



Hälsan hos utsatta för våld i nära relationer i Stockholms län

Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins 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.

Referera till rapporten enligt: M Carlberg, L Lindberg, S Lind, F Rasmussen.
Hälsan hos utsatta för våld i nära relationer i Stockholms län.
Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2017.
Rapport 2017:3.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 1497, 171 29 Solna

ces.sls@sl.se



Rapport 2017:3



ISBN 978-91-87691-47-8



Författare: Magdalena Carlberg, Lene Lindberg, Simon Lind och Finn Rasmussen

Layout: Viktoria Jonze

Stockholm mars 2017

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Våld i nära relationer är sannolikt ett vanligt samhällsproblem, även om omfattningen är svår att avgöra och det sannolikt bara är de grövsta fallen som uppmärksammas. Enligt Socialstyrelsens definition är våld i nära relationer inte begränsat till fysiskt våld utan kan även ta sig andra uttryck, exempelvis psykiskt i form av hot.

Föreliggande rapport har kartlagt den självrapporterade hälsan i Stockholms län hos personer som har uppgivit att de har utsatts för fysiskt våld eller hot om fysiskt våld av en tidigare eller nuvarande partner. Resultaten visar att personer som har rapporterat utsatthet för hot eller fysiskt våld i nära relationer hade betydligt sämre hälsa jämfört med icke utsatta personer. Skillnaderna var störst avseende psykisk hälsa. I denna undersökning var majoriteten av dem som utsatts kvinnor och det var vanligare bland de drabbade att bo med barn jämfört med icke utsatta personer. Detta är särskilt allvarligt eftersom barn som bevittnar våld i nära relationer riskerar att påverkas negativt.

Således finns det all anledning att stärka och utveckla det förebyggande arbetet mot våld i nära relationer, som innebär ett oacceptabelt lidande för de drabbade och som med tanke på den negativa och långvariga påverkan även på barnen i drabbade familjer torde innebära enorma samhällskostnader.

Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning.....	5
Introduktion.....	6
Våld i nära relationer	6
Hälsan hos våldsutsatta	7
Hälsan hos barn som växer upp i familjer med relationsvåld.....	8
Syfte och frågeställningar.....	9
Syfte	9
Specifika frågeställningar.....	9
Metod.....	10
Resultat.....	12
Deskriptiva resultat.....	12
Förekomst av utsatthet för hot och/eller fysiskt våld i nära relationer	12
Platsen för hotet eller det fysiska våldet.....	12
Sociodemografiska bakgrundsfaktorer, deskriptiva resultat	12
Psykisk hälsa samt allmänt hälsotillstånd hos utsatta för våld i nära relationer jämfört med icke utsatta, deskriptiva resultat.....	16
Fysisk hälsa hos utsatta för våld i nära relationer jämfört med icke utsatta, deskriptiva resultat	18
Samband mellan exponering för våld i nära relationer och hälsa	20
Diskussion	24
Referenser	26
Bilagor	28
Bilaga 1	28

Sammanfattning

Denna kartläggning, baserad på självrapporterade data från Stockholms läns folkhälsoenkäter (FHE) 2006, 2010 och 2014, syftade till att undersöka hälsan hos personer som utsatts för hot eller fysiskt våld i nära relationer. Resultaten visar ett samband mellan att ha utsatts för hot och/eller fysiskt våld i nära relationer och att ha ett sämre hälsoutfall jämfört med personer som inte rapporterat sådan utsatthet.

Typerna av våld som tas upp i FHE är fysiskt våld eller hot om våld. Närstående förövare innebär i denna kartläggning nuvarande eller tidigare partner. Som mått på psykisk ohälsa har använts General Health Questionnaire (GHQ)-12 samt rapportering om att ha övervägt eller försökt att ta sitt liv. Som mått på fysisk ohälsa har använts frågor om värk i nacke, armar, axlar, samt övre respektive nedre delen av ryggen. En fråga om allmänt hälsotillstånd har också inkluderats.

Sambandet mellan utsatthet för hot eller fysiskt våld i nära relationer och hälsa analyserades genom regression. I sambandsanalysen kontrollerades alla hälsoutfall med hänsyn till andra hälsoutfall, och utsatta för hot, fysiskt våld eller både hot och fysiskt våld jämfördes med icke utsatta. Analysen justerades för ålder, kön, utbildning, socioekonomiskt index, födelseland samt att bo med barn.

I alla kategorier av utsatta var risken signifikant högre att rapportera symtom på psykisk ohälsa enligt GHQ-12: bland dem som utsatts för enbart fysiskt våld var risken 2,2 gånger högre, för dem som utsatts för enbart hot var risken 2,5 gånger högre och för dem som utsatts för både hot och fysiskt våld var risken 2,8 gånger högre. I alla kategorier av utsatta förelåg också en signifikant riskökning för att ha övervägt att ta sitt liv, framför allt under den senaste veckan: bland dem som utsatts för enbart fysiskt våld var risken 2,5 gånger högre att rapportera att man övervägt detta än att man aldrig gjort det jämfört med bland icke utsatta, bland dem som utsatts för enbart hot var risken 5,9 gånger högre och bland dem som utsatts för både hot och fysiskt våld var risken 4,4 gånger högre. I kategorin av "dubbelt utsatta" var också risken signifikant högre att ha försökt ta sitt liv (2,5 gånger).

Beträffande allmänt hälsotillstånd var det bara i kategorin som utsatts för enbart hot som signifikanta skillnader i skattning kunde ses jämfört med de icke utsatta med den största riskökningen för att ange svarsalternativet dåligt/mycket dåligt snarare än "Mycket gott" (1,9 gånger). Vidare var det endast i kategorin som utsatts för enbart fysiskt våld som det fanns ökad risk för ett av de fysiska hälsoutfallen, att ha ont i nacke, axlar, armar eller övre delen av ryggen (1,5 gånger för alternativet ett par dagar per vecka eller oftare respektive 1,4 gånger för alternativet max ett par dagar per månad).

Efter sambandsanalysen framstod således sambandet mellan utsatthet för relationsvåld och negativa psykiska hälsoaspekter som signifikant starkare än sambandet mellan utsatthet och fysiska hälsoaspekter. Vid kontroll för inverkan av olika bakgrundsfaktorer, sågs en signifikant högre risk för kvinnor (2,1-3,2 gånger) respektive för personer som bodde med barn (1,5-1,8 gånger).

Dessa resultat ligger i linje med den bild som såväl nationella som internationella undersökningar ger av en ökad risk för psykisk och fysisk ohälsa bland personer som drabbats av våld i nära relationer. Kopplingen mellan utsatthet och sämre hälsa aktualiserarom fler vårdprofessioner borde ställa frågan om patienter med indikation på psykisk ohälsa är våldsutsatta. Ur ett barnperspektiv är det viktigt att särskilt uppmärksamma föräldrar med dessa eller liknande hälsoproblem eftersom de kan vara drabbade av våld i nära relationer vilket kan få negativa följder även för barnen.

Introduktion

Våld i nära relationer

Enligt Kunskapscentrum om våld i nära relationer (Stockholms läns landsting) omfattar våld i nära relationer ”alla typer av våld som kan förekomma mellan närstående i både heterosexuella och samkönade relationer samt inom syskon- och andra familje- och släktrelationer. Det som kännetecknar detta våld är att den utsatta och den som använder våld har en nära relation med känslomässiga band till varandra.” Enligt Socialstyrelsen innebär våld i nära relationer handlingar som kan vara allt ifrån subtila till grova brott.¹ Våldet kan vara fysiskt, sexuellt eller psykiskt. Utsattheten kan även vara social genom att förövaren t ex isolerar offret, eller materiell/ekonomisk genom att förövaren exempelvis förstör offrets tillhörigheter. Vanvård eller försummelse är ytterligare en variant av våld i nära relationer, som kan drabba personer som är beroende av andra för vård och omsorg i vardagen.

Våld i nära relationer är ett folkhälsoproblem som drabbar både kvinnor och män. I en befolkningsundersökning av Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK) uppgav 3,9 procent av kvinnorna och 4,9 procent av männen att de någon gång det senaste året hade varit utsatta för fysiskt våld eller hot om fysiskt våld, det vill säga även med andra förövare inräknade än närstående [1]. Av dessa hade ungefär varannan kvinna och var fjärde man utsatts för relationsvåld från en närstående förövare, i dessa fall en nuvarande eller tidigare partner [1], vilket tyder på att relationsvåld oftare drabbar kvinnor. I en undersökning utförd av Brottsförebyggande Rådet (BRÅ) [2] var förekomsten jämnare mellan könen då 7,0 procent av kvinnorna och 6,7 procent av männen uppgav att de hade utsatts för våld i nära relationer under det senaste året. Flera studier tyder dock på könsskillnader i form av att relationsvåldet mot kvinnor är grövre, mer upprepat och med allvarigare konsekvenser som i högre grad medför behov av sjukvård [2,3,4,5]. En annan skillnad är att en högre andel kvinnor än män har utsatts för relationsvåld under livstiden, även om andelarna som varit utsatta under det senaste året är relativt jämnstora [4,5].

¹**Definition av våld och utsatthet i nära relationer enligt Socialstyrelsen:** Våld i nära relationer är ofta ett mönster av handlingar som kan vara allt från subtila handlingar till grova brott. Mer konkret är det allt ifrån att bli förlöjligad till att utsättas för våldtäkt eller allvarliga hot. Det är ofta kombinationer av fysiskt, sexuellt och psykiskt våld.

Fysiskt våld: Kan vara knuffar, att bli fasthållen, dragen i håret, slagen eller sparkad.

Sexuellt våld: Våldtäkt eller andra påtvingade sexuella handlingar, alternativt sexuella handlingar som den utsatte inte vågar säga nej till räknas till sexuellt våld.

Psykiskt våld: Direkta eller indirekta hot eller förlöjligande. Även våld eller hot om våld mot husdjur kan räknas till den psykiska utsattheten.

Social utsatthet: Frihetsinskränkningar som isolering genom att bli hindrad från att träffa släkt och vänner eller att delta i sociala aktiviteter.

Materiell/ekonomisk utsatthet: Personliga tillhörigheter slås sönder eller förstörs avsiktligt. Kan även innebära att en part i en nära relation förmås skriva under papper som får negativa konsekvenser för densamme.

Hälsan hos våldsutsatta

Flera studier har funnit samband mellan utsatthet för relationsvåld och sämre hälsa. En internationell översikt från Världshälsoorganisationen (WHO) betonar komplexiteten mellan exponering för våld i nära relationer och negativa utfall i fysisk, psykisk, sexuell och reproduktiv hälsa [6]. Relationsvåldet kan ge både fysiska och psykiska trauman som i sin tur kan orsaka psykisk ohälsa uttryckt som posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ångest, depression, självmordsbenägenhet eller missbruk och leda till kroppsliga symtom som kronisk smärta eller mag-/tarmproblem [6]. Vidare kan relationsvåld leda till bland annat trötthet, sömnlöshet, försämrade kognitiva funktioner och nedsatt immunförsvar [7].

En systematisk litteraturöversikt av Lagdon m fl [8] påvisade flera allvarliga konsekvenser för den psykiska hälsan hos personer som varit utsatta för våld i nära relationer, där de mest vanligt förekommande var PTSD, ångest och depression. Översikten visade också att grövre och mer omfattande relationsvåld förvärrade de psykiska hälsokonsekvenserna [8]. De negativa konsekvenserna av relationsvåld förefaller också att vara långvariga, vilket bland annat har framkommit i en studie där utsatthet någon gång i livet hade en nästan lika stark association med psykisk ohälsa som utsatthet under det senaste året [9].

I den svenska befolkningsundersökningen av NCK [1], påvisades samband mellan utsatthet för våld (utan avgränsning till närstående förövare) och en ofta flerfaldigt sämre hälsa såväl psykiskt som fysiskt. Utsatthet för allvarligt psykiskt våld² någon gång i livet var associerat med högre förekomst av depression, bland både män och kvinnor [1]. Att ha PTSD-symtom var vanligare hos både män och kvinnor med erfarenheter av allvarliga sexuella övergrepp² som barn eller vuxen [1]. Allvarligt sexuellt våld under barndomen² var förknippat med ökad förekomst av psykosomatiska symtom hos både män och kvinnor, medan allvarligt sexuellt våld i vuxenlivet² var starkt kopplat till självskadebeteende [1]. Kvinnor och män som i vuxen ålder upplevt allvarligt sexuellt eller fysiskt våld² hade oftare ett riskbruk av alkohol, och för kvinnor 56-74 år som upplevt detta var det vanligare att drabbas av hjärtinfarkt jämfört med icke utsatta [1].

²Definition av allvarligt sexuellt, psykiskt och fysiskt våld enligt NCK (2014):

Att man som barn har blivit påtvingad samlag (inklusive försök) någon gång och/eller blivit utsatt för annat sexuellt övergrepp vid upprepade tillfällen och/eller ibland/ofta blivit slagen med knytnäve, skadad med vapen eller liknande, och/eller ofta blivit utsatt för annat fysiskt våld och/eller ofta blivit hotad med fysiskt våld och/eller ofta blivit kränkt, mobbad eller liknande och/eller vid upprepade tillfällen har sett eller hört våld mellan föräldrarna.

Att man som vuxen någon gång har blivit påtvingad samlag eller liknande (inklusive försök) och/eller har blivit slagen med knytnäve/föremål/sparkad eller utsatt för våld med vapen och/eller att man blivit systematiskt och upprepat utsatt för psykiskt våld.

Hälsan hos barn som växer upp i familjer med relationsvåld

Enligt internationella studier är risken högre att drabbas av partnervåld för småbarnsmammor [11-15]. För gravida är risken att utsättas för fysiskt våld 4-8 procent och för psykiskt (emotionellt) våld 8-78 procent [11-15]. En amerikansk studie har visat att riskerna ökar under det första året efter graviditeten; för fysiskt våld från 1,7 till 3,1 procent och för psykiskt (emotionellt) våld från 7,5 till 17,3 procent [12]. Att ha barn har vidare påvisats vara en riskfaktor i en studie av Robinson och Howarth [16]. Dessutom är utsatthet för relationsvåld associerat med en högre förekomst av depression bland nyblivna mammor under barnets första levnadsår [15], vilket innebär risk för ytterligare påfrestningar även för barnet då det är väl känt att föräldrars depressioner kan ha negativa följder för deras barns hälsa och utveckling.

De barn som under sin uppväxt får uppleva våld i nära relationer löper ökad risk för både sämre utveckling och hälsa. Bland annat kan anknytningsprocess och känsloreglering påverkas negativt, och barnen kan drabbas av kronisk stress och ökad utsöndring av kortisol som kan försämra inlärnings- och minnesfunktionerna [10]. Ökad risk för utåtagerande beteende, kamratsvärigheter, nedstämdhet och PTSD är andra konsekvenser [10].

Syfte och frågeställningar

Syfte

Det övergripande syftet är att belysa den psykiska och fysiska hälsan hos individer som har rapporterat att de har upplevt hot eller fysiskt våld från nuvarande eller tidigare partner, jämfört med individer som rapporterar att de inte har utsatts för detta.

Specifika frågeställningar

1. Hur vanligt är hot och/eller fysiskt våld i nära relationer?
2. Finns det någon skillnad i sociodemografisk bakgrund mellan personer som utsatts för våld i nära relationer och personer som inte har det?
3. Skiljer sig allmänt hälsotillstånd och psykisk respektive fysisk hälsa mellan personer som utsatts för våld i nära relationer och personer som inte har det?

Metod

I föreliggande kartläggning har data från folkhälsoenkäterna (FHE) 2006, 2010 och 2014 i Stockholms län använts för att belysa hälsan bland personer som varit utsatta för hot och/eller fysiskt våld i nära relationer, samt deras socioekonomiska bakgrund och hur vanligt förekommande det är att de bor tillsammans med barn. FHE genomförs vart fjärde år i på uppdrag av Stockholms läns landsting i syfte att få en överblick över hälsoläget i befolkningen och följa utvecklingen på olika hälsoområden. Enkäten skickas till slumpmässigt utvalda individer i åldrarna 18 år och uppåt. År 2014 ingick även 16- och 17-åringar i urvalet men dessa har inte inkluderats i den aktuella kartläggningen.

I FHE ställs två frågor om våld. Den ena handlar om att ha blivit utsatt för hot om våld, medan den andra handlar om att ha blivit utsatt för fysiskt våld. Båda frågorna avser utsatthet någon gång under de senaste 12 månaderna. Jämfört med Socialstyrelsens definition av våld i nära relationer överlappar dessa frågor med kategorierna fysiskt våld samt psykiskt våld där hot ingår som en del. Om svaret blir ja, innehåller båda frågorna följdfrågor om på vilken plats hotet/det fysiska våldet ägt rum och om vem som var förövaren. Med närstående person avses i den aktuella kartläggningen att förövaren var en nuvarande eller tidigare partner till den som utsatts.

Frågorna om våld och svarsalternativen enligt FHE 2006 återfinns i Bilaga 1. Frågan om utsatthet för hot har förändrats marginellt från 2006/2010 till 2014: Från "Har du någon gång de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld som var så farliga eller allvarliga att du blev rädd?" (2006/2010) till "Har du någon gång de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot om våld som var så farligt eller allvarligt att du blev rädd?" (2014).

Beträffande platsen för hotet eller våldet har i FHE 2006 svarsalternativen "I bostadsområdet", "På tåg, buss, tunnelbana", "På allmän plats" och "På nöjesställe" slagits ihop till alternativet "På offentlig plats" i FHE 2014. Således finns det fyra jämförbara alternativ för plats över tid från FHE 2006 till FHE 2014: På arbetsplatsen/skolan, I hemmet, På offentlig plats och Någon annanstans. I FHE 2014 har svarsalternativen "Nuvarande eller tidigare partner" som i FHE 2006 var separata, slagits ihop.

De faktorer som har inkluderats i kartläggningen är:

- Sociodemografiska bakgrundsfaktorer: kön, ålder, födelseland (Sverige eller annat), barn i hushållet (upp till 18 år gamla), disponibel inkomst, utbildning och socioekonomiskt index (SEI). SEI är en variabel som tagits fram av SCB och innebär en sammanvägning av en individs position utifrån yrke. Den huvudsakliga strukturen är indelning i arbetare, tjänstemän och företagare. I FHE används SEI-grupper enligt SCB [17].
- Utsatthet för hot, fysiskt våld eller båda delarna av en nuvarande eller tidigare partner.
- Allmänt hälsotillstånd enligt de svarandes självskattade bedömning på en femgradig skala: Mycket gott, Gott, Någorlunda, Dåligt respektive Mycket dåligt. Svarsalternativen Dåligt och Mycket dåligt har slagits ihop i redovisningen av resultaten på grund av att antalet individer annars skulle bli för litet.
- Psykiskt hälsotillstånd enligt utfall på General Health Questionnaire (GHQ)-12, ett självskattningsformulär för psykisk hälsa som bland annat fångar depressiva symtom [18]. Det består av 12 påståenden varav 6 tar upp positiva och 6 tar upp negativa företeelser. Sammanlagt kan utfallet bli 0-12 poäng. Som gränsvärde för psykisk ohälsa används vanligen 3 eller högre, vilket även har tillämpats i denna kartläggning. Utfall under 3 poäng på GHQ-12 kategoriserades

som god psykisk hälsa, eller inga symptom på psykisk ohälsa, medan utfall med 3 poäng eller högre kategoriserades som indikation på psykisk ohälsa.

- Som ytterligare en indikator på psykiskt hälsotillstånd inkluderades frågorna om att ha övervägt att ta sitt liv eller att ha försökt ta sitt liv, där svarsalternativen för båda frågorna var: 1) Nej, aldrig, 2) Ja, under den senaste veckan, 3) Ja, under det senaste året, och 4) Ja, längre tillbaka än 1 år. På frågan om att ha övervägt att ta sitt liv slogs alla jakande svarsalternativ ihop, då antalet individer blev för litet i de deskriptiva resultaten som var uppdelade på kön (Tabell 3). I sambandsanalysen (Tabell 5) som inte var uppdelad på kön (men justerad för kön) behölls uppdelningen av svarsalternativen. På frågan om att ha försökt ta sitt liv slogs alla jakande svarsalternativ ihop både för de deskriptiva resultaten och i sambandsanalysen.
- Som en indikator på fysiskt hälsotillstånd användes frågorna om värk och smärta. I FHE 2006 fanns två frågor om värk/smärta. Den ena frågan tog upp att ha ont i nedre delen av ryggen. Den andra frågan i FHE 2006 handlade om att ha ont i nacke/armar/axlar. I FHE 2010 och FHE 2014 delades den upp i två frågor, en om att ha ont i armar eller axlar, och en om att ha ont i nacken med utvidgning till att även omfatta övre delen av ryggen. I FHE 2006 fanns fem svarsalternativ: 1) Nej, 2) Ja, ett par dagar det senaste halvåret, 3) Ja, ett par dagar per månad, 4) Ja, ett par dagar per vecka och 5) Ja, varje dag. I FHE 2010 och 2014 fanns tre svarsalternativ: 1) Nej, 2) Ja, ett par dagar per månad eller mer sällan, och 3) Ja, ett par dagar per vecka eller oftare. För att kunna redovisa resultaten för alla FHE tillsammans slogs svarsalternativen i FHE 2006 ihop till 1) Nej, 2) Maximalt ett par dagar per månad och 3) Minst ett par dagar per vecka (se Tabell 5).

Bearbetning av deskriptiva data genomfördes i programmet SAS.

Den statistiska sambandsanalys som har genomförts är multinomial logistisk regression för att beräkna riskerna för psykiska och fysiska hälsoutfall vid exponering för hot och/eller fysiskt våld i nära relationer. Riskerna har beräknats som oddskvoter (odds ratio; OR). Om konfidensintervallen (KI, 95%) för riskvärdena exkluderade 1,0 bedömdes dessa resultat som signifikanta.

I den multinomiala logistiska regressionen jämfördes de icke exponerade med de tre kategorierna av exponerade – utsatta för hot, fysiskt våld, eller båda delarna – avseende risken att rapportera ett sämre hälsoutfall än det bästa. Regressionsanalysen genomfördes i programmet SPSS.

Resultat

Deskriptiva resultat

I detta avsnitt illustreras med deskriptiva data förekomsten av utsatthet för våld i nära relationer bland respondenterna samt hälsoutfall (allmänt hälsotillstånd, psykisk samt fysisk hälsa) hos utsatta och icke utsatta personer. I avsnitt 4.2 följer en statistisk regressionsanalys av sambandet mellan utsatthet för våld i nära relationer och hälsa, med kontroll för socioekonomiska bakgrundsfaktorer och andra hälsoutfall.

Förekomst av utsatthet för hot och/eller fysiskt våld i nära relationer

I Tabell 1 framgår antalet (N) och andelen (%) män och kvinnor som i nära relationer har utsatts för enbart hot om våld, enbart fysiskt våld eller båda delarna, respektive män och kvinnor som inte har utsatts för detta enligt rapportering i FHE 2006, 2010 och 2014 samt totalt för alla tre åren.

Tabell 1. Förekomst av utsatthet för hot och/eller fysiskt våld i nära relationer. FHE 2006, 2010 och 2014.

	Svarsfrekvens (%)		Icke utsatta N (%)	Enbart hot N (%)	Enbart fysiskt våld N (%)	Både hot och fysiskt våld N (%)	Totalt N
FHE 2006	60,9	Män	14 311 (99,3)	51 (0,4)	25 (0,2)	22 (0,2)	14 409
		Kvinnor	17 581 (97,9)	131 (0,7)	154 (0,9)	101 (0,6)	17 967
FHE 2010	55,6	Män	12 710 (99,5)	14 (0,1)	36 (0,3)	11 (0,1)	12 771
		Kvinnor	15 423 (98,3)	129 (0,8)	74 (0,5)	67 (0,4)	15 693
FHE 2014	42,3	Män	8 192 (99,6)	8 (0,1)	18 (0,2)	11 (0,1)	8 229
		Kvinnor	10 219 (98,4)	79 (0,8)	46 (0,4)	37 (0,4)	10 381
Totalt	52,9	Män	35 213 (99,4)	73 (0,2)	79 (0,2)	44 (0,1)	35 409
		Kvinnor	43 223 (98,1)	339 (0,8)	274 (0,6)	205 (0,5)	44 041
		Alla	78 436 (98,7)	412 (0,5)	353 (0,3)	249 (0,3)	79 450

Källa: FHE 2006, FHE 2010 och FHE 2014.

Platsen för hotet eller det fysiska våldet

Den vanligaste platsen där hotet eller det fysiska våldet utövades av den nuvarande eller tidigare partnern var i hemmet motsvarande 60 procent bland män och 69 procent bland kvinnor, följt av offentlig plats med 19 procent bland män och 15 procent bland kvinnor, någon annanstans med 10 procent bland både män och kvinnor, samt på arbetsplatsen/i skolan/i bostadsområdet med 10 procent bland män och 5 procent bland kvinnor.

Sociodemografiska bakgrundsfaktorer, deskriptiva resultat

I Tabell 2 visas sociodemografiska bakgrundsdata för personer som har rapporterat utsatthet för hot och/eller fysiskt våld i nära relationer jämfört med icke utsatta personer.

Avseende kön är andelen som rapporterat utsatthet 3,4 gånger högre bland kvinnor än bland män. Yngre är överrepresenterade bland dem som har utsatts för hot och/eller fysiskt våld i nära relationer, då 1,07 procent av männen och 3,47 procent av kvinnorna i åldersgruppen 18-29 år varit utsatta varefter andelen för båda könen minskar med ökande åldrar. Majoriteten av dem som rapporterat utsatthet var under 45 år. Vidare var andelen som utsatts för hot eller fysiskt våld i nära relationer högre bland utrikes födda personer. Det var nästan dubbelt så vanligt att ha varit utsatt för hot eller fysiskt våld från närstående bland kvinnor som bodde tillsammans med barn jämfört med kvinnor som inte bodde med barn. Skillnaden var mindre bland män boende med respektive utan barn.

Utsatta för hot och/eller fysiskt våld i nära relationer hade generellt lägre disponibel inkomst än de som inte varit utsatta (Tabell 2). En större andel utsatta, 2,24 procent, fanns bland kvinnor med enbart grundskole- eller gymnasieutbildning, jämfört med kvinnor med eftergymnasial utbildning där andelen var 1,43 procent. För män var motsvarande andelar 0,55 respektive 0,57 procent, således sågs inte samma skillnad för dem. Skillnaderna mellan utsatta och inte utsatta avspeglade sig även i socio-ekonomiskt index (SEI). Bland kvinnliga arbetare hade 2,63 procent varit utsatta, bland kvinnliga tjänstemän på lägre och mellannivå hade 1,49 procent varit utsatta medan motsvarande siffra bland kvinnliga högre tjänstemän och företagare var 1,46 procent. För män sågs också en gradient, dock mindre uttalad, med 0,65 procent utsatta bland arbetare, 0,56 procent utsatta bland tjänstemän på lägre och mellannivå och 0,37 procent utsatta högre tjänstemän och företagare.

Tabell 2. Sociodemografiska data bland utsatta för hot och/eller fysiskt våld i nära relationer jämfört med icke utsatta.

		Utsatta för enbart hot N (%)	Utsatta för enbart fysiskt våld N (%)	Utsatta för både hot och fysiskt våld N (%)	Icke utsatta N (%)	Alla	Samtliga utsatta Andel (%)
	Alla	412 (0,52)	353 (0,44)	249 (0,31)	78 436 (100)	79 450	1,28
Kön	Män	73 (0,21)	79 (0,22)	44 (0,12)	35 213 (99,45)	35 409	0,55
	Kvinnor	339 (0,77)	274 (0,62)	205 (0,47)	43 223 (98,14)	44 041	1,86
	Ålder						
18-29	Män	22 (0,51)	20 (0,47)	4 (0,09)	4 238 (98,93)	4 284	1,07
	Kvinnor	84 (0,13)	85 (0,13)	55 (0,85)	6 241 (96,54)	6 465	3,47
30-44	Män	22 (0,24)	29 (0,32)	23 (0,25)	9 049 (99,19)	9 123	0,81
	Kvinnor	127 (1,05)	101 (0,84)	71 (0,59)	11 778 (97,52)	12 077	2,48
45-64	Män	22 (0,16)	27 (0,20)	13 (0,10)	13 273 (99,54)	13 335	0,46
	Kvinnor	103 (0,67)	70 (0,45)	69 (0,45)	15 165 (98,43)	15 407	1,57
65-84	Män	7 (0,08)	3 (0,03)	4 (0,05)	8 653 (99,84)	8 667	0,16
	Kvinnor	25 (0,25)	18 (0,18)	10 (0,10)	10 039 (99,47)	10 092	0,53
Utrikes födda							
Nej	Män	54 (0,18)	50 (0,17)	23 (0,08)	29 100 (99,57)	29 227	0,43
	Kvinnor	261 (0,72)	220 (0,61)	152 (0,42)	35 371 (98,24)	36 004	1,76
Ja	Män	19 (0,31)	29 (0,47)	21 (0,34)	6 113 (98,88)	6 182	1,12
	Kvinnor	78 (0,97)	54 (0,67)	53 (0,66)	7 852 (97,70)	8 037	2,30

Fortsättning nästa sida

Utbildning							
Grundskola eller gymnasium	Män	35 (0,18)	45 (0,23)	29 (0,15)	19 659 (99,45)	19 768	0,55
	Kvinnor	196 (0,85)	175 (0,76)	146 (0,63)	22 585 (97,76)	23 102	2,24
Eftergymnasial	Män	36 (0,26)	31 (0,22)	13 (0,09)	13 989 (99,43)	14 069	0,57
	Kvinnor	127 (0,67)	88 (0,46)	56 (0,30)	18 667 (98,57)	18 938	1,43
Socioekonomiskt index (SEI)							
Arbetare	Män	18 (0,20)	24 (0,26)	17 (0,19)	9 049 (99,35)	9 108	0,65
	Kvinnor	98 (0,98)	79 (0,79)	86 (0,86)	9 748 (97,37)	10 011	2,63
Tjänstemän, lägre och mellannivå	Män	28 (0,28)	22 (0,22)	6 (0,06)	10 006 (99,44)	10 062	0,56
	Kvinnor	133 (0,69)	97 (0,50)	57 (0,30)	19 030 (98,51)	19 317	1,49
Högre tjänstemän och företagare	Män	14 (0,11)	21 (0,17)	12 (0,09)	12 638 (99,63)	12 685	0,37
	Kvinnor	67 (0,68)	52 (0,53)	26 (0,26)	9 758 (98,54)	9 903	1,46
Bor med barn							
Nej	Män	39 (0,17)	46 (0,20)	29 (0,13)	23 069 (99,51)	23 183	0,49
	Kvinnor	155 (0,57)	126 (0,46)	91 (0,33)	26 875 (98,63)	27 247	1,37
Ja	Män	34 (0,28)	31 (0,26)	14 (0,12)	12 041 (99,35)	12 120	0,65
	Kvinnor	184 (1,11)	147 (0,88)	113 (0,68)	16 186 (97,33)	16 630	2,67
Disponibel medianinkomst							
	Män	1 451	1 717	1 398	2 064	2 061	
	Kvinnor	1 357	1 257	1 202	1 570	1 563	

Källa: FHE 2006, FHE 2010 och FHE 2014.

Psykisk hälsa samt allmänt hälsotillstånd hos utsatta för våld i nära relationer jämfört med icke utsatta, deskriptiva resultat

I detta avsnitt jämförs allmänt hälsotillstånd respektive de tre olika psykiska hälsoutfallen hos respondenter som utsatts respektive inte utsatts för våld i nära relationer, utan hänsyn till eventuell samvariation med de andra hälsoutfallen eller socioekonomiska bakgrundsfaktorer. (En sådan sambandsanalys görs i avsnitt 4.2.) Tabell 3 visar deskriptiva data uppdelat på män och kvinnor.

Att rapportera ett "Mycket gott" allmänt hälsotillstånd var ungefär dubbelt så vanligt bland icke utsatta personer jämfört med dem som varit utsatta för relationsvåld (se Tabell 3). I den andra ytterligheten av skalan rådde i princip det omvända förhållandet, det vill säga det var ungefär dubbelt så vanligt för utsatta personer att uppge svarsalternativen "Dåligt/Mycket dåligt" jämfört med icke utsatta. I kategorin som varit utsatt för både hot och fysiskt våld var skillnaden ännu större, då det var drygt tre respektive fem gånger vanligare att uppge "Dåligt"/"Mycket dåligt" jämfört med icke utsatta kvinnor och män.

Psykisk ohälsa hos utsatta för hot eller våld jämfördes med icke utsatta genom utfall på GHQ-12 samt frågorna om att ha övervägt att ta sitt liv respektive försökt att ta sitt liv. Som framgår i Tabell 3 var det 2,7 gånger vanligare att rapportera psykisk ohälsa enligt GHQ-12 bland män som varit utsatta för hot i nära relationer jämfört icke utsatta män, och 3,3 gånger vanligare bland män som varit utsatta för enbart fysiskt våld. Det var 2,5 gånger vanligare att kvinnor som varit utsatta för enbart hot rapporterade psykisk ohälsa enligt GHQ-12 jämfört med icke utsatta kvinnor, medan det var 2,3 gånger vanligare bland kvinnor som utsatts för enbart fysiskt våld. I kategorin som utsatts för både hot och fysiskt våld av närstående, återfanns de högsta andelarna med psykisk ohälsa enligt GHQ-12, där detta var 3,9 gånger vanligare bland män respektive 2,9 gånger vanligare bland kvinnor jämfört med icke utsatta män och kvinnor.

Beträffande att ha övervägt eller försökt att ta sitt liv, var det i alla kategorier av utsatta genomgående vanligare att ha svarat ja på dessa frågor. Mer än en tredjedel av männen och kvinnorna som hade varit utsatta för hot i nära relationer hade någon gång övervägt att ta sitt liv, jämfört med 10,3 respektive 14,2 procent av de icke utsatta männen och kvinnorna. Var femte man och mer än var tredje kvinna som varit utsatt för fysiskt våld i nära relationer hade övervägt att ta sitt liv. Bland dem som hade varit utsatta för både hot och fysiskt våld i nära relationer hade mer än var tredje man och varannan kvinna haft sådana tankar. Bland män som varit utsatta för hot eller våld i nära relationer var det 3,4 respektive 4,6 gånger vanligare att ha försökt att ta sitt liv jämfört icke utsatta män. Bland kvinnor som varit utsatta för hot eller våld i nära relationer var det 3,8 respektive 3,5 gånger vanligare att ha försökt att ta sitt liv jämfört med icke utsatta kvinnor. För både män och kvinnor som varit utsatta för både hot och våld i nära relationer var det mer än 7 gånger vanligare att ha försökt ta sitt liv jämfört med icke utsatta personer.

Sammantaget rapporterades det sämsta utfallet i allmänt hälsotillstånd och psykisk hälsa genomgående av de individer som varit utsatta för både hot och fysiskt våld (se Tabell 3).

Tabell 3. Psykisk hälsa och allmänt hälsotillstånd bland män och kvinnor utsatta för våld i nära relationer jämfört med icke utsatta.

		Utsatta för enbart hot		Utsatta för enbart fysiskt våld		Utsatta för både hot och fysiskt våld		Icke utsatta	
		Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Allmänt hälsotillstånd	Mycket gott	9 (12,7)	38 (11,2)	13 (16,7)	36 (13,3)	7 (16,7)	24 (11,8)	8 222 (23,6)	9 574 (22,4)
	Gott	42 (59,2)	158 (46,7)	34 (43,6)	133 (49,3)	15 (35,7)	82 (40,4)	17 946 (51,5)	21 367 (50,1)
	Någorlunda	14 (19,7)	106 (31,4)	22 (28,2)	77 (28,5)	10 (23,8)	63 (31,0)	7 227 (20,7)	9 603 (22,5)
	Dåligt/Mycket dåligt	6 (8,5)	36 (10,7)	9 (11,5)	24 (8,9)	10 (23,8)	34 (16,7)	1 456 (4,2)	2 147 (5,0)
	Totalt	71 (100)	338 (100)	78 (100)	270 (100)	42 (100)	203 (100)	34 851 (100)	42 691 (100)
GHQ12	Inga symtom på psykisk ohälsa	44 (62,0)	165 (48,7)	42 (53,8)	147 (54,0)	20 (45,5)	82 (40,4)	30 096 (86,0)	34 125 (79,4)
	Symtom på psykisk ohälsa	27 (38,0)	174 (51,3)	36 (46,2)	125 (46,0)	24 (54,5)	121 (59,6)	4 911 (14,0)	8 839 (20,6)
	Totalt	71 (100)	339 (100)	78 (100)	272 (100)	44 (100)	203 (100)	35 007 (100)	42 964 (100)
Övervägt att ta ditt liv	Aldrig	45 (63,4)	200 (59,5)	62 (79,5)	166 (62,2)	26 (60,5)	99 (49,3)	31 125 (89,7)	36 629 (85,8)
	Någon gång	26 (36,6)	136 (40,5)	16 (20,5)	101 (37,8)	17 (39,5)	102 (50,7)	3 557 (10,3)	6 045 (14,2)
	Totalt	71 (100)	336 (100)	78 (100)	267 (100)	43 (100)	201 (100)	34 682 (100)	42 674 (100)
Försökt att ta ditt liv	Aldrig	65 (91,5)	285 (84,6)	69 (88,5)	232 (85,9)	35 (81,4)	144 (71,3)	33 855 (97,5)	40 978 (96,0)
	Någon gång	6 (8,5)	52 (15,4)	9 (11,5)	38 (14,1)	8 (18,6)	58 (28,7)	859 (2,5)	1 723 (4,0)
	Totalt	71 (100)	337 (100)	78 (100)	270 (100)	43 (100)	202 (100)	34 714 (100)	42 701 (100)

Källa: FHE 2006, FHE 2010 och FHE 2014.

Fysisk hälsa hos utsatta för våld i nära relationer jämfört med icke utsatta, deskriptiva resultat

Två självrapporterade mått på den fysiska hälsan studerades: värk i nacke, armar, axlar eller (från och med FHE 2010) övre delen av ryggen, respektive ont i nedre delen av ryggen. Tabell 4 jämför deskriptiva data för utsatta i nära relationer för hot, fysiskt våld, eller båda delarna och icke utsatta individer.

På frågan om att ha ont i nacke, axlar, armar eller övre delen av ryggen, har vissa svarsalternativ slagits ihop (se Metod) för att svaren i FHE från 2006, 2010 och 2014 ska kunna redovisas tillsammans (se Tabell 4). Alternativet "Nej" uppgavs i högre grad av icke utsatta personer, särskilt män. Inga nämnvärda skillnader sågs mellan de tre kategorierna av utsatta för svarsalternativet "Maximalt ett par dagar per månad". Alternativet "Minst ett par dagar per vecka" uppgavs 1,4 gånger oftare av män och 1,6 gånger oftare av kvinnor som varit utsatta för både hot och fysiskt våld jämfört med icke utsatta män respektive kvinnor.

På frågan om att ha ont i nedre delen av ryggen uppgavs även här alternativet "Nej" i högre grad av icke utsatta personer, med mindre skillnad mellan könen (se Tabell 4). Inga nämnvärda skillnader sågs mellan de tre kategorierna av utsatta för svarsalternativet "Maximalt ett par dagar per månad". Alternativet "Minst ett par dagar per vecka" uppgavs 2,1 gånger oftare av män respektive 1,3 gånger oftare av kvinnor som varit utsatta för fysiskt våld. För män var det 1,25 och för kvinnor 1,4 gånger vanligare att ha ont i nedre delen av ryggen minst ett par dagar per vecka om de varit utsatta för både hot och fysiskt våld i nära relationer.

Tabell 4. Förekomst bland män och kvinnor av värk i nacke, armar, axlar eller övre delen av ryggen respektive nedre delen av ryggen hos utsatta för våld i nära relationer jämfört med icke utsatta.

	Utsatta för enbart hot		Utsatta för enbart fysiskt våld		Utsatta för både hot och fysiskt våld		Icke utsatta	
	Män N (%)	Kvinnor N (%)	Män N (%)	Kvinnor N (%)	Män N (%)	Kvinnor N (%)	Män N (%)	Kvinnor N (%)
Ont i nacke, axlar, armar eller övre delen av ryggen								
Nej	27 (37,0)	126 (37,4)	38 (48,1)	87 (31,9)	16 (36,4)	66 (32,5)	20 573 (58,9)	19 700 (46,0)
Maximalt ett par dagar per månad		30 (41,1)	127 (37,7)	29 (36,7)	113 (41,4)	20 (45,4)	71 (35,0)	9 734 (27,9)
Minst ett par dagar per vecka		16 (21,9)	84 (24,9)	12 (15,2)	73 (26,7)	8 (18,2)	66 (32,5)	4 641 (13,3)
Totalt	73 (100)	337 (100)	79 (100)	273 (100)	44 (100)	203 (100)	34 948 (100)	42 789 (100)
Ont i nedre delen av ryggen								
Nej	28 (38,4)	130 (38,3)	28 (35,9)	105 (38,5)	20 (45,4)	68 (33,7)	18 548 (53,1)	20 343 (47,6)
Maximalt ett par dagar per månad	34 (46,6)	142 (41,9)	29 (37,2)	104 (38,1)	17 (38,6)	85 (42,1)	11 978 (34,3)	14 810 (34,6)
Minst ett par dagar per vecka	11 (15,1)	67 (19,8)	21 (26,9)	64 (23,4)	7 (15,9)	49 (24,3)	4 434 (12,7)	7 636 (17,8)
Totalt	73 (100)	339 (100)	78 (100)	273 (100)	44 (100)	202 (100)	34 960 (100)	42 789 (100)

Källa: FHE 2006, FHE 2010 och FHE 2014.

Samband mellan exponering för våld i nära relationer och hälsa

I föregående avsnitt jämfördes deskriptiva data för hälsoutfallen, det vill säga hur svarsalternativen fördelades över kön, ålder socioekonomisk grupp o.s.v. bland respondenterna. I detta avsnitt studeras sambandet mellan hälsoutfallen och de olika kategorierna av relationsvåld – hot, fysiskt våld eller båda delarna, avseende statistisk signifikans. Analysen genomfördes med hjälp av multinomial logistisk regression för att skatta oddskvoter för fördelningen av hälsoutfallen i de tre utsatta grupperna i relation till de icke utsatta (se Tabell 5a). En oddskvot större än 1 innebär därmed en högre risk för utsatta personer att rapportera ett negativt hälsoutfall än det mest gynnsamma utfallet, jämfört med gruppen som inte utsatts för våld i nära relationer.

Enligt sambandsanalysen var det allmänna hälsotillståndet sämre hos personer som varit utsatta för hot från närstående, jämfört med icke utsatta personer. Personer som varit utsatta för enbart hot från närstående skattade sitt allmänna hälsotillstånd sämre, vilket yttrade sig som en förskjutning i distributionen av svarsalternativen, så att de signifikant oftare rapporterade hälsotillståndet som "Gott" än "Mycket gott" (1,6 gånger), "Någorlunda" än "Mycket gott" (1,8 gånger) respektive Dåligt/Mycket dåligt än "Mycket gott" (1,9 gånger) jämfört med icke utsatta individer. Detta berodde på att en större andel av de icke utsatta som utgjorde referenskategori, skattade sitt allmänna hälsotillstånd som "Mycket gott". Kategorin som varit utsatt för enbart fysiskt våld och kategorin som varit utsatt för både hot och fysiskt våld tenderade att skatta en högre oddskvot på "Dåligt/Mycket dåligt" jämfört med icke utsatta men skillnaden var inte statistiskt signifikant.

Alla tre kategorierna av relationellt våld gav signifikanta riskökningar med minst två gånger högre risk att ha indikerad psykisk ohälsa enligt utfallet på GHQ-12 jämfört med kategorin som inte utsatts för relationsvåld. Att ha varit utsatt för enbart fysiskt våld gav en 2,2 gånger högre risk, medan utsatthet för enbart hot ökade risken med 2,5 gånger, och utsatthet för både hot och fysiskt våld ökade risken ytterligare till 2,8 gånger. Här sågs alltså en gradient där utsatthet för enbart hot i nära relationer var associerad med en högre risk än utsatthet för enbart fysiskt våld, och kombinationen gav den högsta riskökningen.

Att ha övervägt att ta sitt liv var genomgående vanligare bland dem som utsatts för relationsvåld, med signifikanta riskökningar i alla kategorier. De högsta riskerna återfanns inom svarsalternativen som hade övervägt att ta sitt liv "Senaste veckan" där risken jämfört med dem som inte utsatts för relationsvåld var 2,5 gånger högre att rapportera att man övervägt detta än att man aldrig gjort det bland personer som utsatts för enbart fysiskt våld, 5,9 gånger högre bland utsatta för enbart hot, och 4,4 gånger högre bland dem som utsatts för kombinationen. Utsatta för fysiskt våld i nära relationer hade 1,8 gånger högre risk att ha övervägt att ta sitt liv "Senaste året" än "Aldrig" jämfört med icke utsatta, medan motsvarande risk för utsatta för hot var 2,1 gånger och för dem som utsatts för båda delarna 3,5 gånger högre. Bland dem som uppgett att de övervägt att ta sitt liv för "Mer än ett år sedan" var risken 1,7 gånger högre för dem som utsatts för enbart fysiskt våld, 2,2 gånger högre för dem som utsatts för enbart hot samt 2,1 gånger högre för dem som utsatts för båda delarna.

Att någon gång ha försökt ta sitt liv var signifikant vanligare bland personer som varit utsatta för både hot och fysiskt våld i nära relationer, med en riskökning på 2,5 gånger.

Sambandet mellan utsatthet för hot eller fysiskt våld i nära relationer och fysisk värk/smärta föreföll enligt sambandsanalysen mer modest än sambandet med de psykiska hälsoutfallen. En signifikant ökad

risk för att ha ont i nacke, axlar, armar eller övre delen av ryggen sågs bara inom kategorin utsatta för fysiskt våld i nära relationer, för både svarsalternativen "Ja ett par dagar per månad eller mer sällan" och "Ja ett par dagar per vecka eller oftare" där riskökningarna var 1,4 respektive 1,5 gånger högre att rapportera dessa än "Nej" jämfört med icke utsatta. Att ha ont i nedre delen av ryggen gav inte signifikant utslag inom någon kategori av utsatta för våld i nära relationer.

Sammantaget tyder analysen på ett starkare samband mellan de olika kategorierna av relationsvåld och utfall i psykisk ohälsa jämfört med de fysiska hälsoutfallen.

Tabell 5a. Risker (oddskvoter) för olika hälsoutfall bland utsatta för hot, fysiskt våld, eller både hot och fysiskt våld, jämfört med icke utsatta.** Multinomial logistisk regression. Justerad för ålder, kön, utbildning, socioekonomiskt index, födelseland samt att bo med barn. Referenskategori är personer som inte rapporterat utsatthet för våld i nära relationer, N= 65 313.

	Enbart hot N=338	Enbart fysiskt våld N=277	Både hot och fysiskt våld N=192
	Oddsquot (KI, 95%)	Oddsquot (KI, 95%)	Oddsquot (KI, 95%)
Allmänt hälsotillstånd			
Mycket gott	1	1	1
Gott	1,6 (1,1-2,2)*	1,2 (0,8-1,7)	1,0 (0,6-1,5)
Någorlunda	1,8 (1,2-2,8)*	1,2 (0,8-1,8)	1,0 (0,6-1,7)
Dåligt/Mycket dåligt	1,9 (1,1-3,2)*	1,5 (0,9-2,7)	1,7 (0,9-3,2)
GHQ-12			
Inga symtom psykisk ohälsa	1	1	1
Symtom psykisk ohälsa	2,5 (2,0-3,2)*	2,2 (1,7-2,8)*	2,8 (2,0-3,9)*
Övervägt ta sitt liv			
Aldrig	1	1	1
Senaste veckan	5,9 (3,2-10,7)*	2,5 (1,0-5,8)*	4,4 (2,0-9,4)*
Senaste året	2,1 (1,4-3,2)*	1,8 (1,1-2,9)*	3,5 (2,2-5,6)*
Mer än ett år sedan	2,2 (1,7-2,9)*	1,7 (1,2-2,3)*	2,1 (1,4-3,1)*
Försökt ta sitt liv			
Aldrig	1	1	1
Senaste veckan/Senaste året/ Mer än ett år sedan	1,3 (0,9-1,9)	1,4 (0,9-2,2)	2,5 (1,7-3,8)*
Ont i nacke, axlar, armar eller övre delen av ryggen			
Nej	1	1	1
Ja ett par dagar per månad eller mer sällan	1,0 (0,8-1,3)	1,4 (1,1-1,9)*	1,1 (0,8-1,6)
Ja ett par dagar per vecka eller oftare	1,1 (0,8-1,5)	1,5 (1,0-2,1)*	1,2 (0,8-1,8)
Ont i nedre delen av ryggen			
Nej	1	1	1
Ja ett par dagar per månad eller mer sällan	1,2 (0,9-1,5)	1,2 (0,9-1,6)	1,1 (0,8-1,6)
Ja ett par dagar per vecka eller oftare	0,9 (0,7-1,3)	1,4 (1,0-2,0)	1,0 (0,6-1,6)

* Signifikant skillnad, $P < 0,05$, mellan utsatta för våld i nära relationer och icke utsatta personer.

** Oddsquoten 1,6 för gott allmänt hälsotillstånd bland personer utsatta för enbart hot innebär att risken att rapportera "gott" snarare än "mycket gott" allmänt hälsotillstånd är 1,6 gånger högre bland personer utsatta för hot jämfört med personer som varken utsatts för hot eller fysiskt våld.

I tabell 5b redovisas inverkan av de bakgrundsfaktorer som kontrollerades för i sambandsanalysen. Det var framför allt två av dessa, kön samt att bo med barn, som hade signifikant inverkan på sambandet mellan utsatthet för hot, fysiskt våld eller båda delarna och hälsa. Att vara kvinna ökade risken med mellan 2,1-3,2 gånger för sämre hälsoutfall och att bo med barn ökade risken mellan 1,5-1,8 gånger. Ålder hade endast en marginell inverkan på sambandet.

Tabell 5b. Betydelsen av bakgrundsfaktorer vilka ömsesidigt justerades för i regressionen i Tabell 5a. Påverkan enligt oddskvoter.

	Enbart hot	Enbart fysiskt våld	Både hot och fysiskt våld
Bakgrundsfaktor	Oddsquot (KI, 95%)	Oddsquot (KI, 95%)	Oddsquot (KI, 95%)
Kön	3,2 (2,4-4,2)*	2,1 (1,6-2,8)*	2,9 (2,0-4,2)*
Ålder	0,98 (0,97-0,99)*	0,96 (0,95-0,97)*	0,97 (0,96-0,98)*
Födelseland	1,2 (0,9-1,5)	1,2 (0,9-1,6)	1,4 (1,0-1,9)
Socioekonomiskt index	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,8-1,0)
Utbildning	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,8-1,0)	0,8 (0,8-0,9)
Bo med barn	1,5 (1,2-1,9)*	1,5 (1,2-2,0)*	1,8 (1,4-2,5)*

* Signifikant inverkan, $P < 0,05$, på sambandet mellan utsatthet för våld i nära relationer och hälsa.

Diskussion

Denna kartläggning i Stockholms län visar ett samband mellan utsatthet för våld i nära relationer och sämre hälsa. De personer som varit utsatta för relationellt våld hade en signifikant sämre självskattad hälsa, framför allt psykiskt, än de icke våldsutsatta. I likhet med andra tvärsnittsundersökningar kan vi inte på basis av folkhälsoenkäterna uttala oss om orsakssamband, det vill säga bevisa huruvida våldet verkligen är orsak till de utsattas sämre hälsa. Belägg finns både för att relationsvåld leder till psykisk ohälsa [8,9], och för att personer med psykisk ohälsa löper större risk att utsättas för våld [19,20]. Oavsett kausalitet är det naturligtvis angeläget att upptäcka våldet och att ge stöd till drabbade personer. Då det har visats att socialt utsatta grupper i lägre grad deltar i enkätundersökningar finns anledning att anta att förekomsten av våld i nära relationer var högre bland dem som inte besvarade FHE 2006, 2010 och 2014 [21].

Att ha upplevt hot, fysiskt våld eller båda delarna från en närstående, hade i denna kartläggning ett starkare samband med psykisk än med fysisk ohälsa. Detta stöds av andra studier [8,9] som indikerar långvariga och omfattande negativa psykiska konsekvenser av utsatthet för våld i nära relationer. De fysiska hälsokonsekvenserna förefaller i denna kartläggning vara av mer underordnad karaktär, då sambandet mellan exponering för våld i nära relationer och att ha ont i armar, axlar, nacke, samt övre respektive nedre delen av ryggen, var mycket svagt vid sambandsanalysen som kontrollerade för ålder, kön, utbildning, socioekonomiskt index och födelseland. Men det kan förstås också förhålla sig så att våld i nära relationer har ett starkare samband med andra fysiska hälsoutfall än just de två som har analyserats här.

Sambandet med sämre hälsa fanns både för dem som varit direkt utsatta för fysiskt våld och för dem som upplevt hot om våld. Hot ingår i definitionen av psykiskt våld och undersökningen visar alltså att hot hade ett minst lika starkt samband med psykisk ohälsa som fysiskt våld, vid jämförelse av riskerna. Detta överensstämmer med studier som har visat att psykiskt våld, som är mer vanligt förekommande än fysiskt, har visat sig lika förödande för den psykiska och fysiska hälsan som fysiskt våld [6,12,13]. Konsekvenserna för det allmänna hälsotillståndet och den psykiska hälsan var nästan alltid starkare för utsatta som hade upplevt både hot och fysiskt våld. Oavsett om det är samma eller olika förövare som ligger bakom hoten och det fysiska våldet, verkar det logiskt att hälsotillståndet påverkas mer negativt för personer som både har tillfogats fysiska skador och hotats av en nuvarande eller före detta närstående person.

I den aktuella kartläggningen var kvinnor i majoritet bland utsatta för hot och/eller fysiskt våld i nära relationer. Även i den riksomfattande undersökningen av NCK var en större andel kvinnor än män utsatta för våld i nära relationer [1]. I den nationella kartläggningen av BRÅ [2] var skillnaderna däremot mindre mellan kvinnor och män avseende utsatthet för våld i nära relationer under det senaste året. En möjlig förklaring till detta skulle kunna vara metodologiska skillnader, exempelvis att de frågor som ställs är olika effektiva i att upptäcka män respektive kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer. I BRÅ:s undersökning efterfrågades specifika händelser som exempelvis knuffar eller örfilar, medan frågorna i den aktuella undersökningen samt i kartläggningen av NCK var mer allmänt hållna om utsatthet för fysiskt våld och så vidare, vilket kan ha haft betydelse. En annan faktor som kan ha spelat in är att BRÅ mestadels använde sig av telefonintervjuer medan den aktuella undersökningen och kartläggningen av NCK baserade sig på postenkäter och webbenkäter.

Att vara kvinna respektive att bo tillsammans med barn var enligt sambandsanalysen bakgrundsfaktorer som ökade risken för att utsatthet för våld i nära relationer var associerat med ett sämre hälsoutfall. Detta stöds åtminstone delvis av andra studier som har påvisat just dessa bakgrundsfaktorer, att vara kvinna och att ha barn, som möjliga riskfaktorer för att utsättas för våld i nära relationer [1,16].

Att det förefaller som om utsatta kvinnor oftare bor med barn kan vara förknippat med att föräldrar ofta är yngre personer, vilka i sin tur är överrepresenterade bland utsatta för våld i nära relationer. Det kan också vara en indikation på att familjebildning kan öka risken för våld i nära relationer. Den aktuella rapporten ger stöd för det senare då kontroll för bakgrundsfaktorn ålder inte påverkade sambandet nämnvärt. En brittisk studie ger också stöd för det senare då den visar att ha barn utgör en riskfaktor för våld i hemmet [15]. Däremot var det i undersökningen av BRÅ bara en tredjedel av de utsatta kvinnorna och en fjärdedel av de utsatta männen som uppgav att barn bodde i deras hushåll [2]. Baserat på BRÅs undersökning har antalet barn som bor i hushåll där det förekommer våld dock uppskattats till minst 150 000 [2].

Oavsett om barnfamiljer är överrepresenterade vad gäller exponering för relationellt våld jämfört med hushåll utan barn eller inte, är det särskilt angeläget att upptäcka och bemöta våld i nära relationer just bland barnfamiljer, eftersom barnen behöver skyddas från utsattheten i att växa upp i en miljö där hot och våld förekommer, och de negativa följderna för deras hälsa och utveckling [16].

Upptäckt är ett av de första och viktigaste stegen bort från våld i nära relationer. Resultaten i denna kartläggning och exempelvis studien av NCK [1] visar på vikten av att lyfta dessa frågor. Vårdprofessioner kan vid tecken på suicidala tankar eller suicidalt beteende samt annan psykisk ohälsa, och kanske även vid värk/smärta hos klienter/patienter, ställa frågan om de är eller har varit våldsutsatta. Ur ett barnperspektiv är det som nämnts viktigt att särskilt uppmärksamma föräldrar med dessa eller liknande hälsoproblem eftersom de kan vara drabbade av våld i nära relationer.

Sammanfattningsvis kan kopplingen mellan utsatthet för fysiskt våld och hot och sämre hälsa tyda på ett behov av att fler vårdprofessioner än de som Socialstyrelsen föreskriver (mödrahälsovården, vuxen- samt barn- och ungdomspsykiatri) ställer frågan om patienter med mindre god psykisk hälsa eller värk/smärta är eller har blivit utsatta för våld i nära relationer [22]. Om frågan ska ställas är det också viktigt att det finns fungerande rutiner för hur detta ska ske samt för bemötande vid upptäckt och vidare hänvisning.

Referenser

1. Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK): Heimer G, Andersson T, Lucas S m fl. Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Rapport NCK 2014:1, Uppsala Universitet, Nationellt Centrum för Kvinnofrid, 2014.
2. Brottsförebyggande rådet (BRÅ): Frenzel A. Brott i nära relationer. En nationell kartläggning. Rapport 2014:8, BRÅ, 2014.
3. Hradilova Selin, K. Våld mot kvinnor och män i nära relationer. Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet. Rapport 2009:12, Brottsförebyggande rådet (BRÅ), 2009.
4. Nybergh L, Taft C, Enander V, Krantz G. Self-reported exposure to intimate partner violence among women and men in Sweden: results from a population-based survey. *BMC Public Health*, 13:845-857, 2013.
5. Lövestad S, Krantz G. Men's and women's exposure and perpetration of partner violence: an epidemiological study from Sweden. *BMC Public Health*, 12:945-954, 2012.
6. WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, and South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, and South African Medical Research Council, 2013.
7. Wong J Y-H, Fong D Y-T, Lai V, Tiwari A. Bridging Intimate Partner Violence and the Human Brain: A Literature Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 15:22-33, 2014.
8. Lagdon S, Armour C, Stringer M. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimization: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 24794-24805, 2014.
9. Nur N. The effect of Intimate Partner Violence on Mental Health Status Among Women of Reproductive Ages: A Population-Based Study in a Middle Anatolian City. *J Interpers Violence*, 27:3236-51, 2012.
10. Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV): Corneliussen T. Barn som upplever våld – konsekvenser för välmående och hälsa. Genväg till forskning nr 4. VKV, 2012.
11. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*, 79:269-77, 2002.
12. Charles P, Perreira KM. Intimate partner violence during pregnancy and 1-year postpartum. *J Fam Violence*, 22:609-19, 2007.
13. Tiwari A, Chan KL, Fong D, Leung WC, Brownridge DA, Lam H, Wong B, Lam CM, Chau F, Chan A, Cheung KB, Ho PC. *BJOG*. 115(3):377-84, 2008.
14. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*, Sep 11;376(9744):903-10, 2010.

15. Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K, Donath S och Brown SJ. (2012) Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. *BJOG*, 119(3):315-323, 2012.
16. Robinson AL, Howarth E. Judging Risk: Key Determinants in British Domestic Violence Cases. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(8), 1489-1518, 2012.
17. Haldorson L. Sociala grupperingar för nationellt och internationellt bruk. I Fokus på näringsliv och arbetsmarknad hösten 2007, s 69-86. Information om utbildning och arbetsmarknad 2008:1. Statistiska centralbyrån (SCB), 2008.
18. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27(1):191-7, 1997.
19. Du Mont J, Forte T. Intimate partner violence among women with mental health-related activity limitations: a Canadian population based study. *BMC Public Health*, 14:51-59 2014.
20. Khalifeh H, Oram S, Trevillion K, Sonia Johnson S, Howard LM. Recent intimate partner violence among people with chronic mental illness: findings from a national cross-sectional survey. *British Journal of Psychiatry*, 114:144899-144905, 2015.
21. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J, Lynöe M, Marttila A, Sun S. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Centrum för folkhälsa, Enheten för Socialmedicin och Enheten för Hälsoekonomi, Stockholms läns landsting, Rapport 2007:5.
22. Socialstyrelsen. Våld i nära relationer. SOSFS 2014:4. Föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsens föfattningssamling, 2014.

Bilagor

Bilaga 1

Frågan om utsatthet för fysiskt våld de senaste 12 månaderna (fråga 50) samt frågan om utsatthet för hot om våld de senaste 12 månaderna (fråga 51) i FHE 2006.

50. a) Har du någon gång *de senaste 12 månaderna* blivit utsatt för fysiskt våld?

1 Nej → *Gå till fråga 51*

2 Ja → OM JA:

b) Var skedde detta?

Flera alternativ kan markeras

- 1 På arbetsplatsen/skolan
- 1 I hemmet
- 1 I bostadsområdet
- 1 På tåg, buss, tunnelbana
- 1 På allmän plats
- 1 På nöjesställe
- 1 Någon annanstans

c) Vilken relation hade du till den/de som utövade våldet?

Flera alternativ kan markeras

- 1 Nuvarande make/maka/sambo/partner
- 1 Tidigare make/make/sambo/partner
- 1 Förälder/barn
- 1 Arbetskamrat/skolkamrat
- 1 Annan släkting
- 1 Annan bekant/granne
- 1 Obekant/okänd person

d) Vilket kön har den/de som utövade våldet?

Flera alternativ kan markeras

- 1 Man
- 1 Kvinna

51. a) Har du någon gång *de senaste 12 månaderna* blivit utsatt för hot eller hotelser om våld som var så farliga eller så allvarliga att du blev rädd?

1 Nej → *Gå till fråga 52*

2 Ja → OM JA:

b) Var skedde detta?

Flera alternativ kan markeras

- 1 På arbetsplatsen/skolan
- 1 I hemmet
- 1 I bostadsområdet
- 1 På tåg, buss, tunnelbana
- 1 På allmän plats
- 1 På nöjesställe
- 1 Någon annanstans

c) Vilken relation hade du till den/de som utövade hotet?

Flera alternativ kan markeras

- 1 Nuvarande make/maka/sambo/partner
- 1 Tidigare make/make/sambo/partner
- 1 Förälder/barn
- 1 Arbetskamrat/skolkamrat
- 1 Annan släkting
- 1 Annan bekant/granne
- 1 Obekant/okänd person

d) Vilket kön har den/de som utövade våldet?

Flera alternativ kan markeras

- 1 Man
- 1 Kvinna

ISBN 978-91-87691-47-8



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING