

Våld i nära relationer

En delrapport om rutiner och behov för upptäckt och åtgärder inom mödra- och barnhälsovård, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar samt ungdomsmottagningar inom Stockholms läns landsting


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: Lindberg, L. Våld i nära relationer En delrapport om rutiner och behov för upptäckt och åtgärder inom mödra- och barnhälsovård, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar samt ungdomsmottagningar inom Stockholms läns landsting. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2016. Rapport 2016:10




Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 1497, 171 29 Solna
ces@sll.se



Rapport 2016:10



ISBN 978-91-87691-42-3



Författare: Lene Lindberg



Layout: Viktoria Jonze

Stockholm september 2016

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Innehåll

Inledning.....	4
Mödrahälsovård	4
Barnhälsovård	5
Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar	7
Ungdomsmottagningar	8
Föreliggande rapport	9
Resultat	10
Utbildning och kunskap om våld i nära relationer	10
Skriftliga rutiner och övergripande riktlinjer	10
Stöd	11
Upptäckt av våld.....	11
Behov av stödresurser och utbildningsinsatser.....	12
Frågor att diskutera/ta ställning till.....	16
Förekomst.....	16
Riskfaktorer	16
Riktlinjer och lokala skriftliga rutiner	16
Stöd	16
Uppmärksamhet.....	17
Behov och åtgärder	17
Referenser	18

Definition av våld i nära relationer

Våld i nära relationer inkluderar alla typer av våld – fysiskt, psykiskt, sexuellt – som kan förekomma mellan närstående i såväl heterosexuella som HBTQ-relationer samt inom syskon- och andra familje- släktrelationer. Våldet kan också förekomma i vårdsituationer genom exempelvis försummelse. Framtagen av Kunskapscentrum om våld i nära relationer, Stockholms läns landsting, 2013.

Inledning

Denna sammanställning utgör en fördjupning av den tidigare redovisade rapporten "Våld i nära relationer – En kartläggning av vilka rutiner och behov som finns för upptäckt och åtgärder inom hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting". Avsikten med sammanställningen är att beskriva kunskap, rutiner och behov som har framkommit i enkäter besvarade av personal inom mödrahälsovård (MHV) och barnhälsovård (BHV), barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) samt inom ungdomsmottagningar (UM). De presenterade resultaten kan användas som underlag för diskussion om det fortsatta arbetet med våld i nära relationer inom verksamheterna.

Kunskapen om hur MHV, BHV, BUMM och UM bäst kan uppmärksamma våld i nära relationer kan beskrivas som varierande men överlag begränsad (1, 2). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (3, 4) är hälso- och sjukvården skyldig att ta fram rutiner för omhändertagande av våldsutsatta och för barn som lever med våld i nära relationer. Det ska även finnas rutiner för anmälan enligt socialtjänstlagen för barn som exponeras för våld i nära relationer. Dokumentation i journal ska göras när det gäller symptom och tecken som kan vara relaterade till våld i nära relationer både hos barn och vuxna. Vid misstanke om att våld i nära relationer förekommer bör frågor om våldsutsatthet ställas. För MHV gäller även att frågan om våldsutsatthet bör tas upp som rutin i alla ärenden.

Mödrahälsovård

I svenska studier som inkluderat mellan ca 200 och 1900 gravida kvinnor varierar förekomsten av våld under graviditeten från 1–14 procent (5–7). Förekomsten i de svenska studierna stämmer väl överens med en internationell kartläggning med stora representativa urval från nitton olika länder som visade på en spridning mellan 2–13 procent (8). En systematisk översikt av 92 studier rapporterar att den genomsnittliga förekomsten är åtta procent för sexuellt våld, 14 procent för fysiskt våld och 25 procent för psykiskt våld i nära relationer under graviditeten (9). Olika faktorer kan påverka resultaten när det gäller förekomsten av våld såsom fenomenets definition, eller vilka länder och populationer som har studerats. Jämfört med övriga perioder i livet tycks förekomsten av våld i nära relationer vara något lägre under graviditeten, även om det uppges eskalera för en del kvinnor (5, 7, 8).

Den sannolikt största riskfaktorn för att bli utsatt för våld i nära relationer i samband med graviditet är att tidigare ha varit utsatt för våld i nära relationer (5, 7, 9). I en större europeisk studie som inkluderade gravida kvinnor från sex olika länder, däribland Sverige, var icke planerade graviditeter associerade med en fördubblad risk för alla former av våld under graviditeten (10). Liknande resultat har framkommit i en större amerikansk studie som omfattade gravida kvinnor utsatta för fysiskt våld i nära relationer i 27 av USA:s 50 delstater (11). I den amerikanska studien tredubblades också risken för våld under graviditeten vid skilsmässa/separation och om den nuvarande/tidigare partnern hade missbruksproblem.

Exempel på olika konsekvenser av eller faktorer som har identifierats i samband med utsatthet för våld i nära relationer under graviditeten är mord, självmord, missbruk, rökning, depression under och efter graviditeten (12, 13). När det gäller mord eller självmord och utsatthet för våld i nära relationer under graviditeten saknas det mer omfattande forskning (14). Missbruk av narkotika relaterat till våld i nära relationer

under graviditeten har rapporterats i äldre studier med små urval (15). En systematisk översikt (16) identifierade tre studier som har funnit ett samband mellan erfarenheter av våld och alkoholkonsumtion under graviditeten. I en nyligen genomförd studie (17) från USA som omfattade mer än 12 000 kvinnor var det mer än en tredubblad risk för missbruk (ej definierat) hos den gravida kvinnan vid förekomst av våld i nära relationer. För rökning och våld i nära relationer visar en metaanalys¹ (18) av 15 studier ett medelstort samband under graviditeten. Risken för depression under graviditeten har uppskattats vara tre gånger så hög för kvinnor som har varit utsatta för våld i nära relationer någon gång i sitt liv enligt underlag från 11 studier (19). För gravida kvinnor som har varit utsatta för våld i nära relationer under det senaste året är risken för depression under graviditeten mer än fördubblad, baserat på information från fem studier (19). Om kvinnorna har varit utsatta för våld under graviditeten uppskattas risken för depression var fem gånger högre än för gravida kvinnor som inte var utsatta för våld (19).

För barnet har prematuritet, låg födelsevikt och ökad risk för dödlighet under fosterstadiet och nyföddhetsperioden identifierats som effekter av våldsexponering under fosterstadiet (12, 20). I den metaanalys (20) som har gjorts gällande prematuritet och låg födelsevikt var risken runt 50 procent högre för båda utfallen för de kvinnor som var utsatta för våld i nära relationer under graviditeten jämfört med kvinnor som inte var utsatta för våld. När det gäller dödlighet för det väntade eller nyfödda barnet saknas större studier eller systematiska analyser.

Vikten av att uppmärksamma våld i nära relationer under graviditeten inom hälso- och sjukvården understryks av de ovan beskrivna riskerna och konsekvenserna som våld medför. Enligt bland annat Devries och kollegor (8) är utsatthet för våld under graviditeten vanligare än många andra komplikationer under samma period, vilket motiverar att frågor om våld ställs rutinmässigt till gravida kvinnor. Enligt årsrapporten 2014 från Graviditetsregistret (21) tillfrågades 79 procent av de gravida kvinnorna inom mödrahälsovården i hela Sverige om våldsutsatthet. Sannolikheten för att barnmorskor skulle ställa frågor om våldsutsatthet ökade vid förekomst av rökning, vid riskbruk av alkohol, om den gravida kvinnan var ung, född i Sverige och/eller hade behandlats för psykisk ohälsa.

Barnhälsovård

Andelen barn i åldrarna 0–6 år i Sverige som lever med våld i nära relationer har av Brottsförebyggande rådet (22) uppskattats vara 11 procent. Det motsvarar cirka 14 500 av de barn som är inskrivna inom barnhälsovården i Stockholms län. Barn som upplever våld i nära relationer kan antingen exponeras för våld mellan de vuxna i familjen och/eller själva vara direkt utsatta för våld.

Det finns olika skäl till varför det kan vara av vikt att uppmärksamma våld i nära relationer, både pågående och tidigare utsatthet hos föräldrar, inom barnhälsovården. Ett skäl är att systematiska översikter och befolkningsstudier har visat att kvinnor som är utsatta för våld i nära relationer före eller under graviditeten löper upp till tre gånger högre risk för depression under nyföddhetsperioden jämfört med kvinnor som inte har varit utsatta för våld (19, 23–25). Det finns även en studie som rapporterar en ökad risk för depression under nyföddhetsperioden för kvinnor som har varit utsatta för våld i nära relationer som barn (26). Flera studier har visat att depression under

¹ Meta-analys sammanväger resultaten från flera studier genom att räkna fram ett genomsnitt för effekten av alla studier.

nyföddhetsperioden har negativa konsekvenser både för föräldrars samspel med barn och för barns utveckling (27, 28). Det finns också studier som visar att deprimerade mödrar som också har varit utsatta för våld är mer okänsliga i samspelet med sina barn jämfört med mödrar som enbart är deprimerade (29, 30). Ett skäl för att uppmärksamma pågående eller tidigare erfarenheter av våld i nära relationer är att föräldrars erfarenheter av våld i nära relationer kan påverka deras föräldraförmåga generellt. Även om barnet inte drabbas direkt av våld så kanske föräldrarna inte orkar se och uppfylla barnets behov (31). Ett annat skäl för att uppmärksamma våld i nära relationer mellan föräldrar inom barnhälsovården är den ökade risken för att också barnet blir direkt utsatt för våld av de vuxna (32, 33). Hur stor förekomsten är varierar mellan olika studier, om olikheter beaktas och kontrolleras vad gäller metodologiska aspekter så uppskattas överlappningen mellan fysiskt våld mellan vuxna i familjen och barnets utsatthet för fysiskt våld av föräldrarna vara mellan 22–67 procent (34).

Konsekvenser för barn av våld i nära relationer under de första sex levnadsåren har beskrivits både vad gäller fysisk, kognitiv, social och emotionell utveckling (31, 35, 36). Fysiologiskt så finns visst stöd för att barns fysiska regleringsförmåga vad gäller stress påverkas tidigt, förmodligen redan under fosterstadiet, av våld i nära relationer (37). Störningar i regleringsförmågan kan orsaka avvikelser vad gäller metabolism, immunförsvar, psykologisk och kognitiv utveckling. En handfull småskaliga studier av stressmarkörer hos barn i förskoleåldern som utsatts för våld i nära relationer har påvisat utslag i form av högre puls, kortisolnivåer, aminosyror, ökad aktivitet i parasympatiska nervsystemet, samt lägre aktivitet i sympatiska nervsystemet och sänkt vaguston (35, 37). Tidiga effekter av störningar i regleringsförmågan kan vara avvikelser i tillväxten. Tillförlitliga data när det gäller hämmad tillväxt kommer från 29 låginkomst- och medel-inkomstländer (38). För höginkomstländer har tillväxtavvikelser i samband med våld i nära relationer beskrivits i enstaka studier (39, 40).

Förekomst hos barnet av symtom kopplat till posttraumatisk stressyndrom (PTSD) i form av olika regleringssvårigheter vad gäller reaktioner på olika stimuli, emotioner, sömn och mat har beskrivits i olika översikter (2, 35, 36). De studier som har gjorts av PTSD-relaterade symtom har inkluderat ett litet antal barn och förekomsten varierar stort mellan olika studier beroende på vilka symtom som har inkluderats. I en långtidsstudie med drygt 200 barn som följdes mellan 1–5 års ålder framkom att hos den tredjedel av barn som exponerats för våld i nära relationer förekom PTSD-symtom hos hälften (41). En svaghet med studien är att förekomst av PTSD-symtom inte rapporterades för barn som inte var utsatta för våld.

Det finns också visst stöd för att barnet utvecklar en desorganiserad anknytning till modern om hon är utsatt för våld i nära relationer (31, 35). För barn som är direkt utsatta för våld, visar en metaanalys att detta medför en stor risk för otrygg eller desorganiserad anknytning till modern, oavsett vem i familjen som utövar våldet (42). För de totalt 450 barn som ingick i metaanalysen och som varit utsatta för våld var sannolikheten för en otrygg eller desorganiserad anknytning 80 procent högre jämfört med de cirka 4000 barn som inte var utsatta för våld (42).

Risken för förekomst av utagerande problem hos barn som lever med våld i nära relationer tycks vara högre i förskoleåldern än för äldre barn enligt en metaanalys av 74 studier (43). När det gäller den kognitiva utvecklingen finns studier som pekar på att förskolebarn som lever med våld i nära relationer utvecklar sämre verbal förmåga och minnesförmåga, dock efterlyses ytterligare studier (35, 44). Verbal förmåga var lägre hos en liten grupp barn i åldrarna 4–6 år som exponerats för våld i jämförelse med ett större nationellt urval av barn (45). En stor studie av femåriga tvillingar i Storbritannien visar

att de barn som var exponerade för våld i nära relationer hade åtta poäng lägre på intelligenstag än barn som inte var utsatta för våld (46).

Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar

Andelen barn som upplevt våld i nära relationer under det senaste året och som har kontakt med barn- och ungdomsmedicinska mottagningar uppskattas vara mellan nio till 23 procent av alla vårdsökande barn (47–49). Enligt en större studie som omfattade över 40 000 barn i åldrarna 1–12 år som hade varit utsatta för våld i nära relationer var fysiska hälsoproblem vanligast för barn i åldrarna 6–12 år, där cirka en fjärdedel av de våldsutsatta hade ett eller flera fysiska hälsoproblem (50). För våldsexponerade barn i åldrarna 3–5 år var förekomsten av fysiska hälsoproblem runt 20 procent och för barn i åldrarna 1–2 år var andelen runt tio procent (50). Kunskap om förekomsten i Europa och Sverige saknas då dessa undersökningar är genomförda i USA.

Studier från USA visar också att barn som lever med våld i nära relationer har fler vårdkontakter jämfört med barn utan våld i nära relationer. I en studie som omfattade knappt 1400 barn visade resultatet att även om våldet mot modern hade upphört före barnets födelse så hade barnet fler vårdkontakter inom primär- och specialistvård jämfört med barn vars mödrar inte hade utsatts för något våld (51). Även barn som exponerats för våld i nära relationer efter födelsen hade fler besök inom primär- och akutvård jämfört med barn som inte var exponerade för våld (51). I en undersökning som följde ett representativt urval av barn över tre års tid, hade barn vars mödrar var utsatta för grovre våld, dubbelt så många besök inom akutvården som barn vars mödrar inte var utsatta för något våld (52).

Fysiska skador kan givetvis uppstå hos barn om föräldern riktar fysiskt våld direkt mot barnet men också om barnet är i föräldrarnas famn när denne utsätts för våld, eller om barnet av misstag hamnar mellan de bråkande föräldrarna alternativt försöker ingripa i föräldrarnas bråk (53). När det gäller andra fysiska hälsoproblem än skador så har en studie som omfattade mer än 3000 barn identifierat en fördubblad risk för astma under de två första levnadsåren för barn som lever med våld i nära relationer jämfört med barn som inte är exponerade för våld (54).

I åldrarna 3–6 år förekommer också en ökad förekomst av astma, men även gastrointestinala problem och obesitas (35). Två mindre amerikanska studier med totalt runt 250 barn i åldrarna 4–6 år fann en förhöjd risk för astma, allergier och gastrointestinala problem (55, 56). I en amerikansk studie som omfattade cirka 1600 barn var sannolikheten för obesitas vid fem års ålder 80 procent högre om modern fortlöpande utsatts för våld, från det att barnet var ett år och framåt, jämfört med barn som inte hade exponerats för våld (57). Risk för obesitas var något högre för flickor än för pojkar.

För barn i åldrarna 7–12 år har ökad förekomst av sömnapné, viktproblem, mat- och sömnproblem samt smärtproblematik rapporterats (35). I Lundby och Grossmans studie (50) med drygt 16 000 barn som hade varit exponerade för våld i nära relationer, i åldrarna 6–12 år, hade runt en tredjedel problem med sömnapné och mer än 20 procent hade viktproblem. En mindre holländsk studie där 275 barn som exponerats för våld i nära relationer jämfördes med 900 barn utan våldserfarenheter var risken mer än fördubblad för problem kopplade till mat eller sömn hos barn som upplevt våld i nära relationer (58).

För ungdomar i åldrarna 14–18 år är det framför allt övervikt och obesitas som har relaterats till att leva med våld i nära relationer, även om andra somatiska problem också har rapporterats (35). I en långtidsstudie (59) som följde viktutvecklingen hos mer än 10 000 barn framkom att pojkar som exponerats för våld i nära relationer före sex års ålder löpte bestående risk för övervikt och obesitas mätt i åldrarna 12–20 år. Pojkar som exponerats för våld i nära relationer i åldrarna 6–11 år löpte också en ökad risk för bestående obesitas.

Ungdomsmottagningar

Utsatthet för våld i nära relationer är vanligare under tonårstiden och hos unga vuxna än i lägre åldrar (60), kanske då detta är en period med egna kärleks- och sexuella relationer. I en svensk studie (61) genomförd på mer än 3000 ungdomar i åldrarna 15–23 år från nio olika ungdomsmottagningar, hade elva procent av unga kvinnor och cirka fem procent av unga män varit utsatta för psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld det senaste året. Förekomsten av både psykiskt och fysiskt våld under det senaste året var 29 procent för båda könen. För unga kvinnor var förövaren oftast någon nära person (förälder, partner, expartner eller kamrat) när det gällde psykiskt och fysiskt våld. För pojkar var det däremot vanligare att förövaren var okänd eller en kamrat när det gällde alla former av våld.

I samma grupp av svenska ungdomar som nämnts ovan har även faktorer relaterade till att vara utsatt för våld under det senaste året studerats (62). Den största riksfaktorn för flickor, oavsett om det var psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld under det senaste året, var att även ha varit utsatt för alla typer av våld före 15 års ålder. Samma mönster fanns hos pojkar med undantag för sexuellt våld. För unga kvinnor var lägre ålder och drogbruk också associerat med att vara utsatt för alla typer av våld under det senaste året. Rökning hos unga kvinnor var associerat med att ha varit utsatt för psykiskt eller fysiskt våld under det senaste året medan riskkonsumtion av alkohol var relaterat till att ha varit utsatt för fysiskt eller sexuellt våld under det senaste året. För unga män var riskkonsumtion av alkohol och drogbruk associerat med fysiskt våld under det senaste året medan att bo i storstad och röka var relaterat till att ha varit utsatt för sexuellt våld under det senaste året. Huruvida bostadsort, rökning samt bruk av alkohol och droger utgör riskfaktorer för eller är konsekvenser av att ha varit utsatt för våld under det senaste året är oklart då undersökningen är en tvärsnittsstudie.

I ytterligare en tvärsnittsstudie (63) baserad på 3000 ungdomar i åldrarna 18–25 år som besvarade nationella folkhälsoenkäten 2004 framkom samband med flera olika faktorer för unga som hade varit utsatta för våld under det senaste året. De som hade varit utsatta för våld var yngre, hade längre utbildning, högre arbetslöshet/sjukskrivning, mer ekonomiska svårigheter, bodde i högre utsträckning ensamma, rökte mer, hade mer riskkonsumtion av alkohol och hade i större utsträckning rökt cannabis under det senaste året jämfört med de ungdomar som inte hade varit utsatta för våld. Bland unga kvinnor som hade varit utsatta för våld var andelen som var födda utanför Sverige högre än bland de som inte hade varit utsatta för våld. För unga män var det motsatt mönster dvs. färre som var födda utanför Sverige bland de som hade varit utsatta för våld jämfört med de som inte hade varit utsatta för våld.

När det gäller hälsoutfall var riskerna för unga våldsutsatta kvinnor genomgående högre för sämre självskattad hälsa, att ha varit med om olyckor, långvarig sjukdom, psykisk ohälsa, ångest och oro samt sömnproblem jämfört med unga kvinnor som inte hade varit utsatta för våld. Vidare rapporterade de våldsutsatta unga kvinnorna mer stress,

smärtor, huvudvärk/migrän, gastrointestinala problem, allergier, astma, läkarbesök, akut- och sjukhusvård samt att ha avstått från att söka vård. För unga män som hade varit utsatta för våld framkom en ökad risk för sämre självskattad hälsa, att ha varit med om olyckor, mer psykisk ohälsa, ångest och oro, sömnproblem, smärtor och att ha avstått från att söka vård jämfört med icke våldsutsatta män.

Konsekvenser av att ha varit utsatt för våld har studerats i en långtidsuppföljning (64) av cirka 1100 svenska ungdomar i åldrarna 15–19 år som följdes upp mellan nio och 26 år efter den första intervjun. För de unga kvinnor som uppgav att de var exponerade för våld i nära relationer vid det första intervjutillfället var risken minst fördubblad för en hög sjukdomsburda vid uppföljningen jämfört med de unga kvinnor som inte hade varit utsatta för våld. Likaså var risken för att själv skatta sin hälsa som dålig minst tre gånger högre vid uppföljningen för de unga kvinnor som var exponerade för våld vid första intervjutillfället. För unga män fanns inte någon förhöjd risk för senare ohälsa vid exponering av våld i nära relationer i tonåren. En omfattande internationell studie har uppmärksammat att det var mer än dubbelt så vanligt bland unga i åldrarna 16–29 som nyligen har varit utsatta för våld av en partner att söka vård för sexuellt överförbara sjukdomar jämfört med de som inte hade varit utsatta för våld (65).

Föreliggande rapport

I den kartläggning som har genomförts inom hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting sändes enkäter ut till slumpvist utvalda verksamheter. Enkäten innehöll frågor om utbildning, kunskap, förekomst av skriftliga rutiner, stöd, upptäckt av våld samt vilka behov de som besvarade enkäten hade för att kunna upptäcka och bemöta våld i nära relationer. I den här rapporten presenteras svaren från personal inom mödra- och barnhälsovård, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar samt ungdomsmottagningar som jämförs med svaren för övriga verksamheter². I slutet av rapporten finns frågor som kan användas som utgångspunkt för samtal och ställningstagande om hur arbetet med att uppmärksamma och bemöta våld i nära relationer kan genomföras.

² I övriga verksamheter ingår akutmottagningar, beroendevård, barn- och ungdomspsykiatri, förlossning, gynekologi, geriatrik, habilitering, rehabilitering, hjärnskaderehabilitering, hudvård, kirurgi, ortopedi, tandvård inkl. akutvård, vuxenpsykiatriska öppenvårds- och akutmottagningar, vuxenpsykiatrisk slutenvård, ätstörningsenheter, öron, näsa, halsmottagningar samt vårdcentraler.

Resultat

Verksamheter inom mödra- och barnhälsovård, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar samt ungdomsmottagningar som har tillsänts enkäten omfattar ett slumpvist urval inom Stockholms läns landsting. Totalt tillfrågades 266 anställda, varav 78 personer eller 29 procent svarade. För mödravårdscentraler var det slumpvisa urvalet 13 mottagningar där 17 personer på sju mottagningar svarade. Inom barnhälsovården slumpades 22 mottagningar och svar inkom från 29 personer på elva mottagningar. Inom barn- och ungdomsmedicin blev sju mottagningar slumpade och svar inkom från 17 personer på sex mottagningar. För ungdomsmottagningar var det tio mottagningar som blev slumpvist utvalda och svar inkom från 15 personer på sju mottagningar.

För samtliga tillfrågade vårdområden uppgick svarsfrekvensen till 1647 personer eller 22 procent.

Utbildning och kunskap om våld i nära relationer

Inom de tillfrågade verksamheterna för blivande föräldrar, samt barn och ungdomar uppgav 58 procent av de svarande att de erhållit kunskap om våld i nära relationer inom ramen för sin yrkesutbildning. Motsvarande andel för samtliga svarande var 27 procent. Enligt de som besvarade enkäten inom MHV, BHV, BUMM och UM hade 45 procent deltagit i fortbildningar om våld i nära relationer under de senaste fem åren. Andelen kan jämföras med samtliga svarande där 22 procent uppgav att de hade deltagit i fortbildning.

Kunskap om innehållet i Stockholms läns landstings "Handlingsprogram för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor" fanns hos 46 procent av de svarande inom mödra- och barnhälsovård, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar samt ungdomsmottagningar jämfört med 27 procent hos samtliga svarande. Bland de som hade svarat att de hade kännedom om innehållet i handlingsprogrammet, var det 50 procent inom MHV, BHV, BUMM och UM som uppgav att det har varit användbart i arbetet. Något fler (62 %) av alla svarande som kände till innehållet i handlingsprogrammet uppgav att det har varit användbart. När det gäller kunskap om olika stödinsatser för barn som lever med våld i hemmet så uppgav 73 procent av de svarande inom MHV, BHV, BUMM och UM att de hade kunskap jämfört med 48 procent för samtliga svarande.

Skriftliga rutiner och övergripande riktlinjer

På frågan om det finns skriftliga rutiner för hur personalen ska bemöta personer som är utsatta för våld i nära relationer så angav något mer än hälften av de svarande på MHV, BHV, BUMM och UM att sådana finns (Tabell 1). För samtliga svarande var det däremot en betydligt lägre andel som uppgav att skriftliga rutiner finns. Av de svarande på MHV, BHV, BUMM och UM som uppgav att skriftliga rutiner finns så uppgav drygt hälften att de använder dessa vilket är högre än för samtliga svarande. En större andel av de tillfrågade på MHV, BHV, BUMM och UM uppgav att *nyanställda introduceras* i de skriftliga rutinerna. Bland samtliga tillfrågade angav ungefär en lika stor andel att de var osäkra på om nyanställda fick introduktion i skriftliga rutiner om våld i nära relationer. Nästan två tredjedel av de som svarade på enkäten från MHV, BHV, BUMM och UM

uppgav att skriftliga rutiner finns för *anmälan till socialtjänsten* för minderåriga barn som lever med våld i nära relationer. För alla som svarade på enkäten var motsvarande andel betydligt lägre och knappt hälften visste inte till om det finns rutiner för anmälan till socialtjänsten. På frågan om det finns skriftliga rutiner för att hänvisa personer som *utövar våld* var det få som kände till detta och knappt hälften på MHV, BHV, BUMM och UM svarade att de inte visste om sådana rutiner fanns. Andelen som inte visste om det finns skriftliga rutiner för att hänvisa våldsutövare var högre för samtliga verksamheter som besvarade enkäten.

Tabell 1. Frågor om skriftliga rutiner på arbetsplatsen redovisat i procent

Fråga	Ja		Nej		Vet ej	
	MHV, BHV, BUMM och UM	Samtliga	MHV, BHV, BUMM och UM	Samtliga	MHV, BHV, BUMM och UM	Samtliga
Skriftliga rutiner	58	28	20	26	22	46
Använder skriftliga rutiner	57	35	27	51	16	14
Introducerar nyanställda i skriftliga rutiner	42	17	26	37	32	46
Skriftliga rutiner för anmälan till socialtjänsten	63	33	13	18	24	49
Skriftliga rutiner för att hänvisa våldsutövare	25	10	29	29	46	61

Stöd

Bland de som svarade på enkäten från MHV, BHV, BUMM och UM så uppgav 72 procent att de till stor eller viss del upplever att de har stöd av sin chef i situationer som handlar om våld i nära relationer. För samtliga svarande var motsvarande andel 58 procent som uppgav att de har stöd från chefen. Möjlighet att konsultera kollegor om att bemöta våld i nära relationer inom MHV, BHV, BUMM och UM uppgav 93 procent av de svarande att de har till stor eller viss del. Andelen som angav detta bland samtliga svarande var 80 procent.

Upptäckt av våld

Beträffande att ha mött personer som sökt vård på grund av våld i nära relationer under de senaste sex månaderna så uppgav flertalet på MHV, BHV, BUMM och UM att de inte hade gjort det (Tabell 2). Det är jämförbart med alla som har besvarat enkäten, där också flertalet uppgav att de inte i sitt arbete mött en person som sökt vård på grund av våld. När det gäller personer som söker vård för annan orsak, men där det framkommer våldsutsatthet, så har runt en tredjedel av de svarande på MHV, BHV, BUMM och UM gjort det en eller fler gånger vilket är lägre jämfört med övriga svarande.

Tabell 2. Frågor om personal har mött en person som sökt vård på grund av våld i nära relationer eller sökt vård av annan orsak men där det framkommit utsatthet för våld i nära relation angivet i procent

Fråga	Ja 3 ggr el mer		Ja 1–2 ggr		Nej	
	MHV, BHV, BUMM och UM	Samtliga	MHV, BHV, BUMM och UM	Samtliga	MHV, BHV, BUMM och UM	Samtliga
Person som sökt vård pga våld i nära relationer	5	14	18	17	77	69
Sökt vård för annan orsak	9	14	26	27	65	59

När det gäller att fråga om utsatthet vid misstanke om våld i nära relation uppgav 60 procent av de svarande vid MHV, BHV, BUMM och UM att det *inte* är svårt att ställa frågan om våldsutsatthet. För samtliga svarande var det 49 procent som uppgav att det *inte* var svårt att fråga om våldsutsatthet. Inom MHV, BHV, BUMM och UM var det 19 procent som uppgav att de inte vet om det är svårt att fråga vid misstanke. För alla svarande var andelen 24 procent som uppgav att de inte vet om det är svårt att fråga om våld misstanke. Andelen svarande vid MHV, BHV, BUMM och UM som uppgav att det var svårt att ställa frågan om våldsutsatthet vid misstanke uppgick till 21 procent. Av samtliga svarande var det 27 procent som uppgav att det var svårt att fråga om våldsutsatthet vid misstanke.

Behov av stödresurser och utbildningsinsatser

På frågan om någon stödresurs saknas för att kunna bemöta våld i nära relationer så uppgav något mindre än hälften (45 %) från MHV, BHV, BUMM och UM att sådana behov fanns. En större andel (56 %) bland samtliga svarande uppgav att de saknar stödresurser.



Figur 1. Svartsfördelning angivet i procent för hur personal från MHV, BHV, BUMM och UM anger behov av specifika former av stöd.

De tre mest efterfrågade resurserna inom MHV, BHV, BUMM och UM för att bättre kunna bemöta personer som är utsatta för våld i nära relationer var enstaka utbildningsdagar (50 %), handledning (41 %) samt lista med verksamheter som kan erbjuda hjälp (39 %). Flera svarsalternativ var möjliga.

Beträffande utbildningsbehov inom MHV, BHV, BUMM och UM så var behovet av att öka sin kunskap till viss eller stor del som störst i förhållande till personer som *utövar våld* i nära relationer (Tabell 3). Även när det gäller kunskap om barn som lever med eller är utsatta för våld i nära relationer så angav många av de svarande vid MHV, BHV, BUMM och UM att de till viss eller stor del hade behov av utbildningsinsatser. Vidare fanns det ett behov hos en stor andel av de svarande av ökad kunskap till viss eller stor del, om personer som är utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck.

Tabell 3. Behov av utbildningsinsatser för att öka kunskap om hur specifika målgrupper berörs av våld i nära relationer angivet i procent

Målgrupper	Ja till viss/stor del		Nej		Vet ej	
	MHV, BHV, BUMM och UM	Samtliga	MHV, BHV, BUMM och UM	Samtliga	MHV, BHV, BUMM och UM	Samtliga
Barn	83	68	10	25	7	7
Äldre	15	62	75	28	10	10
Personer med funktionsnedsättningar	52	65	39	10	8	25
Personer med missbruk/som lever i missbruksmiljö	73	70	23	22	3	8
Personer som lever i HBTO-relationer	65	60	25	26	9	14
Personer födda utanför Sverige	66	72	15	18	9	10
Personer utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck	76	73	17	17	7	10
Personer som utövar våld i nära relationer	85	76	8	16	7	8

Sammanfattningsvis hade personal inom MHV, BHV, BUMM och UM betydligt mer kunskap om våld i nära relationer från sin grundutbildning och mer fortbildning i ämnet än övriga svarande. Likaså var kännedom om landstingets handlingsprogram gällande våldsutsatta kvinnor och kunskap om stödsinsatser för barn som lever med våld högre bland personal inom MHV, BHV, BUMM och UM, jämfört med övriga svarande.

Förekomst av skriftliga rutiner för att bemöta personer som är utsatta för våld och skriftliga rutiner för anmälan till socialtjänsten, var vanligare inom MHV, BHV, BUMM och UM än inom övriga verksamheter. När det gäller stöd från chef och kollegor i situationer som handlar om våld i nära relationer så var det betydligt fler inom MHV, BHV, BUMM och UM som uppgav att de hade stöd jämfört med övriga svarande. Däremot var det en lägre andel personal inom MHV, BHV, BUMM och UM som hade mött personer som sökt vård på grund av våld i nära relationer eller av annan orsak där det framkommit förekomst av våld, än bland övriga svarande. Personalen på MHV, BHV, BUMM och UM tyckte inte att det var svårt att ställa frågor om våld jämfört med övriga svarande. Behov av stödsinsatser inom MHV, BHV, BUMM och UM gällde främst utbildningsdagar, handledning och lista med verksamheter som kan erbjuda hjälp i samband med våld i nära relationer. Utbildningsinsatser som efterfrågades inom MHV, BHV, BUMM och UM gällde främst personer som utövar våld, men det gällde även barn som lever med eller är utsatta för våld i nära relationer.

Då det finns flera olika mödravårds- och barnavårdscentraler, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar samt ungdomsmottagningar inom landstinget så kan inte svaren som redovisats vara representativa för alla mottagningar. Resultaten kan dock användas som underlag för att diskutera hur representativa de är för specifika enheter vid arbetsplatsträffar, studiedagar och vid planering av det fortsatta arbetet med att uppmärksamma våld i nära relationer. I nästa avsnitt presenteras olika frågor som kan användas som underlag för diskussioner och planering. Vid behov av stöd i det fortsatta arbetet kan Kunskapscentrum om våld i nära relationer kontaktas.

Frågor att diskutera/ta ställning till

Förekomst

Hur vanligt är det att klienter/patienter i vår verksamhet är utsatta för våld i nära relationer?

Varför ska barn som lever med våld i nära relationer uppmärksammas?

Hur vanligt är det att klienter/patienter i vår verksamhet utövar våld i nära relationer?

Vilket underlag har vi för att dra slutsatser om hur vanligt det är med klienter/patienter som är utsatta för våld i nära relationer, eller utövar våld (t ex klinisk erfarenhet, egen kartläggning av vår verksamhet, forskning)?

Behövs ytterligare kunskap vad gäller förekomsten av de som är utsatta för eller utövar våld inom vår verksamhet?

Riskfaktorer

När kan vi i vår verksamhet misstänka att en klient/patient är utsatt för våld i nära relationer?

Vilka tecken kan det finnas för att barn under 18 år lever med våld i hemmet?

Finns det några indikatorer för våldsutövare?

Vilket underlag har vi för att dra slutsatser om vilka riskfaktorerna är för att vara utsatt för eller utöva våld?

Behövs ytterligare kunskap om vilka riskfaktorer som finns för att utsättas för eller utöva våld?

Riktlinjer och lokala skriftliga rutiner

Hur väl stämmer resultaten om riktlinjer och lokala skriftliga rutiner i den här delrapporten med hur det är på vår mottagning?

Vilka riktlinjer finns för vår verksamhet för hur våld i nära relationer ska uppmärksammas och åtgärdas?

Vilka lokala skriftliga rutiner finns på vår mottagning för att uppmärksamma och vidta åtgärder när det gäller våld i nära relationer?

Behöver vi ha lokala skriftliga rutiner och i så fall vilka för att uppmärksamma och vidta åtgärder när det gäller våld i nära relationer?

Stöd

Stämmer resultaten i den här redovisningen om stöd från chefer och kollegor överens med hur det är på vår mottagning?

Behöver stöd från chefer och kollegor på vår mottagning förändras?

Uppmärksamhet

Hur stämmer resultaten om hur mödravårds-, eller barnavårdscentraler, eller barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, eller ungdomsmottagningar uppmärksammar våld i nära relationer i den här kartläggningen med vår mottagning?

Vilken information om våld i nära relationer finns för klienter/patienter på vår mottagning/avdelning?

Vilken information om våld i nära relationer behöver vi ha för klienter/patienter på vår mottagning/avdelning?

Hur gör vi och jag för att ta reda på om en klient/patient är utsatt för våld i nära relationer?

Hur gör vi och jag för att ta reda på om en klient/patient utövar våld i nära relationer?

Behöver vi och jag ytterligare kunskap och stöd för att ta reda på om klienter/patienter är utsatta för eller utövar våld?

Behov och åtgärder

Stämmer resultaten om specifika former av stöd för mödravårds-, eller barnavårdscentraler, eller barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, eller ungdomsmottagningar som redovisats överens med hur det är på vår mottagning/avdelning?

Hur stämmer de behov av utbildningsinsatser som presenterats i resultaten överens med hur det är på vår mottagning?

Vilka medicinska åtgärder kan vidtas på mottagningen om någon är utsatt för eller utövar våld i nära relationer?

Vilken omvårdnad kan erbjudas på mottagningen om en klient/patient är utsatt för eller utövar våld i nära relationer?

Vilka psykosociala insatser kan ges på mottagningen om en klient/patient är utsatt för eller utövar våld i nära relationer?

Vilka andra instanser finns att tillgå för att anmäla och/eller hänvisa till om en klient/patient är utsatt för eller utövar våld?

Hur dokumenteras det inom vår verksamhet om en klient/patient är utsatt för eller utövar våld?

Behövs ytterligare kunskap och stöd för att kunna vidta åtgärder och dokumentera våld i nära relationer på mottagningen?

Hur kan vi inom mottagningen samarbeta för att uppmärksamma och vidta åtgärder vad gäller våld i nära relationer?

Hur kan mottagningen samarbeta med andra verksamheter (t ex andra mottagningar, kliniker, socialtjänsten) för att uppmärksamma och vidta åtgärder vad gäller våld i nära relationer?

Referenser

1. WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Geneva: 2013.
2. Humphreys J, Jacquelyn, C. Family violence and nursing practice. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2010. 480 p.
3. SOFS 2014:4. Våld i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
4. Socialstyrelsen. Att vilja se, vilja veta och våga fråga - Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet. Stockholm: 2014.
5. Finnbogadottir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. *BMC Women's Health*. 2014;14:63. doi:10.1186/1472-6874-14-63
6. Hedin LW, Grimstad H, Moller A, Schei B, Janson PO. Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1999;78(4):310-5.
7. Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordstrom ML, Saarinen H, Wenker A. The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2001;22(4):189-97.
8. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stockl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010;18(36):158-70.
9. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict*. 2013;28(3):359-80.
10. Lukasse M, Laanpere M, Karro H, Kristjansdottir H, Schroll AM, Van Parys AS, et al. Pregnancy intendedness and the association with physical, sexual and emotional abuse - a European multi-country cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:120.
11. Chu SY, Goodwin MM, D'Angelo DV. Physical violence against U.S. women around the time of pregnancy, 2004-2007. *Am J Prev Med*. 2010;38(3):317-22.
12. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health*. 2015;24(1):100-6.
13. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol*. 2008;28(3):266-71.
14. Martin SL, Macy RJ, Sullivan K, Magee ML. Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(2):135-48.
15. Espinosa L, Osborne K. Domestic violence during pregnancy: implications for practice. *J Midwifery Womens Health*. 2002;47(5):305-17.
16. Skagerstrom J, Chang G, Nilsen P. Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. *J Womens Health*. 2011;20(6):901-13.
17. Robbins HA, Hurley EA, Liu L, Chao SM. Multilevel correlates of broadly- and narrowly-defined intimate partner violence among pregnant women in Los Angeles. *Matern Child Health J*. 2015;19(7):1643-51.
18. Crane CA, Hawes SW, Weinberger AH. Intimate partner violence victimization and cigarette smoking: a meta-analytic review. *Trauma Violence Abuse*. 2013;14(4):305-15.
19. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001452.

20. Shah PS, Shah J, Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm LBWB. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health*. 2010;19(11):2017-31.
21. Graviditetsregistret. Årsrapport 2014. Stockholm: QRC, 2015.
22. Brottsförebyggande rådet B. Brott i nära relationer. En nationell kartläggning. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, 2014. Rapport 2014:8.
23. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2012;75(6):959-75.
24. Janssen PA, Heaman MI, Urquia ML, O'Campo PJ, Thiessen KR. Risk factors for postpartum depression among abused and nonabused women. *AmJ Obstet Gynecol*. 2012;207(6):489 e1-8.
25. Sorbo MF, Grimstad H, Bjorngaard JH, Lukasse M, Schei B. Adult physical, sexual, and emotional abuse and postpartum depression, a population based, prospective study of 53,065 women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:316.
26. Malta LA, McDonald SW, Hegadoren KM, Weller CA, Tough SC. Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parenting morale in the early postpartum: a community based pregnancy cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:153.
27. Cummings EM, Cheung RY, Davies PT. Prospective Relations Between Parental Depression, Negative Expressiveness, Emotional Insecurity, and Children's Internalizing Symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2013;44(6):698-708.
28. Sanger C, Iles JE, Andrew CS, Ramchandani PG. Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(2):147-62.
29. Levendosky AA, Leahy KL, Bogat GA, Davidson WS, von Eye A. Domestic violence, maternal parenting, maternal mental health, and infant externalizing behavior. *J Fam Psychol*. 2006;20(4):544-52.
30. Gustafsson HC, Cox MJ, the Family Life Project Key I. Relations Among Intimate Partner Violence, Maternal Depressive Symptoms, and Maternal Parenting Behaviors. *J Marriage Fam*. 2012;74(5):1005-20.
31. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse Neglect*. 2008;32(8):797-810.
32. Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Moylan CA. Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma Violence Abuse*. 2008;9(2):84-99.
33. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano RE. World Report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
34. Knickerbocker L, Heyman RE, Slep AMS, Jouriles EN, McDonald R. Co-occurrence of child and partner maltreatment - Definitions, prevalence, theory, and implications for assessment. *Eur Psychol*. 2007;12(1):36-44.
35. Howell KH, Barnes SE, Miller LE, Graham-Bermann SA. Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. *J Inj Violence Res*. 2016;8(1):43-57.
36. Carpenter GL, Stacks AM. Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literature. *Child Youth Serv Rev*. 2009;31(8):831-9.

37. Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Soc Sci Med.* 2011;72(9):1534-54.
38. Chai J, Fink G, Kaaya S, Danaei G, Fawzi W, Ezzati M, et al. Association between intimate partner violence and poor child growth: results from 42 demographic and health surveys. *Bull World Health Organ.* 2016;94(5):331-9.
39. Weston JA, Colloton M, Halsey S, Covington S, Gilbert J, Sorrentino-Kelly L, et al. A legacy of violence in nonorganic failure to thrive. *Child Abuse Neglect.* 1993;17(6):709-14.
40. McFarlane J, Soeken K. Weight change of infants, age birth to 12 months, born to abused women. *Pediatr Nurs.* 1999;25(1):19-23.
41. Levendosky AA, Bogat GA, Martinez-Torteya C. PTSD symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women.* 2013;19(2):187-201.
42. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Dev Psychopathol.* 2010;22(1):87-108.
43. Vu NL, Jouriles EN, McDonald R, Rosenfield D. Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clin Psychol Rev.* 2016;46:25-33.
44. Gustafsson HC, Coffman JL, Harris LS, Langley HA, Ornstein PA, Cox MJ. Intimate partner violence and children's memory. *J Fam Psychol.* 2013;27(6):937-44.
45. Graham-Bermann SA, Howell KH, Miller LE, Kwek J, Lilly MM. Traumatic Events and Maternal Education as Predictors of Verbal Ability for Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence (IPV). *J Fam Violence.* 2010;25(4):383-92.
46. Koenen KC, Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Purcell S. Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Dev Psychopathol.* 2003;15(2):297-311.
47. Bair-Merritt MH, Jennings JM, Eaker K, Tuman JL, Park SM, Cheng TL. Screening for domestic violence and childhood exposure in families seeking care at an urban pediatric clinic. *J Pediatr.* 2008;152(5):734-6, 6 e1.
48. McCloskey LA, Lichter E, Ganz ML, Williams CM, Gerber MR, Sege R, et al. Intimate partner violence and patient screening across medical specialties. *Acad Emerg Med.* 2005;12(8):712-22.
49. Newman JD, Sheehan KM, Powell EC. Screening for intimate-partner violence in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2005;21(2):79-83.
50. Lundy M, Grossman SF. The mental health and service needs of young children exposed to domestic violence: Supportive data. *Fam Soc.* 2005;86(1):17-29.
51. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrell D, et al. Intimate partner violence and health care costs and utilization for children living in the home. *Pediatr.* 2007;120(6):1270-7.
52. Bair-Merritt MH, Feudtner C, Localio AR, Feinstein JA, Rubin D, Holmes WC. Health care use of children whose female caregivers have intimate partner violence histories. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162(2):134-9.
53. Schilling S, Snyder A, Scribano PV. Intimate partner violence - Pediatric risks of "not asking-not telling". *Clin Pediatr Emerg Med.* 2012;13(3):229-38.
54. Suglia SF, Enlow MB, Kullowatz A, Wright RJ. Maternal intimate partner violence and increased asthma incidence in children: buffering effects of supportive caregiving. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(3):244-50.
55. Graham-Bermann SA, Seng J. Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children. *J Pediatr.* 2005;146(3):349-54.

56. Kuhlman KR, Howell KH, Graham-Bermann SA. Physical Health in Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence. *J Fam Violence*. 2012;27(6):499-510.
57. Boynton-Jarrett R, Fagnoli J, Suglia SF, Zuckerman B, Wright RJ. Association between maternal intimate partner violence and incident obesity in preschool-aged children: results from the Fragile Families and Child Well-being Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(6):540-6.
58. Lamers-Winkelmann F, De Schipper JC, Oosterman M. Children's physical health complaints after exposure to intimate partner violence. *Br J Health Psychol*. 2012;17(4):771-84.
59. Jun HJ, Corliss HL, Boynton-Jarrett R, Spiegelman D, Austin SB, Wright RJ. Growing up in a domestic violence environment: relationship with developmental trajectories of body mass index during adolescence into young adulthood. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(7):629-35.
60. Cater AK, Andershed AK, Andershed H. Youth victimization in Sweden: prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. *Child Abuse Neglect*. 2014;38(8):1290-302.
61. Danielsson I, Blom H, Nilses C, Heimer G, Hogberg U. Gendered patterns of high violence exposure among Swedish youth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(5):528-35.
62. Blom H, Hogberg U, Olofsson N, Danielsson I. Strong association between earlier abuse and revictimization in youth. *BMC Public Health*. 2014;14:715.
63. Olofsson N, Lindqvist K, Gillander Gadin K, Danielsson I. Violence against young men and women: a vital health issue. *TOPHJ*. 2009;2:1-6.
64. Olofsson N, Lindqvist K, Shaw BA, Danielsson I. Long-term health consequences of violence exposure in adolescence: a 26-year prospective study. *BMC Public Health*. 2012;12:411.
65. Decker MR, Miller E, McCauley HL, Tancredi DJ, Anderson H, Levenson RR, et al. Recent partner violence and sexual and drug-related STI/HIV risk among adolescent and young adult women attending family planning clinics. *Sex Transm Infect*. 2014;90(2):145-9.

ISBN 978-91-87691-42-3



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING