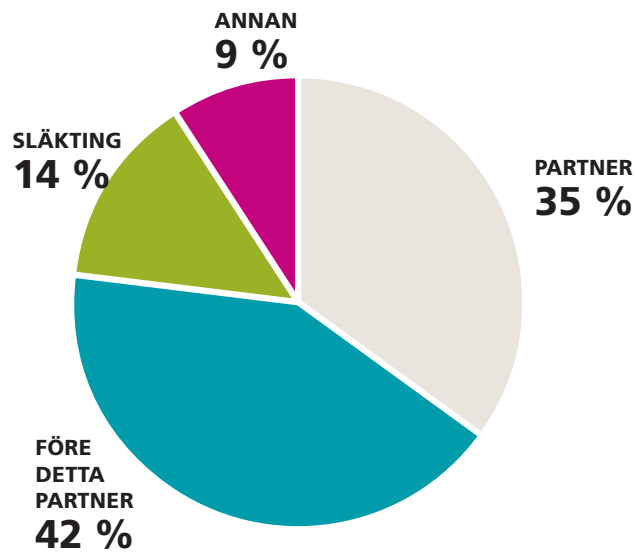


Figur 3. Hur ofta kvinnorna blivit våldsutsatta för sexuellt våld under det senaste året (n=86).

Våld i nära relation – Vem är förövaren?

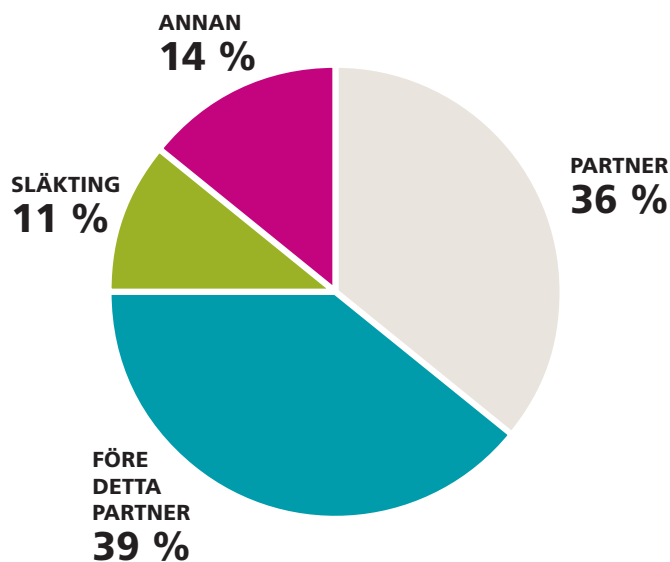
Figurerna 4–6 visar vilka som är förövare när kvinnor utsätts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld. Figur 7 visar vem som är förövare i de fall kvinnan också uppgivit att hon är rädd för sin förövare. Det totala antalet våldsutsatta kvinnor som uppgett att de är rädda för sin förövare uppgår till 80 personer.

Förövare vid fysiskt våld under det senaste året



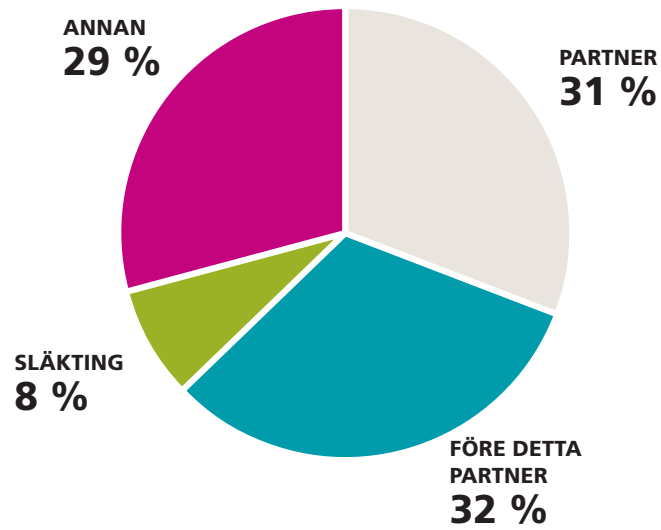
Figur 4. Förövare vid fysiskt våld under det senaste året (n=151).

Förövare vid psykiskt våld under det senaste året



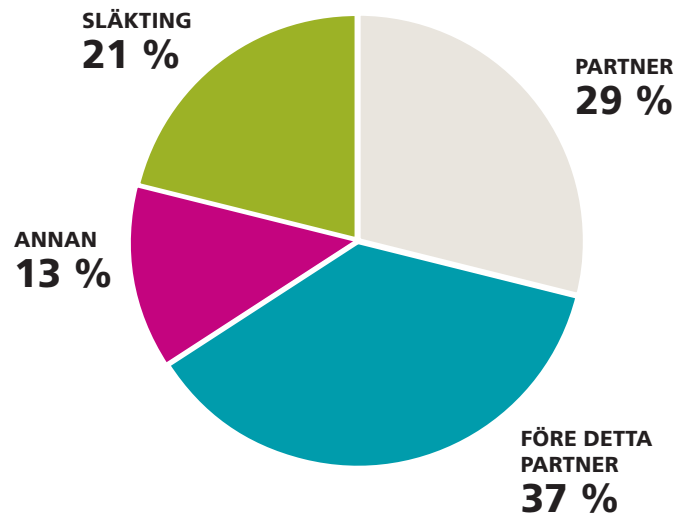
Figur 5. Förövare vid psykiskt våld under det senaste året (n=274).

Förövare vid sexuellt våld under det senaste året



Figur 6. Förövare vid sexuellt våld under det senaste året (n=86).

Förövare när kvinnan uppger att hon är rädd för sin förövare



Figur 7. Förövare när kvinnan uppger att hon är rädd för sin förövare. Avser utsatthet för våld under det senaste året (n=80).

► SAMMANFATTNING DEL 2

Utifrån ett kliniskt perspektiv är det stor skillnad mellan att vara utsatt för våld i en nära relation vid något enstaka tillfälle och att vara systematiskt och frekvent utsatt. Det är i denna studie liksom i många andra, vanligast att utsättas för något slags våld i en nära relation vid enstaka tillfällen. I enlighet med såväl internationell som nationell forskning visar vår studie att *psykiskt våld* är den vanligaste våldstypen. Bland kvinnorna som varit utsatta för psykiskt våld uppger nästan hälften (43 procent) att de är utsatta för upprepat psykiskt våld, det vill säga dagligen, några gånger i veckan eller några gånger i månaden. Närmare en fjärdedel (24 procent) av kvinnorna som uppgivit att de varit utsatta för fysiskt våld, uppger att våldet är upprepat, medan knappt en femtedel (17 procent) av de som varit utsatta för sexuellt våld uppger att de är utsatta för upprepat sexuellt våld.

Den vanligaste förövaren när det gäller alla våldstyper är en före detta partner. Att det är den före detta partnern som är förövaren är tydligast vid fysiskt våld, medan den nuvarande partnern är en nästan lika vanlig förövare när det handlar om psykiskt och sexuellt våld. Vid alla typer av våld anges också släktingar som förövare, vilket kan vara en indikation på hedersrelaterat våld och förtryck. Kategorin annan förövare kan vara en person som kvinnan för närvarande träffar. Denna typ av förövare är vanligast vid sexuellt våld, där det är nästan lika vanligt som att bli utsatt av en partner eller en före detta partner.

Totalt 80 kvinnor svarar ja på frågan huruvida hon är rädd för förövaren. Här visar resultaten att före detta partner är den förövare som flest kvinnor är rädda för (37 procent). Nästan lika många kvinnor är rädda för en släkting (21 procent) som för en nuvarande partner (29 procent).

Del 3

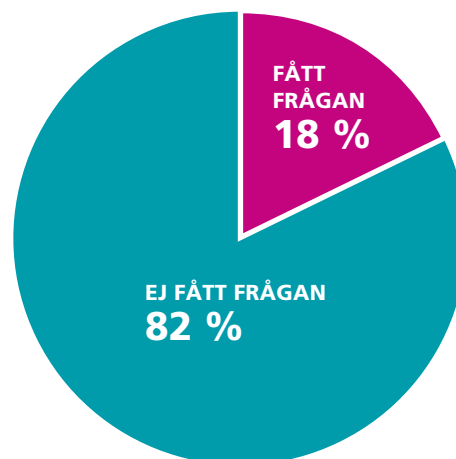
Tillfrågade om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården

Av totalt 2 342 kvinnor i åldrarna 18 till 76 år svarade 342 kvinnor (15 procent) att de blivit tillfrågade om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården. Av de kvinnor som uppgett att de blivit tillfrågade om våldsutsatthet svarade 75 procent att de var mycket positiva eller positiva till att få frågan om våldsutsatthet, 19 procent upplevde frågan som varken positiv eller negativ och 2,3 procent av de tillfrågade uppgav att de var negativa till att få frågor om våldsutsatthet. 3,5 procent svarade inte på frågan.

Av de 588 kvinnor som uppgett att de varit utsatta för våld *någon gång i livet*, uppgav 107 kvinnor (18 procent) att de blivit tillfrågade om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården. Detta innebär att 477 våldsutsatta kvinnor (81 procent) inte blivit tillfrågade om våldsutsatthet (4 kvinnor har inte besvarat frågan), se figur 8.

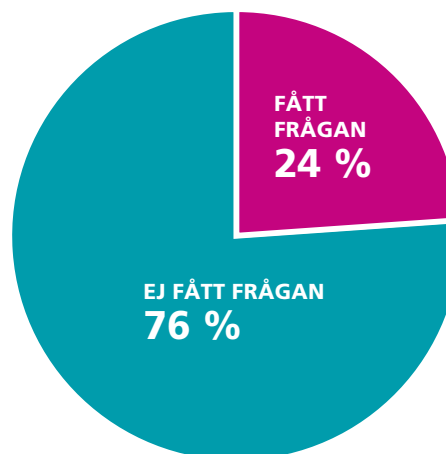
Av de 204 kvinnor som uppgett att de varit utsatta för våld *under de senaste 12 månaderna* uppgav 48 kvinnor (23,5 procent) att de blivit tillfrågade om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården. Detta innebär att 154 våldsutsatta kvinnor (75 procent) inte blivit tillfrågade om våldsutsatthet (2 kvinnor har inte besvarat frågan), se figur 9.

Kvinnor 18–76 år som någon gång i livet utsatts för våld och som fått frågan om våld



Figur 8. Kvinnor 18–76 år som någon gång i livet utsatts för våld i nära relation och som fått frågan om våld (n=588).

Kvinnor 18–76 år som lever med pågående våldsutsatthet och som fått frågan om våld



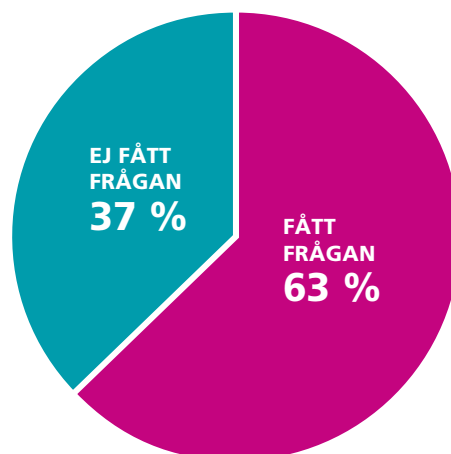
Figur 9. Kvinnor 18–76 år som lever med pågående våldsutsatthet och som fått frågan om våld (n=204).

Av totalt 3 372 *gravida kvinnor* svarade 1 862 (55 procent) att det blivit tillfrågade om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården. Av de kvinnor som uppgett att de blivit tillfrågade om våldsutsatthet svarade 76 procent att de var mycket positiva eller positiva till frågor om våldsutsatthet, 22 procent upplevde frågan som varken positiv eller negativ och 0,6 procent uppgav att de var negativa till att få frågor om våldsutsatthet.

Av de 524 gravida kvinnor som uppgett att de varit utsatta för våld *någon gång i livet*, uppgav 330 kvinnor (63 procent) att de blivit tillfrågade om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården. Detta innebär att 192 våldsutsatta kvinnor (37 procent) *inte* blivit tillfrågade om våldsutsatthet (2 kvinnor har inte besvarat frågan), se figur 10.

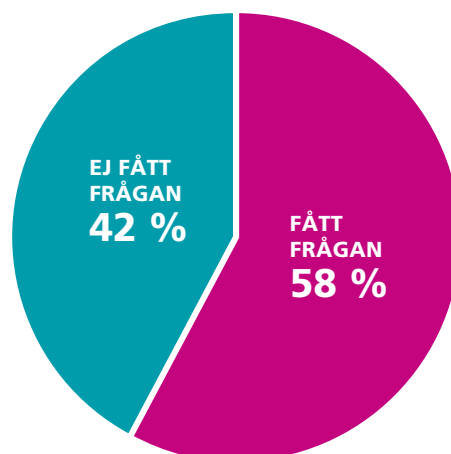
Av de 72 kvinnor som uppgett att de varit utsatta för våld *under graviditet* uppgav 42 kvinnor (58 procent) att de blivit tillfrågade om våldsutsatthet inom hälso- och sjukvården. Detta innebär att 30 gravida våldsutsatta kvinnor (42 procent) *inte* blivit tillfrågade om våldsutsatthet (figur 11).

Gravida kvinnor som någon gång i livet utsatts för våld och som fått frågan om våld



Figur 10. Gravida kvinnor som någon gång i livet utsatts för våld i nära relation och som fått frågan om våld (n=524).

Gravida kvinnor som lever med pågående våldsutsatthet och som fått frågan om våld



Figur 11. Gravida kvinnor som lever med pågående våldsutsatthet och som fått frågan om våld (n=72).

► SAMMANFATTNING DEL 3

Resultaten visar att den övervägande majoriteten av de kvinnor som fått frågor om våldsutsatthet upplevt tillfrågandet som positivt. Det är en stor majoritet våldsutsatta kvinnor som inte blivit tillfrågade om våld, både när vi utgår från ett livstidsperspektiv och från pågående våldsutsatthet. När det gäller de gravida kvinnorna som lever med pågående våld uppgår knappt hälften att de *inte* blivit tillfrågade om våldsutsatthet.

Del 4

Våldsutsatta kvinnors upplevelse av bemötandet från hälso- och sjukvården

Av hela studiepopulationen 6 294 kvinnor uppgav knappt en femtedel (19 procent) att *de någon gång i livet varit utsatt för våld* i en nära relation.

De kvinnor som uppgivit att de har erfarenheter av våld i nära relation fick frågan huruvida de berättat om våldsutsattheten för någon inom hälso- och sjukvården, antingen efter att ha fått frågan eller på eget initiativ. Av de 1 194 kvinnor som uppgivit våldsutsatthet under livet uppgav 320 kvinnor (27 procent) att de berättat om sin våldsutsatthet, antingen på eget initiativ eller efter att ha fått frågan.

Den yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården som våldsutsatta kvinnor oftast berättat om våldet för, var psykologer. I andra hand var det barnmorskor som våldsutsatta kvinnor valt att berätta för och i tredje hand läkare. Andra yrkesgrupper som de våldsutsatta kvinnorna nämnde var kurator och sjuksköterska. Det ska poängteras att skälet till att så många av kvinnorna valt att berätta om våldsutsatthet för en barnmorska sannolikt är att många av de kvinnor som ingår i studien var gravida (enkät 2) vid svarstillfället, och att man inom mödrahälsovården ställer frågor om våld på rutin.

De kvinnor som valt att berätta om sin våldsutsatthet, fick även svara på frågan om vad det var som gjorde att de upplevde att det var möjligt för dem att berätta om sina erfarenheter (figur 12). Det som framför allt avgjorde om kvinnorna upplevde att de kunde berätta var att de själva bestämt sig för att söka hjälp för sin våldsutsatthet. Upplevelsen av en trygg miljö, ett gott bemötande och vetskapen om att vårdpersonalen har tystnadsplikt var andra underlättande faktorer för att berätta om våldsutsatthet. Ytterligare en viktig faktor var att vårdgivaren var känd sedan tidigare. För vissa kvinnor var det faktum att man fick frågan om våldsutsatthet en förutsättning för att våga berätta.

Några citat från kvinnorna:

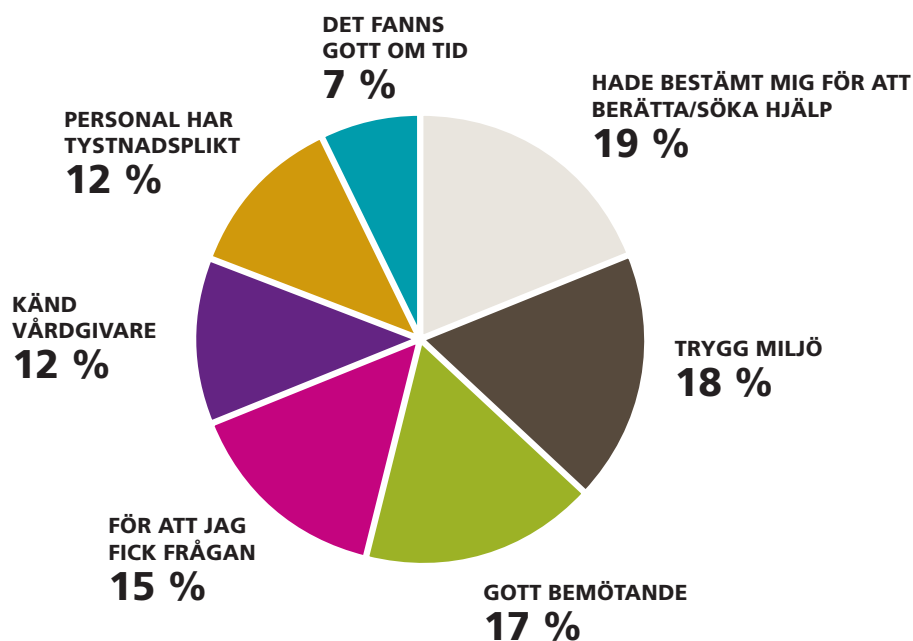
”[Jag] sökte hjälp för jag ville ha rätt behandling”

”Jag var tvungen att berätta för att överleva”

”Jag behövde hjälp med min depression”

”Jag har inget att skämmas för”

Viktiga faktorer för att kunna berätta om sin våldsutsatthet



Figur 12. Viktiga faktorer för att kunna berätta om sin våldsutsatthet (svaren baseras på totalt antal svar på frågan där flera svar kunde anges).

De kvinnor som valt att *inte* berätta om sin våldsutsatthet fick frågan om varför de upplevde att de inte kunde berätta om sina erfarenheter, se figur 13. Den vanligaste anledningen till att kvinnorna valt att inte berätta handlade om att det inte kändes relevant. Det kunde till exempel röra sig om våldsupplevelser långt tillbaka i tiden, att våldet förekommit i en relation som kvinnan nu avslutat eller att våldet inte upplevdes som tillräckligt allvarligt för att tala om. Somliga kvinnor uppgav även att de inte känt något behov av att prata om våldet, att de fått stöd på andra sätt än inom hälso- och sjukvården eller att de av olika anledningar inte varit i kontakt med hälso- och sjukvården under den tid när våldet pågick.

Några citat från kvinnorna:

”En knuff, kändes ej som jag behövde berätta”

”Jag var mycket yngre [när jag var våldsutsatt] så det är historia”

”Räckte att jag pratade med en kompis”

”[Jag] har pratat med min partner och situationen är hanterbar”

En annan viktig orsak till att de våldsutsatta kvinnorna valt att inte berätta om våldet för hälso- och sjukvården var att de upplevde en oro för vilka konsekvenser ett avslöjande om våldsutsatthet skulle kunna få. En kvinna beskriver till exempel sin oro för att hennes barn skulle kunna tas ifrån henne om hennes våldsutsatthet kom till hälso- och sjukvårdens kännedom. Andra kvinnor uttryckte oro över hur hälso- och sjukvården skulle dokumentera våldsutsattheten i deras journaler. Dåligt bemötande och att inte känna sin vårdgivare bidrog också till upplevelsen av att inte kunna berätta om sin våldsutsatthet. Att inte bli tillfrågad om våld beskrevs också som ett hinder för att berätta.

”Barnmorskan visade inget intresse så jag berättade inte”

”Sådana frågor har aldrig ställts”

”Jag låtsades som att allt var bra och frågan om psykiskt våld ställdes aldrig”

”Jobbigt att prata om [våldet], behöver få frågan för att kunna få tid på mig att öppna upp”

Andra faktorer som ledde till att våldsutsatta kvinnor inte berättade om våldet var att miljön inte kändes trygg, personalen inte hade kunskap eller kompetens eller att man inte hade förtroende för hälso- och sjukvården.

”Jag känner inte de kan hjälpa så jag behöver inte berätta”

”[Jag] litade inte på någon”

”Psykiskt våld tas inte på allvar av vården”

Vissa kvinnor beskrev att det var för svårt att prata om våldet, att de ville glömma våldet eller att de på olika sätt skuldbelade sig själva.

”[Jag är] inte redo att prata om det”

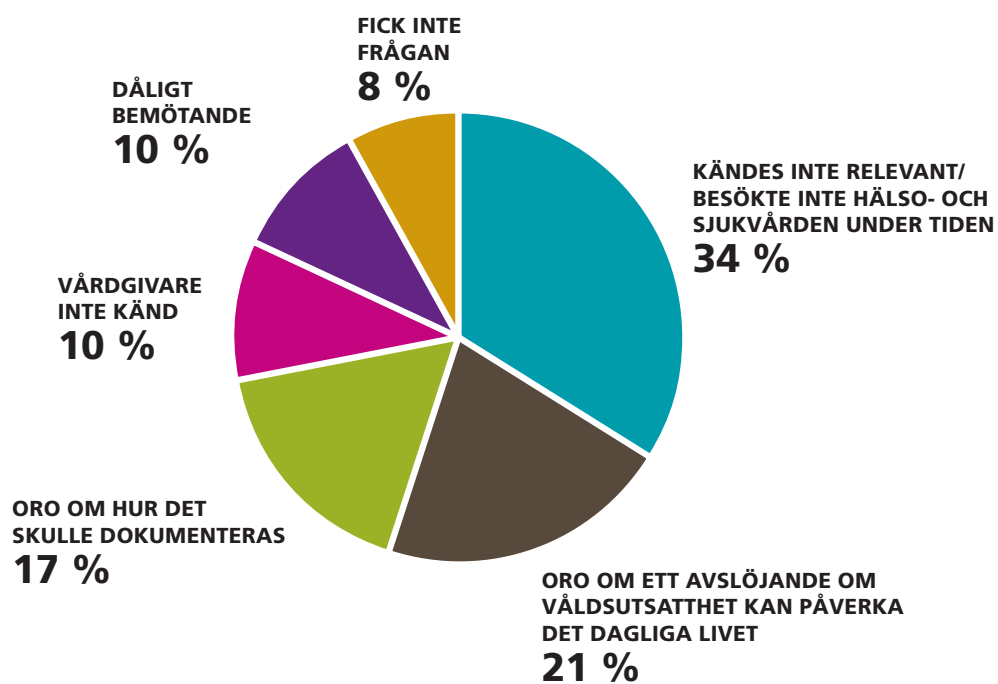
”Jag vill glömma det”

”Jag håller sånt inom mig. Lever i förnekelse”

”Skuldkänslor och skam”

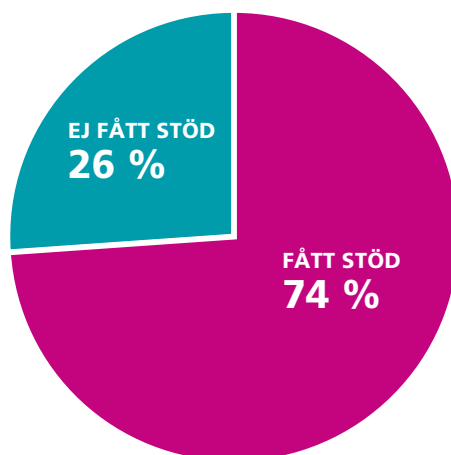
”Skuldbeläggande och hjärntvätt att det är mig det är fel på”

Viktiga faktorer för att inte vilja/kunna berätta om sin våldsutsatthet



Figur 13. Viktiga faktorer för att inte vilja/kunna berätta om sin våldsutsatthet (svaren baseras på totalt antal svar på frågan där flera svar kunde anges).

Fick kvinnorna stöd från hälso- och sjukvården?



Figur 14. Andel våldsutsatta kvinnor som angett om de fått stöd från hälso- och sjukvården (n=302).

En övervägande majoritet av de kvinnor som berättat om sin våldsutsatthet för någon inom hälso- och sjukvården, har också fått stöd och hjälp därifrån, se figur 14.

Den vanligaste stödåtgärden var att bli erbjuden en samtalskontakt. Den näst vanligaste åtgärden var erbjudande om telefonnummer till socialtjänst och/eller Kvinnofridslinjen alternativt hade kvinnan fått hjälp med att ringa någon av dessa aktörer. Den tredje vanligaste åtgärden var erbjudande om en läkarkontakt. Andra stödåtgärder som nämndes var hjälp med att få skyddat boende eller kontakt med polis. Några citat från kvinnorna:

”Fått olika alternativ men kunskapen [är] otroligt dålig”

”Hjälp att lämna honom”

”Hjälp att sova på nätterna med sömntabletter”

”Psykolog tog sig tid att prata och lyssna”

”Hjälp om hur hantera situation”

”[Jag hade] bara behov av att prata”

Bland de kvinnor som uppgav att de inte fått stöd från hälso- och sjukvården efter att de berättat om sin våldsutsatthet, angav de allra flesta att de behövt hjälp med att få en samtalskontakt. I andra hand uppgav kvinnorna att de behövt få hjälp med att komma i kontakt med socialtjänst eller Kvinnofridslinjen. Flera kvinnor uppgav även att de önskat bli erbjudna en läkarkontakt. Några av kvinnorna uppgav även att de hade behövt hjälp med att komma till ett skyddat boende. Några citat från kvinnorna:

”[Jag hade behövt] hjälp med hur jag skulle gå vidare”

”Fruktansvärt dåligt [jag] fick bara broschyrer”

”[Jag hade behövt] att någon tog sig tid att lyssna”

”Vården är fyrkantig och inte anpassad efter verkligheten”

”[Jag hade behövt] människor inom vården med ryggrad”

”[Jag hade behövt] bekräftelse från en vårdgivare att det [våldet] inte är okey”

► SAMMANFATTNING DEL 4

Av hela studiepopulationen om 6 294 kvinnor uppgav knappt en femtedel (19 procent) att *de någon gång i livet varit utsatt för våld* i en nära relation. Av kvinnorna med våldsutsatthet har knappt 27 procent berättat om detta för någon inom hälso- och sjukvården, antingen på eget initiativ eller efter att ha fått frågan.

Psykolog, barnmorska och läkare är de vanligaste professionerna att berätta för. De kvinnor som berättat anger i hög grad att de gjort detta därför att de bestämt sig för att söka hjälp just för våldsutsattheten. Underlättande faktorer för att berätta är exempelvis upplevelsen av en trygg miljö och ett gott bemötande.

En del kvinnor som valt att inte berätta om sin våldsutsatthet för hälso- och sjukvården uppgav att händelsen låg långt tillbaka i tiden och inte längre kändes relevant. Andra kvinnor uttrycker oro för vilka konsekvenser det skulle få om våldsutsattheten kom fram. Upplevelsen av en otrygg miljö och ett dåligt bemötande framstår som ytterligare hindrande faktorer, liksom en önskan om att glömma våldet.

Bland de kvinnor som valt att berätta om sin våldsutsatthet uppgav en övervägande majoritet (68 procent) att de fått något slags stöd och/eller hjälp från hälso- och sjukvården. Den vanligaste stödåtgärden de kvinnor som berättat om våldsutsatthet fått från hälso- och sjukvården är erbjudande om samtalskontakt. Den näst vanligaste åtgärden är erbjudande om telefonnummer till socialtjänst och/eller Kvinnofridslinjen, eller hjälp med att ringa någon av dessa aktörer. Dessa åtgärder är också de som såväl de kvinnor som berättat, som de som inte gjort det, angivit som de mest önskvärda.

Del 5

Relationen mellan pågående våldsutsatthet och sociodemografi, livsstil och hälsa

I denna del görs jämförelser mellan kvinnor som lever med pågående våld i en nära relation och kvinnor som inte är våldsutsatta med avseende på sociodemografiska variabler, psykiska och fysiska hälsotillståndsvariabler och livsstilsvariabler. De kvinnor som ingår i analysen är de som besvarat enkät 1 (icke-gravida 18–76 år) och de som besvarat enkät 2 (gravida kvinnor). För kvinnor som nyligen fött barn (enkät 3) har inga analyser gjorts då den studiepopulationen var relativt liten, och omfattningen av pågående våldsutsatthet mycket låg. I följande avsnitt redovisas resultaten av sambandsanalyser (regressionsanalyser) där utfallsmåttet utgörs av den *sammanlagda* utsattheten för fysisk, psykiskt och/eller sexuellt våld. Därefter följer separata resultat från sambandsanalyser (regressionsanalyser) för fysiskt, psykiskt respektive sexuellt våld.

Kvinnor i åldrarna 18 till 76 år

För att få en bild av sambanden mellan pågående våldsutsatthet och bakgrundsfaktorer, hälsovariabler och livsstilsvariabler gjordes först tre separata sambandsanalyser. I modellen för *sociodemografiska bakgrundsfaktorer* ingick ålder, boendesituation, antal barn under 18 år, utbildningsnivå, sysselsättningsstatus samt ursprungsregion. I modellen för *hälsovariabler* ingick allmänt hälsotillstånd, återkommande hälsobesvär, depressionssymtom samt sjukskrivning. Modellen för *livsstilsvariabler* innehöll rökning, alkoholkonsumtion och användandet av receptbelagda läkemedel på annat än läkares ordination. De variabler som visade signifikanta skillnader mellan gruppen kvinnor som lever med pågående våld och gruppen icke våldsutsatta kvinnor ingår i den slutliga analysmodellen. Detta gäller både med hänsyn tagen till sammanslagen våldsutsatthet och till fysisk, psykisk och sexuell våldsutsatthet som separata utfallskategorier.

Samband mellan pågående våldsutsatthet, sociodemografi och livsstil

Det finns ett tydligt samband mellan att vara yngre än 25 år och risken för att leva med våld i en nära relation. Detta samband finns både när det gäller sammanslagen våldsutsatthet och när man tittar på fysisk, psykisk respektive sexuell våldsutsatthet separat. Risken för att vara våldsutsatt minskar alltså med ökad ålder. Det är dock först när vi jämför gruppen 55–65 år med gruppen som är under 25 år, som vi ser en signifikant skillnad i risken för att vara våldsutsatt (tabeller 5–8).

När det gäller boendesituation visar resultaten att risken för att leva med våld i nära relation är högre för kvinnor som bor tillsammans med sina föräldrar eller andra vuxna och för kvinnor som bor ensamma med barn. Att bo tillsammans med make eller partner är däremot en skyddande faktor. En förklaring till detta resultat kan vara att yngre kvinnor är mer våldsutsatta än vad äldre kvinnor är, och att våldsutsatta kvinnor därmed, på grund av sin ålder, oftare bor tillsammans med sina föräldrar eller andra vuxna. Att risken för våldsutsatthet är högre bland kvinnor som bor tillsammans med föräldrar eller andra vuxna, kan också vara en indikation på att det handlar om hedersrelaterat våld- och förtryck. När det gäller kvinnor som bor ensamma med barn kan den ökade risken förklaras av att många kvinnor som lämnat en våldsam relation är fortsatt utsatta för våld från den tidigare partnern (tabeller 5–8).

Analyserna visar inte några signifikanta skillnader mellan våldsutsatta och icke våldsutsatta kvinnor med avseende på sysselsättning eller utbildning (tabeller 5–8). Däremot framkommer det att kvinnor som är födda utanför Europa har en ökad risk för att leva med *fysiskt våld* i en nära relation, om man jämför med kvinnor som är födda i Sverige (tabell 6).

När det gäller livsstilsfaktorerna visar resultaten en ökad risk för att leva med något slags våld (fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt) i en nära relation för kvinnor som röker (dagligen eller ibland) om man jämför med kvinnor som inte röker. Resultaten visar inga signifikanta skillnader mellan våldsutsatta och icke våldsutsatta kvinnor med avseende på alkoholkonsumtion och användning av receptbelagda läkemedel som inte ordinerats av läkare (tabeller 5–8).

Sambandet mellan pågående våldsutsatthet och hälsa

Allmän självskattad fysisk och psykisk hälsa mättes med frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" med fem svarsalternativ från Mycket bra till Mycket dåligt.

Resultaten visar att de kvinnor som bedömt sin hälsa som Någorlunda bra har en ökad risk för att leva med våld i en nära relation om man jämför med de kvinnor som valt svarsalternativ Mycket bra. Detta samband finns både när det gäller sammanslagen våldsutsatthet och när man tittar på fysisk, psykisk respektive sexuell våldsutsatthet separat, se tabellerna 5–8. Starkast samband mellan lågt skattat hälsotillstånd och risk för våldsutsatthet finns med avseende på sexuellt våld. De kvinnor som bedömt sin hälsa som Dålig respektive Mycket dålig har en betydligt ökad risk för att leva i en relation med sexuellt våld (tabell 8).

Upplevd hälsa mättes också utifrån frågor om återkommande besvär eller symtom de senaste 12 månaderna. Dessa besvär/symtom var olika typer av smärtor (värk i leder och muskler som i nacke, skuldror och rygg), mag- eller tarmbesvär, huvudvärk, migrän, eksem/hudutslag, sömnsvårigheter, ängslan, oro eller ångest, yrsel, allergi, gynekologiska besvär och smärta vid sexuellt samliv.

Resultatet visar starka samband mellan våldsutsatthet och antal symtom. Utifrån sammanlagd våldsutsatthet (fysisk, psykisk och/eller sexuell) ökar risken markant för att vara våldsutsatt om kvinnan uppgivit 4–7 respektive 8–12 besvär/symtom. I båda fallen är jämförelsen gjord med de kvinnor som uppgivit 0–3 återkommande besvär/symtom (tabell 5).

Om man delar upp resultaten utifrån de olika våldstyperna framkommer att kvinnor som uppgivit att de har 8–12 återkommande besvär har betydligt högre risk att leva med fysiskt våld, än kvinnor som uppgivit 0–3 återkommande besvär (tabell 6). Risken för att vara utsatt för psykiskt våld ökar också för kvinnor som uppgivit 4–7 återkommande besvär/symtom om man jämför med kvinnor som rapporterat 0–3 besvär/symtom (tabell 7).

När det gäller depressionssymtom visar resultaten på samband mellan sammanlagd våldsutsatthet och depression. De kvinnor som skattat för allvarlig depression har en väsentligt ökad risk för att leva med något slags våld i en nära relation i jämförelse med de kvinnor som angivit inga eller få depressiva symtom (tabell 5).

Resultaten visar inga signifikanta samband mellan sjukskrivning och våldsutsatthet.

Tabell 5. Logistisk regressionsanalys där resultaten är presenterade som oddskvoter, 95 % konfidensintervall samt p-värde för olika sociodemografiska och fysiska, psykiska och livsstilsutfall bland kvinnor utsatta för någon typ av våld i en nära relation de senaste 12 månaderna jämfört med ej våldsutsatta kvinnor. P-värden under 0.05 visar ett signifikant resultat.

| | | Oddskvot ¹ | 95 % KI ¹ | P-värde |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|---------|
| Boendesituation ▶ | Make eller partner | — | — | |
| | Föräldrar eller syskon | 2.55 | 1.51, 4.34 | <0.001 |
| | Andra vuxna | 4.47 | 2.41, 8.14 | <0.001 |
| | Barn | 2.46 | 1.57, 3.84 | <0.001 |
| | Ensam | 1.10 | 0.61, 1.93 | 0.8 |
| Ålder ▶ | < 25 år | — | — | |
| | 25–34 år | 0.71 | 0.44, 1.15 | 0.2 |
| | 35–44 år | 0.89 | 0.48, 1.63 | 0.7 |
| | 45–54 år | 0.61 | 0.29, 1.22 | 0.2 |
| | 55–65 år | 0.50 | 0.28, 0.88 | 0.018 |
| | > 65 år | 0.26 | 0.01, 1.34 | 0.2 |
| Utbildning ▶ | Grundskola | — | — | |
| | Gymnasium | 0.93 | 0.42, 2.20 | 0.9 |
| | Universitet | 0.88 | 0.40, 2.11 | 0.8 |
| Allmänt hälsotillstånd ▶ | Mycket bra | — | — | |
| | Bra | 1.26 | 0.84, 1.92 | 0.3 |
| | Någorlunda | 2.67 | 1.54, 4.62 | <0.001 |
| | Dåligt/Mycket dåligt | 2.13 | 0.81, 5.31 | 0.11 |
| Antal återkommande besvär ▶ | 0–3 | — | — | |
| | 4–7 | 1.74 | 1.19, 2.51 | 0.004 |
| | 8–12 | 3.67 | 1.39, 9.25 | 0.007 |
| Symtom på depression ▶ | Inga/milda | — | — | |
| | Måttliga | 1.46 | 0.88, 2.36 | 0.13 |
| | Allvarliga | 1.91 | 1.00, 3.54 | 0.045 |
| Rökning ▶ | Nej | — | — | |
| | Ja, ibland | 2.07 | 1.23, 3.39 | 0.005 |
| | Ja, dagligen | 2.34 | 1.30, 4.06 | 0.003 |

¹OR = Oddskvot (Oddsratio), KI = Konfidensintervall

Tabell 6. Logistisk regressionsanalys där resultaten är presenterade som oddskvoter, 95 % konfidensintervall samt p-värde för olika sociodemografiska och fysiska, psykiska och livsstilsutfall bland kvinnor utsatta för fysiskt våld i en nära relation de senaste 12 månaderna, jämfört med ej våldsutsatta kvinnor. P-värden under 0.05 visar ett signifikant resultat.

| | | Oddskvot ¹ | 95 % KI ¹ | P-värde |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|---------|
| Boendesituation ▶ | Make eller partner | — | — | |
| | Föräldrar eller syskon | 1.94 | 0.85, 4.38 | 0.11 |
| | Andra vuxna | 5.12 | 2.23, 11.5 | <0.001 |
| | Barn | 2.79 | 1.43, 5.51 | 0.003 |
| | Ensam | 0.97 | 0.37, 2.34 | >0.9 |
| Födelseregion ▶ | Sverige | — | — | |
| | Europa | 0.79 | 0.23, 1.99 | 0.7 |
| | Utanför Europa | 2.16 | 1.10, 3.97 | 0.018 |
| Ålder ▶ | < 25 år | — | — | |
| | 25–34 år | 0.69 | 0.35, 1.38 | 0.3 |
| | 35–44 år | 0.93 | 0.38, 2.23 | 0.9 |
| | 45–54 år | 0.90 | 0.34, 2.28 | 0.8 |
| | 55–65 år | 0.36 | 0.13, 0.89 | 0.034 |
| | > 65 år | 0.57 | 0.03, 3.06 | 0.6 |
| Antal återkommande besvär ▶ | 0–3 | — | — | |
| | 4–7 | 1.53 | 0.88, 2.58 | 0.12 |
| | 8–12 | 7.56 | 2.55, 19.6 | <0.001 |
| Rökning ▶ | Nej | — | — | |
| | Ja, ibland | 2.37 | 1.15, 4.57 | 0.014 |
| | Ja, dagligen | 2.32 | 0.97, 4.92 | 0.040 |

¹OR = Oddskvot (Oddsratio), KI = Konfidensintervall

Tabell 7. Logistisk regressionsanalys där resultaten är presenterade som oddskvoter, 95 % konfidensintervall samt p-värde för olika sociodemografiska och fysiska, psykiska och livsstilsutfall bland kvinnor utsatta för psykiskt våld de senaste 12 månaderna, jämfört med ej våldsutsatta kvinnor. P-värden under 0.05 visar ett signifikant resultat.

| | | Oddskvot ¹ | 95 % KI ¹ | P-värde |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|---------|
| Boendesituation ▶ | Make eller partner | — | — | |
| | Föräldrar eller syskon | 2.35 | 1.30, 4.23 | 0.004 |
| | Andra vuxna | 5.28 | 2.75, 10.0 | <0.001 |
| | Barn | 2.40 | 1.45, 3.99 | <0.001 |
| | Ensam | 1.23 | 0.63, 2.31 | 0.5 |
| Ålder ▶ | < 25 år | — | — | |
| | 25–34 år | 0.63 | 0.38, 1.07 | 0.087 |
| | 35–44 år | 0.71 | 0.35, 1.40 | 0.3 |
| | 45–54 år | 0.65 | 0.30, 1.35 | 0.3 |
| | 55–65 år | 0.48 | 0.25, 0.90 | 0.024 |
| | > 65 år | 0.00 | 0.00, 3,275 | >0.9 |
| Allmänt hälsotillstånd ▶ | Mycket bra | — | — | |
| | Bra | 1.56 | 0.98, 2.54 | 0.069 |
| | Någorlunda | 2.67 | 1.42, 5.00 | 0.002 |
| | Dåligt/Mycket dåligt | 2.13 | 0.73, 5.77 | 0.15 |
| Symtom på depression ▶ | Inga/milda | — | — | |
| | Måttliga | 1.20 | 0.68, 2.05 | 0.5 |
| | Allvarliga | 1.53 | 0.75, 3.03 | 0.2 |
| Antal återkommande besvär ▶ | 0–3 | — | — | |
| | 4–7 | 2.03 | 1.35, 3.05 | <0.001 |
| | 8–12 | 2.77 | 0.88, 7.77 | 0.064 |
| Rökning ▶ | Nej | — | — | |
| | Ja, ibland | 2.30 | 1.31, 3.89 | 0.002 |
| | Ja, dagligen | 3.02 | 1.67, 5.26 | <0.001 |

¹OR = Oddskvot (Oddsratio), KI = Konfidensintervall

Tabell 8. Logistisk regressionsanalys genomfördes där resultaten är presenterade som oddskvoter, 95 % konfidensintervall samt p-värde för olika sociodemografiska och fysiska, psykiska och livsstilsutfall bland kvinnor utsatta för sexuellt våld de senaste 12 månaderna, jämfört med ej utsatta kvinnor. P-värden under 0.05 visar ett signifikant resultat.

| | | Oddskvot ¹ | 95 % KI ¹ | P-värde |
|--|------------------------|-----------------------|----------------------|---------|
| Boendesituation ▶ | Make eller partner | — | — | |
| | Föräldrar eller syskon | 7.28 | 3.19, 17.6 | <0.001 |
| | Andra vuxna | 3.69 | 1.07, 11.3 | 0.027 |
| | Barn | 3.65 | 1.68, 8.36 | 0.001 |
| | Ensam | 0.80 | 0.21, 2.56 | 0.7 |
| Ålder ▶ | < 25 år | — | — | |
| | 25–34 år | 1.70 | 0.85, 3.49 | 0.14 |
| | 35–44 år | 1.27 | 0.42, 3.55 | 0.7 |
| | 45–54 år | 0.48 | 0.07, 1.98 | 0.4 |
| | 55–65 år | 0.61 | 0.20, 1.67 | 0.4 |
| | > 65 år | 0.00 | 0.00, 527 | >0.9 |
| Allmänt hälsotillstånd ▶ | Mycket bra | — | — | |
| | Bra | 0.98 | 0.50, 1.96 | >0.9 |
| | Någorlunda | 3.11 | 1.45, 6.69 | 0.003 |
| | Dåligt/Mycket dåligt | 5.47 | 1.69, 15.7 | 0.002 |
| Rökning ▶ | Nej | — | — | |
| | Ja, ibland | 2.26 | 1.04, 4.55 | 0.030 |
| | Ja, dagligen | 1.53 | 0.58, 3.53 | 0.4 |
| Användning av receptbelagda läkemedel i annat syfte än ordinerat ▶ | Nej | — | — | |
| | Ja, ibland | 2.87 | 0.75, 8.50 | 0.082 |
| | Ja, dagligen | 2.09 | 0.74, 5.03 | 0.13 |

¹OR = Oddskvot (Oddsration), KI = Konfidensintervall

Gravida kvinnor

I detta avsnitt undersöks sociodemografiska bakgrundsfaktorer samt psykiska och fysiska hälsovariabler hos den gruppen av kvinnor som uppgivit att de utsatts för våld i en nära relation under graviditet. Syftet med analysen är således att undersöka vilka faktorer som kan påverka utsatthet för våld i en nära relation under graviditet.

För att få en bild av sambanden mellan våldsutsatthet under graviditet och bakgrundsfaktorer, hälsovariabler och livsstilsvariabler gjordes först två separata sambandsanalyser. I modellen för *sociodemografiska bakgrundsfaktorer* ingick ålder, boendesituation, utbildningsnivå, sysselsättning samt ursprungsland. I modellen för *hälsovariabler* ingick allmänt hälsotillstånd, återkommande hälsobesvär, depressionssymtom samt sjukskrivning. De variabler som visade signifikanta samband med någon typ av våldsutsatthet togs med i den gemensamma modellen, vilken presenteras i detta avsnitt. Tabellerna 9–11 visar resultaten av tre sambandsanalyser (logistiska regressionsanalyser) där den första tabellen 9 visar resultaten då utfallet är den sammanlagda utsattheten för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld. Därefter följer separata resultat från sambandsanalyser (logistiska regressionsanalyser) för psykiskt (tabell 10) och fysiskt våld (tabell 11). Eftersom gruppen kvinnor som uppgivit att de utsatts för sexuellt våld under graviditet uppgick till endast fem personer, var det inte möjligt eller meningsfullt att göra några analyser kring den kategorin.

Sambandet mellan pågående våldsutsatthet och sociodemografi hos gravida kvinnor

Eftersom gruppen gravida kvinnorna var mer homogen än ovan beskrivna grupp (18–76 år) gjordes endast två åldersindelningar. Resultaten visar ett samband mellan ålder och utsatthet för *fysiskt våld* (tabell 10) under graviditet, där yngre kvinnor (18–29 år) har en högre risk än äldre kvinnor (30–47 år) för att vara utsatta för denna våldstyp. När det gäller ålder finns inga andra signifikanta samband med någon typ av våldsutsatthet eller med sammanslagen våldsutsatthet (tabeller 9 och 11).

När det gäller boendesituation visar analysen en ökad risk för såväl sammanslagen våldsutsatthet som de olika våldsutsattheterna separerade om kvinnan under graviditet bor tillsammans med partner och barn, ensam eller tillsammans med föräldrar eller andra vuxna. Att bo tillsammans med partner och vänta sitt första barn förefaller däremot vara en skyddande faktor för våldsutsatthet under graviditet. Den största riskskillnaden finns om man jämför kvinnor som bor med

partner och väntar sitt första barn och kvinnor som bor med föräldrar eller andra vuxna, där den senare gruppen kvinnor har högst risk för att vara utsatta för våld under graviditet. Det breda konfidensintervallet tyder dock på att vi behöver mer information för att göra en säker bedömning av resultatet (tabeller 9–11).

För de olika sysselsättningsvariablerna visar analysen en ökning för *sammanlagd utsatthet för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld* under graviditet om kvinnan är arbetslös eller studerande i jämförelse med om hon är sysselsatt (tabell 9). Vidare är risken för att vara utsatt för psykiskt våld under graviditet ökad för de kvinnor som är arbetslösa eller studerande om man jämför med de som har sysselsättning (tabell 11).

Högre utbildning förefaller vara en skyddande faktor för utsatthet för *fysiskt våld* under graviditet. Risken för att vara utsatt för denna våldstyp minskar signifikant om man jämför de kvinnor som har gymnasie- respektive universitetsutbildning med de kvinnor som endast har grundskoleutbildning (tabell 10).

Resultaten visar vidare att kvinnor som är födda utanför Europa har en ökad risk att vara utsatta för någon typ av våld i nära relation (*sammanlagd våldsutsatthet* för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld), se tabell 9. När det gäller *fysiskt våld* enskilt ökar risken påtagligt om kvinnan är född utanför Europa (tabell 10).

Sambandet mellan pågående våldsutsatthet och hälsa hos gravida kvinnor

Allmän självskattad fysisk och psykisk hälsa (se beskrivning sidorna 36–37) och upplevd hälsa utifrån återkommande besvär/symtom de senaste 12 månaderna (se beskrivning sidorna 36–37) visar inga signifikanta skillnader i relation till vare sig sammanslagen våldsutsatthet eller de olika våldsutsattheterna separerade (tabeller 9–11).

Vad gäller psykisk ohälsa så uppvisar de gravida kvinnorna högre grad av psykisk ohälsa än de icke-gravida kvinnorna (18–76 år). De gravida kvinnor som angivit måttliga depressiva symtom har ökad risk att leva med någon typ av våld i nära relation (*sammanlagd utsatthet för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld*) i jämförelse med de gravida kvinnor som angivit inga eller milda depressiva symtom. De gravida kvinnor som angivit allvarliga depressiva symtom har väsentligt ökad risk för att leva med någon typ av våld i nära relation (*sammanlagd utsatthet*), se tabell 9. Det är framför allt de kvinnor som lever med *psykiskt våld* som har en kraftigt ökad risk för depression (tabell 11).

De kvinnor som uppger att de har varit sjukskrivna mer än 2 veckor i följd har en ökad utsatthet för någon typ av våld i en nära relation (*sammanlagda utsattheten*

för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld) jämfört med de kvinnor som inte varit sjukskrivna mer än 2 veckor i följd under graviditeten (tabell 9). Även utifrån den enskilda faktorn *psykiskt våld* noterades en ökad risk för att vara utsatt hos de kvinnor som har varit sjukskrivna mer än 2 veckor i rad under graviditeten (tabell 11).

Tabell 9. Logistisk regressionsanalys där resultaten är presenteras som oddskvoter, 95 % konfidensintervall samt p-värde för sociodemografiska, fysiska och psykiska utfall bland gravida kvinnor utsatta för någon typ av våld i en nära relation de senaste 12 månaderna jämfört med ej våldsutsatta kvinnor. P-värden under 0.05 visar ett signifikant resultat.

| | | Oddskvot ¹ | 95 % KI ¹ | P-värde |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------|---------|
| Ålder ▶ | 17–29 | — | — | |
| | 30–47 | 0.93 | 0.52, 1.70 | 0.8 |
| Boendesituation ▶ | Partner - väntar första barn | — | — | |
| | Partner och barn | 2.55 | 1.45, 4.52 | 0.001 |
| | Bor ensam | 9.00 | 3.71, 20.8 | <0.001 |
| | Föräldrar, andra vuxna | 8.95 | 1.25, 40.1 | 0.009 |
| Utbildning ▶ | Grundskola | — | — | |
| | Gymnasium | 0.67 | 0.23, 2.28 | 0.5 |
| | Universitet | 0.44 | 0.16, 1.48 | 0.15 |
| Sysselsättning ▶ | Sysselsatt | — | — | |
| | Ej sysselsatt | 2.37 | 1.29, 4.22 | 0.004 |
| Födelseregion ▶ | Sverige | — | — | |
| | Europa | 2.07 | 0.86, 4.46 | 0.080 |
| | Utanför Europa | 1.97 | 1.04, 3.58 | 0.031 |
| Allmänt hälsotillstånd ▶ | Mycket bra | — | — | |
| | Bra | 0.79 | 0.40, 1.61 | 0.5 |
| | Någorlunda | 0.57 | 0.24, 1.33 | 0.2 |
| | Dåligt/Mycket dåligt | 0.46 | 0.13, 1.45 | 0.2 |
| Antal återkommande besvär ▶ | 0–3 | — | — | |
| | 4–7 | 1.16 | 0.64, 2.06 | 0.6 |
| | 8–12 | 0.59 | 0.03, 3.47 | 0.6 |
| Symtom på depression ▶ | Inga/milda | — | — | |
| | Måttliga | 3.11 | 1.61, 5.93 | <0.001 |
| | Allvarliga | 7.38 | 3.49, 15.5 | <0.001 |
| Sjukskrivning ▶ | Ja | — | — | |
| | Nej | 0.51 | 0.29, 0.94 | 0.025 |

¹OR = Oddskvot (Oddsratio), KI = Konfidensintervall

Tabell 10. Logistisk regressionsanalys där resultaten är presenteras som oddskvoter, 95 % konfidensintervall samt p-värde för olika sociodemografiska, fysiska och psykiska utfall bland gravida kvinnor som utsatta för fysiskt våld i en nära relation de senaste 12 månaderna jämfört med ej våldsutsatta kvinnor. P-värden under 0.05 visar ett signifikant resultat. Antalet kvinnor som var utsatta för fysiskt våld var 20 individer, vilket medför att resultaten i regressionsmodellen inte är helt pålitliga och därför får vi även i vissa fall mycket breda konfidensintervall.

| | | Oddskvot ¹ | 95 % KI ¹ | P-värde |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------|---------|
| Ålder ▶ | 17–29 | — | — | |
| | 30–47 | 0.31 | 0.10, 0.89 | 0.031 |
| Boendesituation ▶ | Partner - väntar första barn | — | — | |
| | Partner och barn | 2.52 | 0.81, 7.85 | 0.10 |
| | Bor ensam | 4.48 | 0.57, 23.3 | 0.10 |
| | Föräldrar, andra vuxna | 12.1 | 0.56, 96.3 | 0.038 |
| Utbildning ▶ | Grundskola | — | — | |
| | Gymnasium | 0.15 | 0.03, 0.72 | 0.015 |
| | Universitet | 0.14 | 0.04, 0.60 | 0.005 |
| Sysselsättning ▶ | Sysselsatt | — | — | |
| | Ej sysselsatt | 2.92 | 0.98, 8.69 | 0.051 |
| Födelseregion ▶ | Sverige | — | — | |
| | Europa | 1.54 | 0.08, 9.45 | 0.7 |
| | Utanför Europa | 4.06 | 1.31, 12.5 | 0.013 |
| Allmänt hälsotillstånd ▶ | Mycket bra | — | — | |
| | Bra | 0.60 | 0.14, 2.73 | 0.5 |
| | Någorlunda | 1.07 | 0.23, 5.38 | >0.9 |
| | Dåligt/Mycket dåligt | 0.89 | 0.08, 7.42 | >0.9 |
| Antal återkommande besvär ▶ | 0–3 | — | — | |
| | 4–7 | 1.24 | 0.37, 3.97 | 0.7 |
| | 8–12 | 0.00 | | >0.9 |
| Symtom på depression ▶ | Inga/milda | — | — | |
| | Måttliga | 3.24 | 0.91, 11.5 | 0.065 |
| | Allvarliga | 4.26 | 0.82, 20.2 | 0.071 |
| Sjukskrivning ▶ | Ja | — | — | |
| | Nej | 0.88 | 0.28, 3.49 | 0.8 |

¹OR = Oddskvot (Oddsratio), KI = Konfidensintervall

Tabell 11. Logistisk regressionsanalys där resultaten är presenteras som oddskvoter, 95 % konfidensintervall samt p-värde för olika sociodemografiska, fysiska och psykiska utfall bland gravida kvinnor som utsatta för psykiskt våld i en nära relation de senaste 12 månaderna jämfört med ej våldsutsatta kvinnor. P-värden under 0.05 visar ett signifikant resultat.

| | | Oddskvot ¹ | 95 % KI ¹ | P-värde |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------|---------|
| Ålder ▶ | 17–29 | — | — | |
| | 30–47 | 1.35 | 0.71, 2.69 | 0.4 |
| Boendesituation ▶ | Partner - väntar första barn | — | — | |
| | Partner och barn | 2.30 | 1.24, 4.28 | 0.008 |
| | Bor ensam | 9.97 | 4.04, 23.5 | <0.001 |
| | Föräldrar, andra vuxna | 8.68 | 1.23, 38.3 | 0.010 |
| Utbildning ▶ | Grundskola | — | — | |
| | Gymnasium | 0.57 | 0.19, 2.00 | 0.3 |
| | Universitet | 0.34 | 0.12, 1.16 | 0.060 |
| Sysselsättning ▶ | Sysselsatt | — | — | |
| | Ej sysselsatt | 2.33 | 1.20, 4.40 | 0.010 |
| Födelseregion ▶ | Sverige | — | — | |
| | Europa | 1.56 | 0.56, 3.67 | 0.4 |
| | Utanför Europa | 1.49 | 0.73, 2.88 | 0.2 |
| Allmänt hälsotillstånd ▶ | Mycket bra | — | — | |
| | Bra | 0.69 | 0.34, 1.45 | 0.3 |
| | Någorlunda | 0.39 | 0.15, 0.98 | 0.045 |
| | Dåligt/Mycket dåligt | 0.31 | 0.08, 1.09 | 0.079 |
| Antal återkommande besvär ▶ | 0–3 | — | — | |
| | 4–7 | 1.30 | 0.69, 2.41 | 0.4 |
| | 8–12 | 0.76 | 0.04, 4.50 | 0.8 |
| Symtom på depression ▶ | Inga/milda | — | — | |
| | Måttliga | 3.59 | 1.76, 7.21 | <0.001 |
| | Allvarliga | 8.66 | 3.87, 19.3 | <0.001 |
| Sjukskrivning ▶ | Ja | — | — | |
| | Nej | 0.48 | 0.26, 0.91 | 0.020 |

¹OR = Oddskvot (Oddsratio), KI = Konfidensintervall

► SAMMANFATTNING DEL 5

I den femte delen av rapporten har vi analyserat data avseende icke-gravida kvinnor i åldrarna 18–76 år och gravida kvinnor i relation till pågående utsatthet för våld i nära relation. Sammanfattningsvis visar resultaten att högre ålder och att bo tillsammans med make eller partner är en skyddande faktor för att vara utsatt för våld i nära relation. Detsamma gäller att vara född i Sverige, då det tydligt framgår att kvinnor som är födda utanför Europa har en ökad risk för att vara utsatta för våld i en nära relation. Detta gäller framför allt fysiskt våld. När det gäller gravida kvinnor utgör utbildning och sysselsättning en skyddande faktor för att vara utsatt för våld i en nära relation. Detta samband finns inte för de icke-gravida kvinnorna.

När det gäller hälsovariablerna uppger de icke-gravida kvinnor som är utsatta för våld i en nära relation en markant sämre hälsa än de kvinnor som inte lever med våld i en nära relation. Denna skillnad mellan våldsutsatta respektive icke våldsutsatta finns inte i gruppen gravida kvinnor. Våldsutsatta kvinnor uppger signifikant fler depressionssymtom än vad icke våldsutsatta kvinnor gör. Skillnaderna är störst i gruppen gravida kvinnor. Psykiskt våld har starkast koppling till depression i båda grupperna men kopplingen är starkast inom gruppen gravida kvinnor.

Metoddiskussion

Trovärdighet och generaliserbarhet

Validitet eller trovärdighet säger något om huruvida metoden mäter det den är avsedd att mäta utifrån studiens syfte. Faktorer som stärker trovärdigheten i denna studie är att enkätfrågorna utformades av experter inom området våld i nära relation och att en stor del av de frågor som ingår i enkäten bygger på vedertagna instrument. Vidare genomfördes en pilotstudie för att kontrollera, pröva och upptäcka eventuella brister i enkäten innan den faktiska studien startade. Datainsamlingen genomfördes vidare på barnmorskemottagningar i hela regionen – stora som små och utspridda över olika sociodemografiska områden. Enkäterna var också tillgängliga på flera språk, vilket sannolikt gjorde det lättare för kvinnor som vanligen inte deltar i enkätundersökningar om våld i nära relation, att faktiskt göra detta. Enkäterna delades ut i en miljö som kvinnor generellt upplever som trygg. Att enkäten var anonym och att inga partners tilläts som medföljande under besöket på grund av covid-19-pandemin, underlättade sannolikt för våldsutsatta kvinnor att kunna och våga besvara enkäten.

Enkätstudier har, precis som alla studier, begränsningar som man måste förhålla sig till när resultaten presenteras. En begränsning i denna studie är att det inte har varit möjligt att göra någon bortfallsanalys utifrån den design vi valt. Vi vet alltså inte hur många eller vilka av de personer som tillfrågats som valt att inte svara på enkäten. Detta kan påverka generaliserbarheten. Designen med en väntrumsenkät och att inte kontrollera för antalet utdelade enkäter valdes utifrån att vi ville belasta verksamheten och de barnmorskor som delade ut enkäten i så liten omfattning som möjligt.

Studien genomfördes under den andra vågen av covid-19-pandemin och detta är sannolikt den mest centrala orsaken till att svarsfrekvensen för enkät 1 (icke-gravida kvinnor 18–76 år) blev lägre än vad vi beräknat. Verksamheterna påverkades mycket av restriktionerna i samband med pandemin, antalet cellprov som togs minskade med nästan två tredjedelar jämfört

med 2019, och vissa mottagningar pausade denna screening helt. Även besöken för preventivmedelsrådgivning minskade och fler besök än vanligt genomfördes digitalt.

För att få en uppfattning om hur många kvinnor som valt att svara på enkäten i relation till den totala andelen kvinnor som besökt en barnmorskemottagning under studieperioden, gjordes en beräkning utifrån den statistik som finns för hela året för Region Stockholm enligt följande:

Enkät 1: Under 2020 togs 48 653 cellprov och 85 230 fysiska besök genomfördes för preventivmedelsrådgivning (inklusive provtagning och samtal om sex och samlevnad) i Region Stockholm. Om man utgår från att dessa besök genomfördes bara för cellprov eller preventivmedelsrådgivning, genomfördes drygt 22 300 besök under studieperioden. Då drygt 2 400 kvinnor besvarade enkäten innebär detta att vi har nått ungefär 11 procent av dessa kvinnor. Med tanke på att besök på barnmorskemottagningen ofta består av både preventivmedelsrådgivning och cellprovtagning är siffran förmodligen högre.

Enkät 2: När det gäller gravida gör varje gravid kvinna flera besök på sin barnmorskemottagning under sin graviditet och det är därför inte meningsfullt att beräkna utifrån antalet besök under studieperioden. Om man utgår från det totala antalet förlossningar i regionen vilket under 2020 uppgick till mer än 28 000, har drygt 12 procent av dessa kvinnor besvarat enkäten. Vi har alltså nått en mycket stor andel av det totala antalet gravida som besökt en barnmorskemottagning under de två månader studien pågick.

Enkät 3: Det gjordes 28 755 eftervårdsbesök under 2020. Under studieperioden gjordes det ungefär 4 800 besök, 586 kvinnor besvarade enkäten vilket motsvarade drygt 12 procent av dessa besök. Här kan man dock också utgå från att en del kvinnor gjorde fler än ett eftervårdsbesök och att siffran förmodligen är högre även här.

Ovanstående beräkningar baseras på hela Region Stockholm. Då denna studie bygger på insamlade enkäter på 35 av regionens totalt 64 barnmorskemottagningar är det uppenbart att de deltagande kvinnorna representerar olika sociodemografiska områden över hela regionen.

En central fråga för en studie med den valda designen är i vilken utsträckning den data som har samlats in är representativ för hela populationen, alltså kvinnor i Region Stockholm? De resultat vi presenterar när det gäller pågående våldsutsatthet (utsatt de senaste 12 månaderna) visar en något högre andel utsatta (8,7 procent) än vad som brukar presenteras utifrån nationella data (7 procent). De nationella siffrorna bygger på Brås statistik som samlades in under 2012 och är därmed 10 år gamla (Brå, 2014). Förutom att tidsaspekten skulle kunna spela in, är den troligaste förklaringen till att den pågående våldsutsattheten är högre i denna studie, att studiepopulationen generellt sett är yngre än befolkningsgruppen kvinnor i stort. Att vara ung är i sig en riskfaktor för våld i nära relation. Detta visar såväl denna som många andra studier. Om man använder Brås statistik från 2012 avseende utsatthet i olika åldersgrupper, och räknar ut hur våldsutsattheten för kvinnor skulle se ut om Brås studie hade utgått från samma åldersfördelning som vi har i vår studie, hamnar

siffran mycket nära resultatet i denna studie (över 8 procent). Översatt till hela Region Stockholms kvinnor kan vi således säga att den pågående våldsutsattheten ligger mellan 7 och 8 procent. Ytterligare en förklaring till den något högre siffran för pågående våldsutsatthet i vår studie kan vara att våld i nära relation oftare underreporteras än överreporteras (WHO, 2013), och att den studiedesign vi valt lyckats fånga fler yngre kvinnor som vanligen inte deltar i studier om våld i nära relation.

En generell kritik som ofta riktas mot enkätstudier handlar om svårigheten att fånga olika sociodemografiska grupper. Utöver vad som sagts ovan om generaliserbarhet, åldersfördelning och sociodemografisk spridning, visar direkta jämförelser mellan studiepopulationen och regionens kvinnor i stort, på vissa skillnader. I Region Stockholm har 59 procent av kvinnorna någon form av eftergymnasial utbildning. I vårt datamaterial ligger denna siffra högre, 73 procent för enkät 1 och 77 procent för enkät 2. Denna skillnad speglar den man ofta ser i enkätstudier, nämligen att personer med högre utbildning oftare svarar på enkäter. Vidare är 26 procent av regionens kvinnor utrikesfödda. I vårt datamaterial ligger siffrorna något lägre; 20 procent för enkät 1 och 23 procent för enkät 2. Totalt finns 107 nationaliteter representerade i datamaterialet.

Diskussion

Vi träffar många våldsutsatta inom hälso- och sjukvården

Syften med den här rapporten är att utifrån ett kliniskt relevant perspektiv försöka ge en bild av hur våld i nära relation tar sig uttryck för kvinnor i Region Stockholm. Vi gör inte anspråk på att ge ett fullödigt representativt svar. Vår ambition är snarare att tydliggöra för alla de/oss som dagligen träffar patienter inom ramen för olika verksamheter och uppdrag, att här passerar många människor varje dag som lever med våld i en nära relation. Om vi jämför med två vanliga diagnoser, diabetes typ 2 och diagnostiserad depression, är det utifrån såväl nationell som regional statistik, närmare dubbelt så många människor som lever med våld i en nära relation än som har någon av dessa diagnoser. Resultatet i den här studien visar att våldsutsatthet i nära relation är ett pågående, och tyvärr inte minskande, folkhälsoproblem i vår region. Att våld i nära relation är vanligt, att många våldsutsatta söker hälso- och sjukvården ofta, och vanligtvis utan att berätta om våldet, är viktigt att veta för alla som träffar patienter.

Ett glädjande resultat är att graviditet och familjebildning förefaller utgöra en skyddande omständighet avseende våldsutsatthet. Pågående utsatthet för våld i nära relation var avsevärt mycket lägre i gruppen gravida kvinnor (2,1 procent) jämfört med gruppen ickegravida 16–76 år (8,7 procent). Vi ser också en signifikant minskning av våldsutsatthet när kvinnan blir gravid i jämförelse med året innan.

Våldet är allvarligt

Vi har i denna studie valt att huvudsakligen fokusera på det som utifrån ett forskningsperspektiv kallas för pågående våld i nära relation. Pågående våld definieras då som våldsutsatthet under de senaste 12 månaderna, vilket skiljer sig från våldsutsatthet någon gång under livet (livstidsprevalens). Utifrån ett kliniskt perspektiv kan det vara relevant att försöka bringa reda i om den våldsutsatta patient man har framför sig varit utsatt för en enskild våldshändelse under året eller om hen lever

med upprepad utsatthet. Utifrån vår studie framkommer att många av de våldsutsatta kvinnorna lever med upprepat våld. När det gäller psykiskt våld uppger nästan hälften av de utsatta (43 procent) att de är utsatta dagligen, några gånger i veckan eller några gånger i månaden. För dessa kvinnor innebär vardagslivet alltså att de kanske varje dag lever med förnedrande omdömen, kontroll, kritik och hot om våld. En fjärdedel av de som utsatts för fysiskt våld det senaste året lever med upprepat fysiskt våld vilket kan innebära att dagligen bli fysiskt misshandlad, medan knappt en femtedel av de som är utsatta för sexuellt våld lever med upprepat sexuellt våld, vilket kan innebära dagliga sexuella kränkningar och övergrepp. Många kvinnor lever med allt detta samtidigt.

Vi vet också att personer som lever i långvarig och upprepad våldsutsatthet kan bli normaliserade till att leva med våld, vilket innebär att de efter en tid inte reagerar lika starkt på att utsättas för olika våldshandlingar. Dessa psykologiska mekanismer är viktiga för vårdpersonal att känna till och att vara uppmärksam på om en patient förminskar eller bagatelliserar våldshandlingar som ter sig helt oacceptabla. Vårdpersonal har här en viktig uppgift i att tydligt markera att ingen ska behöva utsättas för våld. Eller som en av de deltagande kvinnorna uttryckte det - "(jag hade behövt) bekräftelse från en vårdgivare att det (våldet) inte är ok" och "(jag hade behövt) människor inom vården med ryggrad".

Majoriteten av de våldsutsatta kvinnorna uppger emellertid att de utsatts vid enskilda tillfällen under det senaste året. Att bli utsatt sällan behöver i sig inte innebära att våldet för med sig mindre skada. Oförutsägbarheten och vetskapen om att det kan hända kan vara nog så pressande, men sannolikt svårare att berätta om till exempel i ett möte med hälso- och sjukvården.



Att leva med våld i en nära relation leder till symtom och sjukdom

Hälso- och sjukvårdens uppdrag handlar om att ta hand om människor som uppvisar symtom eller sjukdom. Utifrån hälso- och sjukvårdens uppdrag är det således centralt att förstå kopplingen mellan våldsutsatthet och ohälsa. Resultaten i vår studie visar starka samband mellan antal symtom de senaste 12 månaderna och pågående våldsutsatthet (utifrån den vedertagna definitionen de senaste 12 månaderna). De symtom som kvinnorna uppgett är olika typer av smärtor (värk i leder och muskler som till exempel nacke, skuldror och rygg), mag- och tarmbesvär, huvudvärk, migrän, eksem/hudutslag, sömnsvårigheter, ångslan, oro eller ångest, yrsel, allergi, gynekologiska besvär och smärta vid sexuell samliv.

De kvinnor som uppgett att de lider av 8–12 av dessa symtom har en väsentligt ökad risk för att vara utsatta för fysiskt våld, och risken för att vara utsatt för psykiskt våld är även högre för de kvinnor som uppgett att de lider av 4–7 återkommande symtom. Vidare har lågt skattat generellt hälsotillstånd mycket starka samband med utsatthet framför allt för sexuellt våld.

Sambandet mellan skattat hälsotillstånd, antal uppgivna symtom och risken för våldsutsatthet framkommer inte i gruppen gravida kvinnor. En förklaring till detta kan vara att en graviditet i sig innebär en ökad acceptans för olika fysiska symtom och en beredskap för att exempelvis uppleva ökad smärta från olika delar av kroppen.

När det gäller psykisk hälsa mätt utifrån vedertagna depressionsformulär, uppvisar de gravida kvinnorna generellt sett högre grad av depressiva symtom än de icke-gravida. Sambandet mellan depression och våldsutsatthet är emellertid starkt för båda grupperna. Ett alarmerande resultat är att de gravida kvinnor som uppgett allvarliga depressiva symtom har väsentligt mycket högre risk för att leva med våld i en nära relation än kvinnor utan depressiva symtom. Framför allt handlar det om psykiskt våld.

En klinisk relevant implikation av resultatet i den här studien är att misstanke om våldsutsatthet i nära relation bör väckas och frågor om våld ställas, när patienter kommer med många olika besvär, mår allmänt dåligt (lågt skattad generell hälsa) eller uppvisar depressiva symtom. En person som är nedstämd och som uppger många olika slags lidanden är en ganska vanlig patient inom primärvården.

Även om en enkätstudie av det här slaget inte kan säga så mycket om orsakssamband är det en rimlig hypotes, att våldsutsatthet leder till såväl fysisk som psykisk ohälsa. Att leva med våld innebär att leva under kontroll, under uttalat eller outtalat hot om våld, med kritik och elakheter eller med fysiska och sexuella övergrepp. Att leva med våld innebär att inte få sova, att inte våga sova eller att inte kunna sova. Att leva med våld innebär att kroppen ständigt har en förhöjd mental och biologisk beredskap för fara, att en stor del av tiden vara rädd eller på sin vakt, att skämmas och ofta att inte våga söka hjälp eller stöd. Oavsett hur våldet tar sig uttryck är det på sikt inte möjligt att hålla sig frisk och må bra. Såväl kropp som psyke involveras i våldsupplevelsen.



Hälso- och sjukvården upptäcker inte våldsutsatta kvinnor i tillräcklig utsträckning

En av hälso- och sjukvårdens mest centrala uppgifter när det gäller våld i nära relation är att upptäcka våldsutsatthet. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (SOFS, 2014) ska frågor om våld ställas på indikation inom hela hälso- och sjukvården, med undantag för psykiatri för kvinnor, barnpsykiatri och mödrahälsovård, där frågor om våldsutsatthet ska ställas rutinmässigt. I denna studie framgår att hälso- och sjukvårdens personal frågar om våldsutsatthet i alldeles för liten utsträckning. Detta kan få allvarliga konsekvenser framför allt när det gäller patienter som lever med pågående våldsutsatthet. Så många som tre fjärdedelar av de icke-gravida kvinnorna med pågående våldsutsatthet har inte fått frågor om våld när de sökt hälso- och sjukvården. En orsak till att hälso- och sjukvårdens personal inte ställer frågor om våld är sannolikt bristande kunskap om vad som kan utgöra indikation för våldsutsatthet. Socialstyrelsens föreskrifter ger ingen vägledning avseende detta, trots att det finns omfattande såväl nationell som internationell forskning kring området. Förtydliganden i för vården styrande dokument om vilka symtom och diagnoser som har starkast koppling till våldsutsatthet, skulle sannolikt leda till att fler våldsutsatta tillfrågades, identifierades och fick möjlighet till stöd och hjälp. Även förbättrade organisatoriska stödstrukturer i form av söktermer om våld i nära relation i vårdens journal-system och besöksmallar skulle sannolikt öka vårdpersonalens benägenhet att fråga om våldsutsatthet.

När det gäller gravida kvinnor ska frågor om våld ställas på rutin och dagsfärsk statistik från graviditetsregistret visar att 95,8 procent av de gravida kvinnorna i Region Stockholm tillfrågas om våld i nära relation (Graviditetsregistret, 2020). Denna av barnmorskorna inrapporterade statistik stämmer dock dåligt överens

med svaren från de gravida kvinnorna i vår studie, där bara drygt hälften av de gravida kvinnorna anger att de fått frågan om våldsutsatthet. Än mer alarmerande är att endast knappt 60 procent av de gravida kvinnor som lever med pågående våldsutsatthet, uppger att de blivit tillfrågade om våldsutsatthet.

I graviditetsregistret rapporteras att frågan ställts men inte hur eller vad svaret blivit. Att så stor andel av de gravida kvinnorna i vår studie inte upplever sig ha blivit tillfrågade om våldserfarenheter, kan tyda på att frågan ställs på ett sätt som inte tillåter reflektion eller eftertanke, eller att den helt enkelt hastas över.

När det gäller de icke våldsutsatta gravida kvinnorna (vilket utgör den stora majoriteten) kan det handla om att de inte lagt särskilt märke till frågan vid sitt besök hos mödrahälsovården, och därför helt enkelt har glömt att de fått den. Detta torde dock inte gälla de kvinnor som själva uppger att de är våldsutsatta, då en fråga om detta borde vara något som de kommer ihåg (även om alla kanske inte väljer att berätta om sin utsatthet). Ett angeläget område för vidare forskning är att öka förståelsen för diskrepansen mellan barnmorskornas rapportering i graviditetsregistret och våldsutsatta gravida kvinnors upplevelse av att inte ha blivit tillfrågade om våld. Syftet med att ställa frågor om våld är att identifiera våldsutsatta kvinnor och här behöver sannolikt rutinerna förändras för att i högre utsträckning nå dit.

Att ställa frågor om våldsutsatthet gör det också möjligt att upptäcka de barn som lever i hem där det förekommer våld, och som är i behov av skydd och stöd från samhället. Såväl internationell som svensk forskning visar att upplevelser av våld i hemmet under uppväxten har stora negativa konsekvenser för barns nuvarande och framtida hälsa (både fysisk och psykisk). Att en så låg andel av kvinnorna tillfrågas om våldsutsatthet får också konsekvensen att hälso- och sjukvården inte upptäcker dessa barn i tillräcklig utsträckning.



Hälso- och sjukvården kan göra mycket för våldsutsatta

Ungefär en tredjedel av de kvinnor som uppgett att de utsatts för våld i en nära relation någon gång under livet, uppger att de berättat om sina våldserfarenheter för någon inom hälso- och sjukvården. Det är intressant att notera att ungefär hälften har berättat på eget initiativ, det vill säga *utan* att ha fått frågan. En central faktor för att ta steget och berätta har då varit att kvinnan fattat ett tydligt beslut om att berätta inför mötet med hälso- och sjukvården. Utifrån denna kunskap är det viktigt att hälso- och sjukvårdens personal har en beredskap för att möta och hantera en spontan berättelse om våldsutsatthet. Såväl klinisk erfarenhet som annan forskning visar exempelvis att det är viktigt att ha ett öppet och inlyssnande förhållningssätt, snarare än ett rådgivande och lösningsfokuserat. De flesta våldsutsatta kvinnor har valt att berätta för en psykolog, men det är också vanligt att berätta för en barnmorska eller för en läkare.

Resultaten visar tydligt att det finns mycket som hälso- och sjukvården kan göra för att underlätta för våldsutsatta att berätta. Att få frågan om våldsutsatthet, att mötas av en trygg och helst sedan tidigare känd miljö och ett gott bemötande är faktorer som de våldsutsatta kvinnorna angivit som centrala för att kunna berätta.

Vetskapen om att hälso- och sjukvårdspersonalen har tystnadsplikt är en annan viktig faktor för att våga och kunna berätta.

De våldsutsatta kvinnor som *inte* berättat för hälso- och sjukvårdspersonal om sina våldserfarenheter uppgav i stor utsträckning av det inte känts relevant då det låg långt tillbaka i tiden, att den våldsamma relationen var avslutad eller att våldet inte varit allvarligt. Utifrån ett kliniskt perspektiv är detta sannolikt en grupp som inte behöver så mycket stöd och hjälp från hälso- och sjukvården. En ganska stor grupp kände sig förhindrade att berätta om våldserfarenheter utifrån en rädsla för hur detta skulle påverka vardagslivet och hur berättelsen skulle dokumenteras. Att inte få frågan om våldsutsatthet, bemötas med ointresse, att miljön upplevdes som otrygg och personalen som okunnig var andra hindrande faktorer. Utifrån denna kunskap kan man från hälso- och sjukvårdens sida med relativt enkla medel underlätta för att våldsutsatta ska kunna och våga berätta. Att fråga om våldserfarenheter är förstås en utgångspunkt, men frågan behöver också inramas av ett intresse för svaret och en förståelse för att situationen är komplex. Det är också viktigt att hälso- och sjukvårdens personal har god kunskap om vad som händer vid till exempel en orosanmälan och vilken hjälp som

finns att få via socialtjänsten. Helt centralt är också att personalen känner till hur man journalför under undantagna sökord, och kan berätta för patienten att inget av det som antecknas kring våldet går att se via journal via nätet.

En mindre andel av de våldsutsatta kvinnorna uppgav mera personliga skäl till att de inte berättat för hälso- och sjukvården om sina våldserfarenheter. Dessa skäl handlar om sådant som vi vet är vanligt att våldsutsatta upplever såsom skam, förnekelse, skuld och en önskan om att glömma. Det är troligt att denna grupp kvinnor behöver en särskilt trygg miljö och en del hjälp på traven för att kunna och våga berätta.

Det är mycket glädjande att en övervägande majoritet (74 procent) av de kvinnor som berättat om sina våldserfarenheter för någon inom hälso- och sjukvården, också fått stöd och hjälp därifrån. Den vanligaste stödåtgärden var erbjudande om samtalskontakt.

I andra hand fick kvinnorna telefonnumret till socialtjänsten och/eller Kvinnofridslinjen eller hjälp med att kontakta någon av dessa. De kvinnor som *inte* upplevt att de fått stöd och hjälp från hälso- och sjukvården när de berättat om sina våldserfarenheter, hade önskat att få de stödåtgärder som nämnts ovan.

Utifrån Socialstyrelsens riktlinjer *skall* hälso- och sjukvårdens personal i mötet med en våldsutsatt person bland annat beakta vilka behov patienten kan ha av vård såväl fysisk som psykisk med anledning av våldet. Erbjudande om samtalskontakt anges inte specifikt, men kan förstås tolkas som ett rimligt beaktande. Utifrån ett patientcentrerat förhållningssätt förefaller hälso- och sjukvården göra rätt i det att såväl de våldsutsatta kvinnor som berättat som de som inte gjort det, uppger erbjudande om samtalskontakt som den mest önskvärda åtgärden.

En fråga man kan ställa sig när det gäller samtalsstöd är vem som ska erbjuda detta. I dag erbjuds samtalsstöd vid våldsutsatthet inom socialtjänsten i många kommuner. I Stockholms stad finns till exempel fyra relationsvåldscentrum som erbjuder samtalsstöd. Den kliniska erfarenheten säger dock att många inom hälso- och sjukvården inte känner till dessa verksamheter och många vårdgivare saknar upparbetade samarbetskontakter med socialtjänsten. Vidare behöver de psykosociala teamen inom hälso- och sjukvården ha goda kunskaper om våld i nära relation för att kunna integrera våldserfarenheter i stöd och behandling. Det finns tyvärr en del exempel där våldsutsatta patienter behandlas för exempelvis depression inom hälso- och sjukvården, och samtidigt går i stödsamtal om våldsutsatthet på ett relationsvåldscentrum.



Viktiga samband för hälso- och sjukvården att känna till

De kvinnor som deltagit i vår undersökning är i genomsnitt yngre än den generella gruppen kvinnor i Region Stockholm. Såväl vår som många andra studier visar på starka samband mellan att vara ung och risken för att vara utsatt för våld i en nära relation. Risken för att vara våldsutsatt är också högst för de kvinnor som bor tillsammans med föräldrar eller andra släktingar, vilket yngre kvinnor oftare gör. Om vi tittar på vilka som är förövare framkommer också att när det gäller fysiskt våld utgör kategorin "släkting" den tredje vanligaste. Vidare visar våra resultat att kvinnor som är födda utanför Europa har en mycket ökad risk för att utsättas för fysiskt våld om man jämför med kvinnor som är födda i Sverige. När det gäller gravida kvinnor är denna risk ännu högre. Det är troligt att dessa resultat beskriver en grupp unga kvinnor som lever med hedersrelaterat våld och förtryck.

Att vara ung och lämna en våldsam partner kan också innebära att man inte har en egen bostad utan tvingas flytta hem till föräldrarna, vilket också skulle kunna förklara kopplingen mellan att bo med föräldrar och ökad risk för våldsutsatthet. Våldsutsattheten behöver då inte kopplas till att kvinnan bor tillsammans med föräldrar, utan till det faktum att hon har lämnat relationen, vilket den före detta partnern inte accepterar utan fortsätter att utöva våld.

Utifrån ett kliniskt perspektiv är det utifrån våra resultat viktigt att vara uppmärksam på möjlig våldsutsatthet i mötet med unga kvinnor, då unga kvinnor generellt sett är mer våldsutsatta än äldre. Om en ung kvinna har utomeuropeisk bakgrund är frågor om våldsutsatthet än mer angeläget. Att börja med att undersöka hur den unga kvinnans boendesituation ser ut kan vara en ingång till att ställa frågor om våldsutsatthet.

Den livsstilsfaktor som i denna studie visar på starkast samband med våldsutsatthet är rökning. Sambandet är starkast i relation till psykiskt våld där risken för att vara våldsutsatt är väsentligt mycket högre för kvinnor som röker i jämförelse med kvinnor som inte röker. Rökning kan, liksom alkohol och droger ses som ett slags självmedicinering i en pressad livssituation. Utifrån ett kliniskt perspektiv är detta viktig kunskap. Frågor kring rökning och andra livsstilsfaktorer ställs på rutin inom stora delar av hälso- och sjukvården och kvinnor som uppger att de röker bör få följdfrågor kring våld i nära relation. Vanligtvis är det sjuksköterskor som arbetar med levnadsvanefrågor genom exempelvis motiverande samtal. I enlighet med resultaten i denna studie är det sällan sjuksköterskan som våldsutsatta kvinnor berättar om sin våldsutsatthet för. Utifrån den starka kopplingen mellan rökning och våldsutsatthet är det viktigt att sjuksköterskeprofessionen stärks i sin kunskap om våld i nära relationer och börjar ställa frågor om våldsutsatthet i samband med levnadsvanesamtal.

Medskick till hälso- och sjukvården

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska hälso- och sjukvården fråga om våldsutsatthet i nära relation vid indikation.

Resultaten i denna studie visar att hälso- och sjukvården frågar 15 procent av patienterna, men *missar att fråga tre fjärdedelar av de våldsutsatta*. Mödrahälsovården, som ska fråga alla gravida kvinnor, *missar att fråga omkring 40 procent av de våldsutsatta gravida kvinnorna*.

Utifrån detta vill vi göra följande medskick till hälso- och sjukvården:

- Se till att personalen har grundläggande kunskaper inom området våld i nära relationer.
- Tydliggör i de lokala rutinerna vad som bör utgöra indikation för att fråga patienter om våldsutsatthet i nära relation. Inkludera depressiva symtom, lågt skattat generellt hälsotillstånd samt patienter med många olika symtom.
- Identifiera vid vilka patientmöten som frågor om våld ska ställas på rutin, exempelvis i samtal om levnadsvanor med sjuksköterska.
- Mödrahälsovården ska ställa frågor om våld till alla gravida kvinnor. Se till att frågor om våld ställs på ett tydligt och omsorgsfullt sätt så att den gravida kvinnan får möjlighet att besvara frågan med mer än ett ja eller nej.
- Graviditet är en lugnare period med avseende på våldsutsatthet. Var noga med att ställa tydliga frågor om våldsutsatthet så att kvinnan får möjlighet att berätta även om tidigare erfarenheter av våld i nära relation.

Referenser

Andréasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Stockwell T (2017). *Alkohol Och Våld - En Översikt Av Internationell Och Svensk Forskning*, CERA, Göteborgs Universitet, IOGT-NTO, Svenska Läkaresällskapet.

Basile KC, Hertz MF, Back SE. (2007). *Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings: Version 1*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

Bacchus, L. J., Ranganathan, M., Watts, C., & Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ open*, 8(7), e019995.

Bradbury-Jones, C., Clark, M., & Taylor, J. (2017). Abused women's experiences of a primary care identification and referral intervention: a case study analysis. *Journal of advanced nursing*, 73(12), 3189-3199.

Banjar, O., Ford-Gilboe, M., Wong, C., Befus, D., & Alilyyani, B. (2021). The Association between Intimate Partner Violence and Functional Gastrointestinal Disorders and Symptoms among Adult Women: Systematic Review. *Journal of Family Violence*, 1-17.

Brottsförebyggande rådet [Brå]. (2014). *Brott i nära relationer. En nationell kartläggning. Rapport 2014: 8*.

Brottsförebyggande rådet [Brå]. (2021). *Våld i nära relationer*. <https://bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html> (Hämtad 2022-02-12).

Cafferky, B. M., Mendez, M., Anderson, J. R., & Stith, S. M. (2018). Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychology of Violence*, 8(1), 110.

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The lancet*, 359(9314), 1331-1336.

Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner abuse*, 3(2), 231-280.

Carlberg, M., Lindberg, L., Lind S. & Rasmussen, F. (2017). *Hälsan hos utsatta för våld i nära relationer i Stockholms län*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. Rapport 2017:3.

Chandan, J. S., Thomas, T., Bradbury-Jones, C., Russell, R., Bandyopadhyay, S., Nirantharakumar, K., & Taylor, J. (2020). Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 217(4), 562-567.

Crane, C. A., Hawes, S. W., & Weinberger, A. H. (2013). Intimate partner violence victimization and cigarette smoking: a meta-analytic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(4), 305-315.

- Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L. J., Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive health matters*, 18(36), 158-170.
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., ... & Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS medicine*, 10(5), e1001439.
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International journal of family medicine*, 2013.
- Ericsson, S. (2020). *Backlash: Female Economic Empowerment and Domestic Violence. I Reaching for equality: Essays in education and gender economics [Doktorsavhandling]. Lund University, Department of Economics, (WP No. 2019: 12).*
- Europarådet. (2011). *Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet*. <https://rm.coe.int/1680462544> (Hämtad 2022-01-22)
- Feder, G. S., Hutson, M., Ramsay, J., & Taket, A. R. (2006). Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of internal medicine*, 166(1), 22-37.
- Fernbrant, C., Essén, B., Esscher, A., Östergren, P. O., & Cantor-Graae, E. (2016). Increased risk of mortality due to interpersonal violence in foreign-born women of reproductive age: a Swedish register-based study. *Violence against women*, 22(11), 1287-1304.
- Fernbrant, C., Essén, B., Östergren, P. O., & Cantor-Graae, E. (2011). Perceived threat of violence and exposure to physical violence against foreign-born women: a Swedish population-based study. *Women's health issues*, 21(3), 206-213.
- Finnbogadóttir, H., Baird, K., & Thies-Lagergren, L. (2020). Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: a longitudinal cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 1-10.
- Folkhälsomyndigheten (2017). *En befolkningsundersökning om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-i-sverige-2017/> (Hämtad 2022-01-22).
- Förenta nationerna [FN]. (1948). *Den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna*. FN:s generalförsamlings deklARATION 217A(III). <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights> (hämtad 2022-02-12).
- Förenta nationerna [FN]. (1993). *Deklarationen om avskaffande av våld mot kvinnor*. FN:s generalförsamlings resolution 48/104. <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx> (Hämtad 2022-01-22).
- Gerber, M. R.; Wittenberg, E.; Gabz, M. L.; Williams, C., M. & McCloskey, L. A (2007). Intimate Partner Violence Exposure and Change in Women's Physical Symptoms Over Time. *J Gen Intern Med* 23(1):64–9 DOI: 10.1007/s11606-007-0463-2.
- Graham, K., Bernards, S., Wilsnack, S. & Gmel, G. (2010). Alcohol May Not Cause Partner Violence But It Seems to Make It Worse: A Cross National Comparison of the Relationship Between Alcohol and Severity of Partner Violence. *J Interpers Violence*. 2011 May; 26(8): 1503–1523. doi: 10.1177/0886260510370596.
- Graviditetsregistret (2020). *Graviditetsregistrets årsrapport 2020*. <https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR%20%C3%85rsrapport%202020%203.0.pdf> (Hämtad 2022-02-12).

- Groves, B. M. (2001). When home isn't safe: Children and domestic violence. *Smith College Studies in Social Work*, 71(2), 183-207.
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 107-123.
- Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., & Feder, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 10(5), e1001452.
- Hradilova Selin, K. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer – Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Rapport 2009:12.
- Janson, S. (2010). *Barn som lever med våld i hemmet*. Utdrag ur NCK-rapport 2010:04.
- Kendall-Tackett, K. A. (2007). Inflammation, cardiovascular disease, and metabolic syndrome as sequelae of violence against women: The role of depression, hostility, and sleep disturbance. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 117-126.
- Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 24794.
- 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(1), 1-8.
- Loxton, D., Schofield, M., Hussain, R., & Mishra, G. (2006). History of domestic violence and physical health in midlife. *Violence against women*, 12(8), 715-731.
- Lövestad, S., & Krantz, G. (2012). Men's and women's exposure and perpetration of partner violence: an epidemiological study from Sweden. *BMC Public Health*, 12(1), 1-10.
- Lövestad, S., Löve, J., Vaez, M., & Krantz, G. (2017). Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC public health*, 17(1), 1-11.
- Mason, S. M., Wright, R. J., Hibert, E. N., Spiegelman, D., Forman, J. P., & Rich-Edwards, J. W. (2012). Intimate partner violence and incidence of hypertension in women. *Annals of epidemiology*, 22(8), 562-567.
- Mason SM, Wright RJ, Hibert EN, Spiegelman D, Jun HJ, Hu FB, Rich-Edwards JW. Intimate partner violence and incidence of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care*. (2013). May;36(5):1159-65.
- McCall-Hosenfeld, J. S., Winter, M., Heeren, T., & Liebschutz, J. M. (2014). The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *Journal of psychosomatic research*, 77(3), 196-204.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., & Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *Jama*, 267(23), 3176-3178.
- Miller, E., & McCaw, B. (2019). Intimate partner violence. *New England Journal of Medicine*, 380(9), 850-857.
- Mödrhälsöovårdsenheten Region Stockholm (2020). *Årsrapport för 2020*. Barnmorskemottagningarna i Stockholms län.
- Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK]. (2010). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Uppsala universitet Akademiska sjukhuset. Rapport 2010:4.

- Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK]. (2014). *Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala. Rapport 2014:1.
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK]. (2021a). *Barn som upplever våld*. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/barn-som-upplever-vald/barn-som-upplever-vald/> (Hämtad 2022-02-02).
- Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK]. (2021b). *Våld mot kvinnor med utländsk bakgrund*. <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/sarskild-utsatthet/kvinnor-med-utlandsk-bakgrund/> (Hämtad 2021-11-22).
- Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK]. (2022). *Hedersrelaterat våld och förtryck*. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/hedersrelaterat-vald-och-fortryck/hedersrelaterat-vald-och-fortryck/> (Hämtad 2022-02-02).
- Nerøien, A. I., & Schei, B. (2008). Partner violence and health: results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian journal of public health*, 36(2), 161-168.
- Nybergh, L., Taft, C., Enander, V., & Krantz, G. (2013). Self-reported exposure to intimate partner violence among women and men in Sweden: results from a population-based survey. *BMC Public Health*, 13(1), 1-13.
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane database of systematic reviews*, (7).
- Pastor-Moreno, G., Ruiz-Pérez, I., Henares-Montiel, J., Escribà-Agüir, V., Higuera-Callejón, C., & Ricci-Cabello, I. (2020). Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(5), 537-547.
- Pheiffer, C., Dias, S., & Adam, S. (2020). Intimate partner violence: a risk factor for gestational diabetes. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7843.
- Pigeon, W. R., Cerulli, C., Richards, H., He, H., Perlis, M., & Caine, E. (2011). Sleep disturbances and their association with mental health among women exposed to intimate partner violence. *Journal of women's health*, 20(12), 1923-1929.
- Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I., & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered Women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9(1), 23166.
- Pratt-Eriksson, D. (2016). *Intimate partner violence among women in Sweden-a clinical study of experience, occurrence, severity of violence and of the care given* [Doktorsavhandling]. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.
- Prosman, G. J., Lo Fo Wong, S. H., Bulte, E., & Lagro-Janssen, A. L. (2012). Healthcare utilization by abused women: a case control study. *The European journal of general practice*, 18(2), 107-113.
- SFS (2018: 1197). *Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20181197-om-forenta-nationernas-konvention_sfs-2018-1197 (Hämtad 2022-02-12).
- Silverman, J. G., Decker, M. R., Reed, E., & Raj, A. (2006). Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US states: associations with maternal and neonatal health. *American journal of obstetrics and gynecology*, 195(1), 140-148.
- Simmons, J., & Swahnberg, K. (2020). Characteristics associated with being asked about violence victimization in health care: a Swedish random population study. *Journal of interpersonal violence*, 0886260520977836.

- Socialstyrelsen. (2002). "Tack för att ni frågar" - Screening om våld mot kvinnor. Artikelnummer 2002-124-7. https://kvinnofrid.nu/PDF/Referenslitteratur/Tack_for_att_ni_fragar.pdf (Hämtad 2022-01-22).
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Artikelnummer 2009-126-71 <http://www.forskasverige.se/wp-content/uploads/Folkhalsorapport-2009.pdf> (Hämtad 2022-02-12).
- Socialstyrelsen. (2014a). *Våld i nära relationer*. SOFS 2014:4. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/2014-om-vald-i-nara-relationer/> (Hämtad 2022-02-12).
- Socialstyrelsen. (2014b). *Kartläggning av interventioner samt risk- och skyddsfaktorer vid våld mot äktenskapsinvandrade eller papperslösa kvinnor*. Artikelnummer 2014-1-12. https://www.sbu.se/contentassets/3932a2fdb99b4bf1922884073e8120cd/interventioner_risk_skyddsfaktorer_vald_aktenskapsinvandrade_papperslosa_kvinnor_2014-1-12.pdf (Hämtad 2021-11-22).
- Socialstyrelsen. (2014c). *Att vilja se, vilja veta och våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Artikelnummer 2014-10-30. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf> (Hämtad 2022-01-22).
- Socialstyrelsen. (2016). *Våld. Handbok om Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Artikelnummer 2016-6-37. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf> (Hämtad 2021-12-30).
- Socialstyrelsen. (2018). *Dödsfallsutredningar 2016-2017*. Artikelnummer 2018-1-37. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-1-37.pdf> (Hämtad 2022-01-22).
- Socialstyrelsen. (2018). *Frågor om våld. En kartläggning av hur hälso- och sjukvården frågar om våldsutsatthet och våldsutövande samt användning av bedömningsmetoder*. Artikelnummer 2018-3-28. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-3-28.pdf> (Hämtad 2022-01-22).
- Socialstyrelsen. (2020). *Hedersrelaterat våld och förtryck*. <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/hedersrelaterat-vald-och-fortryck/> (Hämtad 2022-02-02).
- Sprague, S., Slobogean, G. P., Spurr, H., McKay, P., Scott, T., Arseneau, E., ... & Swaminathan, A. (2016). A scoping review of intimate partner violence screening programs for health care professionals. *PloS one*, 11(12), e0168502.
- Stene, L. E., Jacobsen, G. W., Dyb, G., Tverdal, A., & Schei, B. (2013). Intimate partner violence and cardiovascular risk in women: a population-based cohort study. *Journal of women's health*, 22(3), 250-258.
- Stenson, K., Heimer, G., Lundh, C., Nordström, M. L., Saarinen, H., & Wenker, A. (2001). The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(4), 189-197.
- Sullivan, T. P., Flanagan, J. C., Dudley, D. N., Holt, L. J., Mazure, C. M., & McKee, S. A. (2015). Correlates of smoking status among women experiencing intimate partner violence: Substance use, posttraumatic stress, and coping. *The American journal on addictions*, 24(6), 546-553.
- Sveriges kommuner och regioner [SKR]. (2021). *Hälso- och sjukvård för våldsutsatta*. <https://rapporter.skr.se/halso--och-sjukvard-for-valdsutsatta.html> (Hämtad 2022-01-22).

- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 7(12), e51740.
- World Health Organization [WHO]. (2005). *WHO 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/ (Hämtad 2022-01-22).
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guideline*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=459E57A23095CE8A6C00B88239282E5F?sequence=1 (Hämtad 2022-01-22).
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Violence Against Women. Prevalence Estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256> (Hämtad 2022-01-22)
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Violence against women*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (Hämtad 2021-11-25).
- Wuest, J., Ford-Gilboe, M., Merritt-Gray, M., Wilk, P., Campbell, J. C., Lent, B., ... & Smye, V. (2010). Pathways of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *Journal of Women's Health*, 19(9), 1665-1674.
- Yakubovich, A. R., Stöckl, H., Murray, J., Melendez-Torres, G. J., Steinert, J. I., Glavin, C. E., & Humphreys, D. K. (2018). Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective–longitudinal studies. *American journal of public Health*, 108(7), e1-e11.

Bilaga 1

Har du **någon gång** varit utsatt för psykiskt eller fysiskt våld av din partner eller någon annan för dig betydelsefull person?

Ja Nej

Har du under **de senaste 12 månaderna** blivit slagen, sparkad, knuffad eller skadad av din partner eller någon annan för dig betydelsefull person?

Ja Nej

Om ja, av vem?

- Partner
- Före detta partner
- Någon jag för närvarande träffar
- Släkting
- Annan

Antal gånger jag blivit utsatt för fysiskt våld de senaste 12 månaderna:

- Dagligen
- Några gånger i veckan
- Några gånger i månaden
- Enstaka tillfällen

Har du under **de senaste 12 månaderna** blivit utsatt för psykiskt våld som kränkningar, hot eller tvång av din partner eller någon annan för dig betydelsefull person?

Ja Nej

Om ja, av vem?

- Partner
- Före detta partner
- Någon jag för närvarande träffar
- Släkting
- Annan

Antal gånger jag blivit utsatt för fysiskt våld de senaste 12 månaderna:

- Dagligen
- Några gånger i månaden
- Några gånger i veckan
- Enstaka tillfällen

Har du under de senaste 12 månaderna tvingats till eller utsatts för sexuella handlingar mot din vilja av din partner eller någon annan för dig betydelsefull person?

Ja Nej

Om ja, av vem?

- Partner
- Före detta partner
- Någon jag för närvarande träffar
- Släkting
- Annan

Antal gånger jag blivit utsatt för sexuellt våld de senaste 12 månaderna:

- Dagligen
- Några gånger i veckan
- Några gånger i månaden
- Enstaka tillfällen

Är du i **nuläget** rädd för din partner eller någon för dig betydelsefull person?

Ja Nej

Om ja, vem?

- Partner
- Före detta partner
- Någon jag för närvarande träffar
- Släkting
- Annan

Bilaga 1 visar en modifierad form av Abuse Assessment screen AAS (ursprungsformuläret se Basile et al., 2007 i referenslista). AAS är modifierat av Mia Barimani, Ylva Elvin-Nowak, Ragnhild Eikemo, Karin Dahlström och Susanne Åhlund.

Besöksadress:

Solnavägen 1E, plan 7
113 65 Stockholm

www.akademisktprimarvardscentrum.se



Akademiskt primärvårdscentrum
REGION STOCKHOLM